

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple -Un But -Une Foi

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

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



**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE (FMOS)**

ANNEE ACADEMIQUE: 2012-2013



N°.../M

**TITRE**

**Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes  
de 15 à 24 ans face au VIH / SIDA dans la  
commune VI du district de Bamako**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement, le 13 / 06 / 2013

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

PAR :

*Mr. DOUCARA Habibou*

Pour l'obtention du grade de Docteur en MEDECINE (Diplôme d'état)

**JURY**

Président : Pr. Abdoulaye AG RHALY

Membre : Dr. Bouyagui TRAORE

Co-directrice: Dr. GUINDO Mariam TRAORE

Directeur de thèse : Pr. Hamadoun SANGHO

# *DEDICACES ET REMERCIEMENTS*

## DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail :

A Dieu tout puissant, créateur des cieux et de la terre l'alpha et l'oméga, le premier et le dernier, le commencement et la fin ; merci pour la promesse accomplie. Que ton nom soit loué à jamais.

▪ **A la mémoire de mon père : Mamadou Doucara**

Tôt arraché à notre affection, j'aurais aimé que tu sois présent aujourd'hui à mes côtés en ce jour inoubliable de ma vie, malheureusement **Dieu** en a décidé autrement. Les mots me manquent pour t'exprimer toute l'affection et la considération que j'éprouve pour toi. Merci pour ta rigueur, ton éducation et l'édifice que tu nous as laissé. Très cher papa, soit rassuré que tes conseils resteront à jamais nos compagnons de tous les jours. Que le Dieu tout puissant et miséricordieux, t'accorde un repos éternel dans son paradis. Amen !!!

▪ **A mes mamans : Saran Mallesy, Oumou Traoré, Rokia Traoré**

Les mots me manquent ici pour vous remercier, je vous prie de continuer de me faire des bénédictions, qu'ALLAH, vous accorde encore longue vie et une bonne santé à nos cotés.

▪ **A mes frères et sœurs.** En témoignage de notre solidarité, notre sympathie et l'esprit de fraternité quotidien des uns pour les autres. Je vous aime tous.

▪ **A tous les amis, amies, camarades et connaissances** où qu'ils soient, nous nous garderons d'en faire une liste exhaustive de peur d'en oublier, soyez rassurer de notre profonde gratitude.

▪ **A tout le personnel de L'ASACOSO**

▪ **A tout le personnel du CREDOS**

▪ **A toute la promotion du Pr. Hamar TRAORE**

Certes, je ne pourrais tout citer, acceptez l'expression de mes sincères reconnaissances.

▪ **Au corps professoral de la FMOS.** Pour la qualité de votre enseignement et éducation scientifique. Nous sommes fiers d'avoir été l'un de vos apprenants. Trouvez ici l'expression de toute notre reconnaissance.

▪ **A tous les étudiants de la FMOS.** Je vous exhorte à plus d'ardeur au travail.

▪ **A tous ceux qui ont accepté de participer à notre étude.**

# HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **\_A notre maître et président du jury : Pr Abdoulaye AG RHALY**

- Professeur honoraire de médecine interne à la faculté de médecine et d'odontostomatologie(FMOS);
- Ancien Directeur Général de l'INRSP ;
- Ancien secrétaire général de l'OCCGE ;
- Membre du comité d'éthique de la faculté de médecine et d'odontostomatologie(FMOS) ;
- Chevalier international des palmes académiques du CAMES ;
- Docteur HONORIS CAUSA de l'université d'HAVAN au QUEBEC CANADA.

Cher maître,

Vous avez tout de suite accepté de présider ce jury de thèse et votre présence est plus qu'un honneur pour nous.

Vos connaissances, vos qualités humaines, votre rigueur scientifique et votre exigence du respect de l'éthique médicale sont pour nous un modèle. Ce travail n'aurait pu aboutir sans vos conseils avisés et votre disponibilité.

Recevez ici honorable maître le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

**\_A notre maître et juge : Dr Bouyagui TRAORE**

- Médecin épidémiologiste au niveau du comité sectoriel de lutte contre le VIH et le SIDA du ministère de la santé

Cher maître,

Vous avez accepté simplement et spontanément de juger ce travail.

Nous vous remercions vivement pour votre accueil chaleureux, votre soutien, votre enthousiasme et votre disponibilité.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre gratitude et notre profond respect.

**\_A notre maître et codirectrice de thèse : Dr GUINDO Mariam TRAORE**

- Master en Santé publique
- Attachée de recherche au CREDOS

Cher maître,

Les mots nous manquent pour vous remercier.

Vous nous avez fait honneur de codiriger ce travail ; soyez en rassurée que nous nous servirons, toute notre vie, des méthodes de travail que vous nous avez inculquées.

Votre rigueur et votre sens élevé du travail bienfait nous ont toujours séduits.

Vous demeurez un exemple à suivre.

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

**\_A notre maître et directeur de thèse : Pr Hamadoun SANGHO**

- Maître de conférences Agrégé en santé publique ;
- Directeur Général du centre de recherche, d'études et de documentations pour la survie de l'enfant(CREDOS) ;
- Professeur titulaire de santé publique à la Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS).

Cher maître,

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier ce sujet de thèse et d'accepter de diriger et d'encadrer ce travail. Nous avons particulièrement apprécié de travailler à vos côtés. Vos connaissances, votre précision dans le travail et votre pédagogie vous honorent.

Nous vous remercions pour votre disponibilité malgré vos multiples occupations.

Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre plus profond respect.

# *SIGLES ET ABREVIATIONS*

## **LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS**

**3TC** : Lamivudine

**ADN** : Acide Désoxyribonucléique

**ARN**: Acide Ribonucléique

**AUG**: Adénine-Uracile-Guanine

**AZT** : Zidovudine

**CAP**: Connaissances, Attitudes et Pratiques

**CD4** : Cluster of Differentiation four

**CDC**: Center of Diseases Control

**CMV**: Cytomégalovirus

**CSREF** : Centre de Santé de Référence

**D4T** : Stavudine

**EDS**: Enquête Démographique et de la santé

**EFV** : Efavirenz

**ELISA** : Enzyme-Linked Immunosorbent Assay, test d'immunoabsorption enzymatique.

**FMOS** : faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

**HTLV**: Human T-cells Leucemia/Lymphoma Virus

**IDV** : Indinavir

**IEC** : Information, Education et Communication

**INNTI** : Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse

**INTI** : Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase inverse

**INtTI** : Inhibiteurs Nucléotidiques de la Transcriptase Inverse

**ISBS**: Integrated STI prevalence and behavior survey

**IST** : Infection sexuellement transmissible

**L.E.M.P** : leuco-encéphalite multifocale progressive

**LAV** : Lymphadenopathy Associated Virus ou virus associé à la Lymphadénopathie

**LTR**: Long terminal repeat

**NVP**: Nevirapine

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**ONU**: Organisation des Nations Unies

**PCR** :Polymerase Chain Reaction, réaction en chaîne par polymérase.

**RER**: Réticulum Endoplasmique Rugueux

**RTV** : Ritonavir

**SIDA** : Syndrome Immunodéficience Acquis

**TDF** : Ténofovir

**TI** : Transcriptase Inverse

**UNESCO** : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.

**USAC** : Unité de soins d'accompagnements et de conseils.

**V.I.H** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# SOMMAIRE

## **SOMMAIRE**

### **CHAPITRE I : INTRODUCTION CONTEXTE / JUSTIFICATION**

**OBJECTIFS..... 24**

**CHAPITRE II : GENERALITES ..... 29**

**CHAPITRE III : METHODOLOGIE ..... 54**

1- Cadre de l'étude.....54

2- Période et type d'étude.....59

3- Population d'étude, critère d'inclusion, critère de non inclusion.....59

4- Echantillonnage.....59

5- Déroulement de l'enquête.....64

6- Considérations éthiques.....65

7- Traitement et analyse des données.....65

**CHAPITRE IV : RESULTATS.....68**

**CHAPITRE V : COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....87**

**CHAPITRE VI : CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS..... 91**

**CHAPITRE VII : REFERENCES.....94**

**CHAPITRE VIII : ANNEXES.....99**

*CHAPITRE I :*  
*INTRODUCTION*  
*CONTEXTE /*  
*JUSTIFICATION*  
*ET OBJECTIFS*

## INTRODUCTION

Quatre décennies après sa survenue, le Sida demeure à l'échelle mondiale un problème majeur de santé publique. Ceci, malgré des avancées certes bien réelles, mais encore fragiles, qui ont été réalisées grâce aux efforts déployés par l'ensemble des acteurs de la riposte au VIH, avec comme résultats : de moins en moins de personnes infectées par le VIH et de moins en moins de décès dus au SIDA [1] [2].

Dans son dernier rapport publié en décembre 2010, l'ONU SIDA estimait à 32,8 millions, le nombre de personnes vivant avec le VIH à travers le monde. En 2009, 370 000 [230 000-510 000] enfants ont été infectés par le VIH lors d'une transmission de la mère à l'enfant, soit une baisse de 24% en cinq ans [3].

En Afrique subsaharienne, 22,4 millions de personnes vivent avec le VIH soit 67% du total mondial dont la moitié est des femmes et le sida reste la première cause de décès [3] [24].

Au Mali la séroprévalence du VIH qui est passée de 1,7 en 2001 à 1,3 en 2006 selon EDSIV. L'une des caractéristiques de l'épidémie au Mali est sa concentration dans des groupes spécifiques dits groupes à haut risque. Selon ISBS la prévalence observée du VIH en 2006 était de 35,3% pour les professionnelles du sexe, 5,9% pour les vendeuses ambulantes, 2,5% pour les routiers, 2,2% pour les coxeurs et 2,2% pour les aides familiales [4]. En 2009 toujours selon ISBS la prévalence était de 24,2% pour les professionnelles du sexe, 3,7% pour les vendeuses ambulantes, 2,7% pour les routiers, 3,5% pour les coxeurs et 0,9% pour les aides familiales [25].

En fin 2010, on estimait à 46,56% des personnes porteurs du VIH dans la commune VI du district de Bamako (source : Rapport d'activité annuelle de L'USAC commune VI 31 décembre 2010 [4].

Autrefois, on pensait que les jeunes étaient relativement épargnés par le VIH et le SIDA ; mais aujourd'hui plus de la moitié des nouvelles infections sont diagnostiquées chez les jeunes de moins de 25 ans [5] [3]. Cependant, une étude menée en 2009, a montré une séroprévalence de 3,2% au niveau du secteur éducatif et ce taux atteint 3,9% en milieu universitaire de Bamako [5]. Il est donc nécessaire de connaître les attitudes et les pratiques des jeunes de 15 à 24 ans face au VIH et au SIDA afin de mieux lutter contre cette pandémie dans cette classe de la société particulièrement vulnérable.

## CONTEXTE / JUSTIFICATION

Depuis la découverte des premiers cas de Sida dans le monde en 1981, le nombre de personnes vivant avec le VIH et le SIDA n'a cessé d'augmenter. En fin 2003 le programme commun des nations unies sur le VIH et le SIDA (ONUSIDA) estimait à 40 millions le nombre de personnes adultes porteuses du VIH dont la grande majorité (28,1millions) vit en Afrique Sub-saharienne, soit plus de 70% [6].

Les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus touchés et présentent la moitié des nouvelles infections [6]. La transmission du VIH a été reconnue en première position chez les homosexuels puis s'est propagée lors des transmissions chez les hétérosexuelles. Divers facteurs rendent les jeunes plus vulnérables au VIH. Parmi ceux-ci l'insuffisance d'information, d'éducation et des services sur le VIH, et les risques que leur font courir la curiosité et le besoin d'expérimentation sous divers pressions. Les projections indiquent que d'ici 2020, 55 millions mourront plus jeune, à cause du Sida si rien n'est fait pour stopper l'épidémie [6]. Il semble plausible que le problème de VIH et le SIDA est un problème de comportement d'où la nécessité de mettre en place un système efficace d'informations, d'éducation, de communication sur les modes de prévention et de transmission.

Face à ce fléau car au Mali comme par tout ailleurs, il est établi que la transmission sexuelle est le mode de propagation du VIH le plus important. Ce constat nous a conduits à entreprendre cette étude.

## **OBJECTIFS**

### ➤ **Objectif général :**

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15 à 24ans face au VIH et le SIDA dans la commune VI du District de Bamako.

### ➤ **Objectifs spécifiques**

1. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des jeunes de 15 à 24 ans face au VIH et le SIDA dans la commune VI du district de Bamako.
2. Décrire les connaissances, attitudes des jeunes de 15 à 24 ans dans la commune VI de Bamako en matière de VIH et le SIDA.
3. Déterminer les sources d'information des jeunes de 15 à 24 ans sur le VIH et le SIDA.
4. Décrire les pratiques des jeunes de 15 à 24 ans dans la commune VI de Bamako en matière de VIH et le SIDA.

# CHAPITRE II : GENERALITES

## **GENERALITES**

### **1. Définition**

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est une maladie infectieuse d'origine virale causée par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) se traduisant par un déficit majeur de l'immunité à condition qu'il n'y ait pas d'autres causes physiologiques ou thérapeutiques d'immunodéficience [7].

La première définition du SIDA fut publiée le 24 septembre 1982 par le centre pour le contrôle des maladies d'Atlanta aux Etats-Unis (Center for Disease Control : CDC) bien avant les classifications en stades cliniques et l'isolation du VIH. Cette définition a été révisée d'abord en août 1993 pour l'adulte et 1994 pour l'enfant [7].

### **2. Historique**

En 1983, Barre –Sinoussi Françoise de l'équipe de Luc Montagnier à l'institut Pasteur de Paris isola, à partir de ganglions lymphatiques, ce que se révéla être un nouveau rétrovirus humain [8]. Un peu plus tard, l'équipe de Robert Gallo au National Cancer Institut (NCI) et celle de Jay Lévy à l'université de Californie à San Francisco isolèrent un rétrovirus sur des patients atteints du VIH et le SIDA et des personnes en contact avec des malades. Les trois équipes isolèrent ce que l'on appelle maintenant le HIV, l'agent étiologique du Sida. Un second virus du Sida Humain (HIV-2) sera découvert trois ans plus tard par l'équipe de l'institut Pasteur de Dakar [8] [16].

### **3. Epidémiologie de l'infection par le virus de sida**

**Tableau I : Le sida dans le monde [9]**

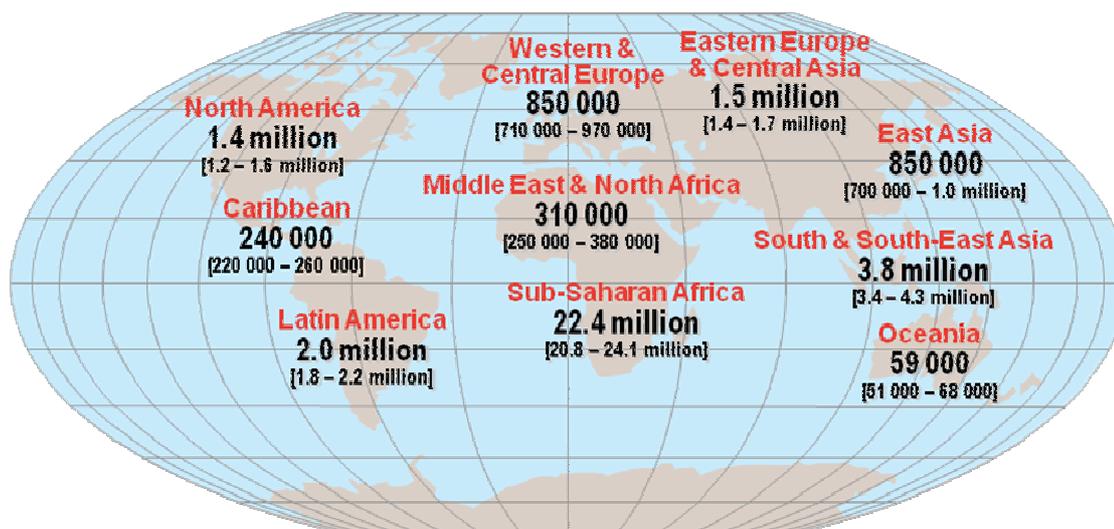
Région	Début de l'épidémie	Personnes séropositives ou atteintes du sida	Personnes nouvellement infectées par le V.I.H	Prévalence parmi les adultes en %	Décès liés au Sida
Afrique du Nord et Moyen-Orient	fin des années 1970 - début des années 1980	460 000	75 000	0,2	24 000
Afrique subsaharienne	idem	22 500 000	1 800 000	5	1 300 000
Amérique du Nord	idem	1 500 000	70 000	0,5	26 000
Caraïbes	idem	240 000	17 000	1,0	12 000
Amérique latine	idem	1 400 000	92 000	0,5	58 000
Europe occidentale et centrale	idem	820 000	31 000	0,2	8 500
Océanie	idem	57 000	4 500	0,3	1 400
Europe orientale et Asie centrale	début des années 1990	1 400 000	130 000	0,8	76 000
Asie de l'Est	fin des années 1980	770 000	82 000	0,1	36 000
Asie du Sud et du Sud-est	fin des années 1980	4 100 000	270 000	0,3	260 000
TOTAL (arrondi)		33 300 000	2 600 000	0,8	1 800 000

### 3-1. Situation de l'infection du VIH dans le monde :

Selon les estimations de l'ONUSIDA en 2009, 33,3 millions de personnes vivent avec le VIH et le SIDA depuis le début de la pandémie dont 17,3 millions de

femmes et 2,5 millions d’enfants de moins de 15 ans. Le nombre de nouveaux cas en 2009 s’élevait à 2,6 millions de personnes dont 2 millions d’adultes et 640 milles enfants de moins de 15 ans. Le nombre total de décès dû au SIDA dans le monde en 2004 et en 2009 s’est respectivement élevé à 3,1 et à 1,8 millions de personnes sur des populations vivant avec le VIH estimée respectivement à 39,4 – 33,3 millions de personnes, soit un taux de létalité de 7,9% en 2004 et de 5,4% en 2009 [9].

➤ **Récapitulatif**



**Total: 33.4 million (31.1 – 35.8 million)**

December 2009

**Figure1:** Adults and children estimated to be living with HIV, 2008

**3-2. Afrique et SIDA [9]**

En 2009 dans le monde, un peu plus de 33,3 millions d’adultes et enfants sont porteurs du VIH ; 94% de cette population vit dans les pays en développement 22,5 millions en Afrique subsaharienne qui reste la région la plus touchée ; comparativement à 2002 où ce nombre était estimé à 24,4 millions.

En Afrique Subsaharienne, les épidémies semblent se stabiliser de manière générale avec une prévalence de 5% parmi les adultes de 15-49 ans pour toute la région. Mais, cette stabilité cache une réalité beaucoup plus triste, car elle signifie qu’il n’y a pas de grande différence entre les nombres de nouveau cas et les décès dus au SIDA. Les conflits ouverts, les catastrophes écologiques ou naturelles, les guerres ont contraint des milliers d’Africains à abandonner leur domicile et à se tourner vers des moyens de survie comportant des pratiques sexuelles à très haut

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

### **3-3. Situation du VIH et du SIDA au Mali :**

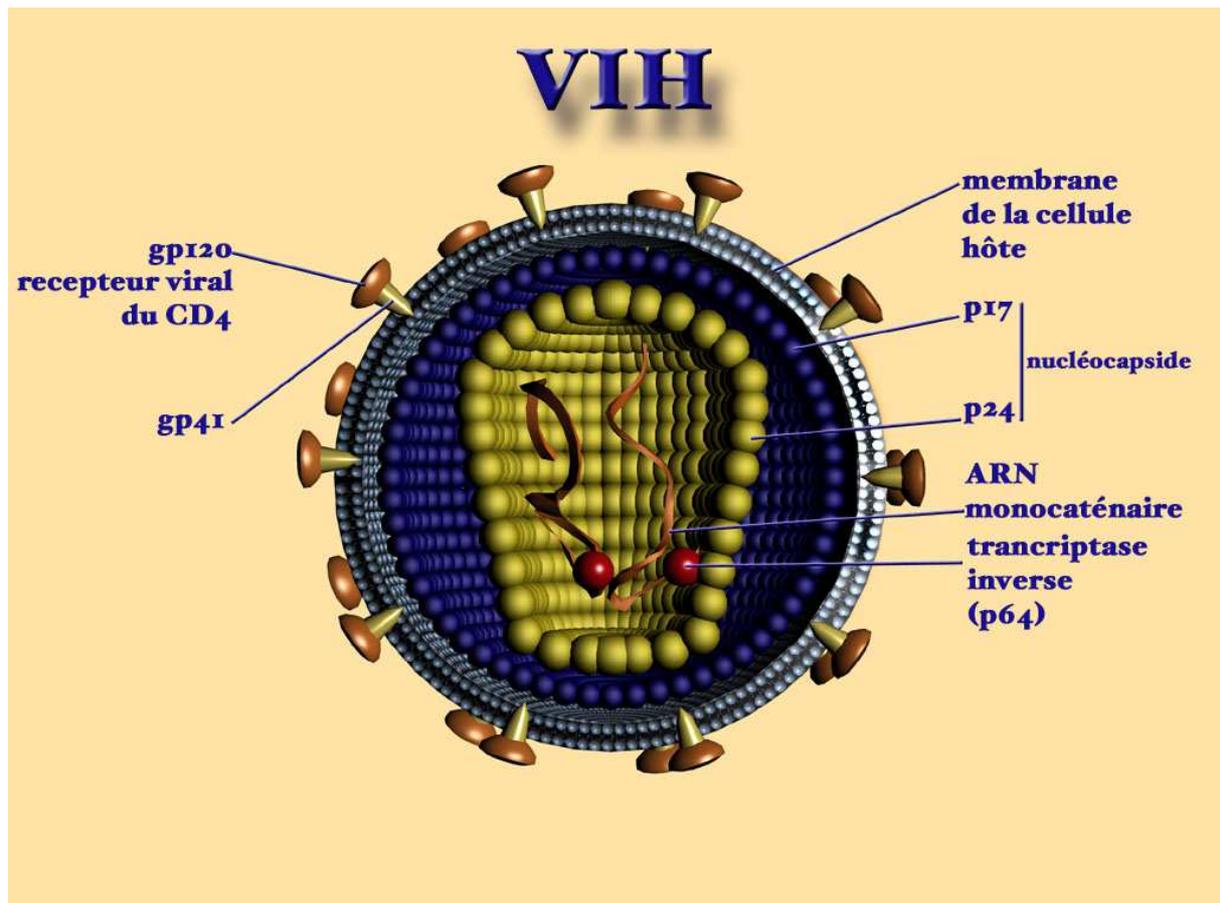
Au Mali, la prévalence du VIH et du SIDA dans la population générale est estimée à 1,3 % dont 1,5% chez les femmes et 1% chez les hommes soit 76 000 personnes vivant avec le VIH et le SIDA (Global Report 2010 de l'ONUSIDA).

On estime que 42 000 d'entre elles ont besoin d'un traitement ARV d'après le document : Towards Universal Access Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector 2010 publié par WHO, UNAIDS, UNICEF. Selon la même source, la tranche d'âge la plus affectée est de 29 à 35 ans. La dépendance socioculturelle et économique de la femme en Afrique est un facteur de vulnérabilité au VIH et au SIDA. La sensibilité de ces patients aux agents bactériens, parasitaires, viraux, mycobactériens et fongiques est bien connue.

L'épidémie au Mali est surtout urbaine avec une prévalence de 1,6 % dans les villes mais de 0,9 % en milieu rural; la prévalence maximale étant à Bamako où elle atteint 1,9 % (Enquête de démographie et de santé du Mali de 2006 - EDSDM IV) [4].

## **4. Caractéristiques du VIH**

### **4-1. Structure du VIH [10]**



**Figure2** : Coupe schématique du virus de l'immunodéficience humaine (avec une correction sur l'emplacement de la protéase).

Le virus du SIDA se compose d'un matériel génétique (ARN) accompagné de quelques protéines, le tout contenu dans deux "coques" protéiques (les capsides), elles-mêmes entourées d'une membrane, portant des protéines spécifiques (cette membrane et ces protéines forment l'enveloppe du virus).

### Deux types de VIH

On distingue actuellement deux types de VIH : le VIH-1 et le VIH-2. Ces deux virus sont très proches (42 % d'homologie au niveau de leur génome).

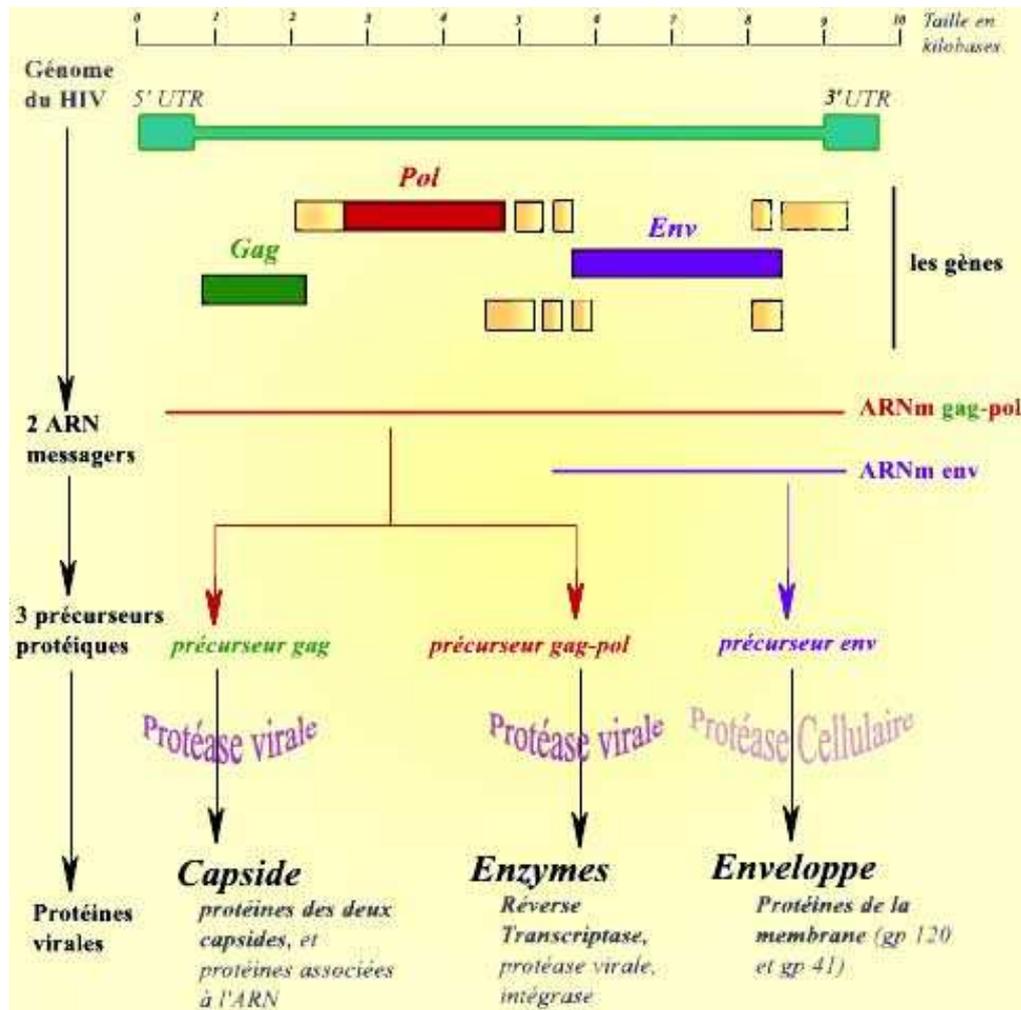
Le VIH-1 est le plus répandu, et classifié en 3 groupes :

- Le groupe M subdivisé en dix sous groupes de A à J.
- Le groupe O rencontré essentiellement en Afrique centrale.
- Le groupe N isolé récemment au Cameroun.

### 4-2. Organisation génétique

Le génome du virus du SIDA se compose d'un ARN simple brin de 9181 nucléotides. Il comporte trois gènes principaux (Gag, Pol, et Env.), ainsi que quelques gènes de régulation de petite taille.

Il comporte de plus des séquences spécifiques, situées à ses extrémités (5'UTR et 3'UTR - UTR = région non transcrite "UnTranscribed Région") [10].



**Figure3** : Structure du génome du virus du Sida.

#### 4-3. Stabilité physico chimique

Le VIH meurt quelques minutes seulement en dehors du sang de l'organisme. Il est tué par la chaleur (55°C) en 30 minutes, l'alcool éthylique à 70°C en 20 minutes, l'eau de javel à 1/10 en 10 minutes, le chlorure benzalkonique, le glutaraldéhyde à 0,10% en 10 minutes [10].

#### 5. Les voies de transmissions [11]

Depuis le début de cette pandémie, trois principaux modes de transmission ont été observés : la voie sexuelle, la voie sanguine et la transmission verticale.

##### ➤ La transmission sexuelle

La majorité de la transmission par le VIH soit 75 à 85% s'effectue par les rapports sexuels non protégés.

C'est le mode de contamination le plus fréquent en Afrique. Les facteurs augmentant les risques de contamination sexuelle sont les stades de primo-infection et SIDA qui sont les stades où la virémie est élevée.

Le risque est aussi élevé en cas d'infections génitales, de rapports sexuels pendant les règles, de violences sexuelles.

➤ **La transmission sanguine**

Elle est observée chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, lors de transfusion sanguine, de transfusion d'extrait de sang à risque. Les contaminations professionnelles au cours des piqûres ou de blessures accidentelles avec du matériel contaminé ou projection de sang sur les muqueuses.

➤ **La transmission verticale**

La transmission materno-fœtale peut survenir à différentes étapes de la grossesse.

- Intra-utérine : dans les semaines précédant l'accouchement dans un tiers des cas ;
- Intra-partum : au moment de l'accouchement dans deux tiers des cas.
- Allaitement : présente également un risque d'infection pour l'enfant estimé entre 5 et 7%.

## **6. Physiopathologie [12]**

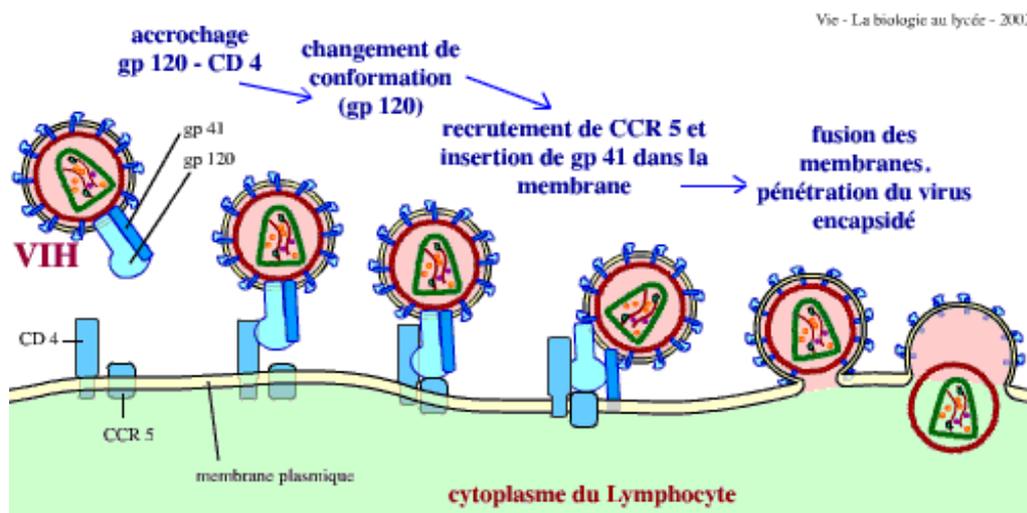
### **6-1. Mécanisme d'entrée du VIH dans la cellule hôte**

Le virus du SIDA utilise pour rentrer dans ses cellules hôtes les protéines présentes à sa membrane et à celle de la cellule hôte. La protéine virale gp 120 possède en effet un domaine de liaison à la protéine TCD4.

Le virus du SIDA est ainsi capable de se fixer spécifiquement aux lymphocytes T4, qui portent cette protéine à leur membrane.

Cette fixation de gp 120 à TCD4 conditionne l'ensemble des étapes suivantes permettant la pénétration de la nucléocapside virale dans le lymphocyte.

La fixation de gp 120 à TCD4 permet de démasquer une autre protéine membranaire virale : gp 41. Celle-ci s'insère alors dans la membrane du lymphocyte, permettant la fusion des deux membranes, et ainsi l'entrée du virus dans la cellule :



**Figure 4 :** Les étapes de l'entrée du VIH dans la cellule hôte

En réalité, le récepteur CD 4 seul est insuffisant pour une pénétration du VIH dans la cellule. Des corécepteurs sont nécessaires. Parmi ceux-ci, on peut citer deux protéines transmembranaires : CXCR-4 et CCR-5. Ces corécepteurs ne sont pas des protéines spécifiques des lymphocytes T4 : de nombreuses autres cellules les possèdent. Toutes les souches de VIH n'utilisent pas le même corécepteur. Il existe aussi d'autres corécepteurs possibles. Il est à noter que certaines personnes possédant un allèle particulier du corécepteur CCR5 (délétion de 32 paires de bases dans le gène) semblent résistantes à l'infection par le VIH. Ces individus représenteraient 1 % de la population.

Un exemple de variabilité du VIH : le VIH-1 9 sous-types de VIH-1.

Pour chaque type, il est possible de dégager un certain nombre de sous-types, sur la base de comparaison de séquences.

### Origine de la variabilité du VIH

Deux mécanismes rentrent en jeu pour expliquer une telle variabilité du VIH :

#### 6-1-1. La reverse transcriptase

Elle a un taux d'erreur très élevé, de l'ordre de  $10^{-3}$  à  $10^{-4}$ . Ceci correspond à une à deux mutations (s) par cycle de réplication;

#### 6-1-2. Le taux de renouvellement du virus

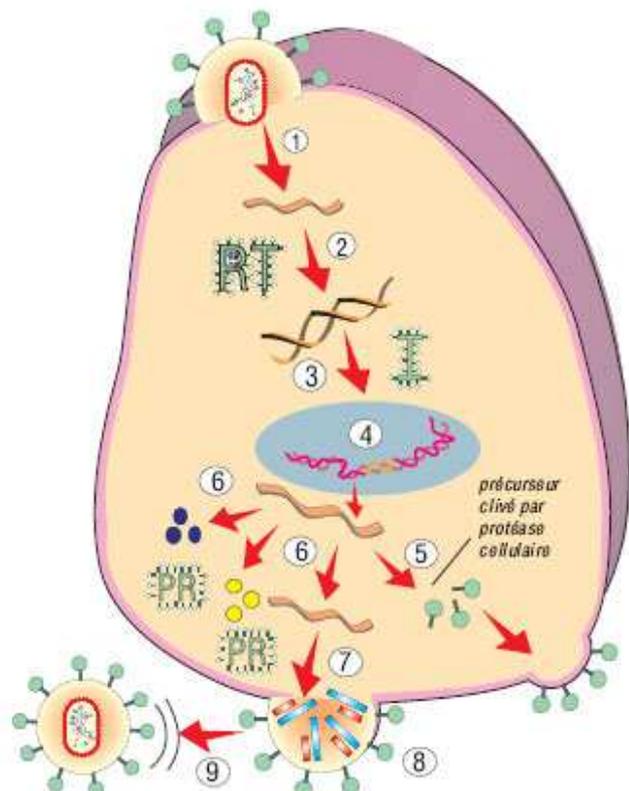
Il est très élevé (demi-vie de 48 h), ce qui donne de  $10^8$  à  $10^9$  virions synthétisés par jour.

Les erreurs de lecture de l'information génétique par la réserve transcriptase sont à la base des variantes génétiques. Une telle variabilité rend difficile l'élaboration d'un vaccin.

Ainsi, lorsque le système immunitaire est encore fort, on observe un grand nombre de variantes, dus aux mutations : le virus déborde ainsi le système immunitaire, qui est alors détruit. La variabilité se réduit alors, le variant le plus efficace prenant le dessus.

## 6-2. Cycle de réplication du VIH

Le VIH est un rétrovirus, il a donc besoin d'intégrer le noyau de la cellule pour détourner le fonctionnement cellulaire afin d'assurer sa reproduction



### Légende

- 1 : Fusion de l'enveloppe avec la membrane du lymphocyte CD4
- 2 : Retranscription de l'ARN viral en ADN viral par la transcriptase inverse.
- 3 : Intégration de l'ADN pro viral en ADN cellulaire à l'aide de l'intégrase virale.
- 4, 5, 6 : Transcription de l'ADN en ARN messager puis traduction de l'ARN en protéine.
- 7 : Maturation du virus.
- 8 : Bourgeonnement du virus.
- 9 : Libération des nouveaux virus.

**Figure 5 :** Cycle de replication du VIH

Le déroulement du cycle du VIH se fait comme suit :

### ➤ **Pénétration**

Le VIH est un virus à enveloppe dont la partie externe est constituée de protéines gp 120. Le gp 120 reconnaît le CD4 qui est donc le récepteur du VIH sur la cellule cible. La protéine d'enveloppe plus interne, la gp41, achève la fixation et permet la fusion des membranes virales et cellulaires. Le matériel infectieux du virus est alors injecté dans la cellule désormais contaminée.

### ➤ **Transcription**

Pour assurer l'intégration du matériel génétique du VIH à celui de la cellule, il doit y avoir une étape permettant la "traduction" de l'ARN viral en ADN, c'est la transcription. La transcriptase inverse est une enzyme, contenue à l'origine dans la capsid virale, qui permet à l'aide des nucléosides contenus dans la cellule de

construire un brin d'ADN viral à partir de l'ARN. L'ADN ainsi produit peut être intégré à l'ADN cellulaire, ce qui est la première étape vers la synthèse de nouveaux virus.

➤ **Intégration**

L'ADN linéaire issu de la phase de transcription inverse est transporté dans le noyau de la cellule. Cet ADN est intégré à l'ADN cellulaire grâce à l'action de l'intégrase qui est une enzyme qui "coupe" l'ADN cellulaire et "recolle" cet ADN avec l'ADN viral.

➤ **Synthèse**

Une étape assurée par les ARN messagers viraux qui portent les informations nécessaires à la synthèse du nouveau virus.

➤ **Maturation**

Les protéines formées précédemment n'étant pas matures, elles doivent subir l'action d'une enzyme avant "l'assemblage". Cette enzyme est la protéase qui est elle même formée dans l'étape de synthèse. L'action de cette enzyme est indispensable pour la création de virus viables. Cette enzyme est la cible des molécules de la famille des anti-protéases.

➤ **Bourgeonnement**

C'est l'étape finale durant laquelle les virus formés quittent la cellule. Le VIH "enfonce" la membrane cellulaire, s'entoure de celle-ci et sort de la cellule. Il est alors entouré de membrane cellulaire, ce qui lui procure une protection supplémentaire. Le nouveau virus est désormais prêt à infecter une nouvelle cellule.

## **7. Manifestations cliniques**

### **7-1. Histoire naturelle [13]**

L'évolution spontanée de l'infection peut être divisée en trois phases :

- La phase aiguë ou primo-infection, qui dure quelques semaines
- La phase chronique, qui dure quelques années caractérisée par une latence clinique mais sans latence virologique

La phase finale symptomatique (phase SIDA), qui dure de quelques mois à quelques années.

#### **7-1-1. La primo infection**

Elle survient 2 à 4 semaines après l'exposition, et elle est asymptomatique dans 70 à 80% des cas. Ses principales manifestations sont :

- La fièvre (80%)

- L'éruption maculo-papuleuse principalement du tronc (60%)
- La fatigue (80%)
- La pharyngite avec adénopathies cervicales (50%)
- Les myalgies et les arthralgies (50%)
- Les céphalées avec douleur rétro orbitaire (40%)
- Les ulcérations muqueuses (buccales 20%, génitale 10%)

La primo infection coïncide avec une poussée plasmatique du taux d'ARN du VIH > 1 million de copies /ml (pic entre 4 et 8 semaines) et une chute du taux de CD4 entre 300-400 cellules /mm<sup>3</sup> parfois au dessous de 200 quand les infections opportunistes surviennent (candidose oro pharyngée, pneumonie à *Pneumocystis carinii*), mais le fait est rare. Les symptômes régressent un à deux semaines parfois dans un délai pouvant atteindre dix semaines, évoluant parallèlement à la montée du taux de cellule CD4 et à la chute de la charge virale.

La maladie est discrète chez de nombreux patients, identifiée seulement rétrospectivement lors de l'enquête faite quand le malade est vu plus tard. Le Taux de CD4 revient rarement à sa valeur antérieure. Le diagnostic repose sur la détection dans le sérum de l'ARN du VIH, ou sur le test Immunoblot (qui révèle les anticorps développés contre les protéines précoces). L'apparition d'anticorps sérique spécifique anti-VIH (séroconversion) se produit plus tard 3 à 12 semaines (médiane de 8 semaines), très rarement au delà de 3 mois, après la contamination.

Les facteurs indiquant une progression rapide de l'infection à VIH sont la présence et la durée des symptômes, la mise en évidence d'une candidose, et l'atteinte neurologique. Le niveau de la charge virale post conversion est fortement corrélé à l'importance de la progression ultérieure de la maladie.

Le diagnostic différentiel de la primo infection à VIH comprend les infections aigues à EBV et à CMV, la pharyngite streptococcique, la toxoplasmose et la syphilis secondaire.

### **7.1.2 Phase chronique**

#### **➤ Infection asymptomatique**

L'infection asymptomatique (maladie de catégorie A) persiste un temps variable, durant lequel l'individu infecté se porte bien, sans signes de maladie si ce n'est parfois la présence d'adénopathies généralisées persistantes (AGP ; définies par la présence de ganglions hypertrophiés dans au moins deux autres sites que inguinaux).

A ce stade l'essentiel de la réplication virale se situe dans les tissus lymphoïdes (par exemple dans les cellules détritiques folliculaires). La virémie est soutenue, avec une baisse du taux de cellules CD4 fonction de l'importance de la charge virale, encore qu'habituellement entre 50 et 150 cellules /année.

➤ **Maladie symptomatique légère**

Une maladie symptomatique légère (maladies de catégorie B) se développe alors chez la majorité des patients, traduisant une certaine atteinte de l'immunité cellulaire. Ces cas correspondent aux infections appelées complexes apparentées aux SIDA mais qui, par définition, ne sont pas des SIDA.

**7.1.3 Syndrome d'immunodépression acquis(SIDA)**

SIDA (maladie de catégorie C) est défini par le développement d'infections opportunistes spécifiques.

**7-2. Classification [14]**

- En Afrique, le SIDA a été défini lors de la réunion de l'OMS à Bangui du 22 au 25 octobre 1985. Cette définition a été scindée en deux : chez l'adulte et l'enfant et en fonction des moyens de diagnostic disponibles.

➤ **Chez l'adulte :**

Le SIDA est défini par l'existence d'au moins deux signes majeurs associés à au moins un signe mineur en absence de toutes autres causes d'immunodépression telles que les cancers, les malnutritions sévères, etc.

De même, la présence d'un sarcome de Kaposi généralisé ou d'une méningite à crypto coques suffit pour affirmer le diagnostic du SIDA.

- La classification CDC d'Atlanta

Les critères de SIDA varient selon les régions du monde. Ainsi, les USA ont-ils étendu leur définition en 1993 à tous les patients dont le taux de CD4 < 200/mm<sup>3</sup>.

Cette classification fondée à la fois sur des paramètres cliniques et sur la numération des lymphocytes T CD4+ est la référence internationale partout où la mesure des lymphocytes T CD4+ est disponible à cause du fait qu'elle s'articule mieux avec la définition du SIDA.

**Classification des CDC de l'infection à VIH et du SIDA (adultes) révisée en 1993**

<b>Nombre de CD4+</b>	<b>Etat clinique</b>		
	<b>A</b> -Maladies asymptomatiques -Séroconversion (PI) -LPG	<b>B</b> Maladies constitutionnelles symptomatiques de façon minimale pas de la catégorie A ni C.	<b>C</b> Maladies indicatives de SIDA.
> 500/mm <sup>3</sup>	A <sub>1</sub>	B <sub>1</sub>	C <sub>1</sub>
200 – 499/mm <sup>3</sup>	A <sub>2</sub>	B <sub>2</sub>	C <sub>2</sub>
< 200mm <sup>3</sup>	A <sub>3</sub>	B <sub>3</sub>	C <sub>3</sub>

➤ Catégories cliniques selon les nouvelles définitions du SIDA :

- ✓ Catégorie A :
  - Infection à VIH asymptomatique ;
  - LGP (Lymphadénopathies généralisée persistantes) ;
  - Primo-infection symptomatique (séroconversion).
- ✓ Catégorie B :
  - Angiomatose bacillaire ;
  - Candidose oro-pharyngée ;
  - Candidose vaginale persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement ;
  - Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ ;
  - Syndrome constitutionnel fièvre (>38,5°C) ou diarrhée supérieure à un mois;
  - Leucoplasie chevelue de la langue ;
  - Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome ;
  - Purpura thrombocytopénique idiopathique ;
  - Salpingite ;
  - Neuropathie périphérique.
- ✓ Catégorie C :
  - Elle correspond au SIDA chez l'adulte.

- Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire ;
- Candidose de l'œsophage ;
- Cancer invasif du col ;
- Coccidioidomycose disséminée ou extra pulmonaire ;
- Cryptosporidiose intestinale supérieure à 1 mois ;
- Infection à cytomégalo virus (CMV) autre que le foie, la rate ou les ganglions ;
- Rétinite à CMV (avec altération de la vision) ;
- Encéphalopathie due au VIH ;
- Infection herpétique (ulcère chronique > un mois) ;
- Histoplasmosse disséminée ou extra pulmonaire ;
- Sarcome de Kaposi ;
- Lymphome alvéolaire ;
- Lymphome immunoblastique ;
- Lymphome cérébral primaire ;
- Infection à *Mycobacterium avium* ou *Kansaii*, disséminée ou extra pulmonaire ;
- Infection à *Mycobacterium tuberculosis* quel que soit le site (pulmonaire ou extra pulmonaire) ;
- Infection à mycobactérie identifiée ou non, disséminée ou extra pulmonaire ;
- Pneumonie à *Pneumocystis carinii* ;
- Pneumopathie bactérienne récurrente ;
- Leuco-encéphalite multifocale progressive ;
- Septicémie à *Salmonella* non typhi récurrente ;
- Toxoplasmose cérébrale ;
- Syndrome cachectique du au VIH.

**- Classification selon OMS [14]**

➤ **Stade clinique 1 :**

- Patient asymptomatique
- Adénopathies persistantes généralisées

Degré d'activité 1 : activité normale

➤ **Stade clinique 2 :**

- Perte de poids < 10% du poids corporel
- Zona (au cours des 5 dernières années)

- Manifestations cutané-muqueuses mineures (dermite séborrhéique, prurigo, ulcérations buccales, chéilite angulaire)
- Infections récidivantes des voies aériennes supérieures

Degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale

➤ **Stade clinique 3 :**

- Perte de poids supérieure à 10% du poids corporel
- Diarrhée inexpliquée > 1 mois
- Fièvre prolongée > 1 mois
- Candidose buccale
- Leucoplasie orale chevelue
- Tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente
- Infection bactérienne sévère

Degré d'activité 3 : patient alité moins de 50 % du temps

➤ **Stade clinique 4 :**

- Syndrome cachectisant dû au VIH
- Pneumocystose
- Toxoplasmose cérébrale
- Cryptosporidiose avec diarrhée > 1 mois
- Cryptococcose extra pulmonaire
- Cytomégalovirus
- Herpes virose cutané muqueuse > 1 mois ou viscérale Leucoencéphalite multifocale progressive
- Mycose endémique généralisée (histoplasmosse, Coccidioidomycose)
- Candidose œsophagienne, trachéale, bronchique ou pulmonaire
- Mycobactériose atypique disséminée
- Septicémie à salmonelle mineure
- Tuberculose extra pulmonaire
- Lymphome malin
- Sarcome de Kaposi
- Encéphalopathie à VIH

Degré d'activité 4 : patient alité de plus de 50% du temps.

## **8. Diagnostic biologique de l'infection à VIH [13] [22]**

### **8-1. Diagnostic direct**

➤ **Technique d'ELISA**

La mise en œuvre d'anticorps spécifiques est la méthode de détection la plus courante, le dépistage s'effectue sur un premier sérum par la technique d'ELISA

**Principe :** Technique de dosage enzymatique permettant de détecter la présence dans le sang d'anticorps dirigés contre un agent bactérien ou viral, ou celle d'antigènes. (De l'anglais **Enzyme-Linked Immunosorbent Assay**, test d'immunoabsorption enzymatique.)

Autres :

- Isolement viral
- Détection des acides nucléiques viraux:  
PCR (amplification des séquences d'ADN),  
Hybridation (ARN du VIH)

### **8-2. Diagnostic indirect**

#### ➤ **Test rapide**

- Technique d'agglutination
- Technique de filtration ou Dot Blot

#### **a) Test de confirmation ou de western Blot**

La recherche d'anticorps dans les premières semaines précédant la contamination est négative, seule la recherche de l'antigénémie p24 permet de confirmer le diagnostic tout en mettant en évidence les anticorps dirigés contre les différentes glycoprotéines.

### **8-3.Aspect thérapeutique**

**But :**

- Réduire la mortalité et la morbidité liée au VIH
- Restaurer la fonction immunitaire
- Réduire la charge virale à son niveau le plus bas aussi longtemps que possible

**Prévention :**

- Abstinence
- Fidélité réciproque et permanente chez des partenaires déclarés séronégatifs
- Usage de préservatifs
- Usage de matériels stériles
- Surveillance et traitement pendant la grossesse, accouchement et allaitement des femmes atteintes par le VIH et le SIDA.

## Traitement:

- Vaccination : Les études sont en cours
- Traitement symptomatique : Il est fait des antibiotiques, des antimycosiques, des antiparasitaires et des antivirales efficaces à notre possession, selon l'agent causal
- Traitement antirétroviraux :
  - Inhibiteur de la transcriptase inverse :
    - Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse INTI :
      - Zidovudine (AZT) : Retrovir gélule 100-250 mg, comprimé 300mg  
Posologie : 250-300 mg 2 fois/jour  
Effets indésirables : Ils concernent le sang : anémie pouvant nécessiter des transfusions, neutropénie (diminution de certains globules blancs dits polynucléaires neutrophiles) ou leucopénie (diminution de tous les types de globules blancs). Les autres effets possibles sont des nausées, des vomissements, des maux de tête et surtout, des douleurs musculaires, une faiblesse générale, des troubles de la digestion.
        - Lamivudine (3TC),
        - Stavudine (D4T) etc.....
    - Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse INNTI :
      - Nevirapine (NVP) : Virumine comprimé 200 mg  
Posologie : 200 mg 1 fois/jour pendant 14 jours puis 200 mg 2 fois/jour  
Effets indésirables : toxicité cutanée, hépatites
        - Efavirenz (EFV) : Strocien gélule 50, 100, 200 et 600 mg  
Posologie : 600 mg 1 fois/jour le soir  
Effets indésirables : rash, atteintes neurosensorielles
    - Inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse INtTI :
      - Ténofovir (TDF)
  - Inhibiteur de la protéase :
    - Indinavir (IDV)
    - Ritonavir (RTV) : Norvir gélule 100 mg  
Posologie : 600 mg 2 fois/jour
  - Inhibiteur de fusion d'entrée : Enfuvritide
  - Inhibiteur de l'intégrase : En cours de développement
  - Formes combinées :

- AZT+3TC : Combivir comprimé. AZT 300 mg/3TC 150 mg posologie adulte 1 comprimé 2 fois/jour
- AZT+3TC+Ritonavi

# CHAPITRE III : METHODOLOGIE

## **METHODOLOGIE**

### **1. Cadre de l'étude**

#### **Présentation de la commune VI [17] [21]**

La commune VI fut créé en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 août 1978 et est régie par les textes officiels suivants :

- l'ordonnance N° 78-34/CMLN du 28 août 1978 fixant les limites et le nombre des communes ;
- la loi N°93-008 du 11 février déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ;
- la loi N°95-034 du 12 avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

La commune VI est composée de dix quartiers et 3 cités de logement sociaux.

Les quartiers de la rive droite du fleuve Niger ont connu une expansion considérable avec la construction du pont des martyrs en 1960, le pont FAHD en 1989, Le pont de l'amitié sino malienne en 2011 et des logements sociaux.

#### **a) Données démographiques :**

La commune VI est la plus vaste du district avec 94 Km<sup>2</sup>, pour une population estimée à 504 737 habitants en 2011[21].

#### **b) Données géographiques et hydrographie :**

**Limite:** La commune VI, est limitée au nord par le fleuve Niger, à l'est et au sud par le cercle de Kati et à l'ouest par la commune V.

#### **Le relief est accidenté :**

- Dans la partie Est de Banankabougou par Outa-koulouni, culminant à 405m
- Par Taman koulouni avec 386m à l'ouest de la patte d'oie de Yirimadio
- Par Kandoura koulou, Magnambougou koulou et Moussokoro kountji fara, l'ensemble culminant à 420m d'altitude est situé a l'est de Diandjiguila Sokorodji.
- Par doudou koulak dont le flanc ouest constitue une partie de la limite Est de la commune
- Par tien koulou culminant à 500m, son flanc Ouest définit également une partie de la limite ouest de la commune.

#### **Le climat**

Le climat est sahélien avec une saison sèche de février à juin une saison pluvieuse de juillet à septembre et une saison froide d'octobre à janvier. La commune connaît des variations climatiques d'année en année.

## **La végétation**

La végétation a connu une dégradation due à l'exploitation anarchique du bois et aux longues années de sécheresse. Elle est de type soudano-sahélien dominée par les grands arbres comme le karité et le manguier.

## **Hydrographie**

La commune VI est arrosée par le fleuve Niger au nord et les marigots de Sogoniko, de Koumanko et de Blabla.

### **c) Voies et moyens de communication (routes)**

Dans le domaine du transport, la commune VI est traversée par les routes nationales Six (Bamako-Sikasso) et Sept (Bamako-Ségou). Les quatre quartiers qui sont traversés par ces routes sont d'accès facile contrairement aux six autres.

### **d) Moyens de transport**

La commune VI est un carrefour avec une gare routière dominé par les cars « SOTRAMA », les taxis et aérien international : intérieur et aéroport Bamako-Sénou.

### **e) Moyens de télécommunication**

Le réseau de communication est constitué par le téléphone, le fax, l'internet. Toutes les stations radios libres, les chaînes télévisées nationales et autres sont captées dans la commune. Deux radios libres (Espoir et Guitan) y sont implantées.

### **f) Activités économiques**

L'économie de la commune est dominée par le secteur tertiaire (commerce, transport, tourisme), suivi du secteur secondaire, malgré le rôle relativement important du secteur primaire (agriculture, élevage, pêche, artisanat, maraîchage).

### **g) Données socioculturelles et religieuses**

La structure sociale et culturelle reste traditionnelle.

Les notions de nobles et d'homme de caste sont toujours vivantes au sein de la communauté.

Les pratiques et habitudes ancestrales sont toujours d'actualité ; il s'agit du mariage traditionnel, de la polygamie, du lévirat et sororat, des cérémonies rituelles etc.

Les principales religions rencontrées dans la commune sont : l'Islam (80%), le Christianisme (10%) et l'Animisme.

### **h) Degré d'urbanisation**

La commune VI est composée de 4 quartiers urbains et 6 semi urbains. Le degré de viabilisation de la commune est peu avancé. Les quartiers totalement lotis sont Banankabougou, Magnambougou, Sogoniko et Faladiè.

### i) Situation sanitaire

La couverture socio sanitaire de la commune est assurée par un centre de santé de référence, un service social, 11 CSCOM fonctionnels, 35 structures sanitaires privées recensées, 1 structure mutualiste, 2 structures parapubliques et 32 officines de pharmacie.

**Tableau II** : Chronologie de la mise en place des CSCOM et leurs distances par rapport au CS Réf

Noms aires de santé	Date de création	Quartiers	Distances (en km)	SCOM/CSRéf
ASACOMA	Septembre 1991	Magnambougou		3
ASACONIA	Janvier 1992	Niamakoro 1		6
ANIASCO	Janvier 1992	Niamakoro 2		8
ASACOBABA	Mars 1992	Banakabougou		5
ASACOSE	Décembre 1992	Sénou		15
ASACOSO	Octobre 1993	Sogoniko		0.3
ASACOFA	Août 1994	Faladiè		4
ASACROYIR	Septembre 1997	Yirimadio		10
ASACOSODIA	Mars 1999	Sokorodji-dianéguéla		6
ASACOMIS	Mars 2003	Missabougou		12
ASACOCY	Juillet 2005	Cité de Yirimadio		7

**Source** : monographie de la commune VI 2011 (SIS)

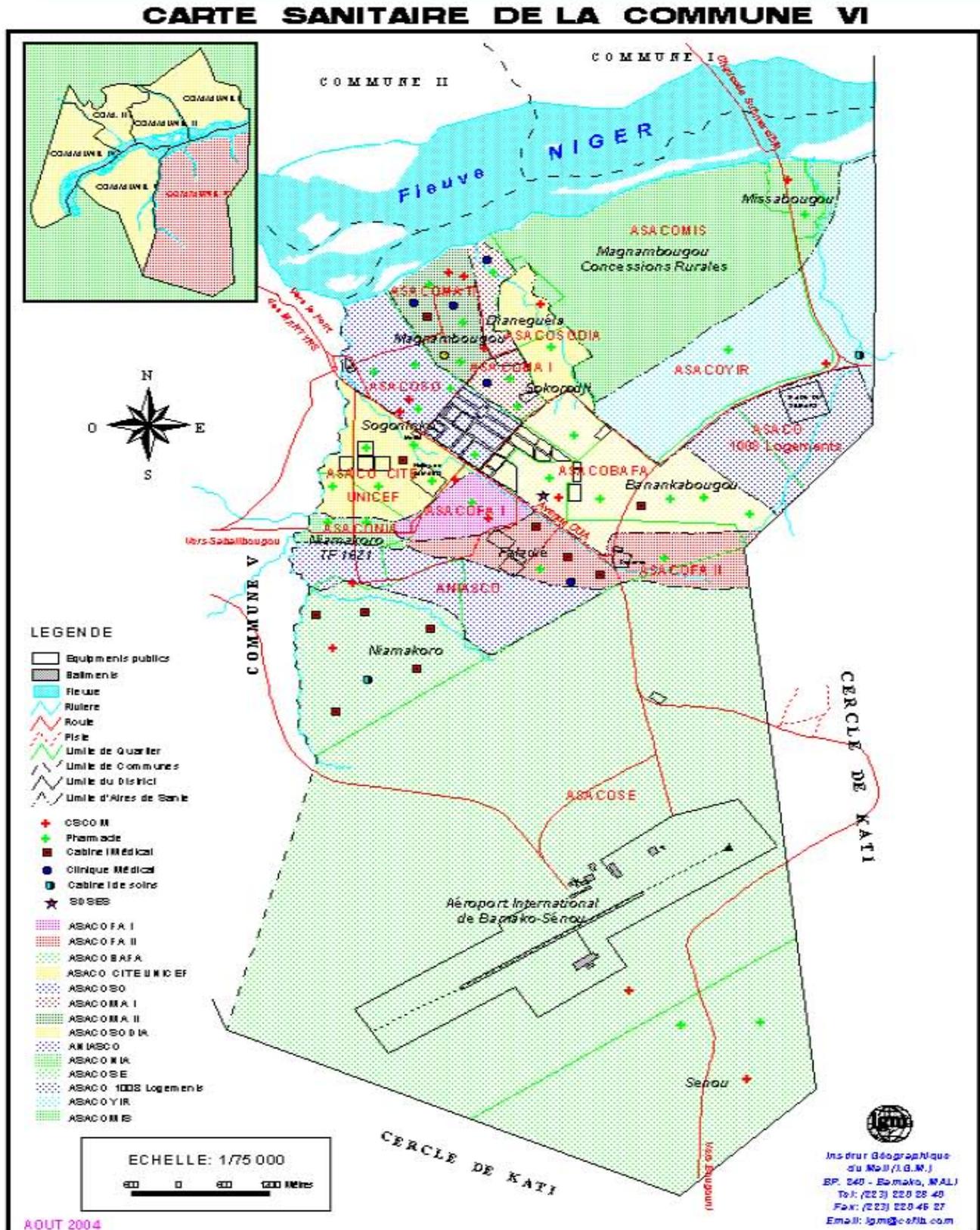


Figure 6 : Carte sanitaire de la commune VI

## 2. Période et type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive dont la période de collecte s'est déroulée du 17 juillet au 23 août 2012.

## 3. Population d'étude :

La population visée par notre étude était les jeunes de 15 à 24 ans résidant dans la Commune VI du district de Bamako.

**Critères d'inclusion:** Etaient inclus dans notre étude tous les jeunes de 15 à 24 ans, résidant et ayant fait au moins 6 mois dans la commune VI.

**Critères de non inclusion:** N'étaient pas inclus dans notre étude tous les jeunes ayant refusés les conditions de l'enquête et qui n'étaient pas dans la résidence au moment de notre passage.

## 4. Echantillonnage

La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule de Schwartz:

$$n = (Z\alpha)^2 * \frac{P*q}{i^2}$$

n : taille de l'échantillon

$\alpha = 5 \%$

$Z\alpha =$  écart réduit = 1,96, correspondant au risque  $\alpha$  de 5 %

$P = 0,7\%$  = prévalence du VIH parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans au Mali selon EDSM- IV

$q = 1-p$ , Probabilité complémentaire de P

$i =$  précision, nous l'avons fixé à 2%

$$n = (1,96)^2 * \frac{0,007 * 0,993}{0,0004} * 2$$

$n = 133,5 \approx 134$

La taille définitive de l'échantillon est  $n=134$ .

### ➤ Choix de la commune VI :

Notre enquête a été menée dans la commune VI du district de Bamako. L'intérêt d'un tel choix est de savoir s'il peut exister une différence dans les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15 à 24 ans de la commune VI à différents statuts sociaux et ceux des autres communes du district de Bamako.

### ➤ Choix des aires de santé/quartiers :

Les aires de santé ont été sélectionnées par échantillonnage en grappe. Nous avons décidé de prendre un nombre de grappes ( $g$ ) = 30. La procédure suivante a été adoptée pour la sélection des grappes:

**Etape 1** : établissement de la liste nominative de toutes les aires de santé de la commune VI. Elles sont au nombre de (11);

**Etape 2** : calcul de l'effectif cumulé des populations à partir de l'effectif de la population de chaque aire de santé, en ajoutant la population d'une première aire de santé à celle de la seconde aire de santé et ainsi de suite. Cela nous a permis d'avoir un total de l'effectif cumulé « N » égale à 504738 (voir tableau III ci dessous).

**Tableau III** : Récapitulatif des aires de santé, effectifs des populations et effectif cumulé des populations des aires de santé de la commune VI (source : fiches signalétiques des CSCOM/CS de la commune VI)

N°	Noms des quartiers / aires de santé	Effectif de la population (actualisée 2011)	Effectif de la population cumulée
1	Niamakoro I	82323	82323
2	Niamakoro II	58695	141018
3	Sogoniko	47151	188169
4	Missabougou	12114	200283
5	Faladiè	25671	225954
6	Cité 1008	17508	243462
7	Sénou	71375	314837
8	Yirimadio	55179	370016
9	Banakabougou faladie	49085	419101
10	Magnambougou	36811	455912
11	Sokorodji dianneguela	48826	504738
	<b>TOTAL</b>	<b>504738</b>	<b>504738</b>

**Etape 3** : calcul du pas de grappe « k » en divisant le total de l'effectif cumulé de la population « N » par le nombre de grappes « g » :

$$k = \frac{N}{g} = \frac{504738}{30} = 16825$$

**Etape 4** : choix du nombre au hasard

A partir d'un billet de banque de dix milles franc CFA, on a sélectionné un nombre au hasard entre 1 et le pas de grappe « k » qui est 16825 ; le chiffre sélectionné est 1067.

**Etape 5** : Choix de la 1<sup>ère</sup> grappe

La première grappe sera située dans l'aire de santé où la population cumulée contient 1067. Alors elle se trouve dans le quartier de NIAMAKORO I qui a la population cumulée égale à 82323.

**Etape 6 : Choix de la 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> grappe**

Nous avons ajouté au nombre au hasard 1067, le pas de grappe qui est égal à 16825 ; cela a donné 17892(Voir tableau IV ci dessous). Ce chiffre tombe dans la population cumulée du quartier de NIAMAKORO I (deuxième grappe).

Pour le choix de la troisième grappe, nous avons ajouté au chiffre 17892 le pas de grappe « 16825 » et nous avons trouvé 34717 qui tombent dans le quartier de NIAMAKORO I avec 82323 comme population cumulée. Nous avons procédé de la même manière pour choisir les 30 grappes.

Le tableau IV présente les aires de santé, les populations actualisées, cumulées et les grappes retenues.

**Tableau IV :** Récapitulatif des quartiers, effectifs populations, effectifs cumulés et grappes retenues.

Numéro d'ordre	QUARTIERS	Effectif de la population (actualisée 2011)	Effectif de la population cumulée	Grappes
1	Niamakoro I	82323	82323	1 2 3 4 5
2	Niamakoro II	58695	141018	1 2 3 4
3	Sogoniko	47151	188169	1 2 3
4	Faladiè	25671	225954	1 2
5	Cité 1008	17508	243462	1
6	Sénou	71375	314837	1 2 3 4
7	Yirimadio	55179	370016	1 2 3
8	Banakabougou faladie	49085	419101	1 2 3
9	Magnambougou	36811	455912	1 2 3
10	Sokorodji dianneguella	48826	504738	1 2
	<b>TOTAL</b>	<b>504738</b>	<b>504738</b>	<b>30</b>

\*grappes tirées dans l'aire de santé.

Soit 30 grappes pour 10 quartiers.

Le nombre de jeunes à enquêter par grappe

$$n = \frac{134}{g} = \frac{134}{30} = 4,4 \approx 4$$

➤ **Choix des unités statistiques :**

Dans chaque grappe retenue, 5 jeunes étaient choisies au hasard. Si le quartier dispose de plus d'une grappe, alors le nombre de jeunes à enquêter était multiplié par le nombre de grappe dont dispose le quartier (Voir tableau V : taille des jeunes par quartier).

**Tableau V:** Taille des jeunes de 15 à 24 ans par quartier.

N°	QUARTIERS	Nombre de grappe	Taille par Quartiers
1	Niamakoro I	5	25
2	Niamakoro II	4	20
3	Sogoniko	3	15
4	Faladiè	2	10
5	Cité 1008	1	05
6	Sénou	4	20
7	Yirimadio	3	15
8	Banakabougou faladie	3	15
9	Magnambougou	3	15
10	Sokorodji dianneguèla	2	10
	<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>150</b>

**5. Déroulement de l'enquête :**

L'enquête se déroulera par passage dans les concessions. Pour accéder aux concessions, l'enquêteur se placera sur une place publique du quartier et choisira une direction à l'aide d'un crayon.

Cette direction sera le lieu de départ de l'enquête. La première concession à visiter sera tirée au hasard et les autres seront choisies de proche en proche. Dans chaque concession un jeune garçon ou une jeune fille sera tiré au hasard.

**6. Considérations éthiques :**

Avant de commencer avec la présente étude, d'amples informations seront fournies à la population d'étude sur les objectifs et la confidentialité de l'entretien pour avoir leur consentement éclairé. Il n'y aura pas d'avantage direct pour les enquêtés, mais les résultats de l'enquête pourront aider les décideurs à améliorer les stratégies de lutte contre le VIH/ SIDA dans la population malienne. Les bonnes pratiques médicales ont été respectées.

## **7. Traitement et analyse des données :**

La saisie sera effectuée sur le logiciel Microsoft Access et l'analyse sur le logiciel de statistique SPSS.

### **■Variables**

➤ **caractéristiques sociodémographiques des jeunes de 15 à 24 ans face au VIH et le SIDA dans la commune VI du district de Bamako.**

- Age
- Sexe
- Statut matrimonial
- Niveau d'instruction
- Résidence
- Profession

➤ **Sources d'information des jeunes de 15 à 24 ans sur le VIH et le SIDA**

- Personne
- Structure de santé
- Association
- Média

➤ **connaissances, des jeunes de 15 à 24 ans dans la commune VI de Bamako en matière de VIH et le SIDA.**

- mode de contamination/transmission du VIH et le SIDA
- son existence
- Protection/prévention
- Traitement

➤ **attitudes des jeunes de 15 à 24 ans dