

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE (MESRS)

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



U.S.T.T.B

**UNIVERSITE DES SCIENCES,
DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
(USTTB)**



**Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
(FMOS)**

Année universitaire : 2022-2023

thèse N°:

THESE

**Determination du Risque d'exposition au VIH et des
Connaissances, Attitudes et Pratiques sur l'Autotest
de Dépistage du VIH (ADVIH) chez les Jeunes et
Adolescents Scolarisés Agés de 14 à 25 ans à Kadiolo,
Sikasso**

Présentée et soutenue publiquement le 13/01/2023 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par Mr : Moumini SANOGO

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

Jury :

Président : M. Drissa TRAORE, Professeur

Membres : M. Bassirou DIALLO, Médecin

M. Nouhoum TELLY, Maître-assistant

Co-Directeur : M. Modibo SANGARE, Maître-assistant

Directeur de thèse : M. Daouda MINTA, Professeur

DEDICACES

LOUANGES ET GLOIRE A DIEU

Louanges à Allah, l'Éternel, l'Omniscient et l'Omnipotent, l'Omniprésent, le Tout Puissant. Votre miséricorde est sur ceux qui se confient à Vous Vous nous avez permis de passer ces épreuves dans la sérénité. Guidez nos pas sur le droit chemin afin que nous demeurions fidèles à vos recommandations. Ouvrez-nous les portes de votre savoir infini et de votre connaissance. Certes Vous êtes l'Omniscient. Je rends grâce à Allah ; hier encore Vous m'accordiez le Numerus clausus et aujourd'hui le doctorat. Gloire à Allah ; qui ses premières adresses à son envoyé (paix et salut sur lui) ont été « lis; lis au nom de ton seigneur ». D'où l'importance des études, je demanderai Allah de la bonne pratique de mes connaissances acquises.

Au Prophète Mohamed (paix et salut sur lui) Que le salut et la paix soient soit sur lui et sur toute sa famille, tous ses compagnons, et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.
Amen

DEDICACES

A MON PERE Issa SANOGO, mon héros, autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soit elles ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance. Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite. Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su m'apporter. Papa, je te dédie ce travail du profond de mon cœur comme, vous avez tout donné pour ma réussite. Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir. Que Dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.

A MA MERE Fatoumata TRAORE, honorable, aimable : Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi. Ta prière et ta bénédiction et ta bonté envers les autres enfants m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte. Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études. Maman ce travail est le vôtre aussi en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur. Ton affection et ton attention en mon endroit n'ont pas d'égaux. Puisse Dieu le Tout Puissant te donner encore longue vie pour goûter au fruit de ton labeur. Maman merci, merci encore pour tout.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A ma mère Salimata DIALLO et mes frères et sœurs

A ma famille d'accueil de Bamako, la famille SANOGO

A mes Papa,

A mes Mamans,

A Dr Ousmane DIARRA et famille,

A Dr DIABATE et famille,

A Dr Souleymane Ouattara et famille

A la famille TOURE et TRAORE de Djénné,

A la famille Dolo de Kadiolo,

Au médecin Chef et les autres personnels du CSRef de Kadiolo

A mes Cousins et Cousines

A mes ami(e) (frères et sœurs d'autres mères)

A ma famille d'accueil au Point-G, la Grande Famille **RASERE**

A l'**ADERS** (Amicale des Eutudiants Ressortissants de la 3^{ème} Region et Sympathisants),

Recevez icimes sincères remerciements pour le soutien moral, physique et financier sans faille.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,

Professeur Drissa TRAORE

- ✓ **Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU du Point-G**
- ✓ **Membre de l'association Française des chirurgiens**
- ✓ **Membre de la société de chirurgie du Mali**
- ✓ **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos admirables qualités scientifiques, sociales et morales et votre simplicité font de vous un Maître respecté de tous. Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien, vos qualités d'homme de sciences font de vous un Maître exemplaire. Recevez cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

Dr Nouhoum TELLY

- ✓ **Maitre-assistant en épidémiologie au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP) à la FMOS**
- ✓ **Chef de section Surveillance Epidémiologique à la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites virales (CSLS-TB-H) du Ministère de la Santé et de Développement Social (MSDS),**

Cher Maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme membre de ce jury. Vos qualités scientifiques et votre spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail renforcent l'image du maître ouvert et sociable que nous gardons de vous. Veuillez accepter cher maître, l'expression de nos remerciements les plus sincères et de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

Docteur Bassirou DIALLO

- ✓ **Médecin spécialiste en Santé Publique**
- ✓ **Diplôme Universitaire sur les IST et leurs retentissements sur la santé de la reproduction**
- ✓ **Diplôme supérieur de Gestion des programmes de Santé Communautaire orienté vers la lutte contre le VIH**
- ✓ **Président de la commission de suivi du CCM (l'instance de coordination des subventions du fond mondial)**
- ✓ **Conseiller à la mobilisation communautaire et de réseautage à l'ONUSIDA**
- ✓ **Chargé des cours de la santé communautaire à l'école des hautes études en Santé Publique**

Cher Maître,

Nous sommes très touchés par l'intérêt que vous avez porté à ce sujet mais également par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être membre de ce jury. Durant tout ce temps passé à vos côtés, votre disponibilité, votre courtoisie, votre pédagogie ainsi que votre rigueur nous ont beaucoup marqués et font de vous exemple. C'est un réel plaisir pour nous d'être un de vos disciples.

Trouver ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Dr Modibo SANGARE

- ✓ **Docteur en Médecine**
- ✓ **Enseignant chercheur et Maître-assistant à la Faculté de médecine et d'Odonto Stomatologie**
- ✓ **Enseignant titulaire des cours d'anglais à la Faculté de médecine et d'Odonto Stomatologie**
- ✓ **PhD en Neurosciences**

Cher Maître,

Votre générosité à transmettre vos connaissances, votre humilité, votre simplicité et votre honnêteté intellectuelle, ont satisfait notre admiration. C'est le moment de vous rendre un hommage très vibrant tant mérité. Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et à votre savoir-faire. Veuillez trouver ici, solennellement cher maître notre profonde gratitude et notre sincère remerciement. Votre apport dans ce travail est immense. Trouvez ici l'expression de notre très haute considération

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,

Professeur Daouda Kassoum MINTA

- ✓ **Enseignant - Chercheur et Professeur Titulaire des Universités en maladies infectieuses et tropicales**
- ✓ **Agrégé de maladies infectieuses et tropicales**
- ✓ **Praticien Hospitalier**
- ✓ **Directeur du Centre d'Excellence VIH adulte**
- ✓ **Président du Comité scientifique du VIH, Tuberculose et Hépatites virales**
- ✓ **Chef de service des Maladies infectieuses et tropicales du CHU du point G.**
- ✓ **Président de la Société Malienne de Contre de Resistance aux Anti-Microbiens**

Cher Maître,

C'est un privilège pour nous d'avoir travaillé sous votre direction sur ce sujet malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur scientifique et votre dévouement pour la recherche font de vous un maître admiré par les étudiants. Vous êtes pour nous un exemple à suivre par la jeunesse. Nous vous prions d'accepter notre sentiment de sincère reconnaissance et de profond respect. Nous vous prions cher maitre, d'accepter nos sincères remerciements Que le bon Dieu vous gratifie d'une longue et heureuse vie.

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES & ABREVIATIONS

ADVIH: Autodépistage du VIH

AIDS: Acquired immune Deficiency Syndrome

ARV: Antirétroviral

ATLAS: AutoTest VIH, Libre d'Accéder à la connaissance de son Statut

CNLS: Conseil National de Lutte contre le SIDA

CSN: Cadre Stratégique National

FDA: Fond and Drug Administration

GRID: Gay-Relate Immune Deficiency

H0: Hypothèse nulle

H1: Hypothèse alternative

HSH: Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

IST: Infection Sexuellement Transmissible

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

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

PvVIH: Personnes Vivant avec le VIH

SIDA: Syndrome d'immunodéficience acquise

Solthis: Solidarité Thérapeutique et Initiatives pour la Santé

TDR: Test de Diagnostic Rapide

USA: Etats Unis d'Amérique

USAID: Agence des États-Unis pour le développement international

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

WB: Wersten bot

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau I : Substitution selon les schémas de 1eres et 2èmes lignes en cas de découverte d'une coïnfection VIH/VHB | 13 |
| Tableau II : Répartition des enquêtes selon l'âge..... | 22 |
| Tableau III: Répartition des enquêtés selon leur statut matrimonial..... | 22 |
| Tableau IV: Répartition des enquêtés selon leurs relations sexuelles sans préservatif..... | 23 |
| Tableau V: Répartition des enquêtés ayant eu des relations sexuelles sans préservatifs avec quelqu'un qui n'était pas leur partenaire fidèle | 23 |
| Tableau VI: Répartition des enquêtés marié(e) selon leurs relations sexuelles sans préservatif avec quelqu'un qui n'était pas leur conjoint(e)..... | 23 |
| Tableau VII: Répartition des enquêtés qui ont une fois une infection sexuellement transmissible | 23 |
| Tableau VIII: Répartition des enquêtés ayant eu des relations sexuelles sans préservatifs à l'état d'ivresse..... | 24 |
| Tableau IX: Répartition des enquêtés ayant eu des relations sexuelles sans préservatifs avec plus de 15 personnes au cours de leur vie..... | 24 |
| Tableau X: Répartition des enquêtés ayant eu des relations sexuelles sans préservatifs avec quelqu'un qu'il venait juste de rencontrer | 24 |
| Tableau XI: Répartition des enquêtés ayant eu des relations sexuelles sans préservatifs avec un ou plusieurs nouveaux partenaires sexuels en la période d'un mois | 24 |
| Tableau XII: Répartition des enquêtés ayant eu des rapports sexuels sans préservatifs qui ont payé de l'argent pour le sexe | 25 |
| Tableau XIII: Répartition des enquêtés ayant eu des relations sexuelles anales sans préservatifs | 25 |
| Tableau XIV: Répartition des enquêtés ayant eu des relations sexuelles sans préservatifs selon leur desir pour le sexe après avoir bu de l'alcool | 25 |
| Tableau XV: Répartition des enquêtés ayant eu des relations sexuelles sans préservatifs en forçant quelqu'un à avoir des relations sexuelles contre sa volonté | 25 |
| Tableau XVI: Répartition des enquêtés selon le niveau de risque d'exposition au VIH..... | 26 |
| Tableau XVII: Répartition des enquêtés selon le risque d'exposition au VIH en fonction de l'âge | 26 |
| Tableau XVIII: Répartition des enquêtés selon le risque d'exposition au VIH en fonction sexe..... | 27 |
| Tableau XX: Répartition des enquêtés selon leurs connaissances sur le rôle de l'ADVIH..... | 28 |
| Tableau XXI: Répartition des enquêtés selon leurs connaissances de l'utilisation de l'ADVIH..... | 29 |
| Tableau XXII: Répartition des enquêtés selon leurs connaissances des lieux où s'en procurer..... | 29 |

| | |
|---|----|
| Tableau XXIII: Répartition des enquêtés selon leurs connaissances sur l'interprétation du résultat de l'AD-VIH..... | 31 |
| Tableau XXIV: Répartition des enquêtés selon leurs connaissances sur quant est-ce que le test du VIH est faussement négatif après la prise de risque..... | 31 |
| Tableau XXV: Répartition des enquêtés selon leur attitude face à un ADVIH non réactif..... | 32 |
| Tableau XXVI..... | 32 |
| Tableau XXVIII: Répartition des enquêtés selonle lieu ou ils seront à l'aise pour aller chercher ou acheter le test ADVIH..... | 33 |
| Tableau XXIX: Répartition des enquêtés par rapport à leur changement de comportement envers leurs connaissances testés réactifs..... | 34 |
| Tableau XXX: Répartition des enquêtés selon leurs comportements envers leurs ami(es) testé(es) réactif (ves)..... | 34 |
| Tableau XXXI: Répartition des enquêtés selon leurs comportements s'ils sont testés réactifs ou leurs ami(es)..... | 34 |
| Tableau XXXII: Répartition des enquêtés selon leur pratique s'ils feront immédiatement le test une fois que leur (e) leur partenaire est testé(e) réactif (ve) à l'ADVIH..... | 35 |
| Tableau XXXIII: Répartition des enquêtés selon leur utilisation de l'ADVIH..... | 35 |
| Tableau XXXIV: Répartition des enquêtés s'ils comptent utiliser l'ADVIH à chaque fois qu'ils seront exposés au risque..... | 36 |
| Tableau XXXV: Répartition des enquêtés s'ils seront capables de conseiller une personne à risque pour utiliser l'ADVIH..... | 36 |
| Tableau XXXVI: Répartition des enquêtés s'ils accepteront d'utiliser l'ADVIH après proposition d'un proche..... | 36 |
| Tableau XXXVII: Répartition des enquêtés selon leur opinion par rapport à l'ADVIH..... | 37 |
| Tableau XXXVIII: Répartition des enquêtés selon leur préférence entre le test classique du VIH et l'ADVIH..... | 37 |
| Tableau XXXIX: Répartition des enquêtés selon le fait d'effectuer le test immédiatement une fois que son partenaire est testé(e) réactif(e) en fonction de l'âge..... | 38 |
| Tableau XL: Répartition des enquêtés selon le fait de se sentir à l'aise d'aller chercher l'ADVIH à la pharmacie en fonction de l'âge..... | 38 |
| Tableau XLI: Répartition des enquêtés selon leur utilisation de l'ADVIH après exposition au risque dans les jours à venir en fonction de l'âge..... | 39 |
| Tableau XLII: Répartition des enquêtés selon le fait de conseiller une personne à risque pour utiliser l'ADVIH en fonction de l'âge..... | 39 |

| | |
|---|----|
| Tableau XLIII: Répartition des enquêtés selon l'utilisation de l'ADVIH après être conseillé par un proche en fonction de l'âge | 39 |
| Tableau XLIV: Répartition des enquêtés selon le choix du test de dépistage (ADVIH et les autres) en fonction de l'âge | 40 |
| Tableau XLV: Répartition des enquêtés selon le fait d'effectuer le test immédiatement si son partenaire est testé réactif(ve) en fonction de sexe..... | 40 |
| Tableau XLVI: Répartition selon la facilité pour les enquêtés qui seront à l'aise de l'aller chercher l'ADVIH à la pharmacie ou autres lieux proposés en fonction du sexe | 41 |
| Tableau XLVII: Répartition des enquêtés selon l'utilisation de l'ADVIH après exposition au risque dans les jours à venir en fonction du sexe | 41 |
| Tableau XLVIII: Répartition des enquêtés selon le fait de conseiller une personne à risque pour utiliser l'ADVIH en fonction du sexe | 42 |
| Tableau XLIX: Répartition des enquêtés selon l'utilisation de l'ADVIH après conseil d'un proche en fonction du sexe..... | 42 |
| Tableau L: Répartition des enquêtés selon la préférence des gens par rapport aux tests de dépistage (ADVIH et le test classique) en fonction du sexe | 43 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1: Répartition des enquêtés selon le sexe. Le sexe masculin était prédominant avec 71 % soit un sex-ratio de 2,44..... | 22 |
| Figure 2. Répartition en pourcentage des enquêtés selon leurs connaissances sur les liquides physiologiques possible pour effectuer L'ADVIH..... | 30 |
| Figure 3. Répartition des enquêtés selon leurs attitudes si leur ADVIH revenait réactif..... | 33 |
| Figure 4: Répartition des enquêtés selon leurs attitudes testé(e) réactif(ve)..... | 35 |

TABLE DES MATIERES

_Toc534506283

| | |
|--|----|
| I. INTRODUCTION..... | 1 |
| II. QUESTION ET HYPOTHESE DE RECHERCHE..... | 4 |
| 1. Question de recherche: | 4 |
| 2. Hypothèse de Recherche | 4 |
| III. OBJECTIFS DE L'ETUDE..... | 6 |
| 3.1. Objectif général..... | 6 |
| 3.2. Objectifs spécifiques..... | 6 |
| IV. GENERALITES | 8 |
| 4.1. Définition..... | 8 |
| 4.2. Historique..... | 8 |
| 4.3. Epidémiologie..... | 8 |
| 4.4. Clinique du VIH/SIDA ¹⁴ | 10 |
| 4.5. Traitement antiretroviral ¹⁵ | 11 |
| V. METHODES | 18 |
| 5.1. Cadre et lieu d'étude | 18 |
| 5.2. Type et Période d'étude | 18 |
| 5.3. Population d'étude | 18 |
| 5.4. Méthode et Outil de Collecte des Données..... | 19 |
| 5.5. Variables collectées | 19 |
| 5.6. Traitement et Analyse des données..... | 19 |
| 5.7. Considérations éthiques | 20 |
| 5.8. Définitions des Termes Utilisés..... | 20 |
| VI. RESULTATS..... | 22 |
| ORIENTATION..... | 33 |
| VII. COMMENTAIRES & DISCUSSION..... | 44 |
| VIII. CONCLUSION..... | 48 |
| IX. RECOMMANDATIONS | 50 |
| X. REFERENCES | 52 |
| XI. ANNEXES..... | 56 |

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Selon le programme commun des nations unies sur VIH-SIDA (ONUSIDA) et l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), on estimait à 38,4 millions le nombre de PVVIH dans le monde en 2021, l'Afrique de l'Ouest et Centrale, l'une des régions les plus touchées par le VIH, avait enregistré 4.9 millions de PVVIH¹.

Le premier des dix engagements majeurs de l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa Déclaration politique 2016 sur le VIH et le SIDA réside dans cet objectif 90–90–90. Il vise à apporter les tests de dépistage du VIH et le traitement à l'immense majorité de personnes vivant avec le VIH d'ici 2020 et à réduire la charge virale du VIH dans leur organisme à un niveau indétectable qui leur permette de vivre en bonne santé sans propager le virus¹.

Malgré des efforts, environ 8,1 million de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ignorent encore leur statut sérologique en 2021, en particulier les hommes et les jeunes âgés de 15 à 24 ans et les populations clés qui hésitent ou ne sont pas en mesure d'accéder aux services existants ¹. Si l'on veut atteindre les objectifs mondiaux de 90-90-90, il faut alors intensifier la sensibilisation de ces groupes clés et l'accompagner d'innovations dans les méthodes de dépistage.

Selon l'Enquete Démographique et de Santé du Mali (EDSM-V), la prévalence du VIH chez les personnes de 15 à 49 ans était estimé à 1,1% et l'incidence à la meme tranche d'age était de 0,3% en 2013 au Mali ² Le cadre stratégique national de lutte contre le VIH a été adopté en 2017 pour la prévention du VIH et l'atteinte des trois 90 de l'ONUSIDA c'est-à-dire 90% des cibles connaissent leur statut sérologique, 90% des personnes testées positives sont mises sous traitement antirétroviral (ARV) et 90% des personnes sous ARV ont une charge virale indétectable. Le recours au dépistage est particulièrement faible dans certaines populations clés, où la forte stigmatisation, voire l'illégalité et la criminalisation pour les hommes ayant le sexe avec les hommes (HSH), constituent non seulement un important obstacle à l'élimination du VIH à l'horizon 2030 mais aussi un facteur influençant conduisant à un risque très élevé de de transmission aux populations (générale, passerelles et vulnérables).

Le dépistage du VIH est pourtant une porte d'entrée indispensable vers la prise en charge des PVVIH ³.

L'auto dépistage, utilisant les autotests, est une méthode par laquelle une personne collecte son propre échantillon (fluide oral ou sang), effectue son test, puis interprète le résultat, le plus souvent dans un cadre privé, seul ou avec une personne de confiance. Cependant la mise en œuvre connaît des obstacles, à savoir le manque de risque perçu, la gêne et le manque de connaissances, les contraintes de temps des fournisseurs, la crainte d'obtenir un résultat positif et la stigmatisation et la discrimination. A ces obstacles s'ajoutent notamment : la crainte de divulgation ou de manque de confidentialité, le manque d'accès, le

manque de rémunération pour les fournisseurs et le manque de ressources humaines pour effectuer les tests de dépistage ⁴.

L'autotest de dépistage du VIH, en plus de compléter la palette d'offres de services de dépistage, constitue un pertinent recours pour faciliter l'accès à des populations avec des besoins spécifiques. Il devrait être acceptable pour les utilisateurs dans différents contextes et particulièrement auprès des populations clés et de celles qui ne se dépistent pas régulièrement, notamment en raison de sa discrétion et de son autonomie. Par conséquent, l'ADVIH améliore l'accès au test du VIH et sa fréquence, en particulier parmi les populations vulnérables et à risque élevé de contracter le VIH, qui peuvent être moins susceptibles d'avoir accès au test ou de se dépister moins fréquemment que recommandé ⁵. Les jeunes représentant le plus grand espoir d'inverser le cours de la pandémie et sont encore l'une des cibles principales de l'objectif ONUSIDA 90-90-90, sachant qu'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. Le projet ALTAS sur l'ADVIH a donné de très bons résultats dans les populations clés au Mali, au Sénégal et en Côte d'Ivoire. Le but de notre étude était de déterminer le niveau de risque d'exposition au VIH et les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes scolaires de 15 à 24 ans à Kadiolo, Sikasso, Mali.

QUESTION ET HYPOTHESE DE RECHERCHE

II. II. QUESTION ET HYPOTHESE DE RECHERCHE

1. Question de recherche:

Quels sont les niveaux de risque d'exposition au VIH et les connaissances, les attitudes et les pratiques sur l'ADVIH des jeunes scolarisés de 14 à 25 ans à Kadiolo, Sikasso ?

2. Hypothèse de Recherche

Les jeunes scolarisés de 14 à 25 ans à Kadiolo ont un faible niveau d'exposition au risque de transmission du VIH et une bonne connaissance, une bonne perception et une bonne pratique sur l'ADVIH.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

III. OBJECTIFS DE L'ETUDE

3.1. Objectif général

- ❖ Evaluer le niveau d'exposition au VIH et les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescents et jeunes scolarisés de 14 à 25 ans sur l'autotest de dépistage du VIH à Kadiolo, Sikasso

3.2. Objectifs spécifiques

- ❖ Déterminer le niveau de risque d'exposition à la transmission du VIH chez les adolescents et jeunes scolarisés de 14 à 25 ans à Kadiolo, Sikasso
- ❖ Déterminer le niveau de connaissances, les perceptions, les attitudes et les pratiques des adolescents et jeunes scolarisés de 14 à 25 ans sur l'autotest de dépistage du VIH à Kadiolo, Sikasso

GENERALITES

IV. GENERALITES

A. 1ere Partie: VIH/SIDA

4.1. Définition

Le sigle SIDA correspond à la contraction du syndrome d'immunodéficience acquise. Il est la traduction du vocable anglo saxon *Acquired immune Deficiency Syndrome (AIDS)*. Le SIDA est un état de déficit immunitaire viro-induit cause par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) ⁶. L'infection par le VIH peut entraîner une baisse du système immunitaire rendant ainsi l'hôte vulnérable aux affections opportunistes (dermatologique, digestive, respiratoire gynécologique, etc....).

4.2. Historique

Depuis 1981, date à laquelle les premiers cas de SIDA ont été diagnostiqués aux Etats Unis d'Amérique (USA) chez les homosexuels, on donne d'abord à la maladie le nom de *Gay-Relate Immune Deficiency (GRID)* car elle ne semble toucher que les hommes homosexuels, c'est à la fin de la même année qu'on signale des cas chez les utilisateurs de drogues injectables ⁷.

En 1982, la maladie est renommée Syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA), la même année les premiers cas de SIDA sont signalés en Afrique ⁷.

En 1985 au Mali le premier cas d'infection par le VIH a été décrit à l'hôpital Gabriel Touré chez un migrant ⁸.

En 1987 élaboration de la première stratégie globale de lutte contre le SIDA. Le SIDA est la première maladie à faire l'objet d'un débat à l'assemblée générale des Nations Unies ⁷.

En 1995, développement des bithérapies et de la mesure de la charge virale ⁷.

Au Mali, mis en place et exécuté plusieurs programmes de lutte contre ce fléau, dont trois plans à court et moyen terme (**1987-1988**), (**1989-1993**) et (**1994 1998**) et un plan stratégique national (**2001-2005**) sous la responsabilité du ministère de la santé avec l'appui d'autres départements ministériels, la société civile, quelques privés, et les partenaires au développement ⁹.

En 2001, Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA élabore la Cadre stratégique mondial sur le VIH/SIDA ⁷.

En 2002, Le VIH devient la cause principale de mort chez les personnes âgées de 15 à 59 ans dans le monde ⁷.

En 2020 publication du document « considérations liées à l'auto dépistage du VIH dans le contexte de la pandémie de COVID19 et de sa riposte » ⁷.

4.3. Epidémiologie

4.3.1. Prévalence du VIH/SIDA

Le premier des dix engagements majeurs de l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa Déclaration politique 2016 sur le VIH et le SIDA réside dans cet objectif 90–90–90 c'est à dire (90% des cibles connaissent leur statut sérologique, 90% des personnes testées positives sont mises sous traitement

antirétroviral (ARV) et 90% des personnes sous ARV ont une charge virale indétectable). Il vise à apporter les tests de dépistage du VIH et le traitement à l'immense majorité de personnes vivant avec le VIH d'ici 2020 et à réduire le taux de VIH dans leur organisme à un niveau indétectable qui leur permette de vivre en bonne santé sans propager le virus ¹⁰.

Dans l'atteinte de l'objectif 95-95-95, sur l'échelle mondiale en 2025, environ 85 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissaient leur statut sérologique, parmi eux, 88 % avaient accès à un traitement et 92 % avaient une charge virale indétectable, ~5.9 millions de personnes infectées par le VIH ignoraient leur statut sérologique. Dans le rapport 2022, selon le programme commun des nations unies sur VIH-SIDA (ONU/SIDA) et selon l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), on estimait à 38,4 millions le nombre de PVVIH, ~ 650 000 personnes sont décédées de maladies liées au SIDA ¹.

L'Afrique de l'Ouest et Centrale, l'une des régions les plus touchées par le VIH, avait enregistré 4.9 millions de PVVIH dont 68 % connaissaient leur statut sérologique, 85 % de ceux qui connaissaient leur statut sérologique avaient accès au traitement ARV et 78 % avaient une charge virale indétectable en 2020 ¹. Dans la situation globale actuelle de la lutte contre le SIDA, des résultats obtenus ont été encourageants en termes de dépistage, d'accès au traitement ARV et au suivi de la charge virale. L'Afrique de l'Ouest présente cependant un retard notable dans l'atteinte de l'objectif ONUSIDA 90-90-90 ¹¹.

4.3.2. Facteurs de risque du VIH/SIDA¹²

Parmi les comportements et les situations qui accroissent le risque pour un individu de contracter une infection à VIH, figurent :

La pénétration anale ou vaginale non protégée ; la présence d'une autre infection sexuellement transmissible (IST) – syphilis, herpès, chlamydie, gonorrhée ou vaginose bactérienne par exemple ; le partage lors de l'injection de drogues, d'aiguilles, de seringues, d'autres matériels d'injection ou de solutions contaminés ; les injections, les transfusions sanguines à risque, les greffes de tissus, les actes médicaux qui amènent à couper ou percer la peau dans des conditions non stériles ; et les piqûres d'aiguille accidentelles, notamment chez les agents de santé.

Dépistage et diagnostic du VIH/ et sida ¹³Le dépistage et le diagnostic biologique de l'infection par le VIH reposent classiquement sur une stratégie en deux temps : analyse de dépistage, puis analyse de confirmation. L'analyse de dépistage utilise le test ELISA combiné qui permet la détection simultanée des anticorps anti-VIH1 et anti-VIH2 et de l'antigène p24 du VIH-1 (avec un seuil minimal de détection de l'antigène p24 de 2 UI/mL). Un test négatif fait conclure à l'absence d'infection, un test positif conduit à l'analyse de confirmation qui utilise le Western blot (WB) ou l'Immunoblot (Ib). Ces tests nécessitent des infrastructures de laboratoire.

Les tests de diagnostic rapide (TDR) ne nécessitent pas d'équipement particulier. Les TDR de détection des anticorps dirigés contre les VIH 1 et 2 permettent l'accès à la connaissance du statut sérologique pour les populations qui ne peuvent recourir au dispositif classique de dépistage. Le dépistage se fait sur sérum,

plasma ou sang total. Il peut être fait à partir du sang séché sur séro- buvard pour les populations difficiles à atteindre. Un résultat négatif d'un premier TDR exclut une infection par le VIH, sauf en cas d'exposition récente datant de moins de 3 mois (primo-infection), un résultat positif doit être confirmé par un deuxième TDR. Les TDR actuellement commercialisés sont considérés comme équivalents en sensibilité aux tests ELISA de 3ème génération.

Les techniques d'identification de l'ARN viral plasmatique par PCR ou RT-PCR permettent un diagnostic précoce. Elles permettent le diagnostic de la primo infection (exposition au VIH datant de moins de 3 semaines) et de la transmission mère-enfant (enfants de moins de 18 mois). La primo-infection est un moment de forte contagiosité : contamination sexuelle et contamination en post-partum chez la femme qui allaite avec risque de TME (charge virale importante dans le lait maternel), d'où l'importance du dépistage. Le diagnostic moléculaire du VIH permet de confirmer le statut des donneurs de sang chez les donneurs en phase de séroconversion, la PCR se positivant dès le 11ème jour.

Les autotests VIH La détection des Ac-anti VIH par le sujet lui-même à partir du sang ou du fluide gingival est un outil supplémentaire de lutte contre le retard au diagnostic. L'OMS a publié de nouvelles lignes directrices sur l'auto-dépistage du VIH pour améliorer l'accès au diagnostic. L'autodépistage est un moyen d'atteindre davantage de personnes chez lesquelles l'infection n'est pas diagnostiquée.

Le dépistage et le diagnostic des nourrissons

Le dépistage sérologique n'est pas suffisant chez les nourrissons et un dépistage virologique doit être effectué à l'âge de 6 semaines, voire à la naissance, pour déceler la présence du VIH chez les nourrissons nés de mères séropositives. De nouvelles techniques sont disponibles permettant de pratiquer le dépistage au point de soins et d'obtenir un retour des résultats dans la journée (technologies EID). Le rapport ONUSIDA du 22 novembre 2018 insiste sur les différentes possibilités de dépistage pour atténuer les nombreux obstacles logistiques, structurels et sociaux au dépistage du VIH. Tous les services de dépistage doivent comporter les cinq éléments préconisés par l'OMS, dits des cinq (5) C: consentement éclairé, confidentialité, conseil, conformité des résultats du dépistage et connexion à la prévention, aux soins et au traitement.

