

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2016 - 2017

REPUBLIQUE DU MALI



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
(F.M.OS)



N° / _____ /

CONNAISSANCES, ATTITUDES, ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES EN MATIERE D'IST, VIH/SIDA EN MILIEU SCOLAIRE URBAIN DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le __ / __ / 2018

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par

Mr. Dramane SANOGO

Pour L'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme

Jury

PRESIDENT : Pr. Soukalo DAO

MEMBRE : Dr. Lassina TRAORE

CO-DIRECTEUR : Dr. Drissa GOITA

DIRECTEUR DE THESE : Pr. Samba DIOP

DEDICACE

Je dédie ce travail

A Dieu, le tout puissant et à son prophète MOUHAMAD paix et salut sur lui

A mon père feu MAMADOU DIT SAMBA SANOGO

Aujourd'hui est l'un des plus beaux jours de ma vie voir enfin ton rêve de me voir docteur se réaliser mais hélas tu n'es pas présent parmi nous l'homme propose Dieu dispose mais je sais que depuis l'au-delà tu es fier de moi et tu me guides. 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. Votre sens de responsabilité, votre esprit de sacrifices, de bien faisances et de famille ont fait de vous un père que tout désire avoir. Que Dieu le Tout Puissant vous accorde sa miséricorde dans son paradis. « Amen »

A ma mère KADIDIATOU DJIRE

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 pour gravir les échelons les plus difficiles. Si je suis arrivé là aujourd'hui c'est grâce à tes bénédictions. Mère, mon combat quotidien est de ne jamais te décevoir.

Ce modeste travail ne suffit certes pas pour récompenser tant d'années de sacrifices, c'est ce que je peux pour toi à l'instant. Je souhaite que Dieu te donne longue vie et plus de santé pour que tu puisses savourer le reste.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Je remercie le bon Dieu de m'avoir montré ce jour si grandiose. Louange à Toi, L'Omniscient, le très Miséricordieux et Le tout Miséricordieux pour tout ce que tu as fait pour moi depuis mes premiers pas jusqu'à ce jour. Grace à Toi nous avons pu mener ce travail.

Je remercie tous les maitres de la FMOS pour la qualité de leur enseignement.

- A tous les enseignants et les élèves du lycée Carnot et le lycée Ibrahima Ly.

A mes mères ASSETOU BAGAYOGO ET FATOUMATA DIARRA je ne cesserai jamais de vous remercier pour votre aide et soutien inestimable et où que je sois j'ai une pensée envers vous et je demande à Dieu de vous garder auprès de nous aussi longtemps Qu'il peut car j'ai besoin de vous.

A tous mes grands frères : avec vous j'ai compris le sens du terme fraternité. Vous avez toujours été là pour moi. Vous avez su créer un climat ambiant et convivial qui m'a permis de travailler dans des bonnes conditions. Grace à vos aides qu'ils soient moral, financier m'ont permis de renverser les situations difficiles, ce travail est aussi le vôtre.

Au docteur Makan Sissoko, médecin chef du cabinet médical Nani

Je ne cesserai jamais de te remercier et d'être reconnaissant envers toi. Tu m'as accueilli à bras ouvert dans ta structure comme un frère et tu as partagé avec moi une connaissance dont tout l'or du monde ne saurait acheter. Avec toi on apprend toujours même au cours de la causerie. Homme cultivé, simple, travailleur et disponible. Tout l'honneur est à toi aujourd'hui.

A tous les personnels du cabinet médical Nani

Je ne regrette pas d'avoir faire vos connaissances. Depuis mon arrivée dans le service mon intégration et la continuité de ma formation ont été comme du couteau dans du beurre. Avec vous on se sent en famille, je vous saurai toujours reconnaissant.

A Maissata Mariko

Toi qui a été toujours là pour moi nous avons connu le chaud et le froid ensemble tu as été ma force ma source d'inspiration laisse-moi aujourd'hui te remercier du fond de mon cœur.

A mes oncles et tantes

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

A toutes mes sœurs

Vous qui m'avez tenue compagnie durant toute la durée de mes études. Recevez ici toutes mes sincères reconnaissances et remerciements.

A mes nièces et neveux

Je vous remercie de votre soutien et l'aide que vous m'avez apporté durant mes études je ne vous oublierai pas.

A mes amis et camarades de promotion je me préserve de citer les noms, par crainte d'en oublier certains, aujourd'hui est un jour important pour moi alors je profite pour vous faire part de mes sincères remerciements. Je ne saurai terminer sans remercié **mon tuteur BAKARY SANGARE et sa famille, la famille Mariko** aux 1008 logements, **OUMAR SYLLA et sa famille** à yorodianbougou, **Dr. DIAROUKOU TOURE** ainsi que tous les personnels de la clinique REFERENCE, **TATA BABA CISSE** à yirimadio, **Mme CISSE déléguée médicale.**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Sounkalo DAO

- ✓ Professeur de maladies infectieuses et tropicales à la faculté de médecine et d'odontostomatologie de l'Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako
- ✓ Responsable de l'enseignement de maladies infectieuses à la faculté de médecine et d'odontostomatologie
- ✓ Enseignant - chercheur au programme de recherche et de formation VIH/TB (SEREFO)
- ✓ Chef du département d'études et de recherche de médecine et spécialités à la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako
- ✓ Président fondateur de la société malienne de pathologies infectieuses et tropicales (SOMAPIT)

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

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

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

A notre Maitre et Co-directeur

Docteur Drissa GOITA

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

Vous nous faites un grand honneur, cher Maître, en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples sollicitations. Tout au long de ce travail, nous avons bénéficié de vos conseils éclairés et de votre expertise.

Nous ne saurons oublier toute 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 Maitre et Membre du jury

Docteur Lassina TRAORE

- ✓ Médecin généraliste
- ✓ Coordinateur de l'unité soins d'accompagnement et de conseil du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako
- ✓ Membre de l'ARCARD/SIDA

Vous nous faites un grand honneur cher maitre en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous ne saurons oublier toute 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 Maitre et directeur de thèse

Professeur Samba DIOP

- ✓ Maitre de conference en Anthropologie a 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 a la FMOS.

Vous nous honorés 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 séduits. 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 une meilleure santé. Soyez assurés cher maître de notre gratitude et profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

- ❖ **CAP** : Connaissance, Attitude, Pratique.
- ❖ **CNIESCS** : Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la santé.
- ❖ **CSLS** : Comité Sectorielle de Lutte contre le SIDA
- ❖ **IEC** : Information Education et Communication.
- ❖ **IST** : Infection Sexuellement Transmissible.
- ❖ **LEMP** : Leuco-encéphalite multifocale progressive
- ❖ **PNLS** : Programme National de lutte contre le Sida.
- ❖ **PTME** : Prévention de la Transmission mère-enfant.
- ❖ **PVVIH** : Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine.
- ❖ **SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise.
- ❖ **VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine.
- ❖ **USA**: United States of America.
- ❖ **%** : Pourcentage.

❖ **SOMMAIRE**

I. INTRODUCTION	1 - 3
II. CADRE THEORIQUE.....	4 - 29
2.1. Synthèse de la revue critique.....	5
2.1.1. Définition des concepts.....	5
2.1.2. Les IST.....	6
2.1.3. Le VIH/sida.....	13
2.2. Justification de la recherche.....	23
2.3. Hypothèse.....	24
2.4. Objectifs.....	24
III. DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	25
3.1.Type d'étude.....	26
3.2. Description du site d'étude.....	26
3.3. Période d'étude.....	26
3.4.Population d'étude.....	26
3.5. Echantillonnage	26
3.6.Techniques et outils d'enquête.....	27
3.7.Plan de traitement et d'analyse des données.....	28
3.8. Aspect éthique.....	28
3.9. Budget d'étude.....	29
IV. RESULTATS.....	30 - 52
4.1. Analyse quantitative.....	36
Tableau I : répartition des selon le sexe et l'âge.....	31
Tableau II : répartition des élèves selon leur religion	32
Tableau III : répartition des élèves selon le niveau de scolarisation des parents (père, mère).....	33
Tableau IV : répartition des enseignants selon le sexe et le nombre d'année d'enseignement..	34
Tableau V : répartition des élèves selon qu'ils ont entendu des notions sur la sexualité....	35

Tableau VI : répartition des élèves selon leur sentiment à recevoir une information sur la sexualité.....	36
Tableau VII : répartition des élèves selon qu'ils ont l'habitude d'aborder la sexualité avec leurs parents.....	37
Tableau VIII: répartition des élèves selon leur première fois d'entendre parler de la sexualité..	37
Tableau IX : répartition des élèves selon leur choix d'introduire l'enseignement de la sexualité dans le programme scolaire.....	38
Tableau X : répartition des enseignants selon choix d'introduire l'enseignant de la sexualité dans le programme scolaire.....	38
Tableau XI : répartition des élèves selon la considération de la sexualité comme un sujet tabou avec leurs parents.....	39
Tableau XII : répartition des élèves et des enseignants selon les types d'IST citées.....	39
Tableau XIII : répartition des élèves et des enseignants selon qu'ils ont entendu parler du VIH/SIDA.....	40
Tableau XIV : répartition des enseignants selon leur croyance à l'existence du VIH/SIDA...	41
Tableau XV : répartition des enseignants selon qu'ils pensent à l'existence d'une relation entre IST et VIH/SIDA.....	41
Tableau XVI : répartition des élèves selon leur croyance à l'existence du VIH/SIDA.....	42
Tableau XVII : répartition des élèves selon leurs sources d'information sur les IST et le VIH/SIDA.....	42
Tableau XVIII : répartition des enseignants selon leurs sources d'information sur les IST et le VIH/SIDA.....	43
Tableau XIX : répartition des élèves selon leur connaissance sur les voies de transmission du VIH/SIDA.....	43

Tableau XX : répartition des enseignants selon leur connaissance sur les voies de transmission du VIH/SIDA.....	44
Tableau XXI : répartition des élèves selon leur connaissance d'être des sujets à risque pour le VIH/SIDA.....	44
Tableau XXII : répartition des enseignants selon leur connaissance d'être des sujets à risque pour le VIH/SIDA.....	45
Tableau XXIII : répartition des élèves selon leur avis sur les groupes les plus exposés au VIH/SIDA.....	45
Tableau XXIV : répartition des enseignants selon avis sur les groupes les plus exposés au VIH/SIDA.....	46
Tableau XXV : répartition des élèves selon leur changement de comportement néfaste après avoir connu le mode de transmission du VIH/SIDA.....	46
Tableau XXVI : répartition des élèves selon le mode de protection contre le VIH/SIDA.....	47
Tableau XXVII : répartition des élèves selon leur premier âge au rapport sexuel.....	47
Tableau XXVIII : répartition des élèves selon le nombre de rapport sexuel depuis les 3 derniers mois précédents l'enquête.....	48
Tableau XXIX : répartition des élèves selon le nombre de partenaire sexuel dans les 3 mois précédents l'enquête.....	48
Tableau XXX : répartition des élèves selon qu'ils aient utilisé le préservatif.....	49
Tableau XXXI : répartition des élèves selon les raisons évoquées pour le port du préservatif pendant les rapports sexuels.....	49
Tableau XXXII : répartition des élèves selon leur source d'approvisionnement possible en préservatif.....	50
Tableau XXXIII : répartition des élèves selon qu'ils ont vu un module sur le VIH/SIDA.....	50

Tableau XXXIV : répartition enseignants selon qu'ils ont vu un module sur le VIH/SIDA....	51
Tableau XXXV : répartition des enseignants selon leur appréciation du module sur le VIH/SIDA.....	52
Figure 1 : répartition des élèves selon le sexe.....	31
Figure 2 : répartition des élèves selon leur ethnie.....	32
Figure 3 : répartition des enseignants selon le sexe	34
Figure 4 : répartition des élèves selon leur source d'information sur la sexualité.....	35
Figure 5 : répartition des élèves selon leur source d'information crédible sur la sexualité....	36
Figure 6 : répartition des élèves selon avec qui ils ont vu un module sur le VIH/SIDA.....	52
4.2. Analyse qualitative.....	5 - 55
V. Commentaires et discussion.....	56 – 60
5.1. Méthodologie	57
5.2. Données sociodémographiques.....	57
5.3. La sexualité.....	57
5.4. Connaissance en matière d'IST et VIH/SIDA.....	58
5.5. Comportement sexuel.....	60
VI. Conclusion et recommandations.....	61 – 64
6.1. Conclusion.....	63
6.2. Recommandations.....	64
VII. Références.....	65 – 69
VIII. Annexes.....	70 – 79

INTRODUCTION

I – INTRODUCTION:

L'infection à VIH (virus immunodéficience humaine), véritable fléau contemporain n'épargne aujourd'hui aucun continent, ni aucune classe sociale (1). Le sida menace l'avenir des jeunes générations en Afrique. Selon le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA et OMS) le nombre de nouvelles infections à VIH chez les jeunes de plus de 15 ans est de : **1,9 millions** dans le monde en 2015 (2).

Les jeunes de 15 à 25 ans représentent aujourd'hui un tiers des séropositifs de la planète, soit dix millions de personnes, avec évidemment une grande proportion en Afrique (entre 75 et 83%) (2). Depuis 1981, date à laquelle les premiers cas de sida ont été diagnostiqués aux Etats Unis d'Amérique (USA) chez les homosexuels, le sida ne cesse de progresser (1).

