
UNIVERSITE DE BAMAKO

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE



*

Année Universitaire 2010-2011

Thèse N°/___/

**CONNAISSANCES, ^{TITRE} ATTITUDES ET
PRATIQUES COMPORTEMENTALES
EN MATIERE DE MALADIES SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES ET DU VIH-SIDA
EN MILIEU SCOLAIRE URBAIN DE KATI.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le /16 /07 /2011 devant la Faculté de Médecine de
Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
de l'Université de Bamako

Par Monsieur Mr Broulaye DIARRA

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

JURY

PRESIDENT:	Pr Sounkalo DAO
MEMBRE :	Dr Drissa GOITA
CO- DIRECTEUR:	Dr Konimba KONE
DIRECTEUR:	Pr Samba DIOP

DEDICACE

Je dédie ce travail

A DIEU, le tout puissant et à son prophète **MOHAMED** paix et salut sur lui.

A mon père feu SEYDOU DIARRA

Aujourd'hui plus que jamais, j'apprécie la valeur de tes efforts, la justesse de ton éducation et le caractère précieux de tes conseils. Homme de vertu, vous resterez pour moi un exemple à suivre. J'aurais toujours présent à l'esprit que je ne doive pas trahir votre mémoire. Votre sens de la responsabilité, votre esprit de sacrifices, de bien faisances et de famille ont fait de vous un père que tout désir avoir. Père vous aviez rendu l'âme à dieu mais les fruits de votre travail continueront à nous servir. C'est un jour de pensées profondes pour nous, que Dieu, le tout puissant vous accorde dans sa miséricorde.
« Amen ».

A ma mère WARIBA NIARE

Avec toi je comprends aisément la portée de la pensée qui dit que « DIEU n'aurait pu être partout, par conséquent il créa les mères ». Femme patiente, Tolérante, optimiste, l'amour que tu portes à tes enfants nous donne toujours l'énergie nécessaire de gravir les échelons les plus difficiles. Mère, mon combat quotidien est de ne jamais vous décevoir. Ce modeste travail ne suffit certes pas pour récompenser tant d'années de sacrifices, c'est ce que je peux pour vous à l'instant. Je souhaite que DIEU vous donne longue vie et plus de santé pour que vous puissiez savourer le reste.

REMERCIEMENTS

Je remercie **le bon Dieu** de m'avoir montré ce jour si grandiose.
Louange à toi. L'omniscient, le miséricordieux pour tout ce que tu as fait pour moi depuis mes premiers pas jusqu'à ce jour.
Grâce à toi nous avons pu mener à bout ce travail.

Je remercie tous les maîtres de la FMPOS pour la qualité de l'enseignement

- A tous les enseignants et élèves du LYCEE EL HADJ SEKOU CISSE ET L'INSTITUT TECHNIQUE ANTIDOTE DE KATI.

A mes grands frères FAMOLO DIARRA et LASSANA DIARRA :
Avec vous j'ai compris le vrai sens du terme fraternité. Vous avez toujours su créer un climat ambiant convivial qui m'a permis de travailler dans de très bonnes conditions. Votre soutien moral et financier m'a toujours permis de renverser les situations difficiles. Ce travail est aussi le votre.

- Au Docteur DIABATE ABDRAHAMANE, gynécologue au CSREF de Kati :

Homme cultivé, simple, travailleur et disponible.
Avec vous on apprend toujours même au cours de la causerie. On ne s'est jamais senti petit quand il s'agit de bénéficier de votre service. Il est difficile de faire la réciprocité avec vous. S'il plait à DIEU, au cours de notre fonction nous essayerons de vous imiter. Tout l'honneur est à vous.

- Aux Sages Femmes du service de gynécologie du CSREF MOUSSA DIAKITE de Kati :

Je ne regrette pas d'avoir appris à vos côtés. Depuis mon arrivée dans le service, mon intégration dans votre groupe et la continuité de ma formation ont été comme du couteau dans du beurre. Je vous serai toujours reconnaissant

- **Aux internes et externes des services :**

KIBILI DEMBA KANOUE, GUINDO ILIAS, LUC SIDIBE.

C'est l'entente, la bonne organisation, la solidarité, l'amour et le sérieux dans le travail qui nous ont fait un groupe d'internes de référence du centre de santé de référence Moussa Diakité de Kati. Ce qui se comprend aisément quand on sait que tous les passagers d'une même pirogue n'ont qu'une seule idée : arriver à l'autre rive sains et saufs.

Que le tout puissant nous donne à tous, la force d'arriver à l'autre rive avec succès.

- **A mes oncles et tantes :**

Pour soutien et surtout attention particulière à mon égard. Permettez moi de vous en remercier et de vous assurer de ma reconnaissance.

- **A mes frères, sœurs, cousins et cousines :**

Vous qui m'avez tenu compagnie durant toute la durée de mes études. Recevez ici tous mes sincères remerciements.

- **A mes amis et camarades de promotion :**

Je ne puis citer les noms, par crainte d'en oublier certains. Trouvez ici tous mes sincères reconnaissances.

Je ne saurais terminer sans remercier le **médecin chef** du CSREF de Kati et ses personnels, **Dr Birama Diarra** à l'unité de soins d'accompagnement et de conseils de Kati, **Dr Moussa Diallo** à Kati, **Dr Moussa Keita** à Kati, **Anselme Fomba**, **Dr Adama Coulibaly** à Samè, Mr **Modibo Cissé** et sa famille à Kati, **Chacka Coulibaly** à Kalembacoro, **Tiècoura Coulibaly**, **Samba nekewôri Diarra** et **Djenfa diarra** au village.

HOMMAGES

A notre Maître et président du Jury :

Professeur Soukalo Dao

Diplômé des maladies infectieuses et tropicales

Maître de conférences à la FMPOS

Investigateur clinique au centre de recherche et de formation sur le VIH et la Tuberculose SEREFO/FMPOS-NIA

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider cette thèse malgré vos multiples occupations.

Vos qualités et sociales, votre sagesse, votre grande culture et votre générosité ne nous ont indifférents. Vos qualités humaines nous servirons d'exemples.

Nous vous prions cher Maître de bien vouloir trouver l'expression de notre grand respect et de nos vifs remerciements.

A notre Maître et juge

Docteur Drissa Goita

Assistant de Recherche et investigateur clinique au centre de recherche et de formation sur le VIH et la Tuberculose SEREFO/FMPOS-NIAID

Vous nous faites un grand honneur, cher Maître, en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples sollicitations et tout au long de celui-ci, nous avons bénéficié de vos conseils éclairés et de votre expertise. Nous ne saurons oublier toutes votre disponibilité, vos conseils si précieux ainsi que votre appui constant.

Sachez cher maître que nous serons toujours reconnaissant pour tout ce que vous nous avez apporté.

A notre Maître et Codirecteur :

Docteur Koné Konimba

Gynécologue au CSREF MOUSSA DIAKITE de Kati

Chef du service gynécologique

Cher Maître

Nous avons été touché par l'attention particulière qu'avez attaché à cette thèse.

Vous avez été d'un apport capital dans la réussite de ce travail. Vos directives, votre rigueur dans le travail, votre simplicité, votre dévouement absolu nous ont beaucoup marqué.

Recevez ici cher Codirecteur de thèse nos sincères remerciements.

Nous prions que DIEU, le tout puissant vous donne longue vie et exhausse vos vœux.

A notre Maître Directeur de thèse :

Professeur Samba Diop

Maître de conférence en Anthropologie à la FMPOS.

Chercheur en écologie humaine, anthropologie et bioéthique.

Responsable de la section science humaine au projet SEREFO, VIH, Tuberculose.

Responsable des cours d'éthique et d'anthropologie médicale à la FMPOS.

Vous nous honorez en acceptant d'être le directeur de thèse.

Cher Maître les mots me manquent pour vous signifier tout ce que nous ressentons pour vous, car plus qu'un directeur vous avez été un éducateur pour nous.

Votre exigence du travail bien fait, votre rigueur mais surtout votre simplicité et votre accessibilité nous ont séduit. C'est l'occasion pour nous de dire merci, cher maître, pour tout ce nous avons appris auprès de vous. Que DIEU vous donne longue vie et de santé meilleure. Soyez assurés cher maître de notre gratitude et de profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

CAP : Connaissance, Attitude, Pratique.

CNIESC : Centre National d' Information, d'Education et de Communication pour la santé.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humain.

SIDA : Syndrome Immunodéficience Acquis.

% : Pourcentage.

LEHSC : Lycée EL Hadj Sékou Cissé.

ITAK : Institut Technique Antidote de Kati.

IEC : Information Education et Communication.

PTME : Prévention de la Transmission mère-enfant.

PVVIH : Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humain.

PNLS : Programme National de lutte contre le Sida.

USA : United States of America.

IST : Infection Sexuellement Transmissible.

LEMP : Leuco-encéphalite multifocale progressive

SOMMAIRES

I INTRODUCTION	1
II CADRE THEORIQUE.....	4
A- Généralité.....	4
B- Hypothèses	29
C- Objectifs	29
III- Cadre d'étude:.....	30
IV- RESULTATS.....	33
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	56
VI CONCLUSION	63
VII- RECOMMANDATIONS	64
VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	65

I- INTRODUCTION

L'infection à VIH (virus immunodéficience humain), véritable fléau contemporain n'épargne aujourd'hui aucun continent, ni aucune classe sociale (1). Le sida (syndrome immunodéficient acquis) devient de plus en plus préoccupant non seulement du fait de l'augmentation du nombre de séropositifs mais aussi de l'accroissement de cas de personnes malades, du taux d'hospitalisations et du nombre de décès enregistrés dans les structures sanitaires (1). Depuis 1981, date à laquelle les premiers cas de sida ont été diagnostiqués aux USA (United States of America) chez les homosexuels, le sida ne cesse de s'accroître (1). En 1985 au Mali le premier cas d'infection par le VIH a été décrit à l'hôpital Gabriel Touré chez un migrant (1). Selon le programme commun des nations unies sur VIH-sida (ONU/sida et OMS), le nombre de personnes vivant avec le VIH-sida est **33,2** millions en 2007 dont **67%** en Afrique subsaharienne ; **2,1** millions de nouveaux cas d'infections ; **1,6** millions de décès dus au sida, soit **73%** du total mondial des décès dus au sida. (2).

En fin 2006, la prévalence des personnes vivant avec VIH était **1,3%** au Mali et **1,2%** dans la Région de Koulikoro selon l'enquête nationale (3).

Ce chiffre est largement sous estimé puisque seuls les hôpitaux nationaux, régionaux, les centres de Référence et certains centres de santé communautaire font la notification. Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont un facteur associé qui contribue souvent à la transmission accélérée du virus du VIH-sida

Dans les pays développés voire ceux en voie de développement, s'est dans les zones urbaines que l'incidence du VIH est plus élevée. Ensuite, l'épidémie se répand dans les zones rurales, d'abord dans les zones où le réseau routier est dense, puis dans la population en général. La prostitution est une source de revenus pour certaines femmes et d'envoi de fonds dans les villages, mais aussi le lit de la contamination par le VIH, lorsque ces femmes regagnent leurs

villages. Les migrations ne manqueront pas d'avoir une incidence marquante sur le cours de la pandémie du VIH-sida.

Les personnes qui regagnent les zones rurales ont tendance à avoir davantage de partenaires sexuels que celles qui sont restées chez elles et il se peut qu'elles aient contracté des habitudes comportant des risques élevés. Certaines statistiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) montrent que les IST sont plus fréquentes chez les jeunes de 15 à 25 ans en Afrique **(4)**.

L'infection à VIH frappe surtout les sujets jeunes **(5)**. Les jeunes de 15-24 ans constituent 20% environ de la population mondiale. Mais **60%** des cas de nouvelles infections par le VIH se comptent parmi eux. Plus de **2,5** millions des enfants moins de 15 ans ont été infectés en 2007 par le VIH; près de **90%** de ses enfants vivent dans les pays en développement et les 2/3 concernent l'Afrique **(2)**. Toutefois cet impact disproportionné de l'épidémie du VIH sur les jeunes n'est pas immédiatement perceptible. Dans la plupart des pays en développement seul un faible pourcentage des infectés par le VIH a une conscience d'être séropositifs.

L'enquête «Connaissances, attitudes et comportements des jeunes (15-25 ans) vis à vis de la santé de la reproduction» réalisée par le Centre National d'Information d'Education et de Communication pour la santé (CНИЕCS) a montré: que les jeunes ont des besoins d'information en santé de la reproduction; et a révélé également qu'un pourcentage important **(17,2%)** de jeunes obtiennent leurs informations sur la santé de la reproduction à l'école qu'ils considèrent comme une source crédible et préférée **(6)**. En l'absence d'un traitement curatif du sida, ou d'un vaccin contre l'infection par le VIH et compte tenu de la progression des IST chez les jeunes, la lutte contre la progression de l'infection par le VIH repose essentiellement sur l'information, l'éducation et la communication (IEC) dans le but de faire changer le comportement sexuel des jeunes. Or on peut atteindre assez facilement un grand nombre des jeunes à travers l'école; aucun autre système institutionnel ne peut concurrencer l'école si

l'on considère le nombre des jeunes qu'elle dessert. Ainsi les programmes de prévention de l'infection à VIH, de la promotion de la santé sexuelle devraient s'étendre à l'ensemble du milieu scolaire, et s'adresser aux élèves, aux enseignants et aux autres personnels scolaires.

En plus ces élèves et enseignants serviront à véhiculer ces informations à la population générale. Jusqu'à nos jours, un bilan des initiatives pour l'introduction de l'enseignement de la sexualité en général et VIH-sida à l'école n'a pas été effectué. Ce bilan est nécessaire pour jeter les bases de futurs programmes d'information et d'éducation sur la santé sexuelle en particulier à l'école. La présente recherche opérationnelle tentera de répondre à cette préoccupation.

II. Cadre théorique :

A. Généralité :

1- Définition opératoire des concepts :

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

Connaissance: idée plus ou moins complète et précise sur quelques choses.

Attitude: manière d'être à l'égard des autres.

Comportement sexuel: manière de se conduire sexuellement face aux IST/VIH-sida.

Comportement à risque: tout comportement qui expose celui qui l'adopte ou d'autres au risque de contracter une infection, par exemple sans protection.

Education sexuelle: éducation conçue pour faire mieux comprendre les aspects biologiques, socioculturels, psychologiques, spirituels et ethnique du comportement sexuel humain.

Programme d'éducation sanitaire scolaire: cours ou ensemble de cours conçu pour atteindre des buts et objectifs sanitaires particuliers tels que la Prévention du sida et des IST.

- **Jeune:** OMS définit les jeunes comme se situant entre les âges de 15- 24 ans (1).

- **Partenaire sexuel (le) :** toute fille ou garçon avec qui l'élève a des rapports intimes qu'il y ait ou non des rapports sexuels

2- sur les IST :

a- Définition: La première définition des IST serait liée à Vénus (la Déesse de l'Amour) dont on donna le nom aux maladies transmises lors des rapports sexuels; ·d' où: leur· appellation classique ·de maladies vénériennes. Cependant cette définition apparaît de nos jours· de plus en plus restrictive. En effet les IST englobent non seulement celles· anciennement appelées vénériennes « liées directement et exclusivement à la copulation et à l'union des sexes» (Larousse),

mais aussi d'autres affections dont la transmission se fait par d'autres voies en dehors de la voie sexuelle (transfusion sanguine, transplantation) (6).

b- Histoire:

Les IST sont les infections connues depuis l'antiquité. En effet elles ont de tout temps préoccupé les responsables de toutes les sociétés en matière de santé et la salubrité.

c - Caractères communs des IST :

Les IST ont souvent une incubation longue avec une possibilité de contamination alors qu'il n'y a pas de symptômes.

Elles n'affectent que l'homme ou la femme: il n'y a pas de réservoir animal.

Le réservoir est surtout constitué de femmes symptomatiques et de groupes à risque: prostituées, homosexuels.

Leur transmission se fait exclusivement par voie sexuelle à l'exception du VIH, du virus de l'hépatite B, du gonocoque et du chlamydiae chez l'enfant.

Elles touchent des adolescents et des adultes (surtout célibataires) des milieux pauvres, en milieux urbains, habitant les pays en voie de développement.

Les comportements influencent fortement sur leur transmission.

Leur association est très fréquente, d'ou la rechercher systématiquement.

d- Facteurs responsables de la recrudescence des IST :

Ces facteurs ont été définis par l'OMS et sont d'ordre démographique, médical, socio-économique, et culturel, et qui méritent une attention particulière.

En effet divers changements d'attitudes culturellement déterminés en rendant toutes sortes d'activités possibles ont contribué à accroître l'exposition aux stimuli sexuels pendant que la tolérance accrue à l'égard des comportements a entraîné une liberté des moeurs.

Ainsi le libertinage sexuel étendu à la pluralité des partenaires est devenu une norme dans certains groupes.

Ajouter à cela l'expansion de la scolarisation, exposant de nombreux adolescents à l'influence d'un environnement urbain où ils ne sont pas soumis au contrôle de leurs parents une expression plus libre de leur sexualité, encore plus important est l'insuffisance d'éducation sexuelle ainsi que la trace attachée aux IST c'est-à-dire la honte et caractère tabou.

e-Les comportements qui influencent la transmission des IST

Etant donné que le principal mode de transmission des IST est la voie sexuelle, les facteurs suivants augmentent le risque d'infection:

- Un changement récent de partenaires
- Avoir un (e) partenaire sexuel (le) qui a d'autres partenaires
- Avoir des rapports avec des partenaires « occasionnels» ou des rapports avec des prostituées.
- Continuer d'avoir des relations sexuelles alors qu'on présente des symptômes d'une IST.
- Le fait de ne pas se servir d'un préservatif dans l'une ou l'autre de ces situations, expose les partenaires à un risque d'infections très élevées (7).

f- Les différentes IST les plus fréquentes chez les jeunes :

1- Gonococcie :

a - Histoire : Affection connue depuis très longtemps ainsi, c'est l'ancien testament qui le premier relate l'existence de la gonococcie dans le LEVITIQUE (1500 ans avant Jésus Christ), les symptômes y sont clairement décrits (1).

Puis c'est Hippocrate, qui en parle en ses termes « cette maladie frappe ceux qui se livrent avec excès aux plaisirs de VENUS ».

Quant à Galien, un autre médecin Grec (200 ans avant Jésus Christ), il attribue les causes de la gonococcie à l'éjaculation involontaire chez l'homme. Il qualifie ces maladies en 2 notes: gones (semens) et rhoia (écoulement). En 1161, «une loi interdit aux tenanciers des bordels londoniens d'accueillir sous leur toit les prostituées atteintes de la périlleuse infirmité de brûlement ». D'ou le terme de

« Chaudes pisses » que les Français utilisèrent vers la fin des années 1300 pour désigner la gonococcie. Le premier signe d'une épidémie mondiale de la gonococcie apparut lors de la guerre 1914-1918 (1).

b- Epidémiologie : La prévalence des infections génitales à gonocoques chez les femmes enceintes en milieu urbain africain varie de 18 à 117% (1).

Le risque de contracter une conjonctivite purulente chez un nouveau-né dont la mère est infectée par des gonocoques est de 30 à 40% s'il n'y a pas de chimio prophylaxie, elle se complique de kératite dans 10 à 20% des cas dont bon nombre entraînent une cécité. 20 à 40% des salpingites en Afrique chez les femmes des villes âgées de 15 - 45 ans sont dues aux gonocoques (1).

Le risque de contracter une gonococcie par des rapports sexuels vaginaux avec une personne contaminée est de 30 à 40% pour un homme sain et de 50 à 80% pour une femme saine (1).

La gonococcie est la principale cause d'urétrite chez l'homme dans les pays en voie de développement.

c- Bactériologie : L'agent causal est le *Neisseria gonorrhoeae* qui se présente sous forme de diplocoques à gram - négatif, en « grain de café » intra ou extracellulaires. Le gonocoque est très souvent associé à d'autres germes tels que les chlamydias, le mycoplasme, les trichomonas ou le *Candida albicans*; ce qui confère aux examens de laboratoire toute leur importance (1).

2- La syphilis vénérienne :

a- Historique : Dans l'histoire de la syphilis, il a été noté que cette maladie aurait été introduite en France par l'équipe de CHRISTOPHE COLOMBE à son retour des ANTILLES (1).

Au début du 16^e siècle, l'équipe fut frappée par l'épidémie de syphilis qu'appelaient 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 (1).

En revanche, pour les adversaires de cette théorie, il apparaît que la syphilis s'est manifestée dans le vieux continent avant CHRISTOPHE COLOMBE.

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 (1).

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 maladie appelée «tréponématose ». Les autres formes de cette maladie sont appelées «Pian» (syphilis endémique ou Bejel) (6).

b- Epidémiologie : La prévalence des sérologies de la syphilis positive chez les femmes enceintes en milieu urbain africain va de **0,9 à 17,5%** (1). Le risque de contracter la syphilis par un rapport sexuel avec un sujet infecté est inférieur à **30%** (1). **20 à 40%** des syphilis primo-secondaires non traitées évoluent vers la forme tertiaire avec un taux de mortalité de **20%**. **50%** des femmes enceintes infectées font des complications (avortement, prématurité, mort du nouveau-né). La syphilis congénitale atteint **25 à 75%** des enfants en cas d'infection de la mère. Des séquelles irréversibles ou la mort surviennent dans **50 à 70%** des cas de syphilis néonatale. **10 à 12%** des enfants nés de mères ayant une sérologie de syphilis positive meurent durant la période néonatale (1).

c- Bactériologie: Le tréponème **pâle** qui est l'organisme responsable de la tréponématose (comprenant la syphilis endémique, le pian et le pinta) fut identifié en 1905 par le scientifique allemand

FRITZ SCAUDINN assisté de ECRICHHAUFFMAN (1). Il fait partie de la famille du tréponéma. La chaleur et l'humidité sont des éléments essentiels à la survie du germe.

L'environnement qu'on retrouve en général en Europe et en Amérique du Nord entraîne rapidement la mort du tréponème à l'extérieur du corps.

3- IST à Chlamydiae :

a- Historique classification :

- Ces inclusions dans des frottis conjonctivaux de trachomateux ont été faites en 1906
- Bactéries Gram négatives (LPS) à multiplication intracellulaire obligatoire ont été découvertes en 1964
- Responsables de diverses infections selon l'espèce et le sérotype **(36)**.

La taxonomie des *Chlamydia* a été modifiée par Everett en 1999. Selon la nouvelle nomenclature, les *Chlamydia* sont maintenant séparées en 2 groupes principaux:

- le genre *Chlamydia* qui regroupe *C. trachomatis* (homme), *C. suis* (porc) et *C. muridarum* (souris, hamster),
- le genre *Chlamydophila* qui regroupe 6 espèces : *Cp. abortus* (mammifères), *Cp. psittaci* (oiseaux), *Cp. felis* (chats), *Cp. caviae* (cobaye), *Cp. pecorum* (mammifères), *Cp. pneumoniae* (homme).

Chez les ruminants, les 2 espèces qui ont été décrites sont *Cp. abortus* (responsable en particulier d'avortements) et *Cp. Pecorum* (responsable d'infections intestinales asymptomatiques, de pneumonies, conjonctivites, arthrites, avortements et infertilité). De plus, chez la femme enceinte, *C. abortus* peut également provoquer des avortements, avec des complications sérieuses **(37)**.

b- Epidémiologie : La prévalence des infections génitales à chlamydiae chez les femmes enceintes en milieu urbain africain varie de **5,3** à **13%**, les chlamydiae constituent la 2^e cause d'urétrite chez l'homme dans les pays en voie de développement. **20** à **50%** des salpingites en Afrique chez les femmes des villes âgées de 15 à 45 ans sont dues aux chlamydiae **(1)**.

c- Bactériologie: 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, forme 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 tels les tétracyclines et l'érythromycine.

Le *chlamydiae trachomatis* comporte différents sous groupes (A, B, C, D) agent du trachome; G et K, responsables d'infection génito-urinaires; LI, L2, L3, agent de la maladie de NICOLAS-FAVRE (1).

4- Chancre mou :

Le chancre mou (ou chancrelle ou chancre de Ducrey) est une [maladie sexuellement transmissible](#) (MST) due au bacille de Ducrey (ou *Haemophilus ducreyi*) caractérisée par un chancre d'inoculation ulcéré associée à des [adénopathies](#) (gonflement d'un [ganglion lymphatique](#)) parfois suppurées

a- Physiopathologie :

Haemophilus ducreyi est une [bactérie](#) en forme de bâtonnet, immobile, [Gram](#) négatif, qui se transmet par contact sexuel, mise en évidence pour la première fois par l'Italien [Augusto Ducrey](#) en 1889 (35). Elle est extrêmement contagieuse et ne procure pas d'immunité (on peut contracter la maladie à nouveau après avoir guéri, à l'occasion d'un nouveau contact contaminant). Les femmes sont les principales vectrices de la maladie lorsqu'elles portent la bactérie, car la symptomatologie est modérée. Chez l'homme au contraire, le chancre est très douloureux, ce qui permet une consultation médicale relativement précoce et de limiter les contaminations (35).

b- 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 (1).

c-Diagnostic : La maladie se manifeste, après une [[période d'incubation variant de 24 heures à 15 jours (en moyenne 5 jours), par une petite papule rosée au lieu de pénétration de la bactérie (en général sur la [verge](#)). La lésion évolue rapidement vers une ulcération plus ou moins étendue, rosée, douloureuse, profonde, aux bords très [inflammatoires](#) et nets, d'aspect déchiqueté. À la différence du chancre causé par la [syphilis](#), le fond du chancre n'est pas induré. Le chancre est aussi très [prurigineux](#) (il provoque d'intenses démangeaisons), ce qui entraîne rapidement une auto infestation par grattage (apparition de chancres multiples dans toute la région génitale).

Les adénopathies sont plus tardives, apparaissant 2 à 3 semaines après le contact. Elles sont souvent unilatérales, et peuvent évoluer vers l'ulcération avec écoulement de pus au niveau de la [peau](#).

d- Bactériologie :

L'identification de la bactérie peut se faire par examen [microscopique](#) d'un [frottis](#) du chancre, plus rarement par ponction à l'aiguille fine d'une adénopathie. La coloration de Giemsa ou celle de Pappenheim permet d'identifier le germe, en dehors du cas fréquent de surinfection qui peut imposer un examen [histologique](#) après [biopsie](#) ganglionnaire (37).

Le ou les partenaires doivent être dépistés et traités. La recherche d'autres IST associées (en particulier sida et [syphilis](#)) doit être systématique.

e- Complications : Elles sont :

[Gangrène](#) de la verge pouvant mener à l'[amputation](#),

Gangrène cutanée étendue,

Surinfection locale,

Association à d'autres IST (la plaie cutanée que constitue le chancre est une porte d'entrée pour les virus et les bactéries.)

5- Affection à *Trichomonas vaginalis* :

Le trichomonas vaginalis est un protozoaire microscopique unicellulaire en forme de poire, un peu moins gros qu'un globule blanc. La «queue» du trichomonas se termine par 4 minces filaments, exécutant de rapides mouvements et permettant à cet organisme de se déplacer à vive allure.

a- Épidémiologie :

Malgré des porteurs sains nombreux (jusqu'à 50 % des cas sont asymptomatiques), surtout chez les hommes, le *Trichomonas vaginalis* a un rôle pathogène net dans les 2 sexes :

- *Trichomonas vaginalis* est responsable de 30% des [urétrites](#) non gonococciques.
- La [vaginite](#) à *trichomonas vaginalis* représente 50% des vaginites avec [leucorrhées](#) (38).

b- Bactériologie :

Le diagnostic se fait en examinant un prélèvement frais (prélèvement vaginal ou goutte urétrale) au [microscope](#) au faible grossissement entre lame et lamelle en lumière diaphragmée ou au contraste de phases qui montre le [protozoaire](#). Les trichomonas sont reconnus à leurs mouvements et à leur morphologie. Chez l'homme, le dépistage pourra être fait par recueil de la première goutte du méat le matin avant toute miction, ou encore par massage prostatique (38).

En cas de diagnostic d'une trichomonose génitale, il faut rechercher l'ensemble des germes responsables des [IST](#).

6- Affection à *Candida albicans* :

Le candida albicans est un champignon microscopique très fréquent chez les femmes, il est responsable de vaginite avec de violentes démangeaisons à l'entrée du vagin et sur la vulve.

A côté de ces principales IST, on peut retenir d'autres beaucoup moins fréquentes :

- Affection à Mycoplasme;
- Affection à *Gardenella vaginalis* ;
- Donovanose due à *calmatobactérium granulomatis* ;
- Maladie de Nicolas-favre due au chlamydiae ;
- Herpès génital dû à l'herpès simplex
- Condylome (Crête de coq) dû à un virus du groupe de papillomavirus;
- Affection à morpion due au phthirus pubis;
- Hépatite B.

3- Sur le VIH/SIDA :

a- Définition : Plusieurs définitions ont été proposées pour l'infection à VIH dont la plupart concerne le stade Clinique de la maladie (sida). Nous disons simplement ici que le sida est l'ensemble des manifestations cliniques et biologiques liées au VIH ou à l'immunodépression qu'il entraîne.

b- Historique :

L'histoire du sida commence dans deux villes aux Etats-Unis (New York et LosAngeles) où des cas cliniques ont été observés au sein des communautés d'homosexuelles par le Docteur **GOTTLIEB** et collaborateurs entre octobre 1980 et Mai 1981 et par le Docteur **POZALKI (8)**.

La nature infectieuse et transmissible du sida suspectée auparavant fut confirmée par les travaux du :

- Professeur Luc Montagnier et son équipe qui en 1983 isolent le virus du sida (LAVI) **(9;14)**.
- Puis en 1984, le même virus fut identifié par Robert GALLO qui l'appela HTL

VIH (12;13).

- En 1986 un deuxième rétrovirus humain (LAV II) causant le sida fut isolé à l'Institut Pasteur chez des malades d'origine Ouest Africaine hospitalisés à l'hôpital Claude Bernard de Paris (10). Ce même virus fut trouvé par M. Essex et appelé RTL V IV la même année (11).

En Mai 1986, le comité International de la taxonomie des virus a recommandé une nouvelle appellation, virus de l'immunodéficience humaine (Human immunodeficiency virus) (HIV).

- HIV et HIV2 (Anglais)

-VIH1 et VIH2 (Français).

c- Epidémiologie :

1- Situation mondiale du VIH/sida, décembre 2007 :

- **Estimation de la prévalence du vih dans le monde en 2007 :**

Le nombre de total de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en 2007 est de **33,2 millions** soit **30,8 millions** pour les adultes ; **15,4 millions** pour les femmes et **2,5 millions** pour les enfants de moins de 15 ans (2).

- **Estimation de l'incidence du VIH dans le monde en 2007 :**

Le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH est de **2,5 millions** soit **2,1 millions** pour les adultes et de **420 000** pour les enfants moins de 15 ans.

En résumé :

Tous les jours dans le monde en 2007, **6 800** personnes sont infectées par le vih et **5 700** personnes décèdent du sida (2).

2- Situation épidémiologique du VIH/sida en Afrique :

a- Introduction Afrique et Sida :

En 2007, en AFRIQUE SUBSAHARIENNE on a :

- **67%** des personnes infectées par le VIH dans le monde,

- **22,5 millions**, sur **33,2 millions** de PVVIH dans le monde,

- **1,7 millions** pour le nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH en 2007,

- **1,6** millions de décès dus au sida, soit **73%** du total mondial des décès dus au sida.

b- Inégalités d'accès aux traitements ARV :

1- Inégalités géographiques : On a :

- **95%** des PVVIH vivent dans les PED,
- **67%** en Afrique Sub-saharienne,
- les patients des villes sont mieux servis que ceux des campagnes.

2- Inégalité liée aussi aux types de patients :

Sur les **2,1** millions de nouvelles infections à VIH en 2007 :

- **50%** sont de 15 -24ans,
- **50%** sont des femmes.

10% seulement des femmes enceintes séropositives bénéficient d'une prophylaxie (PTME).

10% des enfants nécessitant des ARV sont traités.

Au Mali :

La prévalence du VIH/sida est de **1,3%** au Mali, soit **1,2%** dans la région de Koulikoro.

c- Mode de Transmission :

En effet pour qu'il y ait transmission, il faut une porte d'entrée et une charge Virale importante pour la contamination.

Cette transmission peut se faire par :

1- Voie sexuelle:

C'est la voie de contamination la plus répandue et toutes les pratiques sexuelles sont contaminantes. A l'échelle mondiale, **75-85%** des infections par le VIH ont été contractées à l'occasion de rapports sexuels non protégés (**15**). La transmission se fait par la mise en contact des muqueuses (vagin ou du rectum) avec des sécrétions sexuelles (sperme, glaire cervical) ou avec du sang contenant le virus. La probabilité de transmission est estimée, en moyenne, à **0,3%** pour

chaque acte sexuel. Ce risque est néanmoins variable selon la nature de l'acte : un rapport anal respectif avec un sujet séropositif présente ainsi un risque plus grand de contamination (**0,5-3%**). Le risque est en outre augmenté par divers autres facteurs, notamment l'existence d'une infection génitale chez l'un des partenaires. Le risque de transmission du virus par la femme est plus grand si le rapport a eu lieu pendant les règles (**15**).

2- Voie sanguine :

La transmission du virus par cette voie peut se faire selon 3 modalités :

-Transfusion de sang ou de dérivé de sang (facteurs de coagulation administrés aux individus hémophiles par exemple). Depuis 1985, des mesures préventives (dépistage systématique du VIH lors des dons de sang, technique d'inactivation virale) ont permis de rendre le risque de transmission du VIH par cette voie pratiquement nul en Europe (**15**).

- Piquûres accidentelles d'aiguilles souillées par du sang contaminé. Ce risque est globalement estimé à **0,32%** et varie en fonction de la profondeur de la piquûre, du type d'aiguilles et de la rapidité de la désinfection (**15**).

- Toxicomanie par voie veineuse avec partage de seringue : La probabilité de contamination par cette voie est estimée à **0,67%** (**15**).

- Transmission de la mère à l'enfant ;

La transmission du VIH de la mère à l'enfant peut survenir pendant toute la durée de la grossesse, mais surtout pendant l'accouchement et pendant la période de l'allaitement. L'utilisation de médicament antirétroviral pendant la grossesse et la modification des pratiques obstétricales ont permis de diminuer le taux de transmission maternofoetal du VIH de type1 de **20%** à moins de **5%** (**15**).

Le risque de transmission du VIH par l'allaitement est estimé à **6%** (**15**). Aussi celui-ci est contre indiqué chez les femmes séropositives dans les pays industrialisés. Dans les pays en développement, l'allaitement reste recommandé,

les risques liés à son abandon étant jugés plus grands (infections néonatales, gastroentérite) que les risques liés à ce mode de propagation du virus (15).

d- Evolution du VIH/sida sans traitement.

1- Phase initiale :

Une fois pénétré dans l'organisme, le virus peut infecter différentes cellules, principalement les cellules du système immunitaire (les cellules CD4, dits les T4, les macrophages et les cellules de même origine) et certaines cellules du cerveau. La pénétration du virus dans l'organisme se fait par l'interaction de la protéine gp 120 présente à la surface du virus et un récepteur membranaire (la molécule CD4) de la cellule cible. D'autres interactions d'ordre moléculaire sont impliquées (15).

Après une période de quelques jours, le virus se multiplie ; il devient détectable aux environs du 10^{ème} jour. La réponse immunitaire de l'organisme est mise en œuvre ; les anticorps anti-VIH notamment, peuvent être détectables entre le 20^{ème} jour et la fin du 3^{ème} mois suivant la contamination. Ces anticorps ne peuvent pas détruire le virus. Une fois infectée la personne est dite <<séropositive par le VIH>> (l'usage est de restreindre cette formulation à <<séropositivité>> ou <<séronégativité>> par abus de langage).

Des signes cliniques apparaissent, dans 50 à 80% des cas, entre 5^{ème} et 30^{ème} jour qui suit la contamination, ce sont principalement une fièvre, une angine, des courbatures, une éruption cutanée. Des manifestations plus rares peuvent survenir (méningite lymphocytaire, paralysie faciale). Cette phase de l'infection, nommée primo-infection, disparaît spontanément en 1 mois environ (15).

2- Phase secondaire d'infection chronique :

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

Des infections mineures peuvent apparaître, témoignant d'une atteinte modérée du système immunitaire.

- **Les infections cutanées ou muqueuses mineures**, virales ou mycosiques, ne sont pas spécifiques de l'infection à VIH mais prennent chez les sujets qui en sont atteints une forme chronique récidivante ; candidoses buccales (muguet) ou anogénitales, dermatite séborrhéique de la face, folliculites, prurigo, zona, verrues etc....

- **Les signes généraux** sont une altération de l'état général, une forte fièvre prolongée, des sueurs, un amaigrissement et une diarrhée persistante.

3- Sida déclaré ;

Il s'agit de la forme évoluée de l'infection à VIH, due à une immunodépression majeure.

Certaines particularités évolutives permettent de distinguer 3 groupes de patients : les <<progresseurs rapides>> qui évoluent vers le sida en 3-4ans, les <<progresseurs classiques>>, et les <<non progresseurs à long terme>> (**5%** de la population infectée), chez lesquels le sida ne déclare qu'au-delà de 10 ans après la contamination, en l'absence de traitement (**15**).

Cette phase se manifeste par des infections opportunistes liées à des micro-organismes (bactéries, virus, microchampignons ou parasites) qui <<profitent>> de l'état défaillant des systèmes immunitaires pour se développer. Ces infections peuvent être dues à une contamination récente, ou à des réactivations de l'agent infectieux (notamment d'un virus ou du parasite responsable de la toxoplasmose), présent à l'état latent dans l'organisme.

Les signes du sida peuvent également développer des tumeurs caractéristiques : le sarcome de kaposi et les lymphomes malins.

- **Les infections bactériennes** sont principalement dues à des mycobactéries, notamment le bacille de Koch responsable de la tuberculose. Les localisations extra pulmonaires sont plus fréquentes chez les patients atteints de sida que dans la population générale. Les infections à mycobactéries non tuberculeuses peuvent atteindre les poumons ou le cerveau. D'autres infections bactériennes peuvent également se déclarer (15).
- **Les infections parasitaires** par des micro-organismes tels que *Toxoplasma gondii*, responsable de la toxoplasmose, peuvent se réactiver et entraîner des troubles neurologiques en cas de localisation cérébrale. Une infection par *Pneumocystis carinii* provoque une infection pulmonaire grave conduisant parfois à une insuffisance respiratoire. Des atteintes parasitaires digestives (microsporidiose, cryptosporidiose) entraînent des diarrhées et une altération de l'état général.
- **Les infections fongiques** les plus fréquentes sont les candidoses, dues au champignon *Candida albicans*. Celui-ci se manifeste par un muguet, parfois associé à une atteinte de l'œsophage entraînant une douleur à la déglutition.
- **Les infections virales** observées au cours du sida sont dues à des réactivations de virus présents à l'état latent dans l'organisme. Ainsi une réactivation du virus varicelle zona entraîne le zona. Le papovavirus est responsable d'une leuco-encéphalite multifocale progressive (LEMP), forme grave d'encéphalite.
- **Le sarcome de kaposi** est plus fréquent chez les malades homosexuels que chez les autres, ce qui suggère la responsabilité d'un agent transmissible par voie sexuelle qui semble être le virus herpès 8. La forme cutanée avec lésions planes, violacées, indolores, en est l'expression la plus fréquente. Des localisations viscérales sont possibles, surtout en cas d'immunodépression majeure.
- **Les lymphomes malins** sont dus à une prolifération cancéreuse des précurseurs des lymphocytes, les lymphocytes B et T.

4- Relation entre IST et VIH

De nombreuses études épidémiologiques et biologiques ont apporté la preuve que les IST soient ulcérant ou non ulcérant favorisent la transmission du VIH (4). En outre, il semble que le VIH affecte le cours naturel de certaines des IST. On a retrouvé du VIH dans les voies génitales chez l'homme ainsi que chez la femme, aussi bien dans sa forme associée aux cellules que sous sa forme libre (17). On a également isolé du VIH dans l'exsudat provenant d'ulcérations génitales chez l'homme ou chez la femme (18 ; 19). Le relargage du VIH dans le liquide biologique est accru par la réponse inflammatoire liée aux IST et les exsudats provenant des lésions ; rendant ainsi les hommes et les femmes qui présentent une IST et porteurs du VIH plus infestants.

En outre il a été démontré que le taux de lymphocytes CD4+, la cellule cible de VIH, augmente dans l'endocervix de manière disproportionnée chez la femme souffrant de gonococcie ou d'infection à chlamydiae (20). Des études ont montré que le fait de traiter une IST diminue le pourcentage d'hommes chez lesquels on trouve du VIH et la quantité VIH dans leur éjaculation (5 ; 23)

Dans une étude randomisée menée récemment dans les communautés du district de Mwanza, en Tanzanie; l'approche syndromique au traitement des personnes présentant une IST a permis de réduire l'incidence du VIH de 42% dans la population cible (22).

5- Education de la sexualité à l'école :

Il s'agit à présent ou à l'avenir, de réduire le risque de transmission du VIH, fait important, l'éducation dispensée doit s'inscrire dans une stratégie nationale intégrée de lutte contre le sida.

Si les buts varient d'un système à un autre, l'objectif primordial d'un programme d'éducation sur le VIH-sida à l'école est évidemment d'encourager des comportements propres à empêcher la transmission du VIH.

Il est important que le programme d'éducation sur le sida à l'école prenne pour cible des élèves plus jeunes que ceux qui peuvent avoir des comportements à risque.

Il faudra t- il atteindre les élèves les plus jeunes encore. D'un autre côté, il faut atteindre tous les élèves plus âgés.

Où insérer l'éducation sur les IST et VIH-sida dans le programme scolaire est une question importante car c'est le contexte retenu qui constituera le cadre dans lequel seront prises les relatives à la teneur, au style d'enseignement et à l'enseignant.

L'éducation sexuelle fait partie d'un programme éducatif de développement personnel qui donne des précisions sur le VIH-sida mais aussi apprend à développer la confiance en soi, à communiquer à préciser ses valeurs à prendre des décisions de façon responsable et à entretenir des relations personnelles.

Comme il s'agit d'un sujet sensible et controversé on a par ailleurs considéré que pour faire de l'éducation sur le sida dans les bonnes conditions, il devrait y avoir de bonnes relations entre l'enseignant et les élèves, de même qu'entre eux.

6- Le cancer du col de l'utérus :

C'est le plus fréquent des cancers de l'appareil génital féminin. Il occupe le deuxième rang des cancers féminins, après le cancer du sein : on observe chaque année **23** nouveaux cas de cancer du col de l'utérus pour **100 000** femmes (**15**). Ce cancer apparaît plus souvent avant la ménopause et chez la femme qui a eu plus d'un enfant.

Il s'agit d'un carcinome épidermoïde (cancer de l'épithélium), dans la partie externe du col, ou d'un adénocarcinome (cancer du tissu glandulaire) dans sa partie interne.

a- Causes :

Parmi les facteurs de risque se trouvent les infections génitales, surtout à papilloma virus, qui sont des infections sexuellement transmissibles; la multiplicité des partenaires sexuels ; la précocité de la sexuelle; la multiparité et le tabagisme.

b- Symptômes et Signes :

Des lésions précancéreuses caractéristiques (dysplasies) précèdent l'apparition du cancer. Une dysplasie ou un cancer du col ne se manifeste souvent par aucun Signe, mais tout saignement ou perte teintée de sang (après des rapports sexuels, entre les règles, après la ménopause) sont des signes d'alarme (15).

c- Dépistages et Pronostics :

Le dépistage du cancer du col utérin passe par un frottis cervico-vaginal. Deux frottis pratiqués à un an d'intervalle sont recommandés au début de la vie sexuelle, puis un frottis tous les 3 ans jusqu'à l'âge de 65 ans, cette fréquence pouvant être augmentée chez les femmes à risque.

Ce dépistage est d'autant plus important que, s'il peut être traité à son tout début, ce type de cancer guérit dans la quasi-totalité des cas (15).

7- Revue critique de la littérature :

1 Le VIH est un agent mortel qui se transmet surtout lors de contacts sexuels non protégés ou lors d'injections de drogue. On sait cela depuis une vingtaine d'années. Durant cette période, des centaines de millions de dollars (USD) ont été dépensés dans le monde entier pour limiter la propagation du virus. La plupart des programmes de prévention cherchent avant tout à encourager des comportements moins risqués. Mais, étonnamment, peu de pays ou de régions ont fait de réels efforts pour suivre avec fiabilité l'évolution de ces comportements dans le temps (39). Jusqu'à présent, la majorité des efforts de surveillance ont porté sur le dénombrement des cas de SIDA ou sur l'avancée du VIH. Mais en se concentrant seulement sur l'état de l'épidémie, on a toujours un

train de retard. Si la prévalence du virus augmente, cela signifie sans doute que les programmes de prévention n'ont pas l'impact voulu, mais on ignore les raisons de cet échec. Et si cette prévalence se stabilise ou diminue, on peut certes l'interpréter comme un ralentissement des nouveaux cas d'infections, mais aussi comme une augmentation du nombre des décès. De plus, comme le virus peut demeurer latent pendant des années avant d'être détecté, les chiffres avancés ne donnent pas une idée exacte de l'évolution récente des taux de contamination.

Par ailleurs, dans les régions où les infections sont encore relativement rares, la surveillance de la seule propagation du VIH n'est que d'une utilité limitée. Si la prévalence est faible et si elle demeure faible de manière persistante, on pourra supposer qu'il n'existe que peu de comportements à risque dans la population et qu'il s'agit là, peut-être, d'une conséquence des programmes de prévention. A l'inverse, on pourra aussi imaginer que le virus n'a pas encore atteint de seuil critique au sein de cette population. S'il existe effectivement des comportements à risque et si ces derniers ne sont pas surveillés, les programmes laisseront échapper la possibilité d'intervenir en temps voulu au sein des groupes particulièrement exposés et de réduire ainsi les chances d'explosion du virus.

Après avoir constaté que le seul suivi de la propagation du VIH ne fournit pas d'informations suffisantes aux responsables des programmes de prévention, l'ONUSIDA, l'OMS, le FHI et d'autres organisations ont défini un nouveau cadre de travail. Baptisé Surveillance de deuxième génération du VIH, ce cadre préconise la conception de systèmes adaptés à chaque situation épidémique nationale et consacre l'essentiel des ressources de surveillance aux groupes les plus susceptibles d'être touchés par le virus. Il souligne en particulier la nécessité d'utiliser des données comportementales pour pouvoir informer et expliquer les tendances observées dans une population donnée, et de mieux exploiter ces données lors de la conception et de l'évaluation des plans de prévention. Pour une présentation de ce nouveau cadre, on pourra consulter les «Directives pour

la surveillance de deuxième génération du VIH» (ONUSIDA/OMS, Genève, 2000) (40). Le virus pourra emprunter si rien n'est fait pour freiner sa dissémination. Ces mêmes données renseignent également sur les niveaux de risque dans la population générale et montrent s'il existe des « passerelles sexuelles » liant les groupes à fort risque d'infection à ceux qui sont généralement moins exposés.

En dévoilant la menace encore invisible, mais bien réelle, posée par le VIH, cette information peut servir à mobiliser une communauté, que ce soit ses politiciens, ses dirigeants spirituels, ses autres leaders ou ses membres exposés au risque d'une contamination. De telles données constituent donc un puissant outil pour forcer à l'action.

Ainsi dans la même dynamique fut menée par C.H. Laraqui Hossini, D. Tripodi, A.E. Rahhali, M. Bichara, D. Betito, J.P. Curtes, C. Verger sur :

Les connaissances et attitudes du personnel soignant face au sida et au risque de transmission professionnelle du VIH dans deux hôpitaux marocains.

Cette enquête ayant pour objectifs d'évaluer le niveau de connaissances, l'attitude et les pratiques du personnel de santé vis-à-vis du sida a été effectuée auprès de 266 agents de santé de deux hôpitaux au Maroc (41). Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale effectuée à l'aide d'un questionnaire standardisé. L'échantillon est réparti en 91 médecins (34,2%), 106 infirmiers (39,8%), 12 laborantins (8,8%) et 47 agents de soutien (17,6%) travaillant dans différents services. L'âge moyen est de 32,7 ans. C'est une population jeune puisque 83% a moins de 40 ans et plus de la moitié a moins de 10 ans d'activité. Les résultats montrent que le personnel de santé a une connaissance bonne sur les voies de transmission du virus (89%) mais beaucoup moins bonne pour la transmission intra hospitalière. Une personne sur deux ignore les bases d'inactivation du VIH (eau de Javel, alcool à 70°). Ceci est plus flagrant chez les paramédicaux (deux tiers ignorent ces bases). Et seules 18,4% connaissent la sensibilité du VIH à la chaleur. La moitié du personnel estime que l'isolement

systematique des sidéens s'impose et les deux tiers proposent une sérologie systematique chez toute personne hospitalisée. L'anxiété lors de la prise en charge d'un séropositif est exprimée par **56%** des médecins et **62%** des paramédicaux. Quatre-vingt-cinq pour cent estiment que le personnel soignant a un risque élevé de se contaminer lors de son travail. Le taux d'accidents professionnels est très élevé et la déclaration reste rare (**7%**). Les moyens de protection de base ne sont disponibles qu'une fois sur deux ; l'information et la sensibilisation du personnel en particulier paramédical restent insuffisantes. Ces données appellent un renforcement urgent des actions d'éducation et d'information du personnel en matière de sida par les nouvelles unités de médecine du travail créées au profit du personnel de santé.

Avec l'accroissement du Taux de séropositifs en Afrique, Robert. C mena une recherche sur : la comparaison des comportements sexuels de lycéens congolais et français dans le contexte du sida.

Au Congo, les conséquences sociales et économiques du sida s'ajoutent à celles d'une guerre civile récente, en 1997, avec des épisodes fratricides en 1998 et 1999. Pointe-Noire, la seconde ville du Congo et la capitale économique, a été globalement épargnée. Nous y avons mené une enquête auprès de 292 collégiens et lycéens, âgés de 14 ans et 2 mois à 25 ans, pour un âge moyen de 19 ans (**42**). Ils étaient issus de 5 établissements d'enseignement général et technique représentatifs. Cette étude effectuée en 1998 était la seconde partie d'un travail réalisé en France en 1997 auprès de 1 859 lycéens, âgés de 15 à 25 ans, pour un âge moyen de 17 et 9 mois. Ils étaient issus de 3 établissements d'enseignement général et technique et professionnel de deux départements de la région Centre (Indre-et-Loire et Loir-et-Cher). Le matériel correspondant à cette étude a été un questionnaire anonyme auto-administré de 55 items fermés explorant : la maturation pubertaire objective et subjective ; les divers aspects d'expérience sexuelle à l'adolescence et les conduites sexuelles (y compris celles pouvant constituer une prise de risque). Il a fait l'objet d'un pré-test en 1996. Les

résultats de l'étude mettent en évidence que les jeunes congolais présentent globalement nettement plus de risques que leurs homologues français. Les garçons congolais présentent un plus grand nombre de partenaires sexuelles et une plus grande précocité sexuelle. L'usage du préservatif concerne **72%** des lycéens français lors du premier rapport sexuel versus **39%** au Congo. L'ensemble des jeunes congolais présente un plus grand nombre de MST et de grossesses chez mineures, ainsi que d'autres situations potentiellement à risque : le fait d'avoir des rapports sexuels après avoir trop bu, des relations sexuelles avec un partenaire dont on sait qu'il prenait des drogues injectables, ou encore des relations sexuelles « monnayées » (prostitution). L'expérience homosexuelle et les rapports homosexuels réguliers sont aussi sensiblement plus fréquents au Congo. Certaines réponses, comme celles concernant un nombre important de partenaires « non sûrs », peuvent s'éclairer dans le contexte congolais : guerre récente et taux de prévalence d'infection à VIH très élevé. D'autres peuvent être prises dans des réseaux de signifiants culturels comme le fait d'avoir des rapports sexuels « sous la contrainte » ou avec des partenaires beaucoup plus âgés. Tous ces résultats témoignent de différences notables entre les deux pays. Malgré la prudence qu'il conviendra d'observer dans l'interprétation et l'exploitation de données, cette étude descriptive sur les comportements sexuels constitue une première approche, bienvenue compte tenu de la quasi-absence de travaux dans ce domaine au Congo.

La population congolaise est touchée massivement par la pandémie que constitue l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et cette situation est majorée par les effets d'une guerre civile récente. Nous avons décrit le contexte congolais dans le premier article qui est associé à celui-ci : « Approche de la sexualité au Congo dans le contexte du sida ».

La meilleure connaissance des prises de risques et des comportements sexuels des jeunes reste une priorité de santé publique, même si cela peut s'avérer difficile dans ces conditions. Les recherches dans ce domaine sont rares,

particulièrement en Afrique où la sexualité demeure un sujet tabou. En France, les travaux concernant la sexualité à l'adolescence sont relativement récents (44 ; 45) et il n'en existe pas à notre connaissance qui aient été effectués au Congo durant ces dix dernières années. Les auteurs qui ont approché cette question l'ont fait indirectement, par exemple dans ses liens avec le domaine public (traitement du problème posé par le sida par l'État congolais) (50) et avec le monde nocturne et de l'invisible (rapports entre le sida, des pratiques de sorcellerie et de guérisseurs traditionnelles) (46).

Dans de nombreux pays africains, l'évolution sociale et le mode de vie des Européens sont considérés comme responsables de l'affaiblissement des mœurs ou de leurs dégradations (46; 47). La « suractivité sexuelle » et notamment le « vagabondage sexuel » y sont clairement désignés comme amplificateurs de cette tendance. Si l'usage du préservatif est connu, il n'est pas pour autant généralisé et de nombreuses craintes et croyances y sont associées (stérilité masculine et féminine, risque de dystocie, etc.) (46; 48). Le discours réprobateur de l'église catholique et les attitudes complexes et équivoques des très nombreuses congrégations religieuses n'incitent globalement pas à son usage (49).

B. TOURE et K. KOFFI ont fait une autre étude en 2001 sur le même sujet : connaissances, attitudes et pratiques des collégiens et lycéens d'Abidjan face au VIH-sida.

Cette étude avait pour objectif général de décrire les connaissances, attitudes et pratiques des adolescents en milieu scolaire face au VIH/sida. Les adolescents de sexe féminin étaient prédominants (66,5%). La moyenne d'âge était de 16,3 ans avec des âges extrêmes de 13 ans et 19 ans. La majorité des adolescents, 99 3%, avait déjà entendu parler du sida et les connaissances sur le sida étaient bonnes. Le préservatif était le moyen de prévention le plus cité (89,2%). Ils étaient 338 soit 56,1% à avoir déjà eu des rapports sexuels. Cependant,

l'utilisation irrégulière du préservatif a été évoquée par la majorité des adolescents enquêtés qui étaient en activité sexuelle (44).

8- Justificatif de la recherche :

En l'absence des données fiables sur la progression des infections sexuellement transmissibles, en particulier celle du VIH-sida au sein du milieu scolaire. Notre étude participe au côté du Gouvernement en initiant un certain nombre d'actions ciblées. Elle tente de remédier à la faible connaissance de l'étendue du phénomène, des facteurs déterminant à la propagation des IST et le VIH-sida dans les communautés autrefois épargnées par leur marginalisation et d'en mesurer les conséquences à moyen et long terme. Les résultats de cette étude permettront également à l'UNICEF de constituer une base de données permettant d'aider le Gouvernement Malien dans l'élaboration des politiques, des stratégies et plans d'action visant la réduction de la vulnérabilité des peuples autochtones au VIH-sida.

B- Hypothèses :

- L'âge, le sexe et le niveau d'instruction des parents et des enseignants ont une influence sur la connaissance et les attitudes des élèves sur les IST et le VIH/sida des jeunes scolaires.
- Les comportements à risque expliquent d'une part, la faiblesse des programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire et d'autre part, l'absence d'information familiale en matière de sexualité.

C- Objectifs :

1- Objectif général :

Etudier les connaissances, attitudes et comportements sexuels en matière d'IST et VIH-sida en milieu scolaire.

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer le niveau de connaissances et le degré de perception des élèves sur l'information en matière d'IST et le VIH-sida.
- Identifier les besoins d'information des enseignants et les élèves sur les IST et le VIH-sida.
- Décrire les pratiques sexuelles des élèves et les enseignants en matière de protection contre les IST et le VIH-sida.

III- Cadre d'étude:

1- Ville de Kati

-Présentation de la commune de Kati

Située à 15 Km de Bamako, la capitale malienne, la ville de Kati s'étire sur plus de 8 km dans la vallée encaissée des rivières Farako et Dialakoroni.

Elle est limitée à l'ouest par le <<sanou koulou>> (colline aurifère) et communique au Nord par voie terrestre avec les villes de Kati, Kolokani, Nara, Diéma et Nioro du Sahel. Sa population estimée à 73 000 habitants il y a une décennie, s'élève actuellement à 100 000 habitants et caractérisée surtout par son cosmopolitisme et sa jeunesse **(24)**.

Les ethnies qui s'y habitent sont : Bambara (autochtone) ; Malinké, Peulh, Sarakolé, Maure, Mossi, khassoukés, Sonrhaï, Ouolof, Bwa, Dogon et Sénoufo.

La religion musulmane regroupe la population totale **(89%)**, suivie de la religion chrétienne **(8%)** et l'animisme **(3%)** **(24)**. La population est répartie à 10 Quartiers, 3 villages, et 1 hameau. L'économie est basée sur le maraîchage et de l'arboriculture fruitière, des infrastructures : les écoles, garderies d'enfants, etc. ..., collège DMTK, du Lycée agricole le "Bélédougou", le Lycée Mamby SIDIBE, le Lycée Ténimba TRAORE et l'école de formation des infirmiers de santé (EFIS).

Une école de formation des jeunes militaires ou prytanée militaire de Kati reçoit les jeunes militaires des pays de la sous région Ouest africaine.

En matière d'infrastructure sanitaire, existent un hôpital, un centre de santé de référence Major Moussa Diakité de Kati, d'autres centres de santé privés et des CSCOM au niveau de chaque quartier et fonctionnent à la satisfaction de la population.

Il existe aussi des pharmacies de vente à titre privé.

2-Période d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale qui s'est déroulée du 15 avril au 15 mai 2010 dans le LEHSC et l'ITAK de Kati.

3-Population cible :

La population visée par l'étude était :

-Les élèves et les enseignants de ces écoles inscrits pour l'année scolaire 2009-2010 et présents en classe au moment de l'enquête.

4- Echantillonnage : Il a été effectué deux façons :

- La liste exhaustive des enseignants de ces établissements pour les enseignants
- Nous avons procédé à un sondage systématique 1/10 élèves sur la base de la liste l'effectif total des élèves dans ces deux établissements. Sur cette base nous avons obtenu un échantillon de 22 enseignants et 125 élèves.

- **Critère d'inclusion :** étaient inclus dans l'étude :

Les élèves et les enseignants des deux sexes, réguliers inscrits pour l'année scolaire 2009-2010, recensés et ayant donné leur consentement pour participer à l'étude.

- **Critère de non inclusion:** n'étaient pas inclus dans l'étude tous les élèves et enseignants irréguliers, réguliers non inscrits et ceux ayant refusé de participer à l'étude.

5- Le support des données : deux questionnaires ont été établis un pour élève et un pour enseignant

Le questionnaire pour élève comportait six volets:

- Renseignements généraux
- Connaissances sur les IST et le VIH-sida

- Sources d'information sur IST et le VIH-sida
- Comportement sexuel
- Opinion sur l'introduction de l'enseignement de la sexualité à l'école
- Module sur le VIH-sida.

Le questionnaire pour enseignant comportait cinq volets:

- Renseignements généraux
- Connaissances sur les IST et le VIH-sida
- Sources d'information sur IST et le VIH-sida
- Opinion sur l'introduction de l'enseignement de la sexualité à l'école
- Module sur le VIH-sida.

6- Plan de traitement et d'analyse des données:

L'analyse et le traitement des données ont été effectués sur les Logiciels SPSS

13. 0, Word et Excel.

7-Aspects éthiques : Notre étude s'est déroulée selon le consentement :

- du Directeur de l'académie d'enseignement de Kati
- des Promoteurs et les Directeurs des deux Etablissements
- des Elèves et des Enseignants.

IV- RESULTATS

LES RESULTATS GLOBAUX

Tableau I : Répartition des élèves selon le sexe, et par école

sexe	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Masculin	28	65%	35	43%	63 (50,4%)
Féminin	15	35%	47	57%	62 (49,6%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

Le nombre des garçons était presque égal au nombre de filles dans les deux établissements.

Au LEHSC le sexe masculin a représenté **65%** des cas et à l'ITAK le sexe Féminin a représenté **57% des cas**.

Tableau II : Répartition des élèves selon l'âge, et par école

Age	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
18-20 ans	41	95%	74	90%	115 (92%)
21-23 ans	2	5%	8	10%	10 (8%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

La tranche d'âge 18-20 ans a été majoritaire dans les deux établissements, **95%** des cas au LEHSC et **90%** des cas à l'ITAK.

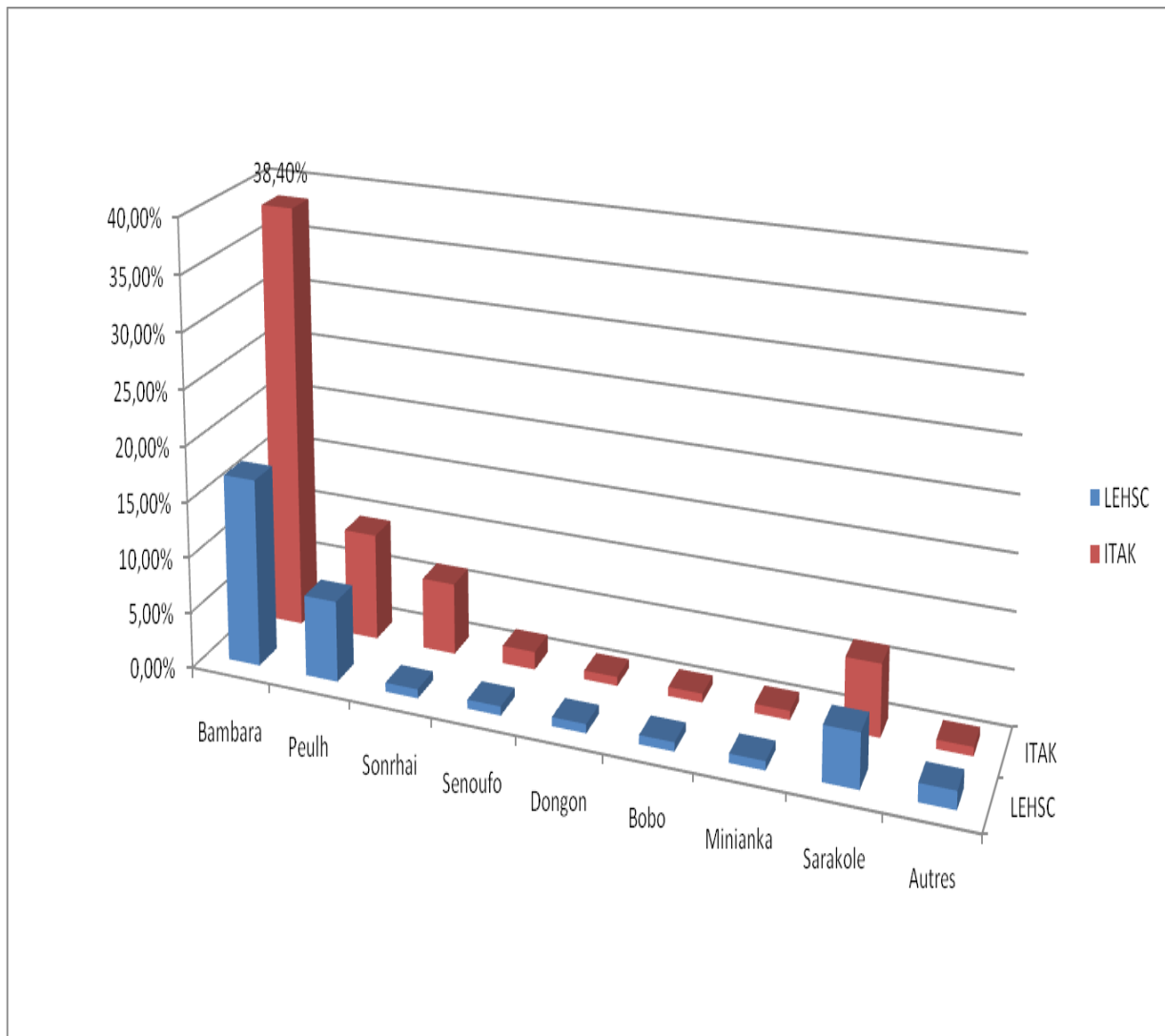


Figure 1: Répartition des élèves selon l'ethnie et par école

L'ethnie Bambara a été fortement représentée dans les deux écoles

Tableau III : Répartition des élèves selon leurs religions et par école

Religion	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Musulman	39	91%	73	89%	112 (89,6%)
Chrétien	4	9%	9	11%	13 (10,4%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

La religion musulmane a été majoritairement représentée dans les deux établissements soit : **91%** des cas au LEHSC et **89%** des cas à l'ITAK.

Tableau IV : Répartition des élèves selon le niveau d'instruction de leur père, et par école

Niveau d'instruction du père	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Analphabète	9	21%	23	28%	32 (25,6%)
Primaire	7	16%	23	28%	30 (24%)
Secondaire	12	28%	29	35%	41(32,8%)
Supérieur	15	35%	7	9%	22 (17,6%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

Le niveau secondaire a été majoritaire dans les deux établissements.

Au LEHSC le niveau supérieur a représenté **35%** des cas et à l'ITAK le niveau secondaire a représenté **35%** des cas.

Tableau V : Répartition des élèves selon le niveau d’instruction de leur mère, et par école

Niveau d’instruction de la mère	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Analphabète	9	21%	35	43%	44 (35,2%)
Primaire	12	28%	27	33%	39 (31,2%)
Secondaire	16	37%	13	16%	29 (23,2%)
Supérieur	6	14%	7	8%	13 (10,4%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

Le nombre d’analphabète était presque égal au nombre du niveau primaire dans les deux établissements.

Le niveau d’étude secondaire a représenté **37%** des cas au LEHSC.

L’analphabète a représenté **43%** des cas à l’ITAK.

Tableau VI : Répartition des élèves selon qu’ils ont entendu parler de la sexualité

Entendu parler de la sexualité	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Oui	41	95%	71	87%	112 (89,6%)
Nom	2	5%	11	13%	13 (10,4%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

Plus de la moitié des élèves avait entendu parler de la sexualité dans les deux établissements.

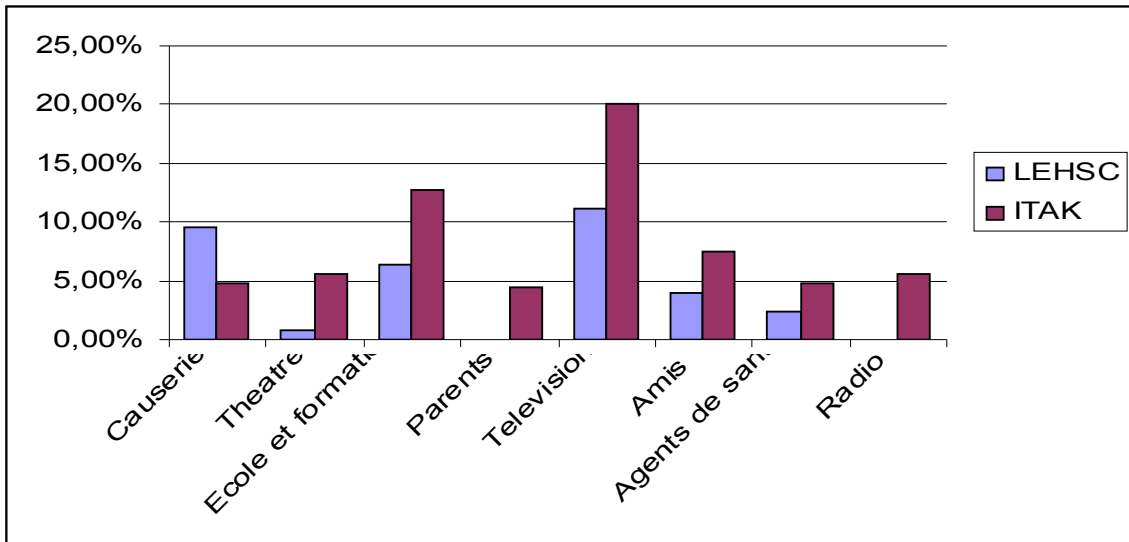


Figure 2 : Répartition des élèves selon leur source d'information sur la sexualité, et par école

La télévision a été majoritairement la source d'information dans les deux établissements.

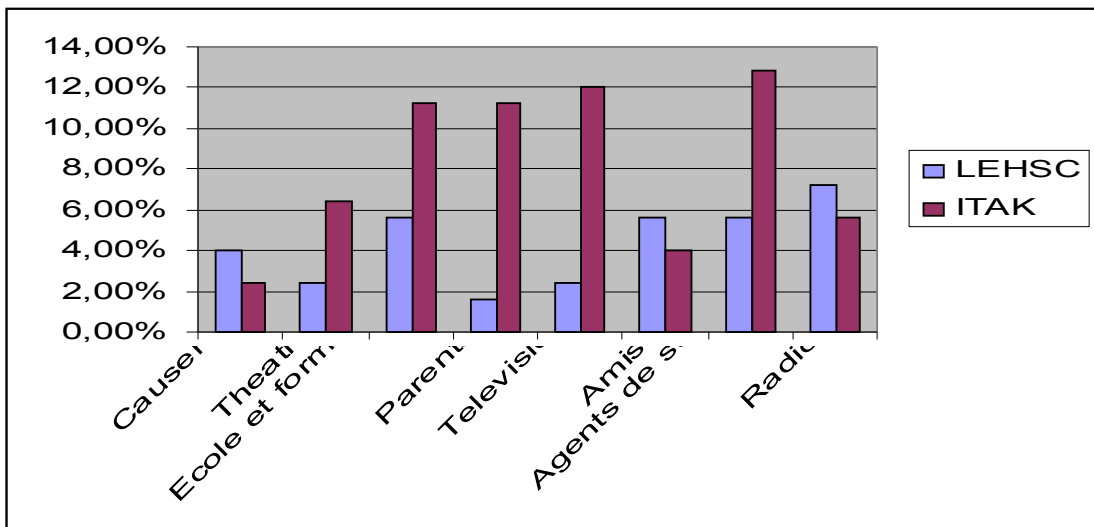


Figure 3 : Répartition des élèves selon leur source d'information crédible, et par école.

Au LEHSC 7,2% des élèves croient à l'agent de santé par contre à l'ITAK 12,8% des élèves croient à la télévision

Tableau VII : Répartition des élèves selon leur sentiment à recevoir l'information sur la sexualité

Etre gêné à recevoir l'information	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Oui	22	51%	36	44%	58 (46,4%)
Nom	19	44%	42	51%	61 (48,8%)
Ne sait pas	2	5%	4	5%	6 (4,8%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

Le nombre des élèves qui sont gênés à recevoir l'information est presque égal au nombre des élèves qui ne sont pas gênés dans les deux établissements. Au LEHSC la majorité était gênée à recevoir l'information soit **51%** ; par contre à l'ITAK la majorité n'était pas gênée à recevoir l'information soit **51%**.

Tableau VIII : Répartition des élèves selon leur habitude d'aborder la sexualité avec leurs parents

Habitude d'aborder la sexualité	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Oui	13	30%	36	44%	49 (39,2%)
Nom	30	70%	46	56%	76 (60,8%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

La majorité (60,8%) des élèves n'étaient pas habituées d'aborder la sexualité avec leurs parents dans les deux établissements.

Tableau IX : Répartition des élèves selon leur première fois d’entendre parler de la sexualité

Le niveau d’entendre la sexualité	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
1 ^{er} cycle	13	30%	18	22%	31(24,8%)
2 ^{ème} cycle	27	63%	55	67%	82 (65,6%)
Secondaire	3	7%	9	11%	12 (9,6%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

La plupart des élèves avaient entendu parler de la sexualité pour la première fois au 2^{ème} cycle (**63%** au LEHSC et **67%** à l’ITAK).

Tableau X : Répartition des élèves selon leur choix d’introduire la sexualité dans le programme scolaire

Introduction de la sexualité dans le programme scolaire	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Oui	41	95%	73	89%	114 (91,2%)
Nom	2	5%	9	11%	11(8,8%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

L’introduction de la sexualité a été fortement sollicitée par les élèves dans les deux établissements (91,2%).

Tableau XI : Répartition des élèves selon leur avis à partager la sexualité avec les parents

Considérer la sexualité comme sujet tabou	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Oui	17	39%	36	44%	53 (42,4%)
Nom	24	56%	40	49%	64 (51,2%)
Ne sait pas	2	5%	6	7%	8 (6,4%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

La majorité des élèves ne voulait pas que la sexualité reste un sujet tabou avec les parents dans les deux établissements (**56%** au LEHCS et **49%** à l'ITAK).

Tableau N°XII : Répartition des élèves selon leur connaissance sur les IST cités

Connaissance sur les IST	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Gonococcie	24	56%	35	43%	59 (47,2%)
Syphilis	10	23%	23	28%	23 (18,4%)
Trichomonas	5	12%	17	21%	22 (17,6%)
Chancre mou	3	7%	6	7%	9 (7,2%)
VIH	1	2%	1	1%	2 (1,6%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

La Gonococcie était connue par la plupart des élèves dans les deux établissements, soit : **56%** au LEHCS et **43%** à l'ITA

Tableau XIII : Répartition des élèves selon leur connaissance sur le VIH-sida

Connaissance sur le VIH-sida	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Oui	43	100%	76	95%	121 (96,8%)
Nom	0	0	4	5%	4 (3,2%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

Presque tous les élèves avaient une connaissance sur le VIH-sida dans les deux établissements, soit: **100%** au LEHSC et **95%** à l'ITAK.

Tableau XIV: Répartition des élèves selon leurs sources d'information sur les IST et le VIH-sida

Sources information sur les IST et le VIH-sida	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Conférences	10	23%	19	23%	29 (23,2%)
Ecrits	4	10%	4	5%	8 (6,4%)
Parents	1	2%	6	7%	7 (5,6%)
Grins	7	16%	9	11%	16 (12,8%)
Centre de santé	12	28%	22	27%	34 (27,2%)
Théâtre	9	21%	22	27%	31 (24,8%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

Le centre de santé, le théâtre et les conférences ont été les principales sources d'information, dans les deux établissements, avec respectivement (27,2%), (24,8%) et (23,2%)

Tableau XV : Répartition des élèves selon leurs connaissances sur les voies de transmission

Voie de transmission	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Rapport sexuel	30	70%	65	80%	95 (76%)
Transfusion sanguine	9	21%	14	17%	23 (18,4%)
Mère enfant	2	5%	2	2%	4 (3,2%)
Objets tranchants	1	2%	0	0%	1 (0,8%)
Usage des seringues	1	2%	1	1%	2 (1,6%)
Total	43	100%	82	100%	125(100%)

Plus de la moitié des élèves connaissaient le rapport sexuel comme voie de transmission dans les deux établissements ; soit : **70%** au LEHSC et **80%** à l'ITAK.

Tableau XVI : Répartition des élèves selon leurs connaissances d’être des sujets à risque pour le VIH-sida

Être des sujets à risque	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Oui	22	51%	51	62%	73 (58,4%)
Nom	18	42%	28	34%	46 (36,8%)
Ne sait pas	3	7%	3	4%	6 (4,8%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

La majorité des élèves savait leur risque pour le VIH-sida dans les deux établissements ; soit : **51%** au LEHSC et **62%** à l’ITAK.

Tableau XVII : Répartition des élèves selon leur avis sur les groupes de population les plus exposés au VIH-sida.

Groupe les plus exposés	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Professionnels du sexe	21	70%	42	51%	63(%)
Hétérosexuels	5	21%	18	22%	23 (18,4%)
Migrants	7	5%	10	12%	17 (13,6%)
Routiers	10	2%	12	15%	12 (9,6%)
Total	43	100%	82	100%	125(100%)

La plupart des élèves dans les deux établissements pensent que les professionnels du sexe sont les groupes les plus exposés soit : **70%** au LEHSC et **51%** à l’ITAK.

Tableau XVIII : Répartition des élèves selon le nombre de partenaires sexuels

Nombre de partenaire sexuel	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
1	36	84%	63	77%	99 (79,2%)
2	6	14%	18	22%	24 (19,2%)
3	0	0%	1	1%	1 (0,8%)
Ne sait pas	1	2%	0	0%	1 (0,8%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

Presque tous les élèves des deux établissements ont déclaré avoir un seul partenaire soit : **84%** au LEHSC et **77%** à l'ITAK.

Tableau XIX : Répartition des élèves selon leur changement de comportement néfaste après avoir connu le mode de transmission du VIH-sida

Changement de comportement	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Oui	41	96%	51	62%	92 (73,6%)
Nom	1	2%	28	34%	29 (23,2%)
Ne sait pas	1	2%	3	4%	4 (3,2%)
Total	43	100%	82	100%	125(100%)

La majorité des élèves des deux écoles ont changé de comportement après avoir connu les modes de transmission du VIH-sida ; soit : **96%** au LEHSC et **62%** à l'ITAK.

Tableau XX : Répartition des élèves selon leur mode de protection contre le VIH-sida

Protection contre le VIH/sida	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Fidélité	15	36%	38	47%	53 (42,4%)
Abstinence	4	9%	14	17%	18 (14,4%)
Préservatifs	23	53%	25	30%	48 (38,4%)
Limite les partenaires	1	2%	5	6%	6 (4,8%)
Total	43	100%	82	100%	125(100%)

La fidélité et l'utilisation du préservatif sont les deux modes de protection les plus connus contre le VIH-sida dans les deux établissements.

Tableau XXI: Répartition des élèves selon leurs âges au 1^{er} rapport sexuel

Tranche d'âge	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Néant	8	21%	6	7%	14 (11,2%)
10-13 ans	5	12%	13	16%	18 (14,4%)
14-16 ans	6	14%	31	38%	37 (29,6%)
17-20 ans	24	56%	32	39%	56 (44,8%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

La majorité des élèves a eu leur premier rapport sexuel entre 17 et 20 ans (soit **56%** au LEHSC et **39%** à l'ITAK).

Tableau XXII: Répartition des élèves selon le nombre de rapport sexuel depuis les 3 derniers mois précédant l'enquête

Nombre de rapport les 3 mois avant l'enquête	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
0-3 ans	30	70%	70	86%	100 (80%)
4-8 ans	9	21%	6	7%	15 (12%)
9-15 ans	3	7%	6	7%	9(7,2%)
Ne sait pas	1	2%	0	0%	1(0,8%)
Total	43	100%	82	100%	125(100%)

Les nombres de rapports entre 0 à 3 fois dans les 3 mois précédant ont été majoritaires dans les deux établissements ; soit: **70%** au LEHSC et **86%** à l'ITAK.

Tableau XXIII : Répartition des élèves selon le statut du rapport dans les 3 premiers mois précédant l'enquête

Rapport protégé	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Ne sait pas	1	2%	0	0%	1 (0,8%)
Oui	22	52%	35	43%	57 (45,6%)
Nom	7	16%	10	12%	17 (13,6%)
N'ont pas eu	13	30%	37	45%	50 (40%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

La majorité des élèves des deux écoles se protégeaient pendant leurs rapports sexuels, les 3 mois précédant l'enquête : **52%** au LEHSC et **43%** en ITAK

Tableau XXIV : Répartition des élèves selon leur connaissance sur le spermicide, et par école

Connaissance Sur le spermicide	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Oui	19	44%	34	41%	53 (42,4%)
Nom	24	56%	48	59%	72 (57,6%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

La plupart des élèves ne connaissaient pas les spermicides soit : **56%** au LEHSC et **59%** à l'ITAK.

Tableau XXV : Répartition des élèves selon qu'ils ont vu un module sur le VIH-sida

Module sur le VIH-sida	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Oui	34	79%	63	73%	97 (77,6%)
Nom	9	21%	19	23%	28 (22,4%)
Total	43	100%	82	100%	125 (100%)

Presque tous les élèves ont vu un module sur le sida dans les deux établissements.

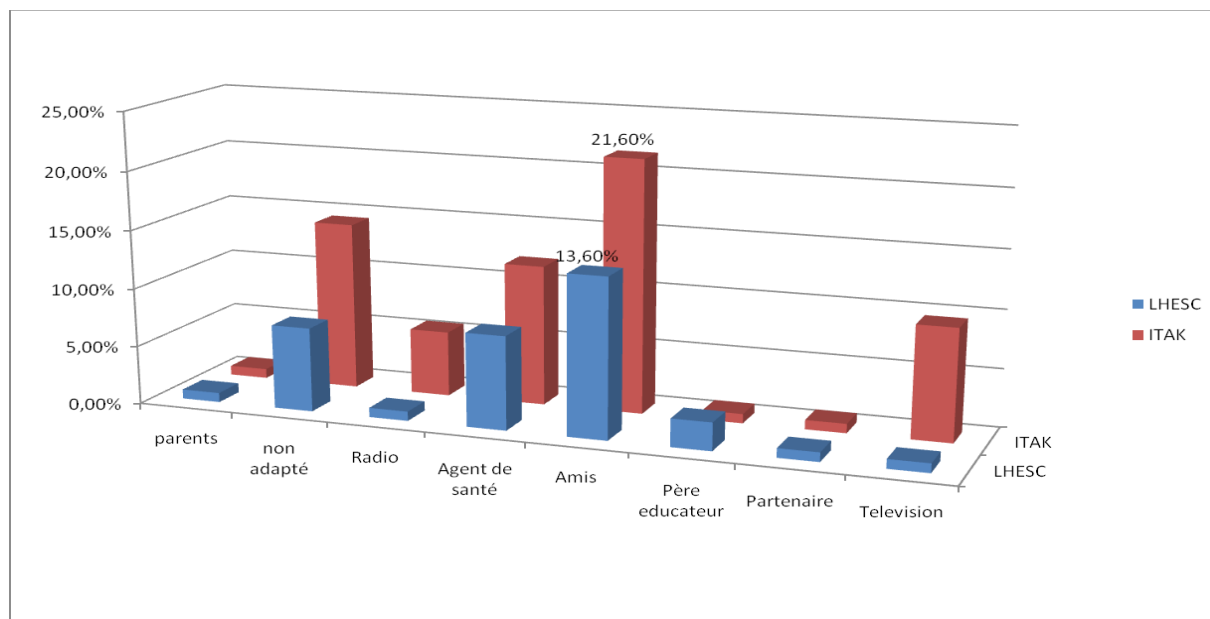


Figure 5: Répartition des élèves selon la provenance du module
 Les amis ont été majoritaires avec **21,6%** au LHESC contre **13,6%** à l'ITAK.

Tableau XXVI : Répartition des enseignants selon le sexe, et par école

sexe	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Masculin	9	82%	9	82%	18 (82%)
Féminin	2	18%	2	18%	4 (18%)
Total	11	100%	11	100%	22 (100%)

Le sexe masculin était plus représenté dans les deux établissements

Tableau XXVII : Répartition des enseignants selon le nombre d'année d'enseignement

Nombre d'année d'enseignement	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
1-3 ans	6	55%	5	46%	11 (50%)
4- 8 ans	4	36%	4	36%	8 (36%)
9- 29 ans	1	9%	2	18%	3 (14%)
Total	11	100%	11	100%	22 (100%)

(50) des enseignants avaient moins de 3 ans d'expérience (55% au LEHSC et **46%** de ceux de l'ITAK).

Tableau XXVIII : Répartition des enseignants selon qu'ils ont reçu une formation sur les IST et le VIH-sida, et par école

Formation sur les IST et le VIH-sida	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Oui	5	45%	2	18%	7 (32%)
Nom	6	55%	9	82%	15 (68%)
Total	11	100%	11	100%	22 (100%)

Le nombre d'enseignants nom formés était plus élevé que les enseignants formés dans les deux établissements.

Les enseignants qui n'avaient pas reçu de formation sur les IST et le VIH-sida sont majoritaires dans les deux écoles soit : **55%** et **82%**

Tableau XXIX : Répartition des enseignants selon leur connaissance sur les IST citées, et par école

Connaissance sur les IST	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Gonococcie	4	36%	6	55%	10 (45%)
Syphilis	2	18%	4	36%	6 (27%)
Trichomonas	1	9%	1	9%	2 (9%)
Chancre mou	3	27%	0	0%	3 (14%)
VIH	1	9%	0	0%	1 (5%)
Total	11	100%	11	100%	22 (100%)

La Gonococcie a été l'IST la plus connue dans les deux établissements soit : **36%** et **55%**.

Tableau XXX : Répartition des enseignants selon qu'ils ont entendu parler du VIH-sida, et par école

Entendu parler de la sexualité	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Oui	11	100%	11	100%	22 (100%)
Nom	0	0%	0	0%	0 (%)
Total	11	100%	11	100%	22 (100%)

100% des enseignants de ces deux écoles ont entendu parler du VIH-sida

Tableau N°XXXI : Répartition des enseignants selon leur croyance au VIH-sida, et par école

Croyance au VIH-sida	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Oui	9	82%	10	90%	19 (86%)
Nom	2	18%	1	10%	3 (14%)
Total	11	100%	11	100%	22 (100%)

Plus de la moitié des enseignants des deux écoles croyait aux VIH-sida soit : **82%** et **45 5%**.

Tableau XXXII : Répartition des enseignants selon leurs sources d'information sur les IST/VIH-sida, et par école

Sources information sur les IST et le VIH-sida	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Conférences	5	45%	4	36%	9 (41%)
Ecrits	4	36%	2	18%	6 (27%)
Centre de santé	1	10%	2	18%	3 (14%)
Théâtre	1	10 %	3	27%	4 (18%)
Total	11	100%	11	100%	22(100%)

Les conférences ont été la principale source d'information sur les IST/VIH-sida.

Tableau XXXIII : Répartition des enseignants selon leur connaissance sur la principale voie de transmission du VIH-sida

Voie de transmission	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	N (%)
Rapport sexuel	5	45%	7	64%	12 (55%)
Transfusion sanguine	4	36%	3	27%	7 (32%)
Mère enfant	1	10%	1	10%	2 (9%)
Usage des seringues	1	10%	0	0%	1 (4,5%)
Total	11	100%	11	100%	22 (100%)

Le rapport sexuel a été connu comme principale voie de transmission du VIH-sida dans les écoles.

Tableau XXXIV : Répartition des enseignants selon qu'ils pensent à l'existence de relation entre IST et VIH-sida, et par école.

Relation entre IST et le VIH-sida	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Oui	8	73%	6	55%	14 (64%)
Nom	2	18%	2	18%	4 (18%)
Ne sait pas	1	10%	3	27%	4 (18%)
Total	11	100%	22	100%	22 (100%)

La majorité des enseignants savaient la relation entre IST et VIH-sida.

Tableau XXXV : Répartition des enseignants selon qu'ils pensent être des sujets à risque pour le VIH-sida, et par école

Etre sujet à risque	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Oui	8	73%	6	55%	14 (64%)
Nom	2	18%	2	18%	4 (18%)
Ne sait pas	1	10%	3	27%	4 (18%)
Total	11	100%	11	100%	22 (100%)

Les enseignants des deux établissements ont reconnu leur risque pour le VIH (64%).

Tableau XXXVI : Répartition des enseignants selon leurs avis sur les groupes les plus exposés, et par école

Groupe les plus exposés	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Professionnels du sexe	7	64%	7	64%	14(%)
Hétérosexuels	0	0%	1	10%	1(%)
Migrants	0	0%	1	10%	1(%)
Routiers	4	36%	2	16%	6(%)
Total	11	100%	11	100%	22(100%)

La majorité des enseignants estiment que les professionnelles du sexe sont les groupes les plus exposés au VIH-sida.

Tableau XXXVII : Répartition des enseignants selon leur avis sur l'introduction de la sexualité dans le programme scolaire, et par école

Introduction de la sexualité dans le programme scolaire	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	N (%)
Oui	11	100%	10	90%	21 (95%)
Nom	0	0%	1	10%	1 (5%)
Total	11	100%	11	100%	22(100%)

La majorité des enseignants ont sollicité l'introduction de la sexualité dans le programme scolaire dans les deux écoles soit : **100%** et **90%**

Tableau XXXVIII : Répartition des enseignants selon qu'ils ont vu un module sur le VIH-sida, et par école

Module sur le VIH-sida	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	N (%)
Oui	7	64%	4	36%	11(50%)
Nom	4	36%	7	64%	11(50%)
Total	11	100%	11	100%	22 (100%)

64% des enseignants au LEHSC avaient vu un module sur le VIH-sida, et **64%** ne l'avaient pas vu à l'ITAK.

Tableau XXXIX : Répartition des enseignants selon l’appréciation du module, et par école

Appréciation du module	LEHSC		ITAK		TOTAL
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	N (%)
Facile à comprendre	7	64%	3	27%	10 (45%)
Difficile à comprendre	0	0%	1	10%	1 (5%)
Non adapté	4	36%	7	64%	11(50%)
Total	11	100%	11	100%	22 (100%)

Ce module était apprécié: facile à comprendre par les enseignants qui l’ont vu.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Méthodologie :

Compte tenu des perturbations survenues dans les établissements, l'approche d'évaluation du 2^{ème} trimestre et l'impatience de certains élèves proches de l'école de rester à l'école après les heures normales de cours empêchant le déroulement normal des interviews au sein de l'établissement. Nous avons aussi profité des heures creuses des élèves en effectuant des interviews pour ne pas perturber leurs cours et leurs trimestres. Il est à noter que trois (3) enseignants n'ont pas voulu participer à l'étude.

2. Données sociodémographiques

Dans notre échantillon le nombre des garçons était presque égal au nombre de filles. Le sexe masculin était **65%** au LEHSC et à l'ITAK le sexe féminin était **57%**.

Cette disproportionnalité s'explique par le fait que l'ITAK est une école professionnelle préférée par les filles contrairement au LEHSC qui est un lycée classique.

La tranche d'âge 18- 20 ans a été majoritaire dans les deux écoles soit : **95%** au LEHSC et à l'ITAK (**90%**). Cela s'explique que c'est l'âge de fréquentation d'une école secondaire et le début de la maturité dans notre pays.

L'ethnie Bambara a été fortement représentée dans les deux écoles par ce que c'est l'ethnie majoritaire de Kati (**24**).

La religion musulmane a été majoritairement représentée dans les deux écoles par ce qu'elle est la plus prédominante.

Pour le niveau d'instruction des parents :

Environ **41%** des pères d'élèves ont un niveau d'instruction secondaire dans les deux écoles et **44%** des mères d'élèves étaient analphabètes.

Pour ce qui concerne les enseignants :

Environ **55%** des enseignants du LEHSC et **46%** de l'ITAK avaient au moins 3 ans d'expérience dans l'enseignement.

La majorité des enseignants enquêtés n'avaient reçu aucune formation sur la sexualité et sur les IST et le VIH-sida.

L'élévation de ces taux s'explique par l'absence d'éducation sexuelle dans le programme scolaire au niveau secondaire.

3. Sexualité :

Dans notre étude, les élèves du LEHSC ont cité l'agent de santé, et ceux de l'ITAK la télévision comme source d'information crédible sur la sexualité.

Les parents sont les sources rarement citées par les élèves du LEHSC.

A noter que **51%** des élèves du LEHSC ont déclaré avoir été gêné de recevoir des informations sur la sexualité dans le passé et **44%** de ceux de l'ITAK n'étaient pas gênés, **70%** des élèves du LEHSC et **46%** des élèves de l'ITAK n'avaient pas l'habitude de discuter de la sexualité avec l'un de leurs parents. Ce résultat est comparable à celui de Kodjovi et al (**30**) qui ont trouvé que **12%** des parents refusent de parler de la sexualité avec leurs enfants.

Dans les deux écoles la plupart des élèves avaient entendu parler de la sexualité pour la première fois au 2^{ème} cycle soit : LEHSC (**63%**) et l'ITAK (**67%**). Cela s'explique d'une part, par la phase pubertaire et d'autre part, le regard des films feuilletons basés sur l'amour.

Les élèves des deux écoles ne veulent pas que la sexualité reste un sujet tabou avec les parents soit : LEHSC (**56%**) et l'ITAK (**49%**). Les jeunes montrent la nécessité et la volonté de discuter la sexualité avec leurs parents, de même y introduire dans le programme scolaire. Je pense que cela pourrait amener un changement favorable dans leurs conduites.

Des actions de sensibilisation doivent être donc menées au niveau des parents en matière de sexualité avec leurs enfants.

100% des enseignants du LEHSC et **90%** de ceux de l'ITAK ont donné leurs avis favorables sur l'introduction de la sexualité dans le programme scolaire.

4- Connaissance en matière d'IST/VIH-sida

a-Différentes IST :

Les principales IST citées par les élèves des deux écoles sont : la gonococcie et la syphilis.

Le trichomonas, le chancre mou, le sida sont moins cités par ces élèves.

Certains élèves ont confondu les IST à d'autres maladies telles que : la bilharziose, le paludisme et la lèpre. Ce constat se justifie par leur attitude réservée quand il s'agit d'en discuter avec leurs camarades de classe et d'en parler à leur partenaire sexuel, si méconnues ils en étaient infectés.

Leurs enseignants ont également cité la gonococcie et la syphilis.

Les enseignants et les élèves ont le même niveau sur la connaissance d'IST. Cela s'explique par manque de formation des enseignants sur la sexualité, sur les IST et le VIH-sida.

D'autres auteurs ont trouvé des résultats suivants. Ainsi pour BERTHE (25) 96 6% des élèves garçons ont cité le sida et la gonococcie (65%). SACKO (5) 94% des élèves filles ont cité le sida et la gonococcie (65%). Au cours de la discussion de groupes menée pour les adultes de 15-19 ans au Burkina Faso, Mali, Niger (27) les IST les plus citées étaient le sida, la gonococcie, la syphilis, le chancre mou et certains les assimilaient d'autres maladies telles que : la bilharziose, l'hémorroïde et la lèpre. KANE (9) à Banjul (en Gambie) trouvait dans son étude que 87% des hommes célibataires de 14-24 ans ont entendu parler au moins d'une IST.

Ainsi le sida apparaît comme l'IST la plus connue. Ceci pourrait s'expliquer par l'accent particulier porté sur la pandémie du sida lors de multiples campagnes de sensibilisation.

b- Voie de transmission :

Dans notre étude 70% des élèves du LEHSC et 80% de ceux de l'ITAK ont cité le rapport sexuel comme principale voie de transmission du VIH-sida.

BERETHE (25) a trouvé que **99%** des élèves enquêtés estimaient connaître les voies de transmission du VIH, et les plus citées étaient les objets tranchants (**99,6%**), rapport sexuel (**98,3%**). La transfusion sanguine et la transmission mère enfant étaient moins citées.

L'étude menée à Haïti en 1994 (30) chez les hommes âgés de 15-59 ans a révélé que la grande majorité savait que le VIH-sida peut être transmis par le rapport sexuel, ou par la mère au fœtus ; une faible proportion était consciente du risque présenté par la transfusion. Cette différence avec notre étude sur les voies de transmission du VIH-sida pourrait s'expliquer par la différence d'âge qu'il y a entre les deux échantillons d'une part et d'autre, par le fait que notre échantillon est exclusivement basé en milieu scolaire.

Quant à l'échantillon enseignant, **45%** des enseignants du LEHSC et **64%** de ceux de l'ITAK ont cité également rapport sexuel comme principale voie de transmission du VIH-sida.

c- Moyens de prévention du VIH-SIDA :

Dans notre échantillon, les élèves du LEHSC citaient l'utilisation du préservatif (**53%**) et les élèves de l'ITAK citaient la fidélité (**47%**) comme leur moyen de prévention du VIH-sida, lorsqu'ils ont appris comment se transmettait principalement le VIH-sida.

Dans d'autres études (31), le préservatif a été utilisé comme le moyen de prévention et de contraception le plus utilisé. Cela pourrait s'expliquer par la disponibilité du préservatif dans les pharmacies, les centres de santé, les boutiques et les multiples campagnes de sensibilisation effectuées à ce sujet.

L'étude menée en Haïti (30) en 1994 a révélé que près de **32%** des hommes (15-59 ans) qui avaient entendu les modes de transmission du VIH-sida, ont déclaré avoir changé leur comportement en se limitant à une seule partenaire (**30%**), en évitant des rapports occasionnels (**26%**), et les rapports avec les prostituées (**25%**), en utilisant le préservatif (**18%**) et en s'abstenant de toutes relations sexuelles (**7%**).

d- Sources d'information sur les IST/VIH-sida :

Les principales sources d'information sur les IST et le VIH-sida pour les élèves du LEHSC sont : centre de santé (**28%**) ; conférence (**23%**) ; théâtre (**21%**) et celles des élèves de l'ITAK sont : centre de santé (**27%**) ; théâtre (**27%**) : conférences (**23%**).

Les parents sont des sources rares signalées par tous les enquêtés.

Les principales sources d'information sur IST/VIH-sida des enseignants des deux écoles sont : école/conférence, oral/écrit.

Une étude menée par BERETHE (**25**) estimait que les principales sources d'information sur les IST/VIH-sida étaient les medias (**87,3%**), amis (**49,6%**), et école (**39,2%**). Les conférences, les parents et le centre de santé étaient des sources rares avec respectivement **2,9%** ; **2,5%** ; **7,5%**.

En comparant les deux études, il ressort que la famille n'était pas un lieu où les jeunes pouvaient avoir des informations relatives aux IST/VIH-sida, confirmant ainsi le manque de communication entre parent et enfant.

Nous pouvons retenir que les enseignants sont plus informés que les élèves.

Dans notre étude, les élèves du LEHSC ont déclaré avoir vu le module sur le VIH-sida (**79%**) et ceux des élèves de l'ITAK l'ont vu (**77%**). La majorité de nos enquêtés ont entendu parler du sida, et de la moitié des élèves et enseignants y croient. La minorité qui n'en croit pas, est à prendre en compte à des fins de sensibilisation. Un pourcentage important pense être des sujets à risque pour le VIH-sida ; dont **51%** des élèves du LEHSC, **62%** de ceux à l'ITAK. En ce qui concerne les enseignants **73%** pensent être des sujets à risque au LEHSC contrairement à ceux des enseignants de l'ITAK **55%**.

64% des enseignants du LEHSC déclarent avoir vu le module sur le VIH-sida à l'école et l'estiment facilement à comprendre et **64%** de ceux de l'ITAK n'en ont pas vu. _

5- Comportement sexuel :

Dans notre étude, la plus part des élèves des deux écoles ont eu leur 1^{er} rapport entre la tranche d'âge 17-20 ans soit : **56%** au LEHSC et **39%** à l'ITAK. Seul un faible pourcentage d'élèves ne l'avait pas encore eu soit : **18%** au LEHSC et **7%** de l'ITAK.

Dans l'étude de Amazigo (32), **40%** des élèves avaient déjà eu de rapports sexuels, il trouvait que l'âge minimum était 14 ans.

L'étude menée au Burkina Faso (33) indiquait que l'activité sexuelle commence vers 15 ans, alors qu'au Niger elle commençait vers 12 ans.

Le rapport ONU/sida (34) révèle qu'en suisse, **65%** des garçons avaient déjà eu de rapports sexuels à 17 ans en 1985 et il en était de même pour **58%** des filles en 1989. Dans la plus part des pays Asiatiques, y compris la Chine, l'activité sexuelle commencerait plus part qu'ailleurs. Les hommes comme les femmes ont généralement leur premier rapport sexuel après l'âge de 20 ans.

Une vaste étude au Venezuela a révélé qu'un quart des jeunes avaient perdu leur virginité entre 10 et 14 ans.

Nous remarquons que nos élèves ont une activité sexuelle précoce dont les causes peuvent être multiples.

La principale raison pourrait être le manque de l'éducation sexuelle d'une part au sein des familles, dans la société et d'autre part à l'école ou les cours traditionnels ne traitent que de la biologie et de l'anatomie, et ne parle que de comportement sexuel en tant que tel.

La présente étude met en évidence la précocité de l'âge au premier rapport bien que l'âge moyen soit en conformité avec les études antérieures (16, 25, 32, 27). Aussi, le délai court entre la rencontre d'un(e) partenaire et les aventures amoureuses suggère l'insécurité sexuelle qui menace ces élèves.

La majorité de ces élèves enquêtés avaient un seul partenaire soit : **84%** au LEHSC et **77%** à l'ITAK. Plus de **52%** des élèves au LEHSC et **43%** des élèves à l'ITAK ont confirmé avoir fait des rapports sexuels protégés pendant

les trois premiers mois précédant l'enquête avec nombre situant entre 0-3 fois. Le plus grand nombre de rapports sexuels se situaient entre 9-15 fois soit : **7%** dans le LEHSC et l'ITAK.

Une étude EVACJEUNE1 (**16**) menée à Lomé révèle que, en moyenne ce premier rapport sexuel intervient à 16,6 ans. A 17 ans, **61%** des jeunes ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels. Un enquêté sur deux (**53%**) déclare avoir contracté ces rapports sexuels avec leurs copains ou copines. Les premiers rapports sexuels entre camarades de classe concernent **18%** de l'échantillon.

Lors de ces actes les jeunes ne se protègent pas assez. Sur les 1039 jeunes qui ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels au moment de l'enquête, seuls 271 (**26%**) déclarent avoir utilisé une méthode contraceptive à cette occasion.

Les garçons sont légèrement plus nombreux que les filles (**30%** contre **23%**) en adoptant un tel comportement.

BERTHE (**25**) a trouvé plus de la moitié de son échantillon sexuellement actif (**54%**) ont eu des rapports sexuels occasionnels et parmi eux **56%** ont toujours utilisé les préservatifs, **24,4%** l'utilisaient occasionnellement, **19,6%** n'ont jamais utilisé de préservatifs.

Selon le rapport ONU/sida (**28**), dans la plus part des pays de l'Europe occidentale, plus de **60%** des jeunes déclarent aujourd'hui utiliser du préservatif lors du premier rapport sexuel. En Suisse plus de **80%** des jeunes entre 17 et 30 ans (dont un grand nombre des jeunes n'est pas mariés) et ils disent qu'ils utilisent systématiquement le préservatif avec des partenaires occasionnels, alors qu'ils étaient moins de **20%** il y a 10 ans.

CISSE (**29**) a trouvé dans son échantillon que **60%** avaient un comportement à risque.

En voyant tous ces résultats, nous pouvons affirmer que nos jeunes élèves ont un comportement à risque élevé.

Quant à l'utilisation du spermicide, beaucoup d'élèves ne l'utilisaient pas au cours de leurs rapports sexuels, **56%** au LEHSC et **59%** à l'ITAK.

VI CONCLUSION :

Dans notre étude les IST les plus citées par tous les élèves des deux écoles sont : la gonococcie (**99%**), syphilis (**51%**).

Pour les enseignants des deux écoles, la plus part ont cité la gonococcie, la syphilis, le chancre mou, les autres IST ont été moins citées. Cependant certains élèves et enseignants confondent la bilharziose, le paludisme et la lèpre aux autres infections sexuellement transmissibles.

La majorité des élèves et enseignants connaissent que le VIH-sida se transmet essentiellement par la voie sexuelle et ils recommandent l'utilisation de préservatifs comme moyens de prévention.

Un nombre significatif prône également la fidélité et l'abstinence.

En ce qui concerne les sources d'information des IST et de sexualité, la famille apparaît toujours marginale.

Cependant les élèves étaient conscients que l'utilisation des préservatifs permet d'éviter les IST et les grossesses non désirées, ne voudraient pas que la sexualité reste un sujet tabou entre parents et enfants et souhaitent l'introduction de la sexualité dans le programme scolaire.

Au point de vue activité sexuelle, la majorité des élèves enquêtés sont sexuellement actifs.

Que faudra t-il faire pour introduire l'éducation sexuelle dans notre système éducatif ?

VII- RECOMMANDATIONS :

Au terme des résultats et conclusion de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux décideurs

1- Accentuer les campagnes de sensibilisation sur les IST et le VIH-sida dans les établissements en :

Organisant les conférences débats.

En insistant sur les autres moyens de prévention d'IST et le VIH-sida.

Formation des enseignants dans le domaine d'IST et le VIH-sida.

2- Introduire dans le programme d'enseignement des cours d'éducation sexuelle dans tous les établissements fondamentaux (2^{ème} cycle) et secondaires dans le domaine d'IST et le VIH-sida.

3- Créer des centres d'écoutes des jeunes.

Aux parents et aux jeunes

1- Encourager les parents à discuter des questions relatives à la sexualité et aux IST et le VIH-sida avec les jeunes.

2- Encourager les jeunes à fréquenter les centres des jeunes déjà existant.

3- Participer pleinement aux campagnes de sensibilisation organisées sur les IST et le VIH-sida.

4- Profiter de chaque occasion pour s'informer et informer sur les IST et le VIH-sida.

VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(1)- Maiga O.L :

Attitude, pratique et comportement sexuelle en matière de MST /SIDA dans l'ENSEC de Bougouni.

Thèse, Méd, Bamako, 2001, N 79, 2Pages.

(2) Rapport OMS 2007.

Mortalité et morbidité mondiales sur le VIH/SIDA.

(3) Terme de Référence de la Formation pratique des Agents pour prise en charge des Enfants infectés du VIH-sida au Mali.

(4) - Wasserheit J N. epidemiologic synergy: interrelationships between HIV and other STDs. Sex transm Dis 1992; 19: 61-77.

(5)- SACKO D.

Connaissances Attitudes et pratiques des adolescents du Lycée Bah Aminata Diallo en matière de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et du sida.

Thèse, Med, Bamako, 2000; N 65, 139 P.

(6)- GOITA S.

Etude epidemio-clinique des IST dans la région de Mopti 1996-1997

Thèse, Med, Bamako 1998; N 64,74P.

(7)- LYS HL TOKINDANG J, FARIAH L

Connaissances attitudes des étudiants de la FMPOS. De Bamako en matière de planification familiale, MST/SIDA. Population council. 1997 ; Mali P 30.

(8)- GOTTLIEB BMS

Pneumocystis pneumonia Los Angeles. Morbidity and mortality weekly

Report Vol= 30 Juin 5 1981

(9)- Montagnier L.

Lutte contre le sida : la course contre la montre. Santé du monde : magazine de l'OMS Mars 1988 P 12.

(10)- Clavel F.

VIH type 2 infection association with AIDS in West Africa the new england journal of med 7. 1987 P=1182-1185.

(11)- ESSEX M.

Isolation of HTLV.III retro virus related from wild caught Africa green Monkeys. Science vol 230 Nov 25 1985 P 951-954.

(12)- GALLOR-C

Detection, Isolation and continuous production of cytopathic retro virus from patients with AIDS and ARC.
Science 1984; 224: P 497.

(13)- GALLO R-C

Frequent detection and Isolation of cytopathic retrovirus (HTLIII) from patients with AIDS and at risk for AIDS. Science 1983; 224: 500-503.

(14)- Montagnier L.

Isolation of HT2 retrovirus (LAV) from zairin married couple one with AIDS one with ARC. Lancet 1984; Tome: 1183-1185.

(15)- Larousse medicale 2010

(16)- Kodjovi KOUWONOU, Patrice MUKAHIRWA.

Enquête évaluation du centre des jeunes de l'ATABEF à Lomé
<<EVACJEUNE1>>

Connaissances attitudes et pratiques sexuelles des jeunes de Lomé Focus on Young Adults et URD, Juin 2000 P 27.

(17) - Levy JA pathogenesis of human immunodeficiency virus infection
microbial Rev 1993; 57: 183-289.

(18)- Plummer F A, Wainberg M A, Plourde P, et al. Detection of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) in genital ulcer exudate of HIV-1 infected man by cell culture and gene amplification. J infect dis 1990; 161: 810-811.

(19)- Kreiss JK, Coombs R, Plummer F, et al. Isolation of human immunodeficiency virus from genital ulcers in Nairobi prostitutes. J infect Dis 1989; 160:380-384.

(20) - Levine WC, Pope V, Bhoomkar A, et al. Increase in endocervical CD4 lymphocytes in women with non ulcerative STD in : abstract book from the tenth international conference on AIDS international conference on STD. Yokohama, Japan : abstract 457C ; 1994.

(21)- Moss GB, Over baugh J, Welch M, et al. Human immunodeficiency virus DNA in urethral in men: association with gonococcal urethritis and CD4 cell depletion J. infect Dis 1995; 172:1469-1474.

(22)- Grosskurth H, Mosha F, Toddj, et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted disease on HIV infection in rural Tanzania: randomized control trial. Lanect 1995; 346: 530-536.

(23)- Eron JJ, Gillian B, Fiscuis S, Dyer J, Cohen M, HIV-1 Shedding and Chlamydia urethritis JAMA 1996; 275:36

(24)- Recensement national 2002

(25)- BERTHE B.

Connaissances Attitudes et pratiques des adolescents du lycée Askia Mohamed en matière de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et du sida.

These, Med, Bamako, 2000; N 54,143 P.

(27)- DJIRE M, GUEYE, KONATE M K, SOMES O.

Santé de la reproduction au sahel : les jeunes en danger. Résultat d'une étude régionale des cinq pays de l'Afrique de l'ouest.

CERPOD-1996 ; 47 P.

(28)- Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH-sida juin 2000

(29)- CISSE A.

Connaissances et comportements sexuels des jeunes sur les MST et SIDA à Bamako N°= PIP114359

(30)- LAYEMITTES M.

Enquête mortalité morbidité et utilisation des services, EMMUS II, 1994-1995. Institution Haïtien de l'enfance, Peton ville, Haïti, et Macro international, Calverton, MD, USA, 1995.

(31)- OMS

L'éducation sanitaire a l'école pour la prévention du SIDA et des MST. OMS/SIDA serie 10. P88

- (32)- Amazigou, Silvan, Kaufman J, Obikeze D**
Activité sexuelle et connaissance et pratique de la contraception parmi les lycéens du Nigeria.
Perspectives internationales sur le planning Familial, 1997 ; N° spécial : PP15-20.
- (33)- Direction Nationale de la santé publique, programme National de lutte contre le sida. La prise en charge syndromique des IST**
Manuel D'appui, PP 4 et 8
- (34)- Rapport ONU /SIDA 1998, P 60**
- (35)- BASSET B.**
Ulceration genitales en dehors de la syphilis. In. ASIBOULET J P et al. MST. Paris. Masson. 1991 : 55-64
- (36)- bacterioweb.univ.fcomte.fr/cours_dcem. 12/06/2011**
- (37)- whqlibdoc.who.int/receuil_articles/20. 12/06/2011**
- (38)- fr.wikipedia.org/wiki/Fichier.trichomonas. 12/06/06/2011**
- (39)- Institute for HIV / AIDS 2101 Wilson Blvd., Suite 700 Arlington,VA 22201 USA**
- (40)-Enquete de surveillance sur le VIH/SIDA dans les pays endemique.**
htt : ff.www.wha.ch.
- (41)- C.H. Laraqui Hossini, D. Tripodi, A.E. Rahhali, M. Bichara, D. Betito, J.P. Curtes, C. Verger :**
Les connaissances et attitudes du personnel soignant face au sida et au risque de transmission professionnelle du VIH dans deux hôpitaux marocains.
- (42)- [htt: //www.jle.com/fr/revue_sante-pub/san/sommaire.phtml?](http://www.jle.com/fr/revue_sante-pub/san/sommaire.phtml?).**
- (43)- B. TOURE et K. KOFFI:**
Thèse Méd Abidjan 2001.N 90
Connaissances, attitudes et pratiques des collégiens et lycéens d'Abidjan face au VIH-sida.
- (44)- Spira A, Bajos N, le groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. Paris : La Documentation Française, 1993 ; 351 p.**

- (45)- Lagrange H, Lhomond B, éd.** L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida. Paris : La Découverte, 1997 ; 432 p.
- (46)- Hagenbucher-Sacripanti F.** Représentations du sida et médecines traditionnelles dans la région de Pointe-Noire (Congo). Paris : Orstom, coll. Études et Thèses, 1994 ; 107 p.
- (47)- Fourn L, Fayomi BE, Massougboji M, Zohoun T.** Comportement des étudiants infirmiers et sages-femmes vis-à-vis de la sexualité et de la prévention des maladies sexuellement transmissibles à Cotonou (Bénin). *Cahiers Santé* 1997 ; 7 : 165-8.
- (48)- Fourn L, Yacoubou M, Zohoun T.** Enquête d'évaluation de l'acceptabilité du préservatif masculin au Bénin. *Afr Med* 1990 ; 280 : 20-2.
- (49)- Gruénais ME.** La religion préserve-t-elle du sida ? Des congrégations religieuses congolaises face à la pandémie de l'infection par le VIH. *Cah Etud Afr* 1999 ; 154 : 253-70.
- (50)- Fassin D.** Le domaine privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo. *Annales HSS* 1994 ; 4 : 745-75.

FICHE D'ENQUETE

A- Information générale :

Q1 - Dossier N° /...../ Q2 - Date de l'entretien : /.../.../...../

Q3-Enquêteur : Q4. Code /___/

Q5 - Ecole : /... / LCS = 1 EFP = 2 ITAK = 3 CPK = 4 LMSK = 5 LTTK = 6 DMTK = 7

Q6 - Sexe : /... / Masculin = 1 Féminin = 2

Q7 - Age : /... /

Q8 - Ethnie : /.../ Bambara = 1 Peuhl = 2 Sonhaï = 3 Senoufo = 4 Dogon = 5 Bobo = 6 Mianka = 7
Sarakolé = 8 Autres à préciser = 9

Q9 - Religion : /.../ Musulman = 1 Chrétien = 2 Autres à préciser = 10

Q10- Niveau d'instruction du père : /.../ Analphabète = 1 Primaire = 2 Secondaire = 3 Supér. = 4

Q11 - Niveau de la mère: /.../ Analphabète = 1 Primaire = 2 Secondaire = 3 Supérieur = 4

B- Connaissances sur la sexualité et IST/VIH-sida

Q12- Avez-vous entendu parler de la sexualité en général ? /.../ Oui = 1 Non = 2

Q13- Quelles sont vos sources d'informations sur la sexualité ? /.../ Causerie = 1
Théâtre = 2 Ecole / Formation = 3 Parents = 4 Télévision = 5 Amis = 6 Agent de santé = 7 Radio = 8
Autres à préciser = 10

Q14- Parmi vos sources, quelle est celle qui vous semble la plus crédible ? /
.../ Causerie = 1 Théâtre = 2 Parents = 3 Amis = 4 Radio = 5 Ecole/ Formation = 6 Télévision = 7 Agent de santé
= 8 ; Autres à préciser = 10 :

Q15- Avez-vous été gêné de recevoir une information sur la sexualité de
quelqu'un dans le passé ? /.../ Oui = 1 Non = 2 Ne sait pas = 99

Q16- Avez-vous l'habitude de parler de la sexualité avec l'un de vos parents ?
/.../ Oui = 1 Non = 2

Q17- A quel niveau d'étude aviez-vous entendu parler de la sexualité pour la
première fois ? /.../ Primaire : 1^{er} cycle = 1 2^{ème} cycle = 2 Secondaire = 3

Q18- Aimeriez-vous qu'on enseigne la sexualité à l'école ? /.../ Oui = 1 Non = 2

Q19- Si oui à quel niveau d'étude ? /.../ Primaire : 1^{er} cycle = 1 2^{ème} cycle = 2 Secondaire = 3

Q20- Selon vous, la sexualité doit –elle rester comme un sujet tabou entre parents et enfants ? /.../ Oui = 1 Non = 2 Ne sait pas = 99

Q21- Quelles sont les autres I ST que vous connaissez-vous ? /.../
Gonococcie = 1 Syphilis = 2 Trichomonas = 3 Chancre mou = 4 Autre à préciser = 10

Q22- Avez-vous déjà entendu parler du VIH-sida ? /.../ Oui = 1 Non = 2

Q23- Si oui croyez vous à l'existence du VIH-sida ? /.../ Oui = 1 Non = 2

Q24- Quelles sont vos sources d'informations sur les I S T/ VIH-sida ? /.../
Ecole/ Conférence = 1 Oral/Ecrit = 2 Parents = 3 Grins = 4 Centre de santé = 5 Théâtre = 6 Autre à préciser = 10

Q25- Selon vous quelle est la principale voie de transmission du VIH-sida ? /.../
.../ Rapports sexuels = 1 transfusion du sang = 2 De la mère à l'enfant = 3 Usage des seringues = 4 Autre à préciser = 5

Q26- Est-ce qu'une personne atteinte d'une I ST peut-elle avoir le VIH-sida ? /.../
.../
Oui = 1 Non = 2 Ne sait pas = 99

Q27- Pensez-vous être à risque pour le VIH-sida ? /.../ Oui = 1 Non = 2 Ne sait pas = 99

Q28- Quels sont les groupes de population les plus exposés au VIH- sida selon vous ? /.../ Prostituées = 1 Hétérosexuels = 2 Migrants = 3 Routiers = 4 Autre à préciser = 10

C- Comportement sexuel :

Q29- Avez-vous parlé avec votre partenaire de la sexualité en général? /.../
Oui = 1 Non = 2 Ne sait pas = 99

Q30- Avez-vous changé vos habitudes lorsque vous avez appris comment se transmettait le VIH-sida principalement ? /.../ Oui = 1 Non = 2 Ne sait pas = 99

Q31- Si oui, comment ? /.../ Fidélité entre les partenaires = 1 Abstinence = 2
Utilisation des préservatifs = 3 Limiter le nombre de partenaires = 4

Q32- À quel âge avez-vous eu pour la première fois des rapports sexuels ? /...../

Q33- A cette occasion avez-vous utilisé un préservatif ? /.../ Oui = 1 Non = 2
Ne sait pas = 99

Q34- Avez-vous eu des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels (les) ? /.../ Oui = 1 Non = 2 Ne sait pas = 99

Q35- Combien de rapports sexuels avez-vous eu depuis les trois derniers mois précédant l'enquête ? /...../

Q36. Combien de partenaires sexuels (les) avez-vous eu ces 3 derniers mois ? /...../

Q37- Etait-ce des rapports sexuels protégés ? /.../ Oui = 1 Non = 2

Q38- Selon vous Pourquoi doit-on utiliser un préservatif pendant les rapports sexuels ? /.../ Eviter les IST/ SIDA = 1 Eviter les grossesses non désirées = 2 Autres à préciser = 10

Q39- Quelles sont vos sources d'approvisionnement en condom ? /.../ Un tiers = 1 Pharmacie = 2 Centre de santé = 3 Boutique = 4 Autre à préciser = 10

Q40- A quel moment de l'acte sexuel doit –on porter le condom ?

.....

Q41 A quel moment de l'acte sexuel doit –on l'enlever ?

.....

Q 42-Avez-vous entendu parler du spermicide ? /.../ Oui = 1 Non = 2

Q43-Si oui l'avez-vous utilisé au cours des rapports sexuels ? /.../ Oui = 1 Non = 2

Q44- Dorénavant compterez-vous faire des rapports sexuels non protégés ? /.../ Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 99

D-MODULE SUR LE VIH-sida POUR L'ELEVE :

Q45- Avez-vous l'habitude de voir un module sur le VIH-sida ? /.../ Oui = 1 Non = 2

Q46-Si oui avec qui ? /...../

Q47. Où cela a-t-il eu lieu ? /.../ 1=Ecole ; 2=Ville ; 10 = Autres à préciser :

.....

Q48- Comment avez-vous trouvé ce module ? /...../ 1= Facile à comprendre ; 2=Difficile à comprendre.

C'est la fin de l'entretien, je vous remercie pour votre disponibilité !

Questionnaire Enseignant :

A- Informations générales

Q1- Date de l'entretien : /... /... /... / Q2-Enquêteur :.....

Q 3- Ecole : /... / LCS = 1 EFP = 2 ITAK = 3 CPK = 4 LMSK = 5 LTTK = 6 DMTK = 7

Q4- Sexe de l'enseignant : /... / Masculin = 1 ; Féminin = 2

Q5- Depuis combien d'années enseignez-vous : /..... /

Q6- Avez-vous reçu une autre formation à l'enseignement dans le domaine de la sexualité ou d'IST/ VIH-Sida ? /... / Oui = 1 Non = 2

B- Connaissance sur les IST/ VIH-sida

Q7-Quelles sont les autres I S T que vous connaissez-vous ? /.../
Gonococcie = 1 Syphilis = 2 Trichomonas = 3 Chancres mou = 4 Autre à préciser = 10 :.....

Q8-Avez-vous déjà entendu parler du VIH-sida ? /.../ Oui = 1 Non = 2

Q9-Si oui croyez vous à l'existence du VIH-sida ? /.../ Oui = 1 Non = 2

Q10-Quelles sont vos sources d'informations sur les IST/VIH-sida ? /.../
Ecole/Conférence = 1 Oral/Ecrit = 2 Parents = 3 Théâtre = 4 Centre de santé = 5 Autre à préciser = 10

Q11- Selon vous Quelles sont les principales voies de transmission du VIH-sida ? /.../ Rapports sexuels = 1 Transfusion du sang = 2 De la mère à l'enfant = 3 Usage des seringues = 4 Autre à préciser = 10

Q12-Est-ce qu'une personne atteinte d'une I S T peut-elle avoir le VIH-sida ? /.../
Oui = 1 Non = 2 Ne sait pas = 99

Q13-Pensez-vous être à risque pour le VIH-sida ? /.../ Oui = 1 Non = 2

Q14-Quels sont les groupes de population les plus exposés au sida selon vous? /.../ Prostituées = 1 Hétérosexuels = 2 Migrants = 3 Routiers = 4 Autre à préciser = 10

Q15- Aimerez-vous qu'on enseigne la sexualité à l'école ? /.../ Oui = 1 Non = 2

MODULE SUR LE VIH-sida

Q16- Avez-vous l'habitude de voir un module sur le VIH-sida ? /.../ Oui = 1 Non = 2

Q17- Avez-vous l'habitude de voir un module sur le VIH(sida ? /.../ Oui = 1 Non = 2

Q18-Si oui avec qui ? /...../

Q19. Où cela a-t-il eu lieu ? /.../ 1=Ecole ; 2=Ville ; 10 = Autres à préciser :

.....

Q20- Comment avez-vous trouvé ce module ? /...../ 1= Facile à comprendre ;
2=Difficile à comprendre.

C'est la fin de l'entretien, je vous remercie pour votre disponibilité !

FICHE SIGNALITIQUE

Nom	: Diarra
Prénom	: Broulaye
Année Universitaire	: 2009-2010
Ville de Soutenance	: Bamko
Pays d'origine	: Mali
Lieu de dépôt	: Bibliothèque
Secteur d'intérêt	: Santé publique, milieu scolaire

Résumé :

Echantillonnage LEHSC : Elève = 43, Enseignant = 11

Echantillonnage ITAK : Elève = 82, Enseignant = 11

La prise en charge des jeunes ne saurait être conçue sans une meilleure appréhension de leurs besoins, d'où la motivation de notre étude qui a pour objectif d'étudier les connaissances, attitudes et comportements sexuels des élèves et des enseignants du LEHSC et l'ITAK en milieu urbain de kati.

Il s'agit d'une étude transversale qui s'est déroulée du 15 Mars au 15 Avril 2010 Dans notre étude, l'IST la plus connue est le sida (100%) la gonococcie (99%).

La majorité dans les deux écoles ont eu des rapports sexuels les trois mois précédant l'enquête soit 70% au LEHSC et 86% a l'ITAK. Presque ils sont tous sexuellement actifs.

Il s'avère donc indispensable d'envisager des moyens permettant une amélioration des comportements de ces jeunes.

Mots clés : Knowledge-Attitude - sexual Behavior-Young-IST/HIV/SIDA