4.4. Clinique du VIH/SIDA ¹⁴

Le SIDA peut se manifester en quatre (4) phases :

1^{ère} phase: la primo-infection

Dans les semaines qui suivent l'infection, environ une personne sur trois touchées présentent des symptômes semblables à ceux de la grippe ou de la mononucléose infectieuse. Ce tableau clinique est fait de fièvre, de maux de tête, de maux de gorge, de rougeurs sur la peau, de fatigue, de douleurs musculaires, etc. Ces symptômes disparaissent d'eux-mêmes, mêmes sans traitement.

2^{ème} phase: infection VIH asymptomatique

Le virus peut vivre dans l'organisme pendant de nombreuses années de façon asymptomatique. La personne peut donc avoir l'impression d'être en bonne santé, mais elle est susceptible de transmettre le VIH. La séroconversion, c'est-à-dire le moment où une personne séronégative (pas d'anticorps dans le sang) devient séropositive (présence d'anticorps dans le sang), se produit durant cette phase, 1 à 3 mois après l'infection.

3^{ème} phase : phase SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) ou à infections symptomatiques

En absence de traitement antirétroviral (ARV), la personne ressent un ou des symptômes liés à l'infection au VIH (la fatigue, la diarrhée, les adénopathies, la perte de poids, les sueurs nocturnes, la fièvre au long cours, etc...).

4^{ème} phase : les infections opportunistes

Si le nombre de cellules immunitaires (lymphocytes T CD4) devient est très bas ($CD4 < 500$) et que le système immunitaire n'arrive plus à lutter contre d'autres infections ou maladies, le diagnostic de SIDA est posé. Les symptômes de l'infection deviennent plus apparents et constants. De plus, des infections opportunistes (qui ne sont pas habituellement graves chez une personne immunocompétente) peuvent survenir et entraîner le décès des patients VIH positifs. Parmi les maladies opportunistes, on retrouve par exemple la candidose, la pneumonie, la tuberculose, les infections à l'herpès, et aussi des cancers (notamment des lymphomes et le sarcome de Kaposi).

4.5. Traitement antirétroviral ¹⁵

4.5.1. Buts:

La thérapie anti-VIH vise à:

- rendre indétectable la charge virale en dessous du seuil de détection (50 ou 25 copies/mL),
- favoriser la restauration immunitaire par l'augmentation du taux de CD4,
- améliorer la qualité de vie et réduire la transmission

4.6.2. Moyens:

Les moyens sont essentiellement médicamenteux. Les médicaments les plus utilisés sont les antirétroviraux (ARV) qui inhibent la réplication virale quel que soit son stade. On distingue en fonction de leur mode et leur site d'action les classes thérapeutiques suivantes:

- Les inhibiteurs d'entrée:
 - o Les inhibiteurs de fusion: Enfuvirtide injectable (FuzéonR) i;
 - o Les inhibiteurs du récepteur à C-C chimiokine de type 5 (CCR5): Maraviroc (Celsentri)
 - o Les inhibiteurs de l'intégrase (II): Raltégravir (Isentress), Dolutégravir.
- Les inhibiteurs de protéases (IP): Saquinavir (SQV), Indinavir (IDV), Ritonavir (RTV), Lopinavir (LPV), Amprenavir (APV), Darunavir, Atazanavir (ATV), Tipranavir et Fosamprenavir (FPV) ;
- Les inhibiteurs de la reverse transcriptase se divisent en deux sous groupes:

o Les inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (Didanosine, Stavudine, Zidovudine, Lamuvidine, Abacavir, Emtricitabine et Tenofovir)

o Les inhibiteurs non nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (Névirapine, Delavirdine, Efavirenz, Etravirine, Rilvipirine).

4.6.3.Indications : ¹⁶

Le traitement antirétroviral est indiqué dès la découverte du statut VIH positif.

- Le Traitement ARV est initié immédiatement pour les patients des stades OMS I ou II.
- Il est différé de 7 jours maximum pour les patients des stades OMS III et IV.

Dans tous les cas le traitement ARV doit être initié dans un délai maximum de 7 jours.

Pour l'initiation au TARV le prestataire doit s'assurer des conditions suivantes :

- Acceptabilité du statut
- Informations maximums sur le traitement
- Acceptabilité du traitement.

SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUES

Est considéré comme schéma de première ligne :

- tout schéma de première intention prescrit chez un sujet naïf de tout traitement antirétroviral.
- toute substitution en cas d'intolérance par exemple, est aussi considérée comme un schéma alternatif de première ligne.

Est considéré comme schéma de deuxième ligne tout schéma prescrit après échec thérapeutique de 1ère ligne.

SCHÉMAS DE PREMIÈRE LIGNE

SCHÉMAS DE PREMIÈRE LIGNE POUR LE VIH1

• CHEZ LES ADULTES ET ADOLESCENTS

Ils associent deux inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) et un inhibiteur d'intégrase (IIN)

Le schéma PREFERENTIEL est le suivant :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Dolutégravir (DTG)

Le schéma ALTERNATIF est le suivant :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV) 400

□ Les adolescentes et les femmes en âge de procréer ayant des difficultés d'accès à la contraception ou ayant un désir d'enfant (procréation).

Il leur sera proposé le schéma PREFERENTIEL suivant :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV) 400

SCHÉMA DE PREMIÈRE LIGNE POUR LE VIH-2 OU COÏNFECTIION VIH-1+VIH-2 OU VIH-1 DU GROUPE O

• CHEZ LES ADULTES ET ADOLESCENTS

Le traitement ARV associe deux inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) et un inhibiteur d'intégrase (IIN).

Le schéma PRÉFÉRENTIEL est le suivant :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Dolutégravir (DTG)

Le schéma ALTERNATIF est le suivant :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Raltégravir (RAL)

LES SCHEMAS PROPOSES EN DEUXIEME LIGNE THERAPEUTIQUE

2 inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse + 1 inhibiteur de protéase boosté

AZT / 3TC + ATV/r

AZT / 3TC + LPV/r

SCHEMAS DE 3ème LIGNE

DRV/r + DTG (50 mg BID) + ABC/3TC ou ABC

□ **CAS PARTICULIERS :** Coïnfection VIH-VHB [22] Il est recommandé un schéma ARV comprenant au moins deux molécules actives sur le VHB. Les molécules actives sur le VHB sont : Ténofovir, Lamivudine, Dolutégravir et Raltégravir.

Tableau I : Substitution selon les schémas de 1eres et 2èmes lignes en cas de découverte d'une coïnfection VIH/VHB ¹⁶

| PREMIERE LIGNE | |
|-----------------------------|--|
| SCHEMAS ARV EN COURS | COMMENTAIRES |
| TDF/3TC/DTG | Maintenir le même traitement |
| TDF/3TC/EFV 400 | Maintenir le même traitement |
| TDF/3TC+RAL | Maintenir le même traitement |
| DEUXIEME LIGNE | |
| AZT/3TC+ATV/r (ou LPV/r) | Maintenir le même traitement en rajoutant le TDF En cas de contre-indication au TDF le remplacer par le TAF |
| AZT / 3TC + DTG | Maintenir le même traitement |

NOTE : Pour les patients sous 3ème ligne traitement ARV, un schéma thérapeutique sera proposé à la suite d'une concertation du Comité Scientifique VIH.

4.6.4 Surveillance:

La surveillance a pour but: d'évaluer l'efficacité du traitement, de détecter les effets indésirables et de détecter un défaut d'observance.

B. 2^{ème} PARTIE: ADVIH

4.1. Définition:

Autodépistage du VIH (ADVIH) est un processus par lequel l'utilisateur ou l'utilisatrice prélève lui/elle-même un échantillon (fluide oral ou sang), effectue le test pour le VIH, puis interprète seul (e) son résultat, souvent dans cadre privé (recommandation de l'OMS 2016) ¹⁷.

4.2. Historique ADVIH

Depuis l'an **2000**, l'auto-dépistage informel est documenté parmi les agents de santé et, dans certains contextes, les produits sont disponibles dans les pharmacies du secteur privé

En 2008, le Kenya est le premier à publier une politique nationale sur l'ADVIH ¹⁸.

En 2012, la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis approuve le premier d'ADVIH ¹⁹.

En 2013 l'Organisation Mondiale de la Santé et ses partenaires organisent la première consultation mondiale sur l'ADVIH ²⁰.

En 2015, la technologie d'autotest de dépistage du VIH est homologué en Europe depuis avec des outils atteignant plus de 99% de fiabilité ²¹.

En 2016, l'OMS fait la première publication d'orientation normative sur l'ADVIH et la publication du rapport sur le dimensionnement du marché des tests d'ADVIH dans 9 pays africains ²².

En juillet 2017, l'OMS pré-qualifie le premier produit de l'ADVIH précédemment approuvé par la FDA en 2012 ²³.

Unitaid/OMS publient en 2018 les prévisions du marché de l'ADVIH ; 59 pays déclarent avoir mis en place des politiques d'ADVIH, dont 28 mettent pleinement en œuvre l'ADVIH.

En 2018, premier projet pilote du projet ATLAS dans la sous-région (Mali, Sénégal et la Cote d'Ivoire). C'est la première fois en Afrique de l'Ouest que cette technologie d'autotest oral (ORAQUICK®) est déployée à grande échelle ²⁴.

En Décembre et Octobre 2019, L'OMS publie respectivement son cadre stratégique pour l'autotest de dépistage du VIH et pré-qualifie un deuxième kit d'ADVIH, le premier TDR sanguin ²⁵.

En 2019, l'OMS met à jour des politiques de l'OMS: 88 pays dans le monde ont adopté des politiques d'auto-dépistage du VIH, tandis que de nombreux autres sont en train de les élaborer et il publie de nouvelles orientations pour optimiser la mise en œuvre de l'ADVIH, notamment des modèles de prestation de services efficaces, de liaison vers les soins et d'outils de soutien ²⁶.

En 2019 introduction de l'ADVIH au Mali via le projet ATLAS, mis en œuvre par l'ONG Solthis et l'institut de recherche pour le développement (IRD). Lancement le 19 juin 2019 par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS) ²⁷.

Selon le projet ATLAS, de nos jours plus de 500 000 kits ADVIH ont été déployés dans la sous-région et le Mali a reçu plus 150 000 Kits d'autotest de dépistage repartis dans certaines villes dans le pays.

4.3. Types de test ADVIH

Il existe actuellement quatre produits d'ADVIH pré-qualifiés par l'OMS :

- Test d'auto-dépistage du VIH d'OraQuick (OraSure Technologies, États-Unis); fluide oral
- Test d'auto-dépistage du VIH de INSTI (Bioanalytical, Canada); sanguin
- Test d'auto-dépistage du VIH de Mylan (Mylan, Atomo Diagnostics, Australie); sanguin
- TEST DU VIH 1/2 SURE CHECK (Chembio, États-Unis), sanguin

Autres tests sont sur le marché notamment:

- Autotest du VIH®** (AAZ Labs, France), sanguin
- Test d'auto-dépistage du VIH de BioSURE ** (BioSURE, Royaume-Uni Ltd) sanguin;
- Tes d'auto-dépistage du VIH d'Exacto® (Biosynex, France), sanguin
- Test de dépistage du VIH à domicile d'OraQuick® (OraSure Technologies, États-Unis), liquide buccal²⁸.

4.4. Administration de l'ADVIH Afin de garantir une utilisation correcte des autotests, les usagers doivent se référer systématiquement à la notice d'information élaborée par les fabricants disponible à l'intérieur des kits, ainsi qu'aux brochures complémentaires insérées dans le sachet contenant les kits, aux vidéos de démonstration adaptées à chaque type et marque d'autotest et à la ligne d'écoute téléphonique gratuite. Plus spécifiquement, ils doivent:

- Tenir compte de l'ensemble des précautions et recommandations définies par le fabricant et la brochure complémentaire.
- Respecter les différentes étapes de réalisation du test.

Pour l'ADVIH oral, le test doit être utilisé uniquement avec le fluide gingival.

Le prélèvement ne doit pas être fait sur la langue (salive). Le test ne doit pas être fait avec du sérum, du plasma, du lait maternel, du sperme, des urines, des sécrétions vaginales ou de la sueur.

Pour les ADVIH sanguins, l'autotest doit être utilisé uniquement avec du sang capillaire fraîchement prélevé selon la technique indiquée et ne doit pas être utilisé sur du sérum ou du plasma ²⁹.

4.5. Interprétation du résultat de l'ADVIH ²⁹

La lecture du résultat se fait dans la plage de temps indiquée par le fabricant. Pour cela, il s'agit d'analyser les deux bandes du test:

- La bande de contrôle (généralement appelée « C ») qui indique que le test s'est déroulé correctement.
- La bande de test (généralement appelée « T ») qui indique la réactivité ou non du test. Il existe différents cas de figure:

- TEST REACTIF

Scenario 1: Présence de deux traits complets, qu'ils soient visibles ou à peine visibles

- La présence de deux traits complets, même à peine visibles, signifie que le test est réactif; la personne est probablement séropositive.
- Une confirmation de la séropositivité par un laboratoire de routine est nécessaire.

- **TEST NON RÉACTIF**

Scénario 2: Un trait en face du « C » et pas de trait en face du « T »

- Un trait en face du « C » et pas de trait en face du « T » indiquent que le test n'est pas réactif ; la personne est très probablement séronégative.
- S'il s'est écoulé moins de 3 mois depuis la dernière conduite à risque, il faut attendre que les trois (3) mois soient passés pour faire un nouveau test.

- **TEST INVALIDE**

Scénario 3: Un fond rouge obscurcit le test

- Un fond rouge qui obscurcit le test indique que le test ne marche pas: il est invalide et doit être refait.
- L'utilisateur doit se procurer un autre autotest ou se rendre dans un centre de dépistage. **Scénario 4:** Pas de trait en face du « C »,
- Indique que le test ne marche pas: il est invalide et doit être refait.
- L'utilisateur doit se procurer un autre autotest ou se rendre dans un centre de dépistage²⁹.

METHODES

V. METHODES

5.1. Cadre et lieu d'étude

5.1.1. Cadre de l'étude

Le Mali est un pays à faible prévalence du VIH selon l'ONUSIDA et à revenu faible selon la banque mondiale. L'ADVIH a donné de très bons résultats chez les populations clés au Mali du fait de leur niveau d'exposition élevé au VIH surtout de la forte pression sociale (discrimination et stigmatisation) dont elles sont sujettes. Quand les ressources humaines et financières sont limitées, les actions de la riposte nationale contre le VIH/SIDA doivent être bien coordonnées et basées sur l'évidence (les données du terrain). Dans la perspective de la mise en échelle de l'ADVIH dans les populations vulnérables et dans la population générale au Mali, une étude pour déterminer le niveau de risque d'exposition au VIH chez les jeunes de 14 à 25 ans dans le district de Bamako et dans plusieurs régions du Mali y compris la région de Sikasso notamment dans le cercle de Kadiolo.

5.1.2. Lieu de l'étude

Notre étude a eu lieu dans la région de Sikasso plus précisément dans le cercle de Kadiolo chez les lycéens. Sikasso est une région frontalière avec la Cote d'Ivoire et le Burkina Faso. La région est traversée par des centaines de camionneurs par jour, ce qui représente un risque de transmission de VIH. Sikasso vit aussi de commerce des légumes et fruits dans plusieurs autres régions du pays en plus de Bamako. Sikasso est une région minière par excellence. Toutes ces activités ci-dessus nommées impliquent des adolescents et jeunes de 14 à 25 ans.

5.2. Type et Période d'étude

Nous avons mené une étude transversale du 1^{er} avril au 30 septembre 2022.

5.3. Population d'étude

Les adolescents et jeunes du lycée public de Kadiolo de 14 à 25 ans

5.3.1. Critères d'inclusion

- Être un (e) adolescent (e) ou jeune de 14 à 25 ans au moment de l'enquête
- Être consentant (e) pour l'étude
- Être un élève du lycée public de Kadiolo.

5.3.2. Critères de non-inclusion

N'ont été pas inclus dans notre étude, les lycéens et lycéennes qui étaient absent le jour de notre enquête

5.3.3. Echantillonnage

Nous avons fait un échantillonnage volontaire. Nous avons calculé la taille de notre échantillon d'étude pour estimer des proportions à travers la formule DANIEL SCHWARTZ :

$$n = (z^2 \cdot p \cdot q) / i^2$$

n : taille de l'échantillon

La proportion attendue des personnes informées sur l'ADVIH, P=50% (assumption)

q : 1-p : proportion attendue des personnes informées sur l'ADVIH, donc q= 0,5.

i : la précision absolue souhaitée est 0,05

Z : valeur dépendante du risque d'erreur alpha (pour alpha=0,05 ; Z=1,96)

$n = (1,962 * 50\% * 0,5) / 0,0052 = 384,16$

La marge d'erreur lors des recueils d'information est estimée à 10%

Donc la taille minimale d'échantillon a été estimée à **420**.

L'échantillon utilisé pour notre thèse représente les **1/3** de l'échantillon d'une étude menée au Mali, dans quatre zones différentes (Kadiolo, Kolokani, Koutiala et Bamako), ce qui justifie les **1/3** de la taille minimale estimée à **420** soit **140** par site.

5.4. Méthode et Outil de Collecte des Données

Les lycéens et les lycéennes inclus dans notre étude ont été choisis après avoir lancé un message dans toutes les classes du lycée, ceux/celles ayant répondu à l'appelle dans une salle isolée, ont remplis en auto-administrassions les deux questionnaires de l'étude (le premier sur le risque d'exposition au VIH et le second sur l'ADVIH) et les réponses ont été portées directement sur les fiches d'enquête. Chaque fiche d'enquête individuelle a été anonymisée pour la collecte des données. Les questionnaires ont été administrés dans une classe de 80 places environ avec au maximum 20 élèves assises de manière à observer 2 mètres de telle sorte que la sincérité et transparence soient garanties, nous avons ensuite expliqué quelques termes en fin d'éclairer sur quelques concepts.

5.5. Variables collectées

- Les données sociodémographiques : l'âge, le sexe, l'ethnie, la classe et la résidence, le statut matrimonial, le niveau d'étude, la religion
- Le niveau de risque d'exposition au VIH (questionnaire exposition au risque de VIH préétabli du « **A handbook for Peer Educator, Adressing HIV/AIDS in the workplace** »)³⁰.

En suite après avoir rempli le questionnaire, nous avons pris le temps de quantifier le nombre de Oui par rapport aux questions repondues dans chaque fiche d'enquete d'individuelle et ensuite interpreter à travers l'echelle préétabli également le questionnaire comme suite : les personnes dont le **Score est compris entre (12-15) nombre de « Oui »** sont considérées comme [**Risque extrêmement élevé**] ; celles dont le nombre de « **Oui** » **est compris entre (6-12)** sont considérées comme [**risque élevé**] et en fin pour les nombres de « **Oui** » est compris en très **(0-6)** sont considérées comme [**faible risque**]

- Un questionnaire sur l'ADVIH : les connaissances, les attitudes, les pratiques sur de l'autotest de dépistage du VIH

5.6. Traitement et Analyse des données

La saisie des données a été effectuée sur le Microsoft office Excel 2013 pour créer une base de données qui a été analysée sur le logiciel SPSS version 20.0 aussi, nous avons utilisé le test de khi-2 pour le test statistique.

5.7. Considérations éthiques

Le respect de la déontologie médicale a été partie intégrante de la présente étude. Nous avons d'abord obtenu l'autorisation du médecin chef du CSRef de Kadiolo pour mener l'enquête dans son district sanitaire et celle du proviseur du lycée public de Kadiolo pour mener notre enquête au sein de son établissement. Nous avons eu également le consentement de l'association des parents d'élève dudit lycée. En fin, nous avons obtenu le consentement libre et éclairé des lycéens et des lycéennes avant l'administration des questionnaires. Nous avons gardé la confidentialité et l'anonymat pendant la saisie, le traitement et l'analyse des données (seule l'équipe de recherche aura l'accès à la banque des données). Les résultats de notre étude seront partagés en termes de données sur les lycéens et les lycéennes de façon globale pour le partage d'information et le changement de comportement à risque de VIH.

5.8. Définitions des Termes Utilisés

- **SIDA:** ensemble des manifestations cliniques et biologiques liées au VIH ou à l'immunodépression qu'il entraîne.
- **VIH:** c'est le Virus d'Immunodéficience Humaine
- **Risque:** conjonction de la probabilité et des dommages pouvant être causés par un événement redoutable
- **Exposition:** contact d'une cible avec un agent chimique, physique ou biologique pendant une période donnée
- **Jeunes:** l'OMS définit comme des individus se situant entre les âges de 15 à 24 ans.
- **Autodépistage VIH:** processus par lequel une personne prélève son propre échantillon (fluide oral ou sang), effectue un test, puis interprète les résultats, souvent dans un cadre privé, seule ou avec une personne de confiance.
- **Connaissances:** exercice de la faculté par laquelle on connaît et on distingue les objets
- **Attitudes:** situation dans laquelle on se trouve, on se maintient à l'égard de quelqu'un, des résolutions, des dispositions où l'on paraît être
- **Pratiques:** activités volontaires visant des résultats concrets
- **Statut sérologique:** rapport final qui est remis au patient; il s'agit de l'interprétation finale de l'état pathologique du patient et il est basé sur un ensemble de résultats de tests générés par un ou plusieurs tests.

RESULTATS

VI. RESULTATS

DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES JEUNES ET ADOLESCENTS

Tableau II : Répartition des enquêtes selon l'âge.

| Paramètres | Age (en année) |
|------------|----------------|
| Moyenne | 18,85 |
| Médiane | 19,00 |
| Mode | 18 |
| Ecart type | 2,082 |
| Minimum | 15 |
| Maximum | 22 |

L'âge moyen des enquêtés était de 19ans \pm 2 ans avec des extrêmes de 15 ans et 22 ans.

Ecart type est de 2,082

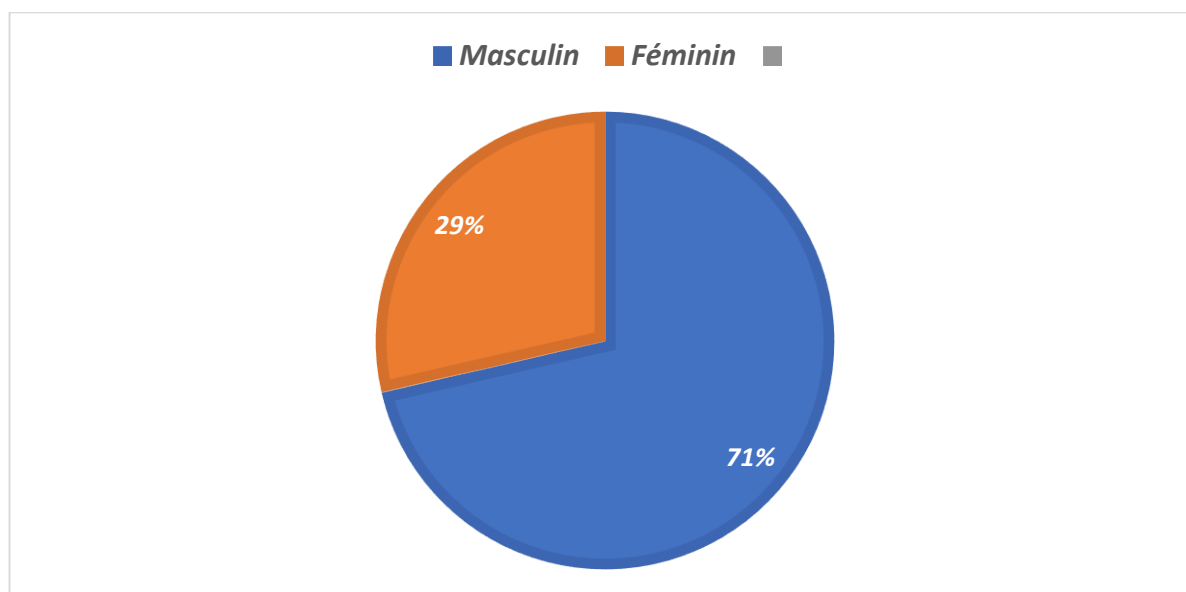


Figure 1: Répartition des enquêtés selon le sexe. Le sexe masculin était prédominant avec 71 % soit un sex-ratio de 2,44.

Tableau III: Répartition des enquêtés selon leur statut matrimonial.

| Statut matrimonial | Effectif | Pourcentage |
|--------------------|----------|-------------|
| Célibataire | 136 | 97,1 |
| Marié(e) | 4 | 2,9 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés étaient célibataires dans 97,1% (136/140) et mariés dans 2,9% (4/140).

1^{ère} PARTIE: RISQUE D'EXPOSITION DES JEUNES DE 15 A 24 ANS AU VIH A KADIOLO
RESULTATS DESCRIPTIFS SUR LE RISQUE D'EXPOSITION AU VIH

Tableau IV: Répartition des enquêtés selon leurs relations sexuelles sans préservatif

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|---------|----------|-------------|
| Oui | 37 | 26,4 |
| Non | 103 | 73,6 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés avaient déclaré avoir eu des relations sexuelles sans préservation dans 26% (37/140) des cas.

Tableau V: Répartition des enquêtés ayant eu des relations sexuelles sans préservatifs avec quelqu'un qui n'était pas leur partenaire fidèle

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|---------|----------|-------------|
| Oui | 3 | 8,1 |
| Non | 34 | 91,89 |
| Total | 37 | 100,0 |

Seulement 8,1% (3/37) des enquêtés auraient eu des relations sexuelles sans préservatif avec quelqu'un qui n'était leur partenaire fidèle.

Tableau VI: Répartition des enquêtés marié(e) selon leurs relations sexuelles sans préservatif avec quelqu'un qui n'était pas leur conjoint(e)

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|---------|----------|-------------|
| Oui | 4 | 100 |
| Non | 0 | 0 |
| Total | 4 | 100,0 |

Parmi nos enquêtés mariées, 100% (4/4) auraient eu des relations sexuelles sans préservatif avec quelqu'un qui n'était pas leur conjoint(e).

Tableau VII: Répartition des enquêtés qui ont une fois une infection sexuellement transmissible

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|---------|----------|-------------|
| Oui | 6 | 4,3 |
| Non | 134 | 95,7 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés ont déclaré avoir eu une infection sexuellement transmissible dans 4,3% (6/140) des cas.

Tableau VIII: Répartition des enquêtés ayant eu des relations sexuelles sans préservatifs à l'état d'ivresse

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|---------|----------|-------------|
| Oui | 11 | 29,8 |
| Non | 26 | 70,02 |
| Total | 37 | 100,0 |

Les enquêtes ont déclaré avoir été dans un état d'ivresse au cours duquel ils ne s'étaient pas souvenus d'avoir eu des relations sexuelles dans 29,8% (11/37) des cas.

Tableau IX: Répartition des enquêtés ayant eu des relations sexuelles sans préservatifs avec plus de 15 personnes au cours de leur vie

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|---------|----------|-------------|
| Oui | 11 | 29,72 |
| Non | 26 | 70,28 |
| Total | 37 | 100,0 |

Les enquêtés ayant eu des relations sexuelles sans préservatif ont déclaré avoir eu des relations sexuelles sans préservatif avec plus d'une quinzaine de personne dans 29,72% (11/37) des cas.

Tableau X: Répartition des enquêtés ayant eu des relations sexuelles sans préservatifs avec quelqu'un qu'il venait juste de rencontrer

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|---------|----------|-------------|
| Oui | 23 | 62,16 |
| Non | 14 | 37,84 |
| Total | 37 | 100,0 |

Les enquêtés ayant eu des relations sexuelles sans préservatif ont déclaré avoir eu des relations sexuelles sans préservatif avec quelqu'un qu'ils venaient juste de rencontrer dans 62,16% (23/37).

Tableau XI: Répartition des enquêtés ayant eu des relations sexuelles sans préservatifs avec un ou plusieurs nouveaux partenaires sexuels en la période d'un mois

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|---------|----------|-------------|
| Oui | 14 | 37,83 |
| Non | 23 | 62,17 |
| Total | 37 | 100,0 |

Les enquêtés ont déclaré avoir eu un ou plusieurs partenaire (s) sexuel (s) en moins d'un mois sans préservatif dans 37,83% (14/37) des cas.

Tableau XII: Répartition des enquêtés ayant eu des rapports sexuels sans préservatifs qui ont payé de l'argent pour le sexe

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|---------|----------|-------------|
| Oui | 7 | 18,92 |
| Non | 30 | 81,08 |
| Total | 37 | 100,0 |

Les enquêtés ont déclaré avoir été payé pour le sexe dans 18,92% (7/37) des cas.

Tableau XIII: Répartition des enquêtés ayant eu des relations sexuelles anales sans préservatifs

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|---------|----------|-------------|
| Oui | 9 | 24,33 |
| Non | 28 | 75,67 |
| Total | 37 | 100,0 |

Les enquêtés ont déclaré avoir eu des relations sexuelles anales sans préservatif dans 24,33% (9/37) des cas.

Tableau XIV: Répartition des enquêtés ayant eu des relations sexuelles sans préservatifs selon leur desir pour le sexe après avoir bu de l'alcool

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|---------|----------|-------------|
| Oui | 10 | 27,21 |
| Non | 27 | 72,79 |
| Total | 37 | 100,0 |

Les enquêtés désiraient plus de sexe après avoir bu de l'alcool dans 27,21% (10/37) des cas.

Tableau XV: Répartition des enquêtés ayant eu des relations sexuelles sans préservatifs en forçant quelqu'un à avoir des relations sexuelles contre sa volonté

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|---------|----------|-------------|
| Oui | 4 | 10,82 |
| Non | 33 | 89,18 |
| Total | 37 | 100,0 |

Les enquêtés ont déclaré avoir forcé quelqu'un pour avoir des relations sexuelles dans 10,82% (4/37) des cas.

Tableau XVI: Répartition des enquêtés selon le niveau de risque d'exposition au VIH.

| Risque d'exposition au VIH | | Effectif | Pourcentage |
|----------------------------|----------------|----------|-------------|
| Score | Interprétation | | |
| 0-5 | Faible | 136 | 97,1 |
| 6-11 | Moyen | 4 | 2,9 |
| 12-15 | Elevé | 0 | - |
| Total | | 140 | 100,0 |

Le risque d'exposition au VIH chez les enquêtés étaient faible dans 97,1% (136/140), moyen dans 2,9% (4/140) et élevé dans 0% (0/140) des cas.

A. RESULTATS ANALYTIQUES SUR LE RISQUE D'EXPOSITION AU VIH

Nb : le test statistique utilisé est le **test de khi-2**

Tableau XVII: Répartition des enquêtés selon le risque d'exposition au VIH en fonction de l'âge

| Sexe | Risque d'exposition au VIH | | | Total |
|-----------------|----------------------------|-------|-------|-------|
| | Faible | Moyen | Elevé | |
| Moins de 19 ans | 55 | 4 | 0 | 100 |
| 19 ans et Plus | 81 | 0 | 0 | 40 |
| Total | 136 | 4 | 0 | 140 |

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le niveau de risque et la tranche d'âge ($p=0,017$).

Nous avons remarqué que la tranche d'âge de 19 à 25 ans était la plus exposée. Tranche d'âge à laquelle l'activité sexuelle est intense.

Tableau XVIII: Répartition des enquêtés selon le risque d'exposition au VIH en fonction sexe

| Sexe | Risque d'exposition au VIH | | | Total |
|--------------|----------------------------|-------|-------|-------|
| | Faible | Moyen | Elevé | |
| Masculin | 96 | 4 | 0 | 100 |
| Féminin | 40 | 0 | 0 | 40 |
| Total | 136 | 4 | 0 | 140 |

Nous avons trouvé qu'il n'y a pas une relation statistiquement significative entre le niveau de risque et le sexe ($p=0,199$). Ce qui signifie que tous le sexe sont exposés presque même niveau d'exposition au risqué.

Tableau XIX: Répartition des enquêtés selon le risque d'exposition au VIH en fonction de l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels

| Utilisation du préservatif lors des rapports sexuels | Risque d'exposition au VIH | | | Total |
|--|----------------------------|-------|-------|-------|
| | Faible | Moyen | Elevé | |
| Non | 33 | 4 | 0 | 37 |
| Oui | 103 | 0 | 0 | 103 |
| Total | 136 | 4 | 0 | 140 |

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le niveau de risque et l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels ($p=0,001$).

Nous avons remarqué que ceux qui n'utilisent pas de préservatif étaient la plus exposée que ceux qui l'utilisaient.

5.3. 2^{eme} PARTIE: CONNAISSANCES, ATTITUDES, ET PRATIQUES DE L'AUTOTEST VIH (ADVIH) CHEZ LES JEUNES DE 15-24 ANS A KADIOLO

**A.
A. RESULTATS DESCRIPTIFS SUR L'ADVIH
- CONNAISSANCES SUR L'ADVIH**

Tableau : Répartition des enquêtés s'ils ont une fois entendu parler de l'ADVIH

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|---------|----------|-------------|
| Oui | 81 | 57,9 |
| Non | 59 | 42,1 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés avaient entendu parler de l'ADVIH dans 57,9% (81/140) des cas.

Tableau : Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur l'ADVIH

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|---------|----------|-------------|
| Oui | 27 | 19,3 |
| Non | 113 | 80,7 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés ont déclaré ne pas avoir connaissance de l'ADVIH dans 80,7% (113/140) des cas.

Tableau XX: Répartition des enquêtés selon leurs connaissances sur le role de l'ADVIH

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------------------|----------|-------------|
| Connaitre son statut sérologique | 53 | 37,9 |
| C'est une méthode de contraception. | 5 | 3,6 |
| C'est un médicament. | 5 | 3,6 |
| Je ne sais pas. | 77 | 55,00 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés savaient que l'ADVIH servait à connaitre son statut sérologique dans 37,9% (53/140) des cas.

Tableau XXI: Répartition des enquêtés selon leurs connaissances de l'utilisation de l'ADVIH

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|---------|----------|-------------|
| Oui | 10 | 7,1 |
| Non | 130 | 92,9 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés ne savaient pas comment utiliser l'ADVIH dans 92,9% (130/140) des cas.

Tableau XXII: Répartition des enquêtés selon leurs connaissances des lieux où s'en procurer

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|--------------|------------|--------------|
| Oui | 92 | 65,7 |
| Non | 48 | 34,3 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés pensaient connaître les lieux où ils pouvaient se procurer de l'ADVIH dans 65,7% (92/140) des cas.

Tableau : Répartition des enquêtés selon leurs connaissances des lieux où s'en procurer en précisant les lieux

| Lieux de dispensation de l'ADVIH | Effectif | Pourcentage |
|----------------------------------|----------|-------------|
| Centre de santé | 70 | 50,0 |
| Pharmacie | 18 | 12,9 |
| Boutique/Etalage | 3 | 2,1 |
| Pair éducateur | 1 | 0,7 |
| Je ne sais pas. | 48 | 34,3 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés ont déclaré pouvoir se procurer de l'ADVIH dans un centre de santé dans 50% (70/140) et dans une pharmacie dans 12,9% (18/140) des cas.

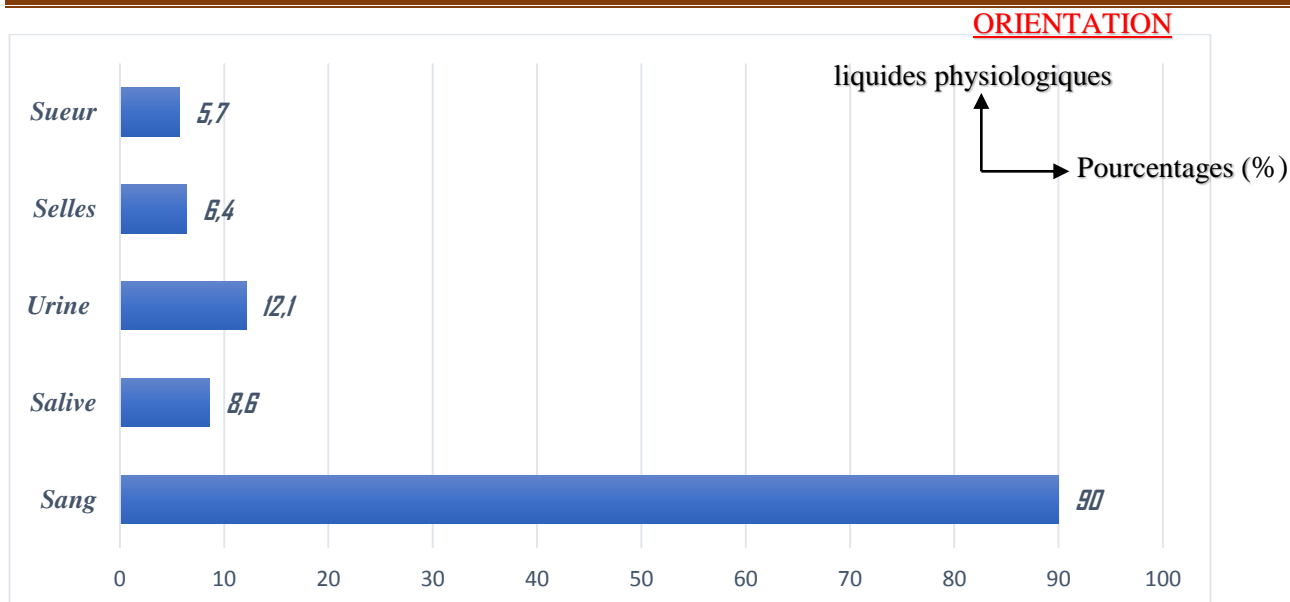


Figure 2. Répartition en pourcentage des enquêtés selon leurs connaissances sur les liquides physiologiques possible pour effectuer L'ADVIH

Les enquêtés ont répondu le sang dans 90% (126/140), les urines dans 12,1% (17/140), la salive dans 8,6% (12/140), les selles dans 6,4% (9/140) et la sueur dans 5,7% (8/140) des cas.

Tableau : Répartition des enquêtés selon leurs connaissances sur le delai de disponibilité du resultat de l'ADVIH

| Délai entre le test et le résultat | Effectif | Pourcentage |
|---|-----------------|--------------------|
| Dans une semaine | 67 | 47,9 |
| Dans 30 minutes | 42 | 30,2 |
| Dans un jour | 17 | 12,1 |
| Entre 6 h-12 h | 7 | 5,0 |
| Entre 2 h-3 h | 6 | 4,3 |
| Je ne sais pas. | 1 | 0,7 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés savaient que le résultat de l'ADVIH pouvait être disponible dans 30 minutes dans 30,2% (42/140) des cas.

Tableau XXIII: Répartition des enquêtés selon leurs connaissances sur l'interprétation du résultat de l'ADVIH

| Résultat | Effectif | Pourcentage |
|------------------------|-----------------|--------------------|
| Positif ou Négatif | 100 | 71,4 |
| Réactif ou Non-Réactif | 40 | 28,6 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés savaient que le résultat de l'ADVIH était interprété réactif ou non réactif dans 28,6% (40/140) des cas.

Tableau XXIV: Répartition des enquêtés selon leurs connaissances sur quant est-ce que le test du VIH est faussement négatif après la prise de risque

| Après l'exposition a un risque de VIH, l'ADVIH est faussement négatif | Effectif | Pourcentage |
|--|-----------------|--------------------|
| L'ADVIH est fait très rapidement (dans quelques jours). | 101 | 72,1 |
| Le test est fait très tardivement (dans six mois). | 39 | 27,9 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés savaient qu'un test ADVIHI fait rapidement (dans quelques jours) après une exposition au risque de VIH pouvait être faussement négatif dans 72,1% (101/140) des cas.

- ATTITUDES DES JEUNES DE 15 A 24 ANS DE KADIOLO PAR RAPPORT A L'ADVIH

Tableau XXV: Répartition des enquêtés selon leur attitude face à un ADVIH non réactif

| Après un ADVIH non réactif, il faut | | Effectif | Pourcentage |
|--|-----|-----------------|--------------------|
| Se faire retester immédiatement | Oui | 41 | 29,3 |
| | Non | 99 | 70,7 |
| Faire le test de confirmation du VIH | Oui | 78 | 55,7 |
| | Non | 62 | 44,3 |
| Attendre trois (3) mois avant de reprendre le test tout en observant les mesures preventives | Oui | 72 | 51,4 |
| | Non | 68 | 48,6 |
| Ne rien faire du tout | Oui | 12 | 8,6 |
| | Non | 128 | 91,4 |

Les enquêtés savaient qu'il fallait attendre trois (3) mois après un test ADVIH non réactif 51,4% des cas.

Tableau XXVI : Répartition des enquêtés selon leurs attitudes face à un ADVIH réactif

| Après un ADVIH réactif, il faut | | Effectif | Pourcentage |
|--|-----|-----------------|--------------------|
| Se faire retester immédiatement | Oui | 36 | 25,7 |
| | Non | 104 | 74,3 |
| Faire le test de confirmation | Oui | 72 | 51,4 |
| | Non | 68 | 48,6 |
| Attendre trois (3) mois avant de reprendre le test tout en observant les mesures preventives | Oui | 66 | 47,1 |
| | Non | 74 | 52,9 |
| Ne rien faire du tout | Oui | 19 | 13,6 |
| | Non | 121 | 86,4 |

Les enquêtés savaient qu'il fallait faire le test de confirmation après un test ADVIH réactif 51,4% des cas.

Tableau XXVII: Répartition des enquêtés s'ils seront à l'aise pour aller chercher ou acheter le test ADVIH

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|----------------|-----------------|--------------------|
| Oui | 87 | 62,1 |
| Non | 53 | 37,9 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés seraient à l'aise pour chercher ou acheter le test ADVIH dans 62,1% (87/140) des cas.

Tableau XXVIII: Répartition des enquêtés selon le lieu où ils seraient à l'aise pour aller chercher ou acheter le test ADVIH

| Lieu d'approvisionnement en ADVIH | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------------------|----------|-------------|
| Pharmacie | 60 | 42,9 |
| Travailleuses de sexe | 8 | 5,7 |
| Pair éducateur | 9 | 6,4 |
| Ami(e) | 6 | 4,3 |
| Conjoint (e) | 5 | 3,6 |
| Je ne sais pas | 52 | 37,1 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés se sentiraient à l'aise pour se procurer du test ADVIH dans une pharmacie dans 42,9% (60/140) des cas.

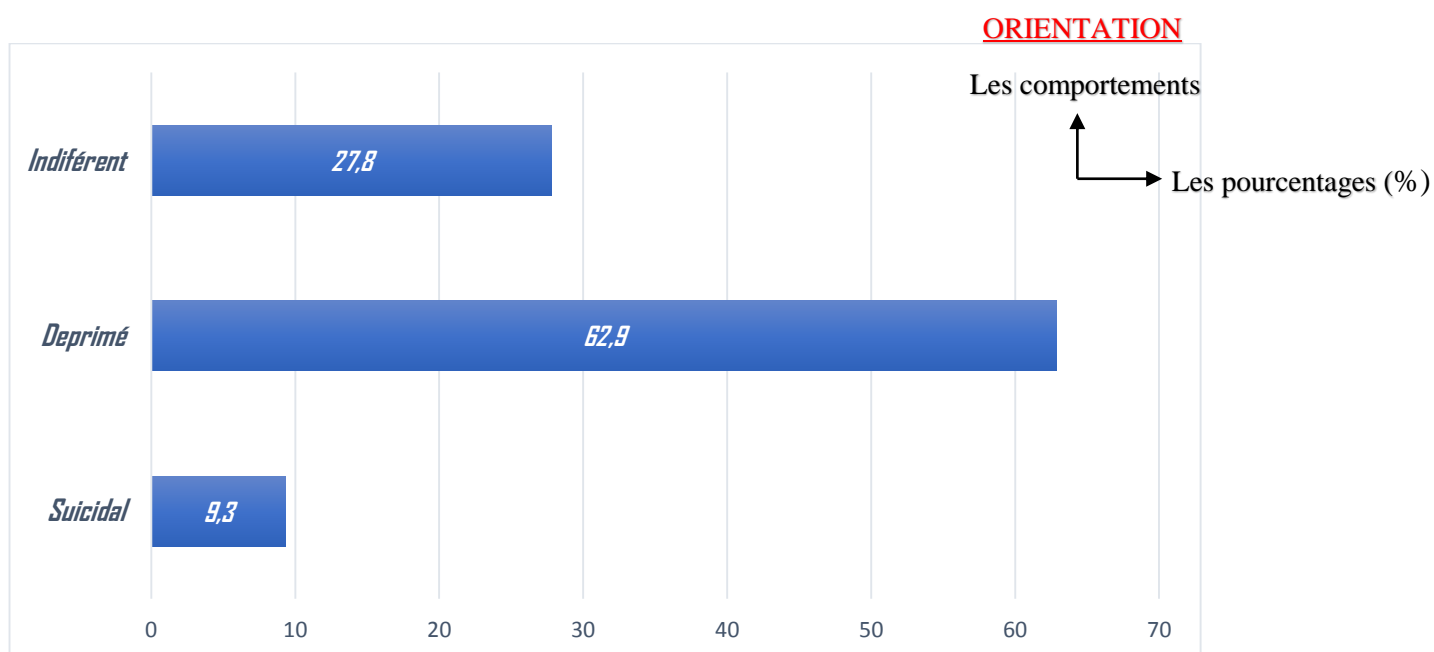


Figure 3. Répartition des enquêtés selon leurs attitudes si leur ADVIH revenait réactif
Les enquêtés seraient déprimés à l'idée d'être tester réactif au test ADVIH dans 62,9% (88/140), indifférents dans 27,8% (39/140) et suicidaires dans 9% (13/140) des cas.

Tableau XXIX: Répartition des enquêtés par rapport à leur changement de comportement envers leurs connaissances testés réactifs

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|---------|----------|-------------|
| Oui | 74 | 52,9 |
| Non | 66 | 47,1 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés changeraient de comportement envers leur connaissance testée réactive a l'ADVIH dans 52,9% (74/140) des cas.

Tableau XXX: Répartition des enquêtés selon leurs comportements envers leurs ami(es) testé(es) réactif (ves)

| Vous allez | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------|----------|-------------|
| soutenir votre ami (e). | 103 | 73,6 |
| prendre votre distance. | 28 | 20,0 |
| rompre l'amitié. | 9 | 6,4 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés soutiendraient leurs ami(es) après qu'il ou qu'elle soit testé(e) réactif (ve) a l'ADVIH dans 73,6% (103/140) des cas.

Tableau XXXI: **Répartition des enquêtés selon** leurs comportements s'ils sont testés réactifs ou leurs ami(es)

| Vous allez | Effectif | Pourcentage |
|------------------------------------|----------|-------------|
| Informez vos parents. | 48 | 34,3 |
| Rien ne dire à personne. | 33 | 23,6 |
| Informez votre meilleur(e) ami(e). | 33 | 23,6 |
| Informez votre partenaire. | 26 | 18,6 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés, à l'idée d'être testé réactif à l'ADVIH ou un ami, 18,6% (26/140) informeraient leurs partenaires et 23,6% (33/140) ne diraient rien à personne.

Tableau XXXII: Répartition des enquêtés selon leur pratique s'ils feront immédiatement le test une fois que leur (e) leur partenaire est testé(e) réactif (ve) à l'ADVIH

| Réponse | Effectif | Pourcentage |
|---------|------------|-------------|
| Oui | 119 | 85,0 |
| Non | 21 | 15,0 |
| Total | 140 | 100,0 |

Les enquêtés feraient le test ADVIH immédiatement lorsque leur partenaire serait testé(e) réactif (ve) dans 85% (119/140) des cas.

ORIENTATION

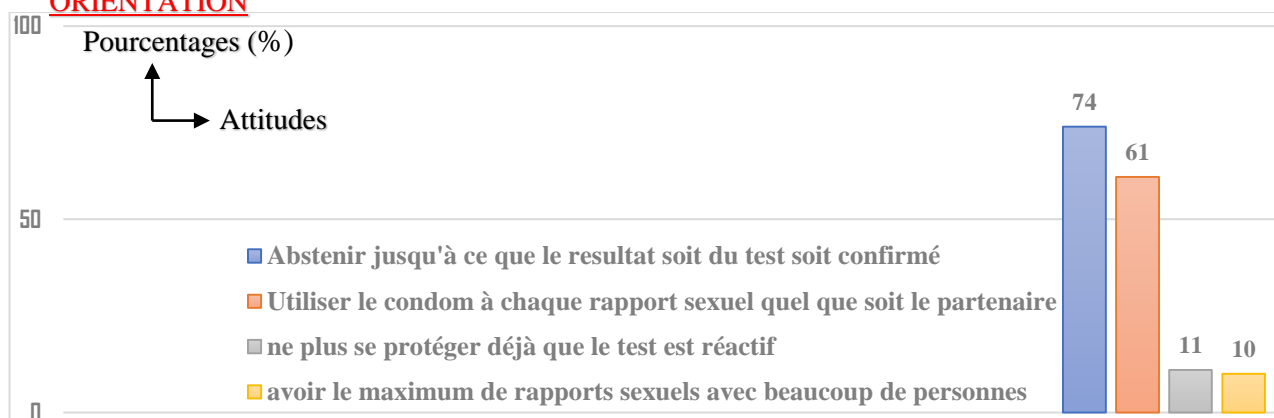


Figure 4: Répartition des enquêtés selon leurs attitudes testé(e) réactif(ve)

Après un test ADVIH réactif, les enquêtés s'abstiendraient jusqu'à la confirmation avec le test VIH classique dans 74% (104/140), utiliseraient le condom à chaque rapport sexuel dans 61% (85/140), ne se protégeraient plus dans 11% (15/140) et auraient le maximum possible de rapports sexuels avec beaucoup de personnes à l'idée de partager plus dans 10% (14/140) des cas.

- PRATIQUES SUR L'ADVIH

Tableau XXXIII: Répartition des enquêtés selon leur utilisation de l'ADVIH

| | Effectif | Pourcentage |
|-------|----------|-------------|
| Oui | 2 | 1,4 |
| Non | 138 | 98,6 |
| Total | 140 | 100,0 |

Environ 99% de nos enquêtés n'ont jamais utilisé l'ADVIH.

Tableau XXXIV: Répartition des enquêtés s'ils comptent utiliser l'ADVIH à chaque fois qu'ils seront exposés au risque

| | Effectif | Pourcentage |
|-------|----------|-------------|
| Oui | 85 | 60,7 |
| Non | 55 | 39,3 |
| Total | 140 | 100,0 |

Plus, de 60% des enquêtés comptent utiliser l'ADVIH une fois exposé au risque, contre 39% qui préféreraient s'abstenir.

Tableau XXXV: Répartition des enquêtés s'ils seront capables de conseiller une personne à risque pour utiliser l'ADVIH

| | Effectif | Pourcentage |
|-------|----------|-------------|
| Oui | 108 | 77,1 |
| Non | 32 | 22,9 |
| Total | 140 | 100,0 |

Environ 77% des enquêtés seraient capable de conseiller une personne à risque pour faire l'ADVIH.

Tableau XXXVI: Répartition des enquêtés s'ils accepteront d'utiliser l'ADVIH après proposition d'un proche

| | Effectif | Pourcentage |
|-------|----------|-------------|
| Oui | 78 | 55,7 |
| Non | 62 | 44,3 |
| Total | 140 | 100,0 |

Plus de 55% des enquêtés accepteront de faire l'ADVIH sur conseil d'un de leur proche.

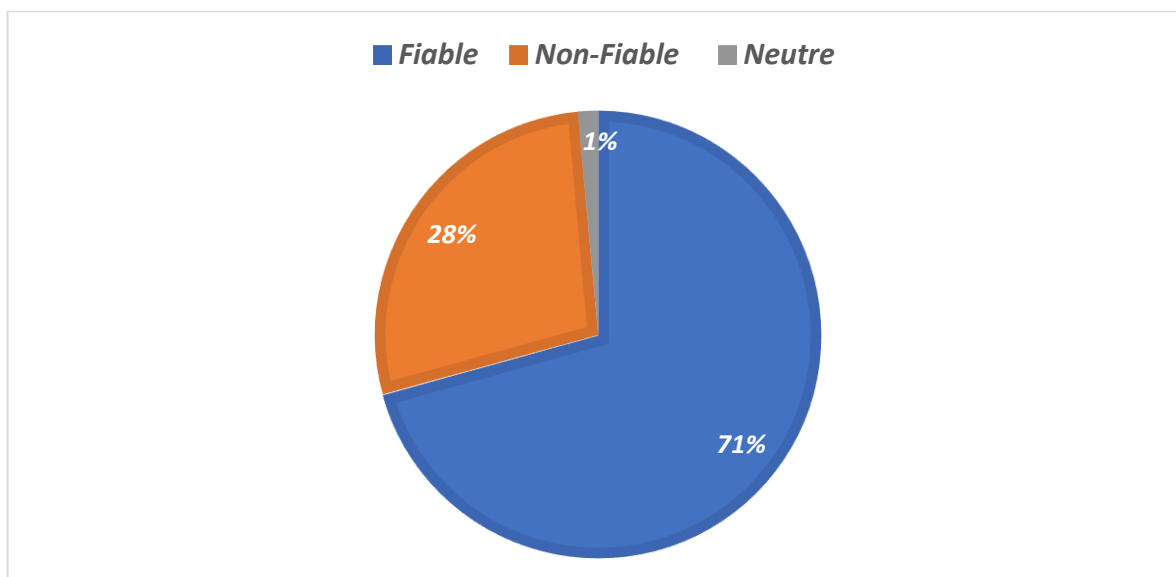


Tableau XXXVII: Répartition des enquêtés selon leur opinion par rapport à l'ADVIH

Parmi les enquêtés, environ 71% pensent que l'ADVIH est fiable, 28% doutent de sa fiabilité et 1% sont restés neutres à la question.

Tableau XXXVIII: Répartition des enquêtés selon leur préférence entre le test classique du VIH et l'ADVIH

| Opinion | Effectif | Pourcentage |
|---------|----------|-------------|
| Oui | 33 | 23,6 |
| Non | 73 | 52,1 |
| Neutre | 34 | 24,3 |
| Total | 140 | 100,0 |

Plus, de 52% des enquêtés préféraient l'ADVIH au test classique du VIH, environ 24% ont un avis contraire et plus de 24% ont préféré la neutralité.

B. RESULTATS ANALYTIQUES SUR L'ADVIH

Nb : le test statistique utilisé est le **test de khi-2**

Tableau XXXIX: Répartition des enquêtés selon le fait d'effectuer le test immédiatement une fois que son partenaire est testé(e) réactif(e) en fonction de l'âge

| Age | Faire le test immédiatement si votre partenaire est testé réactif(ve) | | |
|------------------------|--|------------|--------------|
| | Oui | Non | Total |
| Moins de 19 ans | 47 | 13 | 60 |
| 19 ans et Plus | 72 | 8 | 80 |
| Total | 119 | 21 | 140 |

Nous n'avons pas trouvé de relation entre le fait d'effectuer le test immédiatement une fois que son partenaire est testé(e) réactif(e) et les tranches d'âge ($p=0,056$).

Tableau XL: Répartition des enquêtés selon le fait de se sentir à l'aise d'aller chercher l'ADVIH à la pharmacie en fonction de l'âge

| Age | Le lieu où tu seras à l'aise d'aller chercher l'ADVIH | | |
|------------------------|--|---------------|--------------|
| | Pharmacie | Autres | Total |
| Moins de 19 ans | 59 | 1 | 60 |
| 19 ans et Plus | 0 | 80 | 80 |
| Total | 59 | 81 | 140 |

Il y'a une relation statistiquement significative entre la tranche d'âge (moins de 19 ans et plus de 19 ans) et le fait de se sentir à l'aise d'aller chercher l'ADVIH à la pharmacie avec une **$p=0,0001$** .

Les jeunes et adolescents de moins de 19 ans ont une aisance absolue de se procurer de l'ADVIH à la pharmacie.

Tableau XLI: Répartition des enquêtés selon leur utilisation de l'ADVIH après exposition au risque dans les jours à venir en fonction de l'âge

| Age | Utilisation de l'ADVIH après exposition au risque dans les jours à venir | | |
|-----------------|--|-----|-------|
| | Oui | Non | Total |
| Moins de 19 ans | 31 | 29 | 60 |
| 19 ans et Plus | 54 | 26 | 80 |
| Total | 85 | 55 | 140 |

Nous n'avons pas trouvé de relation entre l'utilisation de l'ADVIH après exposition au risque dans les jours à venir et la tranche d'âge avec une P égale à **p=0,058**.

Tableau XLII: Répartition des enquêtés selon le fait de conseiller une personne à risque pour utiliser l'ADVIH en fonction de l'âge

| Age | Conseiller une personne à risque pour utiliser l'ADVIH | | |
|-----------------|--|-----|-------|
| | Oui | Non | Total |
| Moins de 19 ans | 42 | 18 | 60 |
| 19 ans et Plus | 66 | 14 | 80 |
| Total | 108 | 32 | 140 |

Il n'y a pas de relation entre la tranche d'âge et le fait de conseiller une personne à risque pour utiliser l'ADVIH (**p=0,081**).

Tableau XLIII: Répartition des enquêtés selon l'utilisation de l'ADVIH après être conseillé par un proche en fonction de l'âge

| Age | Utilisation de l'ADVIH après être conseillé par un proche | | |
|-----------------|---|-----|-------|
| | Oui | Non | Total |
| Moins de 19 ans | 32 | 28 | 60 |
| 19 ans et Plus | 46 | 34 | 80 |
| Total | 78 | 32 | 140 |

Nous n'avons pas trouvé de relation entre l'utilisation de l'ADVIH après être conseillé par un proche et la tranche d'âge (**p=0,632**).

Tableau XLIV: Répartition des enquêtés selon le choix du test de dépistage (ADVIH et les autres) en fonction de l'âge

| Age | Je préfère le test classique à l'ADVIH | | |
|-----------------|--|--------|-------|
| | Non | Autres | Total |
| Moins de 19 ans | 28 | 32 | 60 |
| 19 ans et Plus | 45 | 35 | 80 |
| Total | 73 | 67 | 140 |

Il n'y pas de relation entre l'âge et le choix du test de dépistage (ADVIH et les autres) avec une **p valeur égal à 0,261**.

Tableau XLV: Répartition des enquêtés selon le fait d'effectuer le test immédiatement si son partenaire est testé réactif(ve) en fonction de sexe

| Sexe | Faire le test immédiatement si votre partenaire est testé réactif(ve) | | |
|--------------|---|-----|-------|
| | Oui | Non | Total |
| Masculin | 81 | 17 | 98 |
| Féminin | 38 | 4 | 42 |
| Total | 119 | 21 | 140 |

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre le fait d'effectuer le test immédiatement si son partenaire est testé réactif(ve) en fonction du sexe (**p=0,235**).

Tableau XLVI: Répartition selon la facilité pour les enquêtés qui seront à l'aise de l'aller chercher l'ADVIH à la pharmacie ou autres lieux proposés en fonction du sexe

| Sexe | Le lieu où tu seras à l'aise d'aller chercher l'ADVIH | | |
|-----------------|---|--------|-------|
| | Pharmacie | Autres | Total |
| Masculin | 41 | 57 | 98 |
| Féminin | 18 | 24 | 42 |
| Total | 59 | 81 | 140 |

Nous n'avons pas trouvé de relation entre le sexe et la facilité pour les enquêtés qui seront à l'aise de l'aller chercher l'ADVIH à la pharmacie ou autres lieux proposés avec (**p=0,911**).

Tableau XLVII: Répartition des enquêtés selon l'utilisation de l'ADVIH après exposition au risque dans les jours à venir en fonction du sexe

| Sexe | Utilisation de l'ADVIH après exposition au risque dans les jours à venir | | |
|-----------------|--|-----|-----------|
| | Oui | Non | Total |
| Masculin | 56 | 42 | 98 |
| Féminin | 29 | 13 | 42 |
| Total | 85 | 55 | 140 |

Il n'y a pas relation entre l'utilisation de l'ADVIH après exposition au risque dans les jours à venir et le sexe avec une p valeur égal à 0,186.

Tableau XLVIII: Répartition des enquêtés selon le fait de conseiller une personne à risque pour utiliser l'ADVIH en fonction du sexe

| Sexe | Conseiller une personne à risque pour utiliser l'ADVIH | | |
|-----------------|--|-----------|-----------|
| | Oui | Non | Total |
| Masculin | 79 | 19 | 98 |
| Féminin | 29 | 13 | 42 |
| Total | 108 | 32 | 140 |

Nous n'avons pas trouvé de relation significative le sexe et l'action conseiller une personne à risque pour utiliser l'ADVIH ($p=0,135$).

Tableau XLIX: Répartition des enquêtés selon l'utilisation de l'ADVIH après conseil d'un proche en fonction du sexe

| Sexe | Utilisation de l'ADVIH après être conseillé par un proche | | |
|-----------------|---|-----|-----------|
| | Oui | Non | Total |
| Masculin | 58 | 40 | 98 |
| Féminin | 20 | 22 | 42 |
| Total | 78 | 32 | 140 |

Il n'y a pas de relation entre l'utilisation de l'ADVIH après conseil d'un proche et le sexe ($p=0,207$)

Tableau L: Répartition des enquêtés selon la préférence des gens par rapport aux tests de dépistage (ADVIH et le test classique) en fonction du sexe

| Sexe | Je préfère le test classique à l'ADVIH | | |
|----------|--|--------|-------|
| | Non | Autres | Total |
| Masculin | 50 | 48 | 98 |
| Féminin | 23 | 19 | 42 |
| Total | 73 | 67 | 140 |

Nous n'avons pas trouvé de relation statistique entre le sexe et la préférence des gens par rapport aux tests de dépistage (ADVIH et le test classique) avec une valeur **p égal à 0,685**.

VII. COMMENTAIRES & DISCUSSION

Notre étude était limitée, nous n'avons pas demandé aux enquêtés la précision sur quand est ce que remontait le comportement à risque pour le VIH. Nous avons déterminé la taille minimale de l'échantillon à 420 mais nous avons décidé de faire une étude pilote en recrutant le 1/3 de la taille minimale de l'échantillon soit 140. Par conséquent, nous n'avons pas pu générer de résultats analytiques. Notre échantillon n'a porté que sur les jeunes scolarisés. Par conséquent, les données ne seront pas généralisables à toute la jeunesse de Kadiolo. Les questionnaires ont été administrés aux élèves de telle manière que la sincérité et transparence soient garanties, à noter que nous les avons expliqué quelques termes en fin d'éclairer sur quelques concepts.

Données sociodemographiques, la moyenne d'âge était de 19ans \pm 2 ans, pour des extrêmes de 15 ans et 22ans, la tranche d'âge acceptable au lycée si nous partons la base de l'âge de scolarisation à partir de 6 à 7ans. Nos résultats sont similaires à ceux de **TRAORE M. I** qui avait eu une moyenne d'âge de 21,75 ans \pm 2,63 avec des extrêmes d'âge de 16 ans à 24 ans ¹⁴. Ces résultats sont conformes à ceux de l'UNESCO qui exprimait le taux brut de scolarisation masculine à 86,24% contre un taux brut de 75,42% des jeunes au Mali.

Le sexe masculin était le plus représenté avec un sex-ratio de 2,44 soit 71% des enquêtés, contrairement à **SANOGO M. D** chez qui le sexe féminin était plus représenté avec 55% ³². La faible participation des jeunes femmes dans notre s'explique par le fait qu'une partie de ses jeunes filles scolarisées ne dépasse pas le niveau secondaire et donc n'atteignent pas lycée dû généralement aux conditions socio-économiques (le mariage, les travaux ménagères et champêtres, le commerce...)

Les femmes mariées représentaient 2,9% contre 97,1% des célibataires, ces valeurs sont comparables à celles de **M. DJOUNDO** qui avait trouvé un taux de 81,5% des célibataires des effectifs contre 18,5% pour les mariés ³³.

Par rapport au risque d'exposition, environ 26% de nos enquêtés révélaient avoir eu des relations sexuelles et ne pas utiliser de préservatifs lors ces rapports différemment des études réalisées par **SANOGO M. D** qui avait un faible pourcentage soit 20% des participants qui avaient eu des rapports sexuels qu'ils soient protégés ou non ³². Encore plus de 62,16% (23/37) des enquêtés auraient eu des relations sexuelles non protégées avec des inconnus, un chiffre inquiétant dans une population jeune et surtout scolaire en majorité célibataire (97%) dans une zone frontalière et bourrée de site d'orpaillage traditionnel, le risque d'exposition et de transmission est considérable.

En outre 12,9% (18/140) déclaraient traiter d'eux même une IST, un chiffre non négligeable pour les IST qui serait un facteur favorisant à la transmission du VIH/SIDA, ces résultats sont reflètent les données de l'OMS, qui déclarait en 2009 plus d'1 million de nouveau cas d'infection des IST parmi les 15 à 49 ans

³⁴.

Environ 18,91% (7/37) des participants auraient eu des relations sexuelles avec des professionnelles de sexe qui pourraient faire d'eux des populations à risque selon l'OMS, qui affirmait que 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.

En outre, les participants qui affirmaient avoir eu des relations sexuelles non-protégées sont plus exposés que ceux qui se protègent. Une relation évidente et confirme à quel point les préservatifs contribuent à la prévention du VIH SIDA.

Par rapport à la connaissance sur l'ADVIH, environ 57,9% des participants certifiaient avoir entendu parler de l'ADVIH mais plus de 80% n'avaient aucune connaissance sur l'ADVIH. Un chiffre remarquable et alertant pour un site de dispensation de l'autodépistage (ADVIH) par stratégie fixe de dépistage (centre de santé scolaires) indiqué par la stratégie nationale sur l'ADVIH.

Parmi les participants 65,7% affirmaient connaître où s'en procurer, 50% ont désigné les pharmacies privées, 12,9% ont souligné les centres de santé et seulement 0,7% savaient que c'était avec les pairs éducateurs également.

Par rapport au liquide physiologique avec lequel le test pourrait être effectué, 90% savaient que le prélèvement sanguin était possible, mais seulement 8,6% savaient que le test oral existe, une situation relative au manque d'information sur l'autodépistage.

Pour la pratique sur l'ADVIH, environ 92% n'avaient pas de connaissance quant à l'utiliser sur l'ADVIH, ce pourcentage s'explique par le fait qu'ils ignoraient de l'existence de l'autodépistage et aussi aucun programme de formation n'avait été dirigé vers dans ce sens.

Par rapport aux attitudes vis-à-vis de l'ADVIH, la majorité soit 61% seraient à l'aise d'aller chercher eux même une fois exposé au risque dont 42,9% dans les pharmacies privées. Une fois l'autodépistage réactif, par les participants 74% s'abstiendraient de toutes relations sexuelles, ce qui explique leur confiance à l'autodépistage comme moyen de dépistage.

Il existait une relation entre la tranche d'âge et le lieu où l'enquêté serait à l'aise d'aller chercher l'ADVIH. La tranche de 15ans à 18ans à 98% serait à l'aise de s'en procurer à la pharmacie pour aucune personne dans la tranche d'âge supérieure (19 ans à 22 ans), par contre tous les enquêtés de la tranche d'âge supérieure optent pour autre lieu (pair éducateur, centre de santé) hormis la pharmacie par discrétion et pour la confidentialité.

A noter que 99% n'ont jamais utilisé l'autotest de dépistage par la méconnaissance de l'existence et 60% seront capables de l'utiliser une fois exposée au risque d'infection, dans la même analogie 77% des participants seraient en mesure de conseiller les autres pour le faire. En dépit de leur méconnaissance, 71% pensent que c'est fiable et 52% préféreraient l'ADVIH au test classique avec 24% des enquêtés qui ont choisi la neutralité sur la question.

Parmi les enquêtés, nous n'avons pas remarqué de relation statistiquement significative ni en fonction du sexe ni en fonction de la tranche d'âge en rapport avec l'usage de l'autodepistage ou après s'être conseillé par un proche ou encore conseiller même un proche à le faire dans les jours à venir une fois exposer au risque.

CONCLUSION

VIII. CONCLUSION

Le but de notre travail était en premier temps de déterminer le niveau de risque d'exposition et de transmission du VIH/SIDA, en un second temps évaluer le niveau de connaissance, leurs attitudes et pratiques sur l'autotest de dépistage du VIH dans la population jeune surtout les scolarisées que nous pensons être le point focal de circulation de message en passant par l'école, les familles et dans la population générale pour le changement de comportement vis-à-vis du VIH et la sensibilisation sur les méthodes de dépistage simple, fiable et confidentiel dans la lutte contre le VIH/SIDA.

A la suite de ces résultats, nous pouvons conclure que les jeunes et les adolescents du grand lycée de kadiolo ont un risque faible d'exposition au VIH SIDA (selon le questionnaire) mais très considérable vu les attitudes. Pour l'ADVIH, d'une part ils ont des connaissances et des pratiques très insuffisantes et d'autre part une bonne attitude et perception en matière de l'autodespistage du VIH. Il devient ainsi indispensable de mener une action générale en faveur d'une prise de conscience et des cadres formations adéquats en vue d'atteindre les objectifs 95 95 95. Pour y parvenir, nous avons formulé quelques suggestions.

RECOMMANDATIONS

IX. RECOMMANDATIONS

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

+ Au ministre de la santé et de l'action sociale :

- Information, éducation, communication et sensibilisations permanentes de la population générale sur le VIH/SIDA et particulier dans le milieu scolaire ;
- Mettre en place, ou renforcer les infirmeries des différents lycées en personnels qualifiés surtout en matière de dépistage du VIH SIDA ;
- Elaborer un système de prise en charge et de suivi des cas positifs au VIH SIDA et la création d'un cadre de connexion avec les centres de santé locales ;
- Assurer la disponibilité des tests d'auto dépistages dans les différentes pharmacies comme l'indique le plan de stratégie nationale ;

+ Aux agents de santé:

- Renforcer et intensifier des campagnes de prévention de l'infection du VIH, par les méthodes de dépistage et insister sur la confidentialité
- Elaborer des messages d'éducation axés sur l'importance du diagnostic précoce du VIH SIDA et souligner l'assurance de la prise des cas positifs ;
- Assurer et élargir la formation continue et le mise à niveau régulier du personnel de la santé sur les techniques pratiques de l'autodépistage du VIH

+ Aux jeunes et adolescents scolarisés et la population en général :

- Aller à la quête d'information sur le VIH SIDA et profiter de chaque occasion pour s'informer et informer ;
- Participer pleinement aux campagnes de communication pour le changement de comportement.
- Considérez les conseils donnés par les personnels de santé et respecter les mesures de prévention du VIH;
- Faire le dépistage systématique du VIH afin de connaître son statut sérologique et de protéger ces proches et son partenaire ;

REFERENCES

X. REFERENCES

1. UNAIDS, dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de SIDA – www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf&ved=2ahUKEwirje71uvrzAhVC5uAKHc8jB5kQFnoECAMQAQ&usg=AOvVaw2rZ_sskZEA2LUQuG2IUMW8, crée le 30 juin 2021, consulté le 26-11-2021
2. LA BANQUE MONDIALE, incidence du VIH (% de la population de 15 à 49ans) – Mali, donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.HIV.INCD.ZS?locations=ML, consulté le 02 décembre 2021
3. SANTÉ & ALIMENTATION|VIH|REPORTAGE Publié le 09 juillet 2021, 19 :22. Modifié le 12 juillet 2021, 15 :27
4. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Un aperçu des récentes données probantes sur les obstacles et les facteurs favorables au dépistage du virus de l'immunodéficience humaine Traversy GP1 , Austin T1 , Ha S1 , Timmerman K1 *, Gale-Rowe M1 1Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, 445 | RMTc – Le 3 décembre 2015 • Volume 41-12, (Ontario)
*Correspondance : karen.timmerman@phac-aspc.gc.ca
5. Organisation mondiale de la santé - L'AUTODÉPISTAGE DU VIH ET LA NOTIFICATION AUX PARTENAIRES SUPPLÉMENT AUX LIGNES DIRECTRICES UNIFIÉES SUR LES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH, Publié en Décembre 2016
6. Maiga O.L : Attitude, pratique et comportement sexuelle en matière de MST /SIDA dans l'ENSEC de Bougouni. Thèse, Méd, Bamako, 2001, N 79, 2Pages.
7. CATIE(2015). Un historique du VIH et du SIDA, Oronto (Ontario) Canada, 1-2-3-4 p. consulté le 25-06-2021, disponible sur www.catie.ca/fr/journee-mondiale-contre-le-SIDA/historique
8. Maiga O.L : Attitude, pratique et comportement sexuelle en matière de MST /SIDA dans l'ENSEC de Bougouni. Thèse, Méd, Bamako, 2001, N 79, 2Pages.
9. Ministère de la santé et de l'hygiène publique Mali. HCNLS. Norme et protocole de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA. 2016.
10. RAPPORT MONDIAL | 2020 ; AGISSONS MAINTENANT Pour combattre les profondes inégalités et mettre fin aux pandémies, unaids.org, publié en 2020
11. Mali - Projet Atlas - Autotest pour le dépistage du VIH, https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://atlas.solthis.org/autotest-vih-atlasmali/&ved=2ahUKEwi3msG54_rzAhUEqxoKHbjjBW0QFnoECAMQAQ&usg=AOvVaw118fMmzDoWcNaLCrm8z17X
12. World Health Organization. VIH/SIDA – WHO, www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids créé le 17 juillet 2021 et consulté le 26-11-2021

13. Professeur Pierre Aubry, Dr Bernard-Alex Gaüzère, infection par le VIH et tropiques Actualités 2021.; Centre René Labusquière, Institut de Médecine Tropicale, Université de Bordeaux, 33076 Bordeaux (France), Mise à jour le 17/12/2021
14. EPilly. Hépatite virale B. Maladies infectieuses et tropicales, 21ème éd. Paris : Alinéa plus et CMIT. 2012.
15. TRAORE I. Evaluation du risqué d'exposition au VIH chez les jeunes et adolescents de 15 à 24 ans à kolokani - Thèse Med Bamako Mali - M. ISSIAKA TRAORE, 2022, P.29-30
16. Ministère de la santé et de l'hygiène publique Mali. HCNLS. Norme et protocole de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA. 2016.
17. Sénégal, Ministère de la santé et de l'action sociale (Conseil de la Lutte Contre le sida au Sénégal)-CNLCS (2020), dans stratégie Nationale sur l'autotestdepistage du VIH (ADVIH) au Sénégal, 11 p.
18. WHO. Report on the First International Symposium on Self-Testing for HIV: The legal, ethical, gender, human rights and public health implications of HIV self-testing scale-up. Geneva: WHO, April2013.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85267/9789241505628_eng.pdf;jsessionid=9058FAEEF0F859AD2698BD42B716C68E?sequence=1, consulté le 19 septembre 2019.
19. WHO. Guidelines on HIV self-testing and partner notification - Supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: WHO, December 2016. www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-guidelines/en, consulté le 18 septembre 2019.
20. WHO. WHO list of prequalified in vitro diagnostic products. Geneva: WHO, July 2017. www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/170720_prequalified_product_list.pdf?ua=1, consulté le 19 septembre 2019.
21. WHO. HIV self-testing strategic framework: a guide for planning, introducing and scaling up. Geneva: WHO, August 2018. www.who.int/hiv/pub/self-testing/strategic-framework/en/, consulté le 18 septembre 2019.
22. WHO. WHO Prequalification of Diagnostics Programme Product: INSTI® HIV Self Test. WHO reference number: PQDx 0002-002-01. Geneva: WHO, November 2018. www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/pq-list/181130_pqdx_0002_002_01_pqpr_insti_self_test.pdf?ua=1, consulté le 19 septembre 2019.
23. WHO. WHO recommends HIV self-testing – evidence update and considerations for success. Geneva: WHO, 2019. www.who.int/publications-detail/who-recommends-hiv-self-testing-evidence-update, consulté le 6 janvier 2020. EpiC Guide opérationnel de l'ADVIH 100
WHO. WHO list of prequalified in vitro diagnostic products, 10 December 2019. Geneva: WHO. www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/191210_prequalified_product_list_for_web.pdf?ua=1, consulté le 6 janvier 2020

24. WHO/Unitaid. Market and technology landscape: HIV rapid diagnostic tests for self-testing, 4th edition. Geneva: Unitaid, July 2018. unitaid.org/assets/ADVIH-landscape-report.pdf, consulté le 19 septembre 2019.
25. UNAIDS. A short technical update on self-testing for HIV. Geneva: UNAIDS, May 2014. www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2603_self-testing_en_0.pdf, consulté le 19 septembre 2019.
26. OMS (2021) GUIDE OPÉRATIONNEL L'AUTO-DÉPISTAGE POUR LA PLANIFICATION, Agence des États-Unis pour le développement international et Consortium EpiC/Population Services International, USA d p.
27. TRAORE I. Evaluation du risqué d'exposition au VIH chez les jeunes et adolescents de 15 à 24 ans à kolokani - Thèse Med Bamako Mali - M. ISSIAKA TRAORE, 2022, P.49
28. Sénégal, Ministère de la santé et de l'action sociale (Conseil de la Lutte Contre le sida au Sénégal)-CNLCS (2020), dans le GUIDE PRATIQUE DE L'AUTODÉPISTAGE DU VIH (ADVIH) au Sénégal, 29-31 p.
29. International Labour Organization 2008, a handbook for Peer Educator, Adressing HIV/AIDS in the workplace, 19-20 p.
30. Mali, Ministère de la Santé et du Developpement Social, Haut Conseil de la Lutte Contre le Sida-(HCLCS) février 2021, Stratégie nationale sur l'autodépistage du VIH (ADVIH) au Mali
31. SANOGO D. Connaissances, attitudes et pratiques comportementales en matière d'IST et VIH/sida en milieu scolaire urbain de la commune VI du district de Bamako, thèse Med, Bamako, Mali, 2018, P.76-80
32. DJOUNDO Henry Blaise, CONNAISSANCES, ATTITUDES & PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES JEUNES DU CAMP SOUNDIATA DE KATI, Koulikoro thèse Med, Mali P.52
33. OMS- Plus d'un million de cas d'infections sexuellement transmissibles curables servient chaque jour, disponible sur <http://www.who.int/fr/news/item/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>, publié le 06 juin 2019
34. DECLARARTION DE POLITIQUE. DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU MALI. « Lutter contre le VIH/SIDA, c'est investir dans le développement durable. ». Vous avez consulté le 08/06/22, disponible sur https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/--protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_125760.pdf

ANNEXES

XI. ANNEXES

11.1. Fiche signalétique

(Français).....

.....

Nom:

Prénom:

Téléphone:

E-mail:

Titre: Determination du Risque d'exposition au VIH et des Connaissances, Attitudes et Pratiques de l'ADVIH chez les Jeunes et Adolescents Scolarisés de 15 à 24 ans à Kadiolo, Sikasso.

Année de soutenance: 2022

Ville de soutenance: Bamako

Nationalité: Malienne

Secteur d'intérêt: infectiologie, Santé Publique.

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie du Mali (FMOS).

Résumé

- **Objectifs:** Etudier le niveau d'exposition au VIH et les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescents et jeunes scolarisés de 14 à 25 ans sur l'autotest de dépistage du VIH à Kadiolo, Sikasso

- **Méthode:** Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique avec recueil prospectif des données des adolescents ou jeune de 14 à 25 ans au grand lycée de Kadiolo allant du 1er Avril au 30 Septembre 2022. Durant cette période, 140 lycéens ont été interrogé à travers la fiche d'enquetes.

L'âge moyen des participants était de 18 ans pour des extremes de 15 ans – 22 ans.

Il ressort de cette étude que:

- Parmi les participants, les adolescents de 15 ans – 18ans sont les plus exposés au VIH/SIDA.

- Il y'a 26% des participants qui declaraient avoir eu des relations sexuelles non-protégées dont 16% avec des iconnues

- Environ 5% des participants auraient eu des relations sexuelles avec des professionnelles de sexe faisant d'eux des populations clés (partenaires de sexe des TS).
- La grande majorité des participants soit 80% n'avaient eu aucune connaissance et environ 92% n'avaient pas de connaissance quant à l'utilisation de l'ADVIH
- Environ 61% seraient à l'aise d'aller chercher eux même une fois exposé au risque dont 42,9% dans les pharmacies privées.
- Plus, de 60% seront capables de l'utiliser une fois exposée au risque et 77% des participants conseiller les autres pour le faire.
- Dans l'effectif des prestataires seulement 24,21% connaissent les moyens de prévenir la TME du VIH.
- En dépit de leur méconnaissance, 71% pensent que c'est fiable et 52% le préfèrent au test classique de dépistage.

Mots clés: Risque, exposition, VIH/SIDA, connaissance, attitude, pratique, ADVIH, adolescent, lycée, Kadiolo, Sikasso, Mali

11.2. Fiche signalétique (Anglais).....

Last name:

First name:

Telephone:

E-mail:

Title: Determination of the Risk of Exposure to HIV and Knowledge, Attitudes and Practices of ADVIH among Young and Schooled Adolescents from 15 to 24 years old in Kadiolo, Sikasso.

Year of defense: 2022

Defense city: Bamako

Nationality: Malian

Sector of interest: infectiology, public health.

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology of Mali (FMOS).

Summary

· **Objectives:** To study the level of exposure to HIV and the knowledge, attitudes and practices of adolescents and young people aged 14 to 25 on HIV self-testing in Kadiolo, Sikasso

· **Method:** This is a descriptive and analytical cross-sectional study with prospective collection of data from adolescents or young people aged 14 to 25 at the Kadiolo high school from April 1 to September 30, 2022. During this period, 140 high school students was questioned through the survey form.

The average age of the participants was 18 years for extremes of 15 years - 22 years. It appears from this study that:

- Among the participants, adolescents aged 15 - 18 are the most exposed to HIV/AIDS.
- There are 26% of participants who said they had had unprotected sex, including 16% with unknown people
- About 5% of participants reportedly had sex with sex workers making them key populations (sex partners of TS).
- The vast majority of participants, 80%, had no knowledge and about 92% had no knowledge of the use of ADVIH
- About 61% would be comfortable going to get them themselves once exposed to the risk, including 42.9% in private pharmacies.
- More than 60% will be able to use it once exposed to the risk and 77% of participants advise others to do so.
- In the number of providers only 24.21% know the means of preventing MTCT of HIV.
- Despite their lack of knowledge, 71% think it is reliable and 52% prefer it to the traditional screening test.

Keywords: Risk, exposure, HIV/AIDS, knowledge, attitude, practice, ADVIH, adolescent, high school, Kadiolo, Sikasso, Mali

11.3. Fiches d'enquête.....

11.3.1. Fiche d'enquête sur le risque d'exposition au VIH

FICHE D'ENQUETE / RISQUE D'EXPOSITION...(REFERENCE)

Est-ce que vous m'autorisez à commencer l'entretien avec vous ?

(Encercler la réponse) **Oui**

Non (fin de l'entretien)

(Enquêteurs, Assurez-vous que l'entretien se déroule dans un endroit retiré)

Heure du début : /____/____/____/

Heure de la fin : /____/____/____/

1. ID :

I. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES:

Age : ans

Sexe : Masculin -1 Féminin -2

Nationalité : Malienne -1 Ivoirienne -2 Burkinabé -3

Résidence : Bamako -1 Koulikoro -2 Kadiolo -3 Koutiala -4

Niveau d'études : Secondaire -1 Supérieur -2 Pas été à l'école -3

Type d'étude : Ecole -1 Medersa ou franco-arabe -2

Profession : Elève ou Etudiant -1 Ménagère -1 Agriculteur -1

Religion : Musulman -1 Chrétien -2 Animiste -3 Athée -4

Statut-matrimonial : Célibataire -1 Marié(e) -2

II. RISQUES D'EXPOSITION DU VIH/SIDA

Avez-vous déjà eu des relations sexuelles sans préservatif ? Oui -1 Non -2

Avez-vous eu des relations sexuelles sans préservatif avec quelqu'un qui n'était pas un partenaire fidèle ? Oui -1 Non -2

Si vous êtes ou avez été marié, avez-vous déjà eu des relations sexuelles sans préservatif avec quelqu'un qui n'était pas votre femme mari ? Oui -1 Non -2

Avez-vous déjà eu une infection sexuellement transmissible (comme la chlamydia, la gonorrhée ou la syphilis) ? Oui -1 Non -2

Avez-vous déjà été tellement ivre que vous n'avez pas tu te souviens d'avoir eu des relations sexuelles ? Oui -1 Non -2

Avez-vous déjà traité une infection sexuellement transmissible sans consulter un professionnel de la santé ? Oui -1 Non -2

Avez-vous eu des relations sexuelles sans préservatif avec plus de 15 personnes au cours de votre vie ? Oui -1 Non -2

Avez-vous déjà eu des relations sexuelles sans préservatif avec quelqu'un tu viens de rencontrer ? Oui -1 Non -2

Avez-vous déjà eu un ou plusieurs nouveaux partenaires sexuels en la période d'un mois et non utilisé un préservatif dans chaque Cas ? Oui -1 Non -2

Avez-vous déjà payé de l'argent pour du sexe ? Oui -1 Non -2

Avez-vous déjà eu des relations sexuelles anales sans préservatif ? Oui -1 Non -2

Votre femme/mari a-t-il déjà eu des relations sexuelles avec une autre personne avant votre mariage ? Oui -1 Non -2

Désirez-vous davantage le sexe après avoir bu de l'alcool ? Oui -1 Non -2

Avez-vous déjà forcé quelqu'un à avoir des relations sexuelles contre sa volonté ?

Oui -1 Non -2

La nature de votre travail vous oblige-t-elle à voyager fréquemment et être séparé de votre conjoint ou partenaire ? Oui -1 Non -2

Score [12-15 « Oui » : Risque extrêmement élevé] ; [6-12 « Oui » : risque élevé] ; [0-6 « Oui » : faible risque]

Niveau d'exposition au VIH : faible Moyen élevé

11.3.2. Fiche d'enquête sur l'AD-VIH

FICHE D'ENQUETE / AD-VIH (REFERENCE)

Est-ce que vous m'autorisez à commencer l'entretien avec vous ?

(Encercler la réponse) Oui

Non (fin de l'entretien)

(Enquêteurs, Assurez-vous que l'entretien se déroule dans un endroit retiré)

Heure du début : /___/___/___/

Heure de la fin : /___/___/___/

2. ID :

III. Caractéristiques sociodémographiques :

1. Age : ans

Sexe : Masculin -1 Féminin -2

10. Nationalité :

Maliennne -1 Ivoirienne -2 Burkinabé -3

11. Résidence (Ville ou village) :

Bamako -1 Koulikoro -2 Kadiolo -3 Koutiala -4

12. Niveau d'études :

Secondaire -1 Supérieur -2 Pas été à l'école -3

13. Type d'étude :

Ecole -1 Médersa ou Franco-arabe -2

14. Profession :

Elève-Etudiant -1 Commerce -2 Exploitation de sable -3 Exploitation minière -4

15. Religion :

Musulman -1 Chrétien -2 Athée -3

16. Statut-matrimonial :

Célibataire -1 Marié(e) -2

IV. CONNAISSANCES SUR AD-VIH

17. Avez-vous déjà entendu parler de l'AD-VIH ? Oui -1 Non -2

18. Connaissez-vous l'autotest de dépistage du VIH ? Oui -1 Non -1

19. A quoi sert-il ?

Connaitre son statut serologique -1 Contraception -2 Médicament -3 Je ne sais pas -4

20. Savez-vous comment utiliser l'autotest de dépistage du VIH ? Oui -1 Non -2

21. Connaissez-vous des lieux où vous pouvez vous en procurer ? Oui -1 Non -2

22. Si oui à la question 14, préciser ?

Boutique/Etalage -1 Pharmacie -2 Centre de santé -3 Pair Educateur -4

23. AD-VIH se fait dans : (cochez toutes les options applicables)

a. Le sang : Oui -1 Non -2 / b. la salive: Oui -1 Non -2 / c. les urines : Oui -1 Non -2

d. les selles : Oui -1 Non -2 e. la sueur : : Oui -1 Non -2

24. Le résultat du test ADVIH est disponible dans :

Une semaine -1 jours -2 6-12 heures -3 2-3 heures -4 30 minutes -5

25. A propos du test AD-VIH, le résultat est :

Positif -1 Négatif -1 OU Réactif -2 Non réactif -2

26. Après la prise de risque, un test VIH est faussement négatif quand :

Le test est fait très rapidement (quelques jours) -1 Le test est fait très tardivement (6 mois) -2

A propos du test AD-VIH, une fois testée non réactive, la personne doit :

a. Reprendre l'AD-VIH immédiatement : Oui -1 Non -2

b. Faire le test VIH de confirmation : Oui -1 Non -2

c. Attendre 3 mois avant de reprendre le test tout en observant les mesures préventives : Oui -1 Non

d. rien faire : Oui -1 Non -2

27. A propos du test AD-VIH, une fois testée réactive, la personne doit :

a. Reprendre l'AD-VIH immédiatement : Oui -1 Non -2

b. Faire le test VIH de confirmation : Oui -1 Non -2

c. Attendre 3 mois avant de reprendre le test tout en observant les mesures préventives : Oui -1 Non

d. rien faire : Oui -1 Non -2

V. ATTITUDES ET COMPORTEMENTS SUR AD-VIH

28. Avez-vous déjà utilisé l'autotest de dépistage du VIH ? Oui -1 Non -2

29. Seriez-vous à l'aise pour aller chercher/acheter le test ADVIH ? Oui -1 Non -2

30. Si oui à la question 24, précisez

Pharmacie -1 Pair éducateur -2 Ami (e) -3 Conjoint (e) -4 Travailleuses de Sexe -5

31. Si vous êtes teste réactif, comment allez-vous vous sentir ?

Suicid -1 éprimé -2 In fèrent -3

32. Si une de vos connaissances est testée réactive, allez-vous changer de comportement envers lui ?

Oui -1 Non -2

33. Si votre ami (e) est testé (e) réactive, vous allez :

Rompre l'amitié -1 Prendre la distance -2 Soutenir votre ami -3

34. Si vous ou votre ami (e) est teste réactif (ve), vous allez

Rien dire à personne -1 Informer votre meilleur (e) ami (e) -2 vos parents -3 votre partenaire -4

35. Si votre partenaire est testé réactif (ve), allez-vous faire immédiatement le test ?

Oui -1 Non -2

36. Une fois testé (e) réactif (ve), vous :

a. Abstenir jusqu'à ce que le résultat du test soit confirmé ou infirmé : Oui -1 Non -2

b. Utiliser le condom à chaque rapport sexuel quel que soit le partenaire : Oui -1 Non -2

c. Ne plus se protéger déjà que le test est réactif : Oui -1 Non -2

d. Avoir le maximum de rapports sexuels avec beaucoup de personnes : Oui -1 Non -2

VI. PRATIQUES DE L'AD-VIH

37. Avez-vous déjà utilisé un autotest de dépistage du VIH ? Oui -1 Non -2

38. Comptez-vous utiliser l'ADVIH à chaque fois que vous êtes expose au risque à l'avenir ?

Oui -1 Non -2

39. Serez-vous capable de conseiller une personne à risque pour faire l'ADVIH ?

Oui -1 Non -2

40. Si un de vos proches vous propose d'utiliser un autotest, le feriez-vous ?

Oui -1 Non -2

41. Quel est votre opinion par rapport à l'autotest de dépistage du VIH ?

Fiable -1 Non fiable -2 Neutre -3

42. Je préfère le test de dépistage classique à l'ADVIH.

Oui -1 Non -2 Neutre -3

11.4. Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure!!!