Selon le rapport de l'ONUSIDA à la fin de l'année 2015, on estimait à **36,7 millions** le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde (2). L'Afrique subsaharienne comptait **25,6 millions** de PVVIH, dont **2,3 millions** d'enfants âgés de moins de 15 ans, soit près de **90 %** de la charge mondiale de VIH/sida chez les enfants. L'Afrique subsaharienne a enregistré **1,37 million** d'infections sur les **2,1 millions** de nouvelles infections recensées dans le monde en 2015 (soit **65 %** du total). La prévalence globale du VIH/sida dans la Région est d'environ **4,8 %**, mais les taux varient énormément d'un pays à l'autre, allant de moins de **0,1 %** en Algérie à **27,7 %** au Swaziland (2).

En 1985 au Mali, le premier cas d'infection par le VIH décrit chez un immigré au service de gastro-entérologie à l'hôpital Gabriel Touré par l'équipe du professeur ALY GUINDO (1). La prévalence du VIH dans la population générale au Mali est de **1,1%** selon les résultats de la dernière enquête démographique et de santé (EDS V) réalisée en 2012. La prévalence la plus élevée est observée dans le district de Bamako avec : **1,6%** chez les hommes et **1,7%** chez les femmes (3).

De nombreuses études ont démontré le rôle des IST comme facteur favorisant la survenue de l'infection par le VIH. Ces IST restent un problème majeur de santé publique. Il est scientifiquement établi qu'un traitement correct et systématique et la prévention des IST ainsi que le changement de comportement peuvent faciliter la lutte contre le VIH/SIDA dans les populations concernées (4).

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 origines(5). 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 (6). L'infection frappe surtout les sujets jeunes (4).

Les jeunes de 15 à 24 ans constituent environ 20% de la population mondiale et représente la couche sociale la plus menacée par cette épidémie, 60% des cas de nouvelles infections par le VIH se comptent parmi eux. Plus de 1,9 millions des jeunes de moins de 15 ans ont été infectés en 2015 par le VIH, près de 90% de ces jeunes vivent dans les pays en voie de développement et les 2/3 concernent l'Afrique(2).

Toute fois 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 personnes infectées par le VIH a conscience d'être séropositif.

L'enquête «Connaissances, attitudes et comportements des jeunes (15 à 25 ans) vis à vis de la santé de la reproduction» réalisée par le CNIÉCS a montré: que les jeunes ont besoin d'informations en santé de la reproduction, et qu'un pourcentage important (17,2%) de jeunes obtiennent les informations sur la santé de la reproduction à l'école qu'ils considèrent comme une source crédible et préférée (7).

En 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.

Comme les jeunes représentent le plus grand espoir d'inverser le cours de la pandémie, 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 contre le VIH, de la promotion de la santé sexuelle devraient s'étendre à l'ensemble du milieu scolaire (élèves, enseignants et 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.

CADRE THEORIQUE

II-CADRE THEORIQUE:

2.1 Synthèse de la revue critique :

2.1.1 Définition opératoire des concepts

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

-Connaissance : exercice de la faculté par laquelle on connaît et on distingue les objets (8).

-Attitude : situation dans laquelle on se trouve, on se maintient à l'égard de quelqu'un, des résolutions, des dispositions où l'on paraît être (8).

-Comportement sexuel : ensemble des conduites qui, à l'intérieur d'une espèce aboutissent à l'accouplement et à la reproduction (8)

Dans notre contexte on parlera de : la manière de se conduire sexuellement face aux IST et VIH/sida

-Comportement à risque : lorsqu'une personne met sa santé, sa situation sociale ou sa vie en danger (8). Dans notre contexte on parlera de : 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 comprendre les aspects biologiques socioculturels, psychologiques, spirituels et éthiques du comportement sexuel humain (8).

-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** : l'OMS définit les jeunes comme se situant entre les âges de 15 à 24 ans (1)
- **Partenaire sexuel(le)** : toute fille ou garçon avec qui on a des rapports intimes qu'il y ait ou non pénétration sexuelle.

2.1.2 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 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 l'union des sexes » (8), mais aussi d'autres affections dont la transmission se fait par d'autres voies en dehors de la voie sexuelle (transfusion sanguine, transplantation) (7).

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) Caractère commun 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 (5). Les infections sexuellement transmissibles se transmettent principalement par contact cutané lors d'un rapport sexuel, vaginal, anal ou oral. Elles peuvent aussi se propager par d'autres voies, comme les transfusions sanguines. Un grand nombre d'IST, notamment la chlamydie, la gonorrhée, l'hépatite B primaire, l'infection à VIH et la syphilis, se transmettent aussi de la mère à l'enfant pendant la grossesse et à l'accouchement. On peut avoir contracté une IST sans présenter pour autant de symptômes apparents. Parmi les symptômes les plus courants des MST figurent les pertes vaginales, les écoulements urétraux ou brûlures chez l'homme, les ulcérations génitales et les douleurs abdominales (5).

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 mœurs. 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. L'insuffisance d'éducation sexuelle que beaucoup de parents considèrent comme tabou ce phénomène expose les adolescents privés d'éducation à l'impossibilité de maîtriser la pulsion sexuelle qui est très dense à l'adolescence.

e) Comportements qui influencent la transmission des IST :

Etant donné que la voie de transmission des IST est la voie sexuelle (vaginale, anale ou orale) 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 (9).

f) Différentes IST les plus fréquentes chez les jeunes :

❖ **Gonococcie :**

• **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'où le terme de « Chaude pisse» 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).

- **Epidémiologie :**

La prévalence des infections génitales à gonocoques chez les femmes enceintes en milieu urbain Africain varie de 1,8 à 11,7% (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 chimioprophylaxie, 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 à 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.

- **Etiologie :**

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).

- ❖ **La syphilis vénérienne :**

- **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'appelait 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 prête 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) (7).

- **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)**.

- **Etiologie:**

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.

- ❖ **IST à Chlamydiae :**

- **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 **(10)**.

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 (11).

- **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).

- **Etiologie:**

Les chlamydiae sont des bactéries immobiles à gram négatif et des parasites intracellulaires obligatoires. Elles se multiplient à l'intérieur du cytoplasme des cellules de l'hôte, forment des inclusions intracellulaires caractéristiques. Elles se distinguent des virus par leur contenu en ADN, par leur paroi cellulaire semblable en structure à celle des bactéries gram négatif et par leur sensibilité à certains antibactériens tels les tétracyclines et l'érythromycine. Le *chlamydiae* du trachome, G et K, responsables d'infection génito-urinaires; LI, L2, L3, agent *trachomatis* comporte différents sous-groupes (A, B, C, D) agent de la maladie de NICOLAS-FAVRE (1).

- ❖ **Chancre mou :**

Le chancre mou (ou chancelle 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.

- **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 par l'italien Augusto Ducrey en 1889 (12). 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 (12).

- **Epidémiologie** :

Le chancre mou est surtout répandu en Afrique et en Asie (20 à 60% des ulcérations). Particulièrement dans les milieux défavorisés et chez les prostituées (1).

- **Diagnostic** :

La maladie se manifeste, après une période d'incubation variant de 24 heures à 15 jours (en moyenne 5 jours), par une 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'aspects déchiquetés. A la différence du chancre de 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.

- **Etiologie** :

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 se faire par un examen histologique après biopsie ganglionnaire (11).

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

- **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).

- ❖ **Infection à *Trichomonas vaginalis*** :

La trichomonose serait la première cause d'infection sexuellement transmissible dans le monde (estimation OMS 2015 : 143 millions de nouveaux cas/an).

T. vaginalis est retrouvé dans 10% des cas de vaginite et ¼ des urétrites masculines. Les hommes sont plus fréquemment des porteurs asymptomatiques. Le taux de transmission non sexuelle est théoriquement possible par le linge souillé humide, également lors de l'accouchement (13).

b) Agent causal :

C'est un protozoaire flagellé, décrit pour la première fois par Alfred Donné en 1836. Le *T. vaginalis* est le seul trichomonas pathogène pour l'homme. Il a une longueur comprise entre 7 et 23 µm et une largeur comprise entre 5 et 12 µm ; le corps cellulaire est piriforme.

En cas de diagnostic d'une trichomonose génitale, il faut rechercher l'ensemble des germes responsables des IST (13).

❖ **Infection 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 *Gardnerella 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;

❖ **Les hépatites virales B et C:**

Les hépatites virales sont des infections systémiques atteignant préférentiellement le foie. Elles provoquent des lésions inflammatoires de ce dernier, des altérations hépatocytaires dégénératives et une élévation des transaminases sériques. Les virus des hépatites B (famille des *Hepadnaviridae* etc. groupe des *Flaviviridae*) ont des modalités de contamination voisines. Le virus de l'hépatite B est ubiquitaire, le diagnostic est sérologique, le virus n'étant pas cultivable. La prévention repose sur la vaccination, le dépistage de sang de donneurs, les rapports protégés qui assurent une protection efficace (14).

2.1.2 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 débute dans deux villes aux Etats-Unis (New York et Los Angeles) 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 **POZALSKI (15)**.

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) **(16;17)**.

- Puis en 1984, le même virus fut identifié par Robert GALLO qui l'appela HTL VIH **(18;19)**.

- 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 **(20)**. Ce même virus fut trouvé par M. Essex et appelé RTL V IV la même année **(21)**.

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).

c) Epidémiologie :

▪ **Situation mondiale du VIH/sida, en 2015 :**

- **Estimation de la prévalence du VIH dans le monde en 2015:**

Le nombre de total de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en 2015 est de **37,6** millions dans monde. L'Afrique subsaharienne comptait **25,6** millions de PVVIH, dont **2,3** millions d'enfants âgés de moins de 15 ans, soit près de 90 % de la charge mondiale de VIH/sida chez les enfants **(2)**.

- **Estimation de l'incidence du VIH dans le monde en 2015:**

Le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH est de **2,1** millions soit **1,9** millions pour les jeunes de plus de 15 ans et de **150 000** pour les enfants moins de 15 ans

En résumé : 78 millions de personnes ont été infectées par le VIH depuis le début de l'épidémie (fin 2015) 35 millions de personnes sont décédées de maladies liées au sida depuis le début de l'épidémie (fin 2015) **(2)**.

▪ **Situation épidémiologique du VIH/sida en Afrique :**

En 2015, en Afrique subsaharienne on a :

- **25,6 millions**, sur **36,7 millions** de PVVIH dans le monde, reparti comme suite :

- **Afrique orientale et australe**

En 2015, **19 millions [17,7 millions–20,5 millions]** de personnes vivaient avec le VIH en Afrique orientale et australe (2).

- Les femmes représentent plus de la moitié du nombre total des personnes vivant avec le VIH en Afrique orientale et australe.

- On estimait à 960 000 [830 000–1,1 million] le nombre de nouvelles infections à VIH en Afrique orientale et australe.

- Les nouvelles infections à VIH ont baissé de **14%** entre 2010 et 2015.

- L'Afrique orientale et australe représente **46%** des nouvelles infections à VIH dans le monde.

- **470 000 [390 000–560 000]** personnes sont décédées de causes liées au sida en 2015 (2).

- Entre 2010 et 2015, le nombre de décès liés au sida en Afrique orientale et australe a chuté de **38%**.

- **10,3 millions** de personnes avaient accès à la thérapie antirétrovirale, soit **54% [50-58%]** des personnes vivant avec le VIH dans la région (2).

- En Afrique orientale et australe, parmi les adultes (15 ans et plus), **59% [55–64%]** des femmes et **44% [41–48%]** des hommes avaient accès à la thérapie antirétrovirale en 2015.

- **Six personnes sur dix** sous thérapie antirétrovirale vivent en Afrique orientale et australe.

En 2015, il y a eu **56 000 [40 000–76 000]** nouvelles infections à VIH parmi les enfants en Afrique orientale et australe (2).

- Depuis 2010, les nouvelles infections à VIH parmi les enfants ont reculé de **66%** dans la région.

- **Afrique occidentale et centrale**

-En 2015, **6,5 millions [5,3 millions–7,8 millions]** de personnes vivaient avec le VIH en Afrique occidentale et centrale (2).

- Les femmes représentent près de 60% du nombre total de personnes vivant avec le VIH en Afrique occidentale et centrale.
- En 2015, on estimait à **410 000 [310 000–530 000]** le nombre de nouvelles infections à VIH en Afrique occidentale et centrale.
- Les nouvelles infections à VIH ont baissé de **8%** entre 2010 et 2015.
- En Afrique occidentale et centrale, **330 000 [250 000–430 000]** personnes sont décédées de causes liées au sida en 2015 **(2)**.
- Entre 2010 et 2015, le nombre de décès liés au sida en Afrique occidentale et centrale a baissé de 10%.
- **1,8** million de personnes avaient accès à un traitement antirétroviral, soit **28%** [23–34%] des personnes vivant avec le VIH dans la région.
- En 2015, il y a eu **66 000 [47 000–87 000]** nouvelles infections à VIH parmi les enfants en Afrique occidentale et centrale **(2)**.
- Depuis 2010, le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les enfants de cette région a diminué de **31%**.

d) 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 :

➤ **Voie sexuelle :**

C'est la voie de contamination la plus répandue et toutes les pratiques sexuelles sont contaminantes. A l'échelle mondiale, **75 à 85%** des infections par le VIH ont été contractées à l'occasion de rapports sexuels non protégés **(8)**. 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 à 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 **(8)**.

➤ **Voie sanguine :**

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

-Transfusion de sang ou de dérive 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 **(8)**.

- Piqûres 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 piqûre, du type d'aiguilles et de la rapidité de la désinfection **(8)**.

- Toxicomanie par voie veineuse avec partage de seringue : La probabilité de contamination par cette voie est estimée à **0,67%** **(8)**.

➤ **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%** **(8)**.

Le risque de transmission du VIH par l'allaitement est estimé à **6% (8)**. Aussi celui-ci est contre indiqué chez les femmes séropositives dans les pays industrialisés. Dans les pays en voie de 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 propagation du virus (8).

e) **Evolution du VIH/SIDA sans traitement :**

➤ **Phase initiale :**

Une fois pénétrée 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 (8). Après une période de quelques jours, le virus se multiplie, il devient détectable aux environs du 10ème jour.

La réponse immunitaire de l'organisme est mise en œuvre ; les anticorps anti-VIH notamment, peuvent être détectables entre le 20ème jour et la fin du 3ème 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 5ème et 30ème 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 (8).

➤ **Phase secondaire d'infection chronique :**

Cette phase dure plusieurs années et se caractérise par une multiplication du virus, en particulier au niveau des ganglions, et par des symptômes souvent peu importants. Des infections mineures peuvent apparaître, témoignant d'une atteinte modérée du système immunitaire.

- **Les infections cutanées ou muqueuses mineures**, 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, dermite séborrhéique de la face, folliculites, prurigo, zona, verrue etc....

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

➤ **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 « progressseurs rapides » qui évoluent vers le sida en 3 à 4ans, les « progressseurs classiques », et les « non progressseurs 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 (8).

Cette phase se manifeste par des infections opportunistes liées à des microorganismes (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 (8).

- **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 leucoencéphalite 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.

➤ **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 (6). 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 (22).

On a également isolé du VIH dans l'exsudat provenant d'ulcérations génitales chez l'homme ou chez la femme (23 ; 24). 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 infectants. 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* (25). 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 du virus dans leur éjaculation (4 ; 26)

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 (27).

❖ **Education de la sexualité à l'école :**

L'éducation sexuelle ici désigne la mise en œuvre des moyens de connaissances et d'épanouissement des qualités humaines liées à la sexualité. Elle permettra de découvrir et de

développer chez les adolescents les différents aspects de la personne. Elle devrait s'adresser à leurs pouvoirs de vivre en tant qu'êtres sexués, tout au long de leur existence. Elle ne peut être que permanente, car leur sexualité ne se satisfait pas d'un rôle unique, que l'on apprendrait une fois pour toutes. Le problème de l'éducation sexuelle est à prendre au sérieux en Afrique. La communication, le dialogue sexuel intra familial est presque impossible. Il faut former les parents à l'éducation sexuelle de leurs enfants. Nombreux sont ceux qui en font encore un phénomène tabou. Ce phénomène expose les adolescents privés d'éducation à l'impossibilité de maîtriser la pulsion sexuelle qui est très dense à l'adolescence. Il est donc indispensable d'orienter l'éducation sexuelle vers l'éducation à la volonté, à la responsabilité.

❖ **Revue critique de la littérature :**

Le VIH et le SIDA restent un problème majeur de santé mondiale d'une portée sans précédent. Ils se propagent dans les pays et ne connaissent pas de frontières. Actuellement le monde est confronté à une multitude d'épidémies de SIDA différentes, qui ne sont pas apparues en même temps, qui n'ont pas la même ampleur et qui touchent des populations différentes (28). Durant ces vingt dernières années, des centaines de millions de dollars (USD) ont été dépensés dans le monde pour limiter la propagation du virus, et d'après les estimations de l'ONUSIDA récemment actualisées 26,2 milliards de dollars seront nécessaires pour la riposte au SIDA d'ici 2020 et 23,9 milliards d'ici 2030 (2).

Le VIH/SIDA demeure un problème de santé publique et une importante cause de décès dans la région africaine. Bien que l'Afrique subsaharienne abrite environ 13,4% de la population mondiale (29); elle représentait 65% de toutes les personnes vivant avec le VIH et 73% de tous les décès liés au SIDA en 2015 (30). L'engagement politique en faveur de la riposte au VIH/SIDA reste élevé et ne cesse de croître. Preuve en est, au niveau mondial, l'adoption des objectifs de développement durable dont l'une des cibles est de mettre fin à l'épidémie de VIH/SIDA d'ici 2030 (31).

En Afrique, l'engagement des chefs d'Etats et de gouvernements africains exprimé dans la déclaration d'Abuja a réuni les Etats membres dans le but d'éliminer le VIH et le SIDA, le paludisme et la tuberculose en Afrique d'ici à 2030 (32). En dépit des progrès importants réalisés dans la riposte, l'épidémie de VIH continue de poser des menaces graves de santé publique dans toutes les régions. La couverture actuelle des services de santé est fragmentée et insuffisante, et le taux d'expansion trop faible pour les atteindre les objectifs régionaux. On

ne parvient pas encore à tirer les avantages des interventions et des services efficaces contre l'infection à VIH.

Dans la région africaine sur les 25 millions de personnes qui vivaient avec le VIH à la fin de 2015, treize millions ne connaissaient pas leur statut sérologique et 15 millions n'avaient pas accès à un traitement antirétroviral **(33)**. Même si l'incidence est en baisse dans l'ensemble, elle augmente dans certains pays, alors que l'épidémie dans d'autres, en touchant surtout les jeunes. Selon le programme commun des nations sur le VIH/SIDA (ONUSIDA et OMS) le nombre de nouvelles infections à VIH chez les jeunes de 15 ans est de 1,9 millions dans le monde (en 2015) **(2)**.

Les jeunes sont au cœur de la pandémie mondiale du VIH et du SIDA et représentent aujourd'hui un tiers des séropositifs de la planète soit dix millions de personnes, avec une forte proportion en Afrique (entre **75 et 83%**) **(2)**. Ils sont aussi notre plus grand espoir de lutter contre cette pandémie. Pourtant plus de trente ans après le début de l'épidémie, la grande majorité des jeunes manque encore d'information sur les questions sexuelles et les infections sexuellement transmissibles (IST) **(28)**. Même si la plupart d'entre eux ont entendu parler du SIDA ils sont nombreux à ne pas savoir comment le VIH se transmet et ils ne sentent pas concernés. Souvent, les jeunes qui possèdent certaines connaissances concernant le VIH ne se protègent pas parce qu'ils manquent de compétences, de l'appui ou des moyens d'adopter des comportements sûrs.

Au Mali, depuis 1985 date à laquelle le premier cas de VIH a été découvert **(1)** jusqu'à nos jours d'énormes progrès ont été réalisés dans le domaine de l'accès aux soins et au traitement antirétroviral. La gratuité des soins a favorisé un meilleur accès des jeunes à leur prise en charge. Cependant, il convient de signaler que des jeunes vivant avec le VIH sont souvent l'objet de discrimination dans l'offre de service, au niveau des écoles et sur les lieux de travail. La cinquième enquête démographique et de santé au Mali réalisée en 2012 – 2013 (EDSM V) indique que la prévalence nationale du VIH 1,1% en 2012 contre 1,3% en 2006 dans la population générale marquée par une féminisation de l'épidémie (soit 1,3%).

Cependant de nombreuses enquêtes ont été réalisées afin de déterminer les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes. Ainsi dans la même dynamique fut une étude menée en 2012 par Kounta C H, Diarra S, Toumanion B, Doumbia L, Giani S ayant pour objectif de déterminer les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes lycéens dans la commune urbaine de Sikasso en matière des IST et VIH/SIDA (34). Au cours de cette étude la majorité des élèves avaient entendu parler des IST soit **69,2%** et du SIDA soit **97,9%**, bien que cette étude mette en avant d'une part les bonnes connaissances des élèves d'autre part elle montre la précocité de l'âge au premier rapport sexuel qui était de **16,5** ans chez les garçons et **17,5** ans chez les filles. Les élèves savaient aussi que l'utilisation des préservatifs au cours des rapports sexuels permet d'éviter les grossesses non désirées et la transmission du VIH et des IST, mais son utilisation était irrégulière faisant ainsi des élèves des sujets à risque élevé.

Une autre étude menée en Côte d'Ivoire par Touré B et Koffi K sur les connaissances, attitudes et pratiques des collégiens et lycéens d'Abidjan(35). Cette étude ayant pour objectif de décrire les connaissances, attitudes et pratiques des adolescents en milieu scolaire face au VIH/SIDA. Cette étude a révélé que **99,3%** des élèves avait déjà entendu parler du SIDA et leurs connaissances sur le SIDA étaient bonnes. La majorité des élèves avaient déjà eu des rapports sexuels avant l'âge adulte soit 56,1% des élèves. Le préservatif était le moyen de prévention le plus cité avec **89,2%** (35). Cependant, son utilisation irrégulière a été évoquée par la majorité des élèves. Différentes études réalisées au Mali mais aussi ailleurs en Afrique subsaharienne ont noté la survenue des premiers rapports sexuels à un âge plus jeune pendant l'adolescence, la multiplicité des partenaires sexuels et l'utilisation irrégulière des préservatifs en milieu jeune (36).

Dans nombreux pays africains, l'évolution sociale et le mode de vie des européens sont considérés responsable de l'affaiblissement des mœurs ou de leurs dégradations (37;38). La « suractivité sexuelle » et notamment le « vagabondage sexuel » y sont clairement désignés comme amplificateur de cette tendance. Si l'usage des préservatifs 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.) (37;39).

En effet bien que les jeunes déclarent avoir utilisés le préservatif pendant leur rapport sexuel son utilisation reste irrégulière au motif qu'il diminue le plaisir au cours de l'acte sexuel et qu'il n'est pas aimé par les partenaires (34). Les comportements sexuels à risque, l'insuffisance d'information en matière de sexualité et la faible utilisation des services de santé reproductive accroissent la vulnérabilité des adolescents, les exposant ainsi aux conséquences d'une sexualité de plus en plus précoce et mal contrôlée (infections sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA, grossesses précoces, avortements clandestins, abandons scolaires...). La connaissance des voies de transmission et des moyens de prévention ne se traduit pas toujours dans les comportements. Ainsi, malgré les efforts de sensibilisation, le risque de contamination par le virus du sida n'a pas suffisamment suscité l'adoption de comportement sexuel sain en milieu scolaire. L'école, important canal d'éducation et d'acquisition de connaissances, n'est malheureusement pas utilisée suffisamment pour véhiculer les informations sur la sexualité.

Par conséquent, les élèves ont fortement suggéré que pour mieux les informer sur les IST, le VIH et le SIDA dans le cadre scolaire, il faut intégrer dans leur enseignement un programme complet sur la sexualité en général et sur les IST, le VIH et le SIDA en particulier. L'une des clés de la réussite de la lutte contre le sida est sa prévention chez les adolescents à travers une éducation sanitaire précoce, avant la puberté, pour une sexualité saine car le changement des comportements et des attentes à un jeune âge permettra d'obtenir des avantages pendant toute la vie, à la fois pour prévenir le VIH et atténuer la stigmatisation qui lui est associée. Dans tous les pays où la transmission du VIH a reculé, c'est parmi les jeunes que les progrès les plus spectaculaires ont été enregistrés.

2.2. Justificatif de la recherche :

En l'absence des données fiables sur la progression des infections sexuellement transmissibles, en particulier celle du VIH/SIDA en milieu scolaire, notre étude permettra au gouvernement d'initier un certain nombre d'actions ciblées. Les résultats de cette étude permettront également à l'UNICEF de constituer une base de données permettant d'aider le ministère de la santé et de l'hygiène publique dans l'élaboration des politiques, des stratégies et plans d'action visant la réduction de la vulnérabilité des peuples autochtones au VIH/SIDA.

2.3. Hypothèses :

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

2.4. Objectifs :

➤ **Objectif général :**

Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques comportementales sexuelles en matière d'IST et VIH/SIDA en milieu scolaire.

➤ **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 des enseignants en matière de protection contre les IST et le VIH/SIDA.

DEMARCHE METHODOLOGIQUE

III-DEMARCHE METHODOLOGIQUE :

3.1 Type d'étude :

Il s'agit une étude transversale, descriptive par administration d'un questionnaire aux élèves et enseignants.

3.2 Description du site d'étude:

La Commune VI avec une superficie de 8882 hectares est la plus vaste du district de Bamako. Située sur la rive droite du fleuve Niger, elle couvre la partie Sud-Est du District. Sa population est d'environ 600.000 habitants (recensement 2009) (40). Elle comprend 10 quartiers dont 3 à caractère urbain (Faladiè, Banankabougou, Sogoniko) et 7 semi-rural (Dianéguéla, Missabougou, Niamakoro, Sokorodji, Sénou, Yirimadio et Magnambougou). La commune VI est cosmopolite car on y retrouve presque toutes les ethnies du Mali : Bambara, Peulh, Sonrhäi, Sarakolé, Dogon, Bozo, Senoufo, Mianka, Kassonkés, Somono, Malinké, etc. En matière d'infrastructures sanitaires il existe un centre de santé de référence, des CSCOM fonctionnels au niveau de chaque quartier et d'autres centres de santé privés. Ils existent aussi des pharmacies de vente privées (40).

3.3. Période d'étude:

L'étude s'est déroulée du 15 avril au 15 mai 2016 dans le lycée Ibrahima Ly de Banankabougou et le lycée Carnot de 501 logements de Yirimadio.

3.4. Population cible:

La population visée par l'étude était : les élèves et les enseignants de ces écoles, inscrits pour l'année scolaire 2015-2016.

3.5. Echantillonnage (population d'étude + calcul de l'échantillon)

- Taille de l'échantillon:

Pour le calcul de l'échantillonnage nous avons utilisé la formule de SCHWARTZ permettant de calculer le nombre minimal de sujets nécessaires pour notre étude :

$$n=Z^2PQ/I^2$$

n= taille minimum de l'échantillon

Z= 1,96

P = prévalence du VIH est de 1.1% au Mali selon l'EDSM-V (3)

Q= 1-P

I= précision de la prévalence p i=0,05

La taille minimum de l'échantillon s'élève à $n= 17$ pour une grande responsabilité nous avons pris 125 pour notre échantillon

- **Méthode d'échantillonnage**

Nous avons utilisé une méthode probabiliste et non probabiliste. Pour le choix des écoles, nous avons fait un tirage aléatoire simple sur l'ensemble des lycées de la commune VI. Nous avons attribué un numéro à chaque lycée, puis ces numéros ont été inscrits sur des bouts de papier, remis dans une boîte. Ensuite nous avons fait un tirage au sort sans remise. C'est ainsi que le lycée Ibrahima Ly et le lycée Carnot ont été retenus. Pour le choix des élèves, nous avons effectué de deux manières : au lycée Carnot, une classe a été tirée au sort sur l'ensemble des classes du lycée et les tous élèves présents dans cette classe au moment et ayant acceptés ont été inclus dans l'étude, par contre au lycée Ibrahima Ly le choix a été fait par hasard. Pour les enseignants, nous avons choisi ceux qui étaient présents le jour de l'enquête et qui ont donné leur consentement à participer à l'étude.

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

Etre un élève ou un enseignant dans les deux établissements et ayant donné leur consentement pour participer à l'étude.

- **Critère de non inclusion**: n'étaient pas inclus dans l'étude :

Elèves et enseignants absents au moment de l'enquête et n'ayant pas accepté de participer de façon volontaire à l'enquête.

3.6. Techniques et outils d'enquête :

Pour réaliser cette étude, nous avons eu recours aux outils et techniques ci-après

- **Analyse quantitative** : deux questionnaires semi-directifs 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.

➤ **Analyse qualitative :**

- **Guide d'entretien individuel approfondi** avec comme questionnaire

Quelles sont les personnes les plus exposées aux IST et VIH/SIDA ?

Quelles sont les causes les plus fréquentes des IST et VIH/SIDA ?

Disposez-vous de moyens de prévention contre les IST et VIH/SIDA ?

Respectez-vous les mesures de prévention des IST et VIH/SIDA ?

Comment pensez-vous vous protéger contre les IST et VIH/SIDA ?

Qu'est-ce qu'il faut améliorer dans la pratique de prévention des IST et VIH/SIDA ?

Quel est votre opinion sur la prise en charge des IST et VIH/SIDA ?

- **Guide d'entretien *focus group*** avec comme questionnaire

Avez-vous déjà entendu parlé des IST et VIH/SIDA ?

Connaissez-vous les conséquences que les IST et VIH/sida peuvent engendrer ?

Connaissez-vous les moyens de prévention des IST et VIH/SIDA ?

Quelle est la voie de transmission la plus répandue des IST et VIH/SIDA ?

A noter que les élèves choisis pour l'enquête quantitative ont aussi participé à l'enquête qualitative qui a porté sur **15 entretiens individuels approfondis** et **2 *focus group* de 5 participants**.

3.7. Plan de traitement et d'analyse des données:

L'analyse et le traitement des données ont été effectués sur les Logiciels Epi info 3 Word 13 et Excel.

3.8. Aspects éthiques :

Le consentement volontaire verbal de la direction des deux établissements, ainsi que des enseignants et des élèves a été d'abord obtenu avant de commencer l'étude.

Les bonnes pratiques d'enquête et d'éthique ont été respectées durant toutes les phases de cette étude à savoir.

- Consentement éclairé de personnes enquêtées

- L'anonymat des participants était gardé, aucun nom, ni prénom était mentionné sur les fiches d'enquête ;
- les enquêtées avaient droit de refuser ou de participer à l'étude.
- Respect de la personne humaine dans ses opinions, de ces décisions avec une information éclairée et adoptée.

3.9. Budget d'étude :

Le budget se résume à celui investi dans la confection des questionnaires et des documents. Il a été assuré par moi-même.

RESULTATS

IV. LES RESULTATS GLOBAUX

4.1 Analyse quantitative :

Notre série a porté sur 100 élèves (53 au lycée Carnot et 47 au lycée Ibrahima Ly) et 25 enseignants (14 au lycée Carnot et 11 au lycée Ibrahima Ly).

4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des élèves et des enseignants

4.1.2 Caractéristiques sociodémographiques des élèves

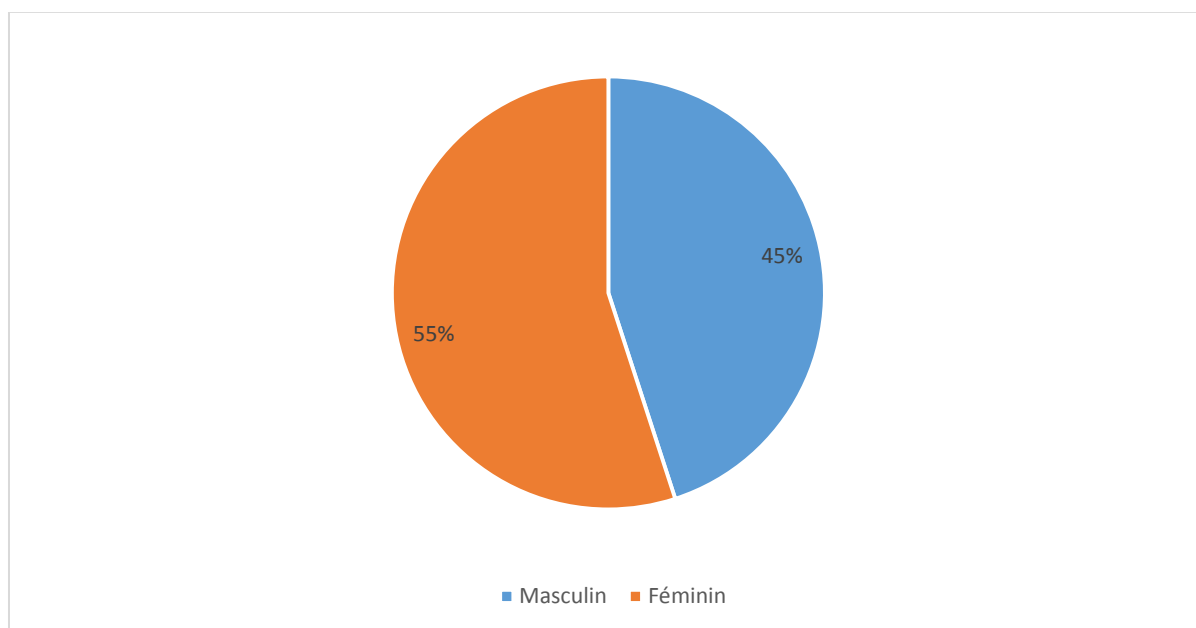


Figure 1 : répartition des élèves selon le sexe, le sexe féminin était le plus représenté avec 55% le sexe masculin 45%

Tableau I : Répartition des élèves selon l'âge

Age	Effectifs	Pourcentage(%)
14 à 17 ans	34	34
18 à 23 ans	66	66
Total	100	100%

Il y'a **66%** des élèves avaient un âge compris entre 18 à 23 ans l'âge moyen était de 18 ans et l'âge extrême était de 23 ans.

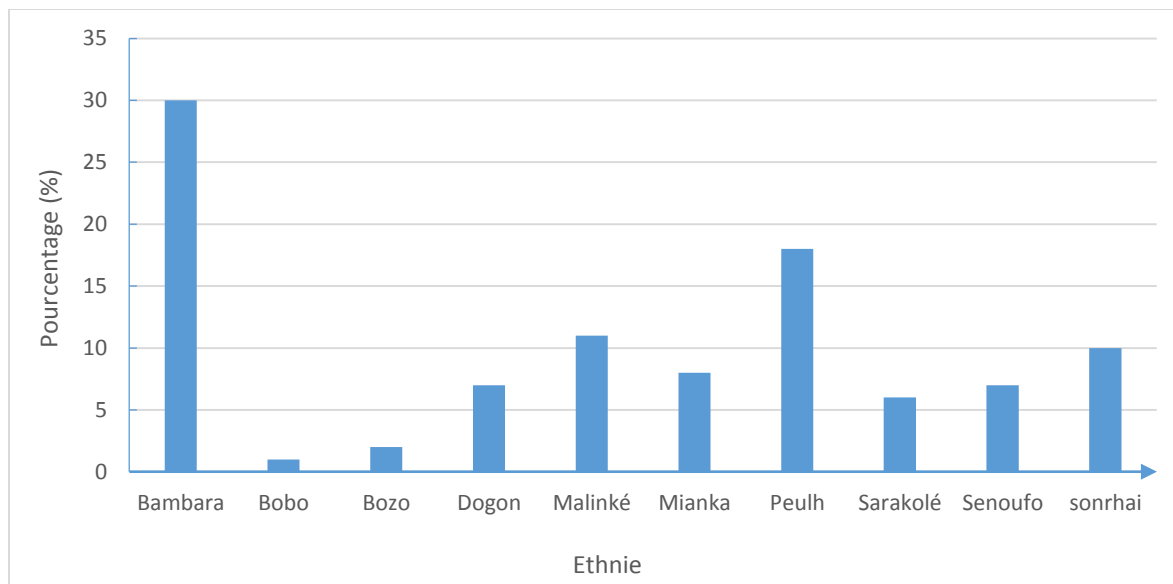


Figure 2 : Répartition des élèves selon l'ethnie, L'ethnie la plus représentée était le Bambara avec **30%**

Tableau II : Répartition des élèves selon leur religion

Religion	Effectifs	Pourcentage (%)
Musulman	90	90
Chrétien	10	10
Total	100	100%

La religion musulmane était représentée à **90%**

Tableau III : Répartition des élèves selon le niveau de scolarisation de leurs pères

Niveau de scolarisation des pères	Effectifs	Pourcentage(%)
Aucun	20	20
Primaire	15	15
Secondaire	10	10
Supérieur	55	55
Total	100	100%

Parmi les élèves enquêtés, 55% avaient des pères d'élèves de niveau supérieur

Tableau III : répartition des élèves selon le niveau de scolarisation de leurs mères

Niveau de scolarisation des mères (%)	Effectifs	Pourcentage
Aucun	30	30
Primaire	19	19
Secondaire	18	18
Supérieur	33	33
Total	100	100%

Il y'a 33% des mères des élèves qui avaient un niveau de scolarisation supérieur

4.1.3 Caractéristiques sociodémographiques des enseignants

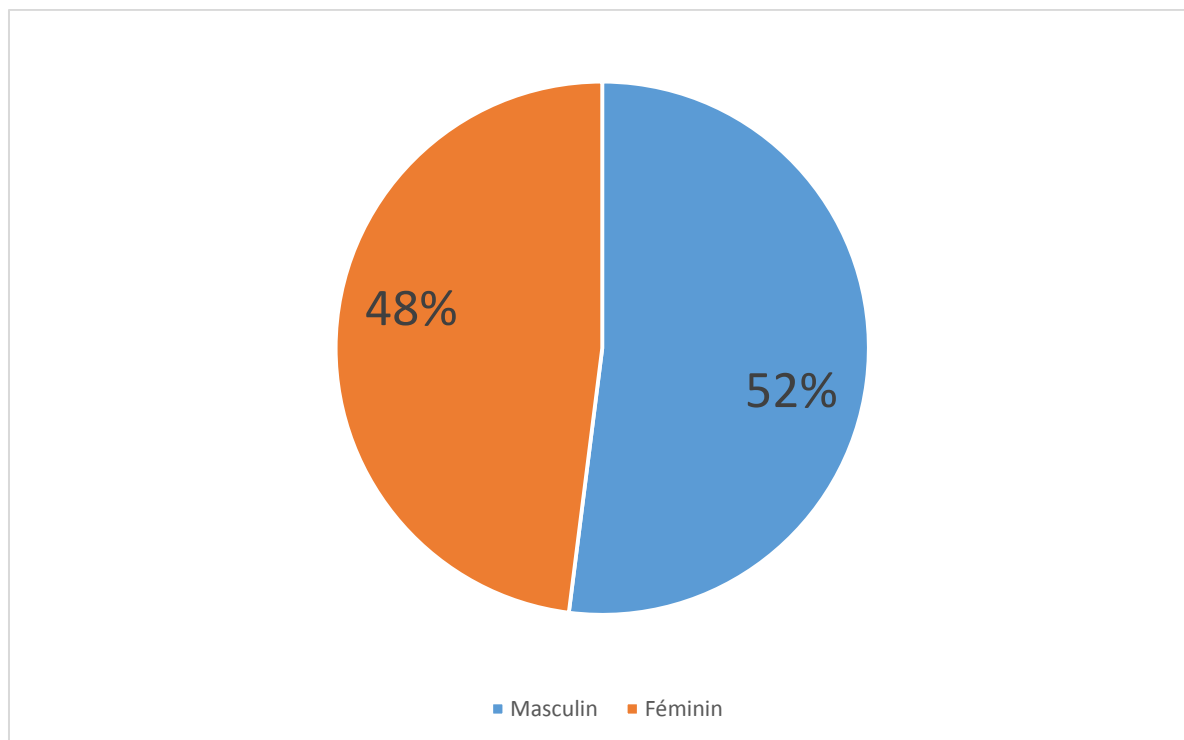


Figure 3 : Répartition des enseignants selon le sexe, le sexe masculin était plus représenté avec **52%**

Tableau IV : Répartition des enseignants selon le nombre d'année dans l'enseignement

Nombre d'année dans l'enseignement	Effectifs	Pourcentage (%)
1 à 3 ans	5	20
4 à 8 ans	14	56
9 à 40 ans	6	24
Total	25	100%

Il y'a **56%** des enseignants qui avaient un nombre dans l'enseignement compris entre 4 à 8 ans

4.1.2 Connaissances des élèves et des enseignants sur la sexualité, les IST et le VIH/SIDA

4.1.2.1 Connaissances des élèves et des enseignants

Tableau V : Répartition des élèves selon qu'ils ont entendu des notions sur la sexualité

Notion sur la sexualité	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	92	92
Non	8	8
Total	100	100%

Il y'a **92%** des élèves qui ont entendu des notions sur la sexualité

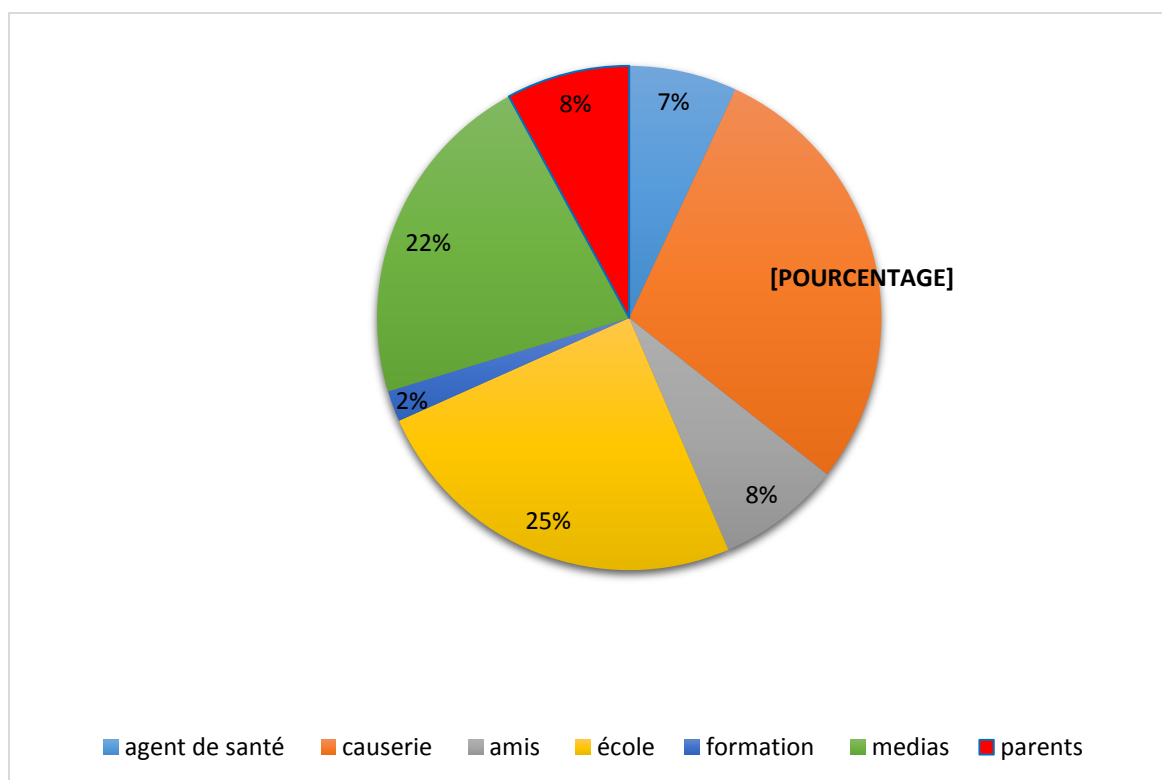


Figure 4 : Répartition des élèves selon leur source d'information sur la sexualité

La causerie a été la source d'information majoritaire des élèves soit 28%

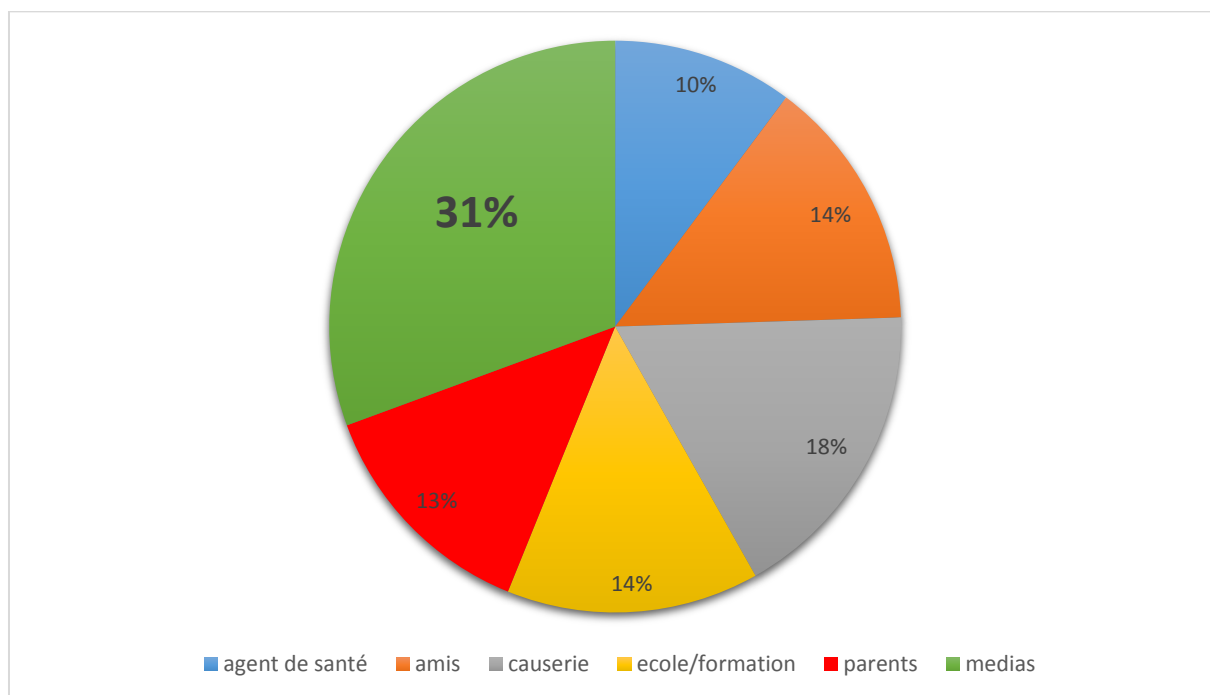


Figure 5: Répartition des élèves selon leur source d'information crédible sur la sexualité

Les élèves ont cités les médias comme source d'information crédible sur la sexualité soit **31%**

Tableau VI : Répartition des élèves selon leur sentiment à recevoir une information sur la sexualité

Être gêné à recevoir l'information	Effectif	Pourcentage(%)
Non	51	51
Oui	49	49
Total	100	100%

Il y'a **51%** des élèves qui n'étaient pas gênés à recevoir une information sur la sexualité

Tableau VII : Répartition des élèves selon qu'ils ont l'habitude d'aborder la sexualité avec leurs parents

Habitude d'aborder la sexualité	Effectifs	Pourcentage(%)
Non	71	71
Oui	29	29
Total	100	100%

La majorité des élèves soit **71%** n'avait pas l'habitude de discuter de la sexualité avec leurs parents.

Tableau VIII : Répartition des élèves selon leur niveau d'étude d'entendre parler de la sexualité pour la première fois

Le niveau d'entendre parler de la sexualité	Effectifs	Pourcentage(%)
Primaire	15	15
Second cycle	66	66
Secondaire	19	19
Total	100	100%

La plupart des élèves avaient entendu parler de la sexualité au second cycle soit **66%**

Tableau IX : Répartition des élèves selon leur choix d'introduire l'enseignement de la sexualité dans le programme scolaire

Introduire la sexualité dans le programme scolaire	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	86	86
Non	14	14
Total	100	100

L'introduction de l'enseignement de la sexualité dans le programme scolaire a été fortement sollicitée par les élèves soit **86%**

Tableau X : Répartition des enseignants leur choix d'introduire l'enseignement de la sexualité dans le programme scolaire

Introduire la sexualité dans le programme scolaire	Effectifs	Pourcentage(%)
Oui	22	88
Non	3	12
Total	25	100%

Les enseignants ont sollicité l'introduction l'enseignement de la sexualité dans le programme scolaire soit **88%**

Tableau XI : Répartition des élèves selon la considération de la sexualité comme un sujet tabou avec leurs parents

Considérer la sexualité comme un sujet tabou	Effectifs	Pourcentage(%)
Non	62	62
Oui	25	25
Pas de réponse	13	13
Total	100	100%

La majorité des élèves ne considère pas la sexualité comme un sujet tabou avec leurs parents soit **62%**

Tableau XII : Répartition des élèves selon leur connaissance sur les IST citées

Types d'IST	Effectifs	Pourcentage (%)
Chancre mou	11	11
Gonococcie	53	53
Syphilis	24	24
Trichomonas	12	12
Total	100	100%

Il y'a **53%** des élèves ont cité la gonococcie comme l'IST la plus connue.

Tableau XII : Répartition des enseignants selon leur connaissance sur les IST citées

Types d'IST	Effectifs	Pourcentage (%)
Gonococcie	12	48
Chancre mou	2	8
Syphilis	7	28
Trichomonas	4	16
Total	25	100%

Il y'a **48%** des enseignants qui ont cité la gonococcie comme l'IST la plus connue.

Tableau XIII : Répartition des élèves selon qu'ils ont entendu parler du VIH/SIDA

Entendu parler du VIH/SIDA	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	99	99
Non	1	1
Total	100	100%

Il y'a **99%** des élèves qui ont entendu parler du VIH/SIDA.

Tableau XIII : Répartition des enseignants qu'ils ont entendu parler du VIH/SIDA

Il y'a **100%** des enseignants qui ont entendu parler du VIH/SIDA.

Tableau XIV : Répartition des enseignants selon leur croyance à l'existence du VIH/SIDA

Croyance à l'existence du VIH/SIDA	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	21	84
Non	4	16
Total	25	100%

La majorité des enseignants croyait à l'existence du VIH/SIDA soit **84%**

Tableau XV : Répartition des enseignants selon qu'ils pensent à l'existence d'une relation entre IST et VIH/SIDA

Relation entre IST et LE VIH/SIDA	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	13	52
Non	7	28
Pas de réponse	5	20
Total	25	100%

La majorité des enseignants savait la relation entre les IST et le VIH/SIDA soit **52%**

Tableau XVI : Répartition des élèves selon leur croyance à l'existence du VIH/SIDA

Croyance à l'existence du VIH/SIDA	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	89	89
Non	11	11
Total	100	100%

Il y'a **89%** des élèves croyaient à l'existence du VIH/SIDA

Tableau XVII : Répartition des élèves selon leurs sources d'information sur les IST et le VIH/SIDA

Source d'information sur le VIH/SIDA et les IST	Effectifs	Pourcentage(%)
Centre de santé	9	9
Ecole	69	69
Grins	8	8
Parents	3	3
Théâtre	11	11
Total	100	100%

L'école a été la principale source d'information des élèves sur les IST et le VIH/SIDA soit **69%**

Tableau XVIII : Répartition des enseignants selon leurs sources d'information sur les IST et le VIH/SIDA

Source d'information sur les IST et le VIH/SIDA	Effectifs	Pourcentage (%)
Centre de santé	2	8
Ecole/conférence	10	40
Parents	1	4
Medias	5	20
Théâtre	7	28
Total	25	100%

L'école/conférence et le théâtre ont été les principales sources d'information sur les IST et le VIH/SIDA citées par les enseignants

Tableau XIX : Répartition des élèves selon leur connaissance sur les voies de transmission du VIH/SIDA

Voies de transmission du VIH/SIDA	Effectifs	Pourcentage (%)
De la mère à l'enfant	3	3
Rapports sexuels	71	71
Transfusion sanguine	20	20
Usage des seringues	6	6
Total	100	100%

Il y'a **71%** des élèves qui ont cité les rapports sexuels comme voie de transmission du VIH/SIDA.

Tableau XX : Répartition des enseignants selon leur connaissance sur les voies de transmission du VIH/SIDA

Voies de transmission du VIH/SIDA	Effectifs	Pourcentage (%)
De la mère à l'enfant	3	13
Rapports sexuels	16	64
Transfusion sanguine	4	16
Usage de seringue	2	8
Total	25	100%

Le rapport sexuel a été cité par les enseignants comme voie de transmission du VIH/SIDA soit **64%**

Tableau XXI : Répartition des élèves selon leur connaissance d'être des sujets à risque pour le VIH/SIDA

Etre des sujets à risque	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	20	20
Non	67	67
Pas de réponse	13	13
Total	100	100%

La majorité des élèves pensait qu'ils n'étaient pas à risque pour le VIH/SIDA soit **67%**

Tableau XXII : Répartition des enseignants selon leur connaissance d'être des sujets à risque pour le VIH/SIDA

Etre des sujets à risque pour le VIH/SIDA	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	10	40
Non	10	40
Pas de réponse	5	20
Total	25	100%

Il y'a **40%** des enseignants qui pensent être des sujets à risque, tandis que certains enseignants pensent ne pas être des sujets à risque soit **40%**

Tableau XXIII : Répartition des élèves selon leur avis sur les groupes les plus exposés au VIH/SIDA

Groupes les plus exposés au VIH/SIDA	Effectifs	Pourcentage (%)
Hétérosexuels	8	8
Migrants (expatriés)	5	5
Professionnels du sexe	77	77
Routiers	7	7
Pas de réponse	3	3
Total	100	100%

La plupart des élèves pense que les professionnels du sexe sont les groupes les plus exposés au VIH/SIDA soit **77%**

Tableau XXIV : Répartition des enseignants selon leur avis sur les groupes les plus exposés au VIH/SIDA

Groupe les plus exposés au VIH/SIDA	Effectifs	Pourcentage (%)
Hétérosexuels	3	12
Migrants (expatriés)	3	12
Professionnels du sexe	12	48
Routiers	8	32
Total	25	100%

La majorité des enseignants estime que les professionnels du sexe sont les plus exposés au VIH/SIDA soit 48%

4.1.3 Connaissances des élèves sur le comportement sexuel

Tableau XXV : Répartition des élèves selon leur changement de comportement néfaste après avoir connu le mode de transmission du VIH/SIDA

Changement de comportement	Effectifs	Pourcentage(%)
Oui	77	77
Non	11	11
Pas de réponse	16	16
Total	100	100%

La majorité des élèves a changé de comportement après avoir connu les modes de transmissions du VIH/SIDA soit **77%**

Tableau XXVI : Répartition des élèves selon leur connaissance sur les modes de protection contre le VIH/SIDA

Mode de protection contre le VIH/SIDA	Effectifs	Pourcentage (%)
Abstinence	33	33
Fidélité	36	36
Utilisation des préservatifs	15	15
Limiter le nombre des partenaires	5	5
Pas de réponse	11	11
Total	100	100%

Il y'a 36% des élèves qui pensent que la fidélité avec un partenaire non infecté est un mode de protection contre le VIH/SIDA

Tableau XXVII : Répartition des élèves selon leur 1^{er} âge au rapport sexuel

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage (%)
10 – 14 ans	9	9
15 – 17 ans	20	20
18 – 20 ans	9	9
Pas fait	62	62
Total	100	100%

Il y'a **62%** des élèves qui n'avaient pas encore eu de rapport sexuel.

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

Nombre de rapport sexuel les 3 mois avant l'enquête	Effectifs	Pourcentage (%)
0 fois	90	90
1– 3 fois	0	0
4 – 8 fois	5	5
9 – 15 fois	5	5
Total	100	100%

Il y'a **90%** des élèves qui ont eu un nombre de rapport compris 0 – 3 fois dans les 3 mois précédent l'enquête.

Tableau XXIX : Répartition des élèves selon leur nombre de partenaires sexuels dans les 3 mois précédents l'enquête

Nombre de partenaires sexuels	Effectifs	Pourcentage (%)
0 partenaire	73	73
1 partenaire	20	20
2 partenaires	4	4
3 partenaires	3	3
Total	100	100%

Il y'a **73%** des élèves qui n'avaient pas eu de partenaires sexuels les 3 mois avant l'enquête

Tableau XXX : Répartition des élèves selon qu'ils aient utilisé le préservatif dans les 3 mois avant l'enquête

Utilisation des préservatifs	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	35	35
Non	35	35
Pas de réponse	30	30
Total	100	100%

Le nombre d'élèves qui n'avait pas utilisé les préservatifs était de **35%** et les élèves qui avaient utilisé les préservatifs au cours des 3 derniers mois étaient aussi de **35%**.

Tableau XXXI : Répartition des élèves selon les raisons évoquées pour le port du préservatif pendant les rapports sexuels

Raison du port du préservatif	Effectifs	Pourcentage(%)
Eviter les grossesses non désirées	14	14
Eviter les IST et VIH/SIDA	85	85
Pas de réponse	1	1
Total	100	100%

Il y'a **85%** des élèves pensent que le port des préservatifs permet d'éviter les IST et le VIH/SIDA

Tableau XXXII : Répartition des élèves selon leur source d'approvisionnement possible en préservatif

Source d'approvisionnement en préservatif	Effectifs	Pourcentage (%)
Boutique	9	9
Pharmacie	58	58
Centre de santé	13	13
Un tiers	13	13
Pas de réponse	7	7
Total	100	100%

La pharmacie a été la source d'approvisionnement possible en préservatif la plus majoritaire soit **58%**

4.1.4 Modules sur le VIH/SIDA

4.1.4.1 Connaissance des élèves et des enseignants

Tableau XXXIII : Répartition des élèves selon qu'ils ont vu un module sur le VIH/SIDA

Module sur le VIH/SIDA	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	48	48
Non	52	52
Total	100	100%

Il y'a **52%** des élèves qui n'avaient pas vu un module sur le VIH/SIDA

Tableau XXXIV : Répartition des enseignants selon qu'ils ont vu un programme d'enseignement sur le VIH/SIDA

Module sur le VIH/SIDA	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	18	72
Non	7	28
Total	100	100%

Il y'a **72%** des enseignants qui ont vu un programme d'enseignement sur le VIH/SIDA

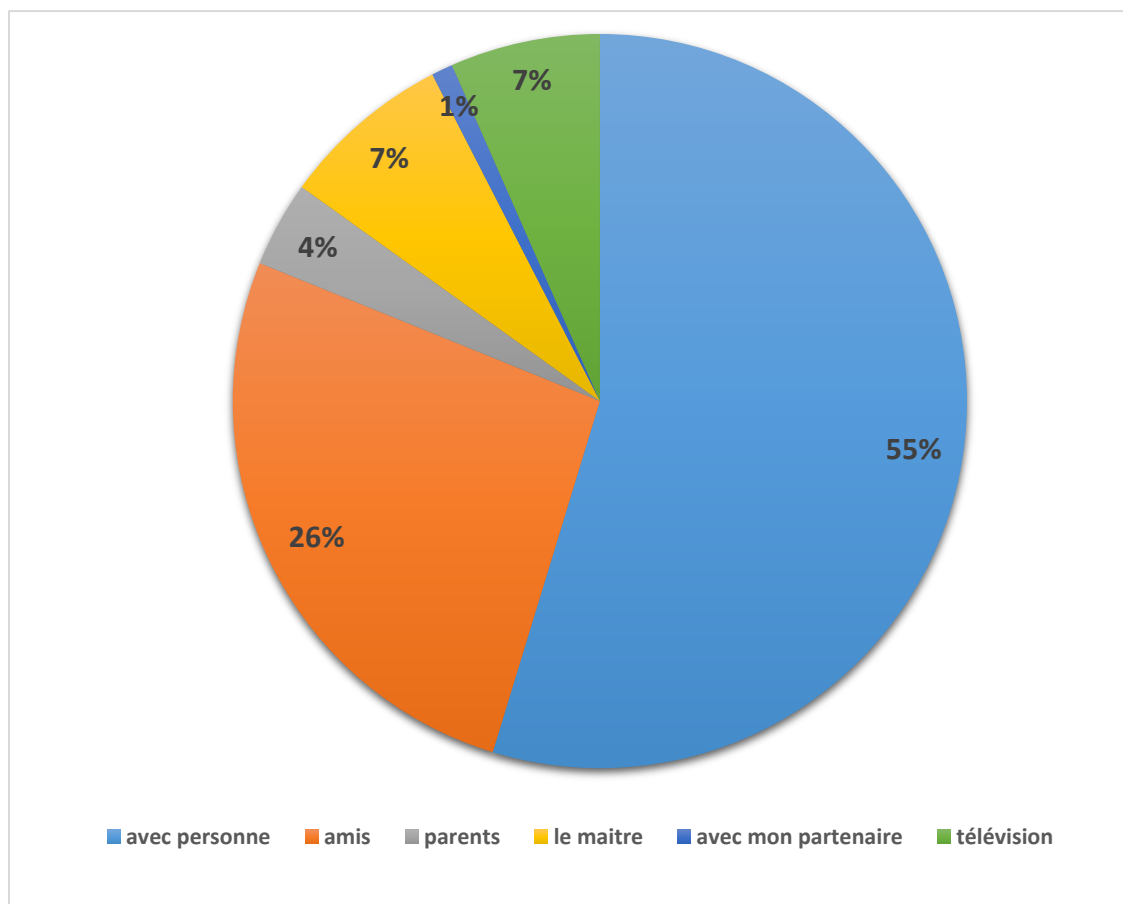


Figure 6 : Répartition des élèves selon avec qui ils ont vu un programme d'enseignement sur le VIH/SIDA

La majorité des élèves affirment être seul quand ils ont un module sur le VIH/SIDA soit **52%**

Tableau XXXV : Répartition des enseignants leur appréciation du module sur le VIH/SIDA

Appréciation du module	Effectifs	(%)	Pourcentage
Facile à comprendre	16		64
Difficile à comprendre	9		36
Total	25		100%

Il y'a **64%** des enseignants qui ont trouvé que le module était facile à comprendre

4.2. Analyse qualitative

❖ Guide d'entretien individuel approfondi

- Connaissance sur les IST et le VIH/sida

• Les personnes les plus exposées

Toutes les personnes enquêtées ont affirmé que les personnes les plus exposées étaient les professionnels de sexe, les routiers..... etc.

Pour mieux identifier le contenu des extraits d'entretien, les abréviations E et I ont été utilisées, pour assurer l'anonymat des répondants : E correspond à l'enquêteur et I correspond à l'interviewée (enquêtée).

« Les personnes les plus exposées sont les chauffeurs de gros camion, les filles qui travaillent dans les bars (professionnels de sexe et aussi les jeunes qui pratiquent les rapports sexuels sans se protéger. » I-3

« Selon moi les personnes exposées sont les jeunes c'est-à-dire les jeunes qui commencent nouvellement les rapports sexuels sans rien savoir des manières de se protéger donc pour moi ce sont t'eux les plus exposées. » I-6

• Les voies de transmission les plus fréquentes des IST et VIH/sida

Les personnes interviewées ont mentionné les rapports sexuels non protégés, les objets souillés par le sang d'un séropositif

« Pour moi ce sont les rapports sexuels non protégés les objets tranchants qui peuvent mettre le sang d'un séropositif avec celui d'une personne saine en contact. » I-2

Cependant certaines personnes interviewées ont mentionné le manque d'hygiène chez les filles comme cause de transmission des IST et le VIH/sida.

« Je dirai que c'est la saleté surtout chez les filles qui ne respecte pas les mesures d'hygiène pour moi ce sont les filles qui sont à la base. » I-1

• Les moyens de prévention

La majorité des interviewées ont cité les préservatifs, l'abstinence, et la fidélité.

« Les moyens de prévention donc se protéger être fidèle et ne pas avoir les rapports avec n'importe qui. » I-7

« C'est-à-dire la prévention en quelque sorte c'est l'abstinence, la fidélité et surtout la prudence ce sont ces moyens qui peuvent nous protéger. » I-8

« Si tu ne peux pas t'empêcher de faire les rapports sexuels il faut porter les capotes ce qu'on appelle les préservatifs et surtout rester avec une seule fille. » I-5

• Le respect des moyens de prévention

Toutes les personnes interviewées ont affirmé respecter les moyens de prévention contre les IST et VIH/sida.

« *Oui je les respecte si vraiment s'il faut que je fasse des rapports sexuels je me protège dans le cas contraire je m'abstiens.* » I-4

« *Moi principalement je respecte les moyens de prévention.* » I-9

- **Les méthodes de protection**

Au cours des interviews les méthodes de protection contre les IST et le VIH/sida étaient l'utilisation des préservatifs, l'hygiène, éviter les contacts sanguins avec les séropositifs.

« *Pour pouvoir me protéger de cette maladie j'évite le contact avec les séropositifs et aussi toute voie qui peut conduire à une transmission.* » I-10

« *Pour se protéger de ces maladies pour moi c'est le plus important c'est l'hygiène, je n'ai pas dit que si tu es hygiénique que tu ne peux pas contracter les infections mais par la grâce de DIEU tu peux éviter la maladie.* » I-12

« *Je pense me protéger en faisant les rapports me protéger avec les préservatifs d'éviter les contacts sanguins avec les personnes qui sont atteints par le sida.* » I-11

- **Amélioration de la pratique de prévention**

Les personnes interviewées étaient toutes en commun accord qu'il faut s'accrocher sur la sensibilisation et le changement de comportement.

« *Il faut une sensibilisation des jeunes sur le porte du condom pendant les rapports sexuels.* » I-14

« *Pour que les gens puissent se protéger de ces maladies il faut que l'Etat sensibilise la population sur l'importance de l'utilisation des préservatifs au cours des rapports sexuels ou bien s'il existe d'autres moyens l'Etat doit les mettre en pratique pour que les gens puissent éviter la maladie.* » I-3

- **Opinion sur la prise en charge des IST et VIH/sida**

Selon les personnes interviewées l'Etat doit faire d'énormes progrès dans la prise en charge des malades et lancer des vastes campagnes de sensibilisation des jeunes.

« *Comme nous sommes dans un pays pauvre, l'Etat doit tout faire pour que les médicaments soient disponibles dans tous les hôpitaux pour les personnes atteintes de ces maladies.* » I-13

« *Ce que moi je pense pour que ces maladies ne puissent pas atteindre personne l'Etat doit entreprendre des initiatives pour rompre la chaîne de contamination et prendre en charge les soins de ces malades gratuitement.* » I-3

« *Comme je te l'ai dit nous vivons dans un pays pauvre c'est une maladie qu'on peut vivre avec pendant de nombreuses années mais l'accès au traitement est difficile donc il faut se baser sur l'accessibilité des soins pour tous les malades.* » I-6

❖ **Guide d'entretien de focus groupe**

- **Connaissance sur les IST et VIH/sida**

• **Entendre parler des IST et VIH/sida**

Chacun des élèves ont répondu aux différentes questions. Au cours du *focus group* toutes les personnes ont affirmé avoir entendu parler des IST et du VIH/sida

« *Oui on a n'entendu parler du VIH/sida et des IST.* » I-1

• **Conséquences des IST et VIH/sida**

Les personnes ont cité plusieurs conséquences que peuvent engendrer ces maladies.

« *Pour moi la première conséquence est la stérilité.* » I-5

« *Pour moi quand même ça peut nous conduire à la mort.* » I-4

« *Ces maladies peuvent conduire un état d'infection généralisée.* » I-2

• **Les moyens de prévention**

Les moyens de prévention les plus citées étaient l'abstinence, la fidélité, l'utilisation des préservatifs.

« *Selon moi le moyen de prévention est l'abstinence.* » I-1

« *Se protéger au cours des rapports sexuels avec des préservatifs.* » I-3

« *La fidélité et ne pas faire des rapports sexuels avec n'importe qui.* » I-4

• **Les voies de transmission**

Les voies les plus citées étaient les rapports sexuels non protégés et la voie sanguine

« *Pour moi la voie la plus répandue est sans doute les rapports sexuels.* » I-5

« *Pour moi il y'a aussi la voie sanguine.* » I-3

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V.COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

5.1. Méthodologie :

Cette étude que nous avons menée auprès des élèves et des enseignants avait pour but de décrire leurs connaissances sur les IST, VIH/SIDA d'une part et d'autre part les comportements sexuels des élèves. Nous avons utilisé la formule de SCHWARTZ pour calculer la taille de l'échantillon. Compte tenu des perturbations survenues dans les établissements à l'approche des évaluations du 2^{ième} trimestre empêchant le déroulement normal de toute interview au sein des 2 établissements.

Sur le terrain la difficulté majeure rencontrée était la perception de certains élèves face aux questions relatives aux comportements sexuels, qui ont été l'objet d'un counseling en leur rassurant toujours la confidentialité de cette interview et le caractère anonyme de l'étude.

5.2. Données sociodémographiques :

Dans notre échantillon le sexe féminin était plus représenté avec **55%**. La tranche d'âge 18 à 23 ans a été majoritaire avec **66%** l'âge moyen était de 18 ans. L'ethnie bambara a été fortement représentée avec **30%**, la religion musulmane a été la plus représentée avec **90%**. Pour ce qui concerne les enseignants : **52%** des enseignants étaient de sexe masculin et **48%** de sexe féminin.

Pour le niveau de scolarisation des parents : environ **55%** des pères d'élèves ont un niveau supérieur et 33% des mères d'élèves ont aussi un niveau supérieur d'étude.

5.3.La sexualité :

Dans notre étude **92%** des élèves et **56%** des enseignants avaient déjà entendu parler de la sexualité et les principales sources d'information des élèves sur la sexualité étaient la causerie (**30%**), l'école (**25%**), les médias (**21%**). Les élèves ont aussi cités les medias (**31%**), causerie (**17%**), école/formation (**14%**) comme source d'information crédible sur la sexualité. Diarra B. estimait dans son étude que les principales sources d'information crédibles des élèves sur la sexualité étaient la télévision (**12,8%**), les agents de santé (**7,2%**) (**5**). il y'avait **51%** des élèves qui n'étaient pas gênés de recevoir une information sur la sexualité et **71%** n'avaient pas l'habitude de discuter de la sexualité avec leurs parents. Ce résultat est comparable à celui de Diarra B qui a trouvé que **48,8%** des élèves n'étaient pas gênés de recevoir une information sur la sexualité et **60,8%** n'avaient pas l'habitude d'aborder la

sexualité avec leur parent (5). Une autre étude menée par Kodjovi et al (41) qui a trouvé que 12% des parents refusent de parler de la sexualité avec leurs enfants. En comparant les différentes études, il ressort que la famille n'était pas un lieu où les jeunes pouvaient avoir des informations relatives sur la sexualité, confirmant ainsi le manque de communication entre parent et enfant. La plupart des élèves avaient entendu parler de la sexualité pour la première fois au second cycle soit 66%, cela s'explique d'une part par le fait qu'il correspond à la phase pubertaire des élèves et d'autre part par le regard des émissions basées sur l'amour ce qui influence beaucoup sur la sexualité dans l'adolescence. La majorité des élèves soit 62% ne veulent pas que la sexualité soit un sujet tabou avec leur parent. A noter que 86% des élèves et 88% des enseignants étaient favorable à l'introduction de l'enseignement de la sexualité dans le programme scolaire. Cela pourrait amener un changement de comportement favorable.

5.4. Connaissance en matière d'IST/VIH-sida :

a. Différentes IST :

Au cours de cette étude 99% des élèves et 100% des enseignants avaient entendu parler du SIDA et les principales IST citées par les élèves étaient : la gonococcie (53%), la syphilis (24%), le trichomonas (12%), le chancre mou (11%). Les enseignants ont également cité la gonococcie (48%), syphilis (28%), trichomonas (16%) et le chancre mou (8%) comme principale IST. Certains élèves avaient une connaissance méconnue des IST. Cela s'explique par le fait du manque d'information sur le sujet et l'attitude réservée d'aborder la question avec leur partenaire sexuel. D'autres auteurs tels que Berthe B (42) a trouvé dans son étude que 96,6% des élèves garçons ont cité le SIDA et la gonococcie 65%. Sacko D (4) a trouvé que 94% des filles ont cité la gonococcie et le SIDA 65%. Au cours d'une autre étude de groupe pour adulte menée au Burkina Faso, Mali, Niger (43) les IST les plus citées étaient le SIDA, la gonococcie, la syphilis, le chancre mou.

A noter que tous les élèves et enseignants croyaient à l'existence du VIH/SIDA. Cependant, 52% des enseignants pensent que la présence d'une IST peut favoriser la transmission du VIH/SIDA. Selon l'étude menée par Kondé A (14) qui trouvait que 95,8% des élèves et 95% des enseignants avaient entendu parler du VIH/SIDA et croyaient à son existence. Ainsi

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

b. Les voies de transmission :

Dans notre étude **71%** des élèves ont cité les rapports sexuels comme principale voie de transmission du VIH/SIDA. Berthe B (42) a trouvé dans son étude que **99%** des élèves enquêtés estimaient connaître les voies de transmission du VIH/SIDA et les plus citées étaient les objets tranchants (**99,6%**), les rapports sexuels (**98,3%**).

La transfusion sanguine et la transmission mère – enfant étaient moins citées par les élèves. L'étude menée en Haïti en 1994 (44) chez les hommes âgés de 15 à 59 ans a révélé que la grande majorité savait que le VIH/SIDA peut être transmis par rapport sexuel ou de la mère à l'enfant. Une faible proportion était consciente du risque présenté par la transfusion. Quant aux enseignants **64%** ont également cité les rapports sexuels comme voie de transmission du VIH/SIDA.

c. Moyens de prévention du VIH-sida :

Parmi les moyens qui peuvent être utilisés pour se protéger contre le VIH/SIDA, **36%** des élèves ont cité la fidélité avec un partenaire non infecté, tandis que **33%** suggèrent l'abstinence ; **15%** préconisent l'utilisation des préservatifs et **5%** optent pour la limitation du nombre de partenaires sexuels.

Ce résultat est comparable à l'étude menée en Haïti (44) en 1994 qui a révélé que des hommes (**15 – 59**) ont cité comme moyens de prévention : la limitation à une seule partenaire sexuelle (**30%**), éviter les rapports occasionnels (**26%**) et les rapports avec les prostituées (**25%**) utilisation du préservatif (**18%**), abstinence (**7%**). Diarra B (5) a trouvé dans son étude que **53%** des élèves ont cité l'utilisation des préservatifs et **47%** la fidélité comme leur moyen de prévention contre le VIH/SIDA.

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

Les principales sources d'information sur les IST et le VIH/SIDA citées par les élèves sont l'école (**69%**), le théâtre (**11%**), le centre de santé (**9,4%**). Les parents sont des sources rares signalées par les élèves soit **3%**. Les principales sources d'information citées par les enseignants sont l'école/conférence, le théâtre.

L'étude menée par TRAORE A (45) estimait que les principales sources d'informations sur les IST/SIDA étaient l'école/conférence avec **48,1%** ; les médias **36,7%** ; les parents **8,2%**. Berthe B (42) a trouvé dans son étude que les principales sources d'information sur les IST et le VIH/SIDA étaient les médias **87,3%**, les amis **49,3%** et l'école **39,2%**.

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

Nous pouvons retenir de cette étude que les enseignants sont plus informés sur le VIH/SIDA que les élèves, car **48%** des élèves affirment qu'ils ont vu un module sur le VIH/SIDA et **72%** des enseignants affirment avoir vu un module sur le VIH/SIDA. Quant à l'appréciation du **64%** des enseignants estiment qu'il est facile à comprendre.

5.5.Comportement sexuel :

Dans notre étude 62% des élèves n'avaient pas encore eu de rapports sexuels. Un faible pourcentage soit 20% d'entre eux avaient eu des rapports sexuels et l'âge aux premiers rapports était compris entre l'âge 15 à 17 ans avec un âge moyen de 15,7 ans et un âge minimum 10 ans. Dans l'étude d'Amazigo (46), **40%** des élèves avaient déjà eu des rapports sexuels, il trouvait que l'âge minimum était de 14 ans. L'étude menée au Burkina Faso (47) indiquait que l'activité sexuelle commence vers 15 ans, alors qu'au Niger elle commençait vers 12 ans.

Le rapport ONUSIDA (48) révèle qu'en Suisse, **65%** des garçons avaient déjà eu des rapports sexuels à 17 ans en 1985 et il en était de même pour **58%** des filles en 1989.

Dans une vaste étude menée en Côte d'Ivoire chez les collégiens et lycéens **56,1%** soit (338/602) avait déjà eu des rapports sexuels et l'âge moyen au premier rapport sexuel était de 15,02 ans (49). Nous remarquons que nos élèves ont une activité sexuelle précoce. La principale raison pourrait être le manque de l'éducation sexuelle d'une part au sein de la famille, dans la société et d'autre part le fait que les élèves découvrent la sexualité à leur plus jeune âge (âge minimum au premier rapport sexuel 10 ans et l'âge maximum 20 ans).

La présente étude met en évidence la précocité de l'âge au premier rapport sexuel bien que l'âge moyen soit en conformité avec les études antérieures (**41, 42, 46, 43**).

La majorité des élèves enquêtés n'avaient pas eu de partenaires sexuels les 3 mois précédents l'enquête soit **73%**. Quant à l'utilisation des préservatifs au cours de leur dernier rapport sexuel les avis sont partagés car **35%** des élèves avaient utilisé les préservatifs et **35%** d'entre eux ne l'avaient pas utilisé.

L'étude menée par KONDE A (**14**) au lycée jeune fille de Bamako a révélé que **79,9%** des élèves avaient un partenaire sexuel au moment de l'enquête et **69%** des élèves ont déclaré n'avoir pas utilisé de préservatif au premier rapport sexuel.

METIEGAM A (**50**) dans son étude réalisée à la faculté de médecine trouvait que **73%** des étudiants étaient sexuellement actifs, **53,6%** avaient eu des rapports sexuels 3 semaines avant l'enquête et **56,6%** avaient utilisé des préservatifs au cours de leur dernier rapport.

BERTHE B (**42**) a trouvé dans son étude que **54%** étaient sexuellement actif et ont eu des rapports sexuels occasionnels, parmi eux **56%** ont toujours utilisé des préservatifs, **24,4%** l'utilisaient occasionnellement, **19,6%** n'ont jamais utilisé des préservatifs. Selon le rapport ONUSIDA (**51**), l'usage d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel chez les jeunes de 15 à 24 ans, varie de plus de 80% dans certains pays d'Europe et d'Amérique latine à moins de 30% dans certains pays d'Afrique de l'Ouest.

Selon l'OMS, toute personne ayant eu un seul partenaire sexuel serait considérée comme une personne à risque faible et le comportement à risque si la personne a eu plus de deux partenaires sexuels. Ainsi parmi nos élèves sexuellement actifs 20% ont un comportement à risque faible et 3% avaient un comportement à risque élevé (3 partenaires sexuels).

Cissé A (**52**) a trouvé dans son échantillon que **60%** avaient un comportement à risque. Au vu des résultats des différentes enquêtes, nous pouvons affirmer que nos jeunes élèves ont un comportement à risque élevé. Quant aux raisons évoquées pour le port du préservatifs **85%** des élèves pensent que son utilisation permet d'éviter la transmission du VIH/SIDA et les IST et **58%** des élèves ont comme source d'approvisionnement en préservatif la pharmacie. Ceci pourrait s'expliquer par les multiples campagnes médiatiques autour du préservatif sur son rôle dans la diminution des risques de transmission des IST et VIH/SIDA.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6.1. CONCLUSION :

Dans notre étude les IST les plus citées par tous les élèves des deux écoles sont la gonococcie (53%), syphilis (24%).

Pour les enseignants des écoles, la plupart ont cité la gonococcie, la syphilis, le trichomonas, les autres IST ont été moins citées. Cependant certains élèves et enseignants avaient une connaissance méconnue des infections sexuellement transmissibles.

La majorité des élèves et enseignants connaissent que le VIH/sida se transmet essentiellement par la voie sexuelle et ils recommandent la fidélité et l'abstinence.

Un nombre significatif prône également l'utilisation des préservatifs et la limitation du nombre de partenaires.

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 VIH/SIDA, ils ne voudraient pas que la sexualité reste un sujet tabou entre les parents et enfants et souhaitent l'introduction de la sexualité dans le programme scolaire. Au point de vue activité sexuelle, une minorité des élèves enquêtés était sexuellement actifs.

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

6.2. RECOMMANDATIONS :

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

Au Ministère de l'éducation nationale

- 1- Accentuer les campagnes de sensibilisations sur les IST et le VIH/SIDA dans les établissements en :
 - Organisant les conférences débats.
 - Insistant sur les autres moyens de prévention d'IST et le VIH/SIDA.
 - Formant 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 du fondamental (2^{ème} cycle) et du secondaires sur les IST et le VIH/SIDA.
- 3- Augmenter les centres d'écoutes des jeunes.

Aux parents : les parents doivent discuter des questions relatives à la sexualité et aux IST et le VIH/SIDA avec les jeunes.

Aux jeunes

- Fréquenter les centres de jeunes déjà existant.
- Participer pleinement aux campagnes de sensibilisation organisées sur les IST et le VIH/SIDA.
- Profiter de chaque occasion pour s'informer sur les IST et le VIH/SIDA.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VII- Référence :

- 1. Maiga OL.** Attitude, pratique et comportement sexuelle en matière de MST /SIDA dans l'ENSEC de Bougouni. [Thèse : Med]. Bamako: Université de Bamako; 2001.
- 2. Rapport OMS 2015.** Mortalité et morbidité mondiales sur le VIH/SIDA. Genève, Suisse; Décembre 2015.
- 3.** Terme de Reference de la Formation pratique des Agents pour prise en charge des Enfants infectes du VIH/sida au Mali.
- 4. Sacko D.** Connaissance, 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: Université de Bamako; 2000.
- 5. Diarra B.** Connaissance, attitudes, pratiques comportementales en matière de maladies sexuellement transmissible et du VIH/SIDA en milieu scolaire urbain de Kati [thèse : Med]. Bamako: Université de Bamako; 2011.
- 6. Wasserheit J N. Epidemiologic synergy.** Interrelation ships between HIV and other STDs. Sex transm Dis. 1992; 19: 61-77.
- 7. Goita S.** Etude epidémio-clinique des IST dans la région de Mopti [Thèse : Med]. Bamako: Université de Bamako; 1998.
- 8. Larousse médical 2010**
- 9. Lys H L Tokindang J, Fariah L.** Connaissances, attitudes des étudiants de la FMPOS de Bamako en matière de planification familiale, MST/SIDA: Population Council [thèse : Med]. Bamako: Université de Bamako; 1997.
- 10. bacterioweb.univ.fcomte.fr/cours_dcem. Consulté le 12/06/2011**
- 11. whqlibdoc.who.int/receuil_articles/20. Consulté le 12/06/2011**
- 12. BASSET B.** Ulcération génitales en dehors de la syphilis. In. ASIBOULET J P et al. MST. Paris. Masson. 1991 : 55-64
- 13. E. PILLY** Maladies infectieuses et tropicales 20è édition Paris, 2006, 747p
- 14. Kondé A.** Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière d'IST et VIH/SIDA au lycée jeune fille de Bamako [thèse : Med]. Bamako: Université de Bamako; 2009
- 15. Gottlieb B M S.** Pneumocystis pneumonia Los Angeles. Morbidity and mortality weekley Repport. 1981 Juin; 30(3).

16. **Montagnier L.** Lutte contre le sida, la course contre la montre. Santé du monde. Magazine de L'OMS; 1988 Mars : P 12.
17. **Montagnier L.** Isolation of HT2 retrovirus (LAV) from zarin married couayte one with AIDS One with ARC. Lancet. 1984; Tome: 1183-1185.
18. **Gallor C.** Detection, Isolation and continuaus production of cytophatic retro virus from Patients with AIDS and ARC. Science. 1984; 224: P 497.
19. **Gallor C.** Frequent detection and Isolation of cytophatic retrovirus (HTLIII) from patients With AIDS and at risk for AIDS. Science. 1983; 224: 500-503.
20. **Clavel F.** VIH type 2 infection association with AIDS in West Africa .The New England Journal of med 7. 1987: 1182-1185.
21. **Essex M.** Isolation of HTLV III retro virus related from wild caught Africa grenn Monkeys. Science. 1985 Nov; 230:951-954.
22. **Levy JA** pathogenesis of human immunodeficiency virus infection. Microbial Rev. 1993; 57: 183-289.
23. **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 infectide man by cellulare and gene amplification. J infect dis. 1990; 161:810-811.
24. **Kreiss J K, Coombs R, Plummer F, et al.** Isolation of human immunodeficiency virus from genital ulcers in Nairobi prostitutes. J infect Dis.1989; 160:380-384.
25. **Levine W C, 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. 1994; Yokohama, Japan: abstract 457C.
26. **Eron J J, Gillian B, Fiscuis S, Dyer J, Cohen M,** HIV-1 Shedding and Chalmydial urethritis JAMA 1996; 275:36.
27. **Grosskurth H, Mosha F, Toddj, et al.** Impact of improved treatment of sexuality transmitted disease on HIV infection in rural Tanzania: randomized control trial. Lanect 1995; 346: 530-536.
28. Source : UNICEF-ONUSIDA-OMS: Les jeunes et le VIH/SIDA, une solution à la crise. Copyright UNICEF en 2010.
29. **Groupe de la banque mondiale.** *Indicateurs du développement dans le monde 2016.* Avril 2016.

- 30. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA.** *Comment le sida a tout changé – sixième OMD : 15 ans, 15 leçons d'espoir de la riposte au sida.* http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_fr.pdf. Consulté le 16 février 2016
- 31. Nations Unies. Résolution A/RES/70/1,** intitulée « Transformer notre monde : le programme de développement durable à l'horizon 2030 ». New York, septembre 2015.
- 32. Union africaine.** *Actions towards the Elimination of HIV and AIDS, Malaria and Tuberculosis in Africa by 2030.* Abuja, juillet 2013.
- 33. Organisation mondiale de la santé.** *Riposte mondiale du secteur de la santé au VIH, 2000-2015. Priorité aux innovations en Afrique – Rapport de situation 2015.* Genève, 015.
- 34. Kounta C. H, Diarra S, Toumanion B, Doumbia L, Giani S.** Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des jeunes lycéens en matière des IST du VIH et du SIDA dans la commune urbaine de SIKASSO, MALI. Mai 2012.
- 35. Touré B et Koffi K.** Connaissances, attitudes et pratiques des collégiens et lycéens d'Abidjan face au VIH/SIDA. [Thèse] Abidjan : Med ; 2001.N 90
- 36. PSI/TOGO/Fonds Mondial/URD (2008).** Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière des IST et VIH/SIDA en milieu scolaire au TOGO : CAP – SCOL-IST/VIH/SIDA. 2008
- 37. 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.
- 38. Fourn L, Fayomi BE, Massougbojji 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.
- 39. Fourn L, Yacoubou M, Zohoun T.** Enquête d'évaluation de l'acceptabilité du préservatif masculin au Bénin. *Afr Med* 1990 ; 280 : 20-2.
- 40. Diallo A O.** commune VI : un développement parasite par la spéculation foncière, l'essor ; 24 avril 2009.
- 41. 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.

- 42. Berthe B.** Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée Askia Mohamed en matière de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et du sida. [Thèse: Med] Bamako : Université de Bamako ; 2000.
- 43. 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.
- 44. 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.
- 45. Traoré A.** Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes de moins de vingt ans face aux IST/SIDA; thèse médecine ; Bamako 2006;06-P-67.
- 46. Amazigo, Silvana, 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.
- 47. Direction Nationale de la sante publique, Programme national de lutte contre le sida.** La prise en charge syndromique des IST Manuel D'appui, PP 4 et 8.
- 48. Rapport ONU/SIDA 1998, P 60.**
- 49. Touré B, Koffi K, Kouassi V, Gonhou.** Connaissances, attitudes et pratiques des collégiens et lycéens d'Abidjan face aux VIH/SIDA. Med tropicale ; 2005
- 50. Metiagam A.** Connaissances, attitudes et pratiques comportementales liées aux IST et au VIH/SIDA des étudiants de la FMPOS [thèse : Med]. Bamako : Université de Bamako ; 2009
- 51. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale du VIH-sida juin 2000**
- 52. Cissé A.** Connaissances et comportements sexuels des jeunes sur les MST et SIDA à Bamako ; N= PIP114359

ANNEXES

Fiche d'enquête :

A- INFORMATION GENERALE :

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

Q3-Enquêteur : Q4. Code /___/

Q5 - Ecole : /.... /

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

Q7 - Age : /... /

Q8 - Ethnie : /.../ Bambara = 1 Peuhl = 2 Sonrhaï = 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 SEXUALITE 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 : 1er cycle = 1 2ème 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 : 1er cycle = 1 2eme 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 I ST/ S I DA = 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 va-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 GENERALES :

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

Q 3- Ecole : /... /

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 Chancre 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- Aimeriez-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-Si oui avec qui ? /...../

Q18. Où cela a-t-il eu lieu ? /.../ 1=Ecole ; 2=Ville ; 10 = Autres à préciser :
.....

Q19- 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 !

Guide d'entretien individuel approfondi :

Introduction : bonjour je m'appelle Dramane Sanogo, je suis étudiant chercheur en médecine, je travaille sur la connaissance attitude pratique en matière de IST et VIH/+sida en milieu scolaire de la commune VI du district de Bamako.

Vous avez été sollicité pour participer à ce groupe de discussion. En tant que jeune votre point de vue est important et peut améliorer la prévention des IST et le VIH-sida

Cet entretien se fait sur une base anonyme, les propos seront enregistrés afin d'en permettre une analyse et proposer une amélioration éventuelle

Quelles sont les personnes les plus exposées aux IST et VIH-sida ?

Quelles sont les causes les plus fréquentes des IST et VIH-sida ?

Disposez-vous de moyens de prévention contre les IST et VIH-sida ?

Respectez-vous les mesures de prévention des IST et VIH-sida ?

Comment pensez-vous vous protéger contre les IST et VIH-sida ?

Qu'est-ce qu'il faut améliorer dans la pratique de prévention des IST et VIH-sida ?

Quel est votre opinion sur la prise en charge des IST et VIH-sida ?

Guide d'entretien des groupes

Introduction : (information et consentement éclairé)

Ce questionnaire a pour but de recueillir vos Connaissances, Attitudes, Pratiques et Comportementales des jeunes en matière IST et VIH/sida en milieu scolaire urbain de la commune VI du district de Bamako pour améliorer la situation actuelle.

Nous vous remercions d'avance de votre participation.

Les informations sont anonymes et confidentielles.

QUESTIONS :

Avez-vous déjà entendu parlé des IST et VIH-sida ?

Connaissez-vous les conséquences que les IST et VIH-sida peuvent engendrer ?

Connaissez-vous les moyens de prévention des IST et VIH-sida ?

Quelle est la voie de transmission la plus répandue des IST et VIH-sida ?

Je vous remercie de votre participation.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom	: Sanogo
Prénom	: Dramane
Année Universitaire	: 2016 - 2017
Ville de soutenance	: Bamako
Pays d'origine	: Mali
Lieu de dépôt	: Bibliothèque
Secteur d'intérêt	: Santé publique, milieu scolaire
Email	: dramane778@gmail.com

Résumé :

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 lycée Carnot et le Lycée Ibrahima Ly en milieu urbain de la commune VI du district de Bamako.

Il s'agit d'une étude transversale qui s'est déroulée du 15 avril au 15 mai 2016. Dans notre étude, l'IST la plus connue est le sida (100%) la gonococcie (53%). La majorité des élèves n'ont pas eu de rapports sexuels les trois mois précédents l'enquête soit **90%**. Une minorité des élèves était sexuellement actif. Il s'avère donc indispensable d'envisager des moyens permettant une amélioration des comportements de ces jeunes

Mots clés: connaissance – attitude - comportement sexuel – jeunes – IST, VIH/SIDA.

IDENTIFICATION SHEET

NAME: SANOGO

FIRST NAME: DRAMANE

NATIONALITY: Malian

ACADEMIC YEAR: 2016-2017

TOWN: Bamako

TITLE: Knowledge, attitudes and sexual behaviors in the of STI and HIV/AIDS in the urban school of the commune VI of the district of Bamako

PLACE OF DEPOSIT: Library of the FMPOS

E-MAIL: dramane778@gmail.com

SUMMARY

The care of young people cannot be conceived without a better understanding of their needs, hence the motivation of our study which aims to study the knowledge, attitudes and sexual behaviors of the students and teachers of the high school Carnot and the high school Ibrahima Ly in the urban area of the commune vi of the district of Bamako.

This is a cross-sectional study that ran from April 15 to May 15, 2016. In our study, the best known STI is AIDS (100%) and gonococcal disease (53%). The majority of students did not have sex in the three months preceding the survey, ice 90%. The minority of students are sexually active. It is therefore essential to consider ways to improve the behavior of these young people

KEYWORDS: knowledge-Attitude – sexual Behavior – Young- IST/HIV/SIDA

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maitres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême ;

D'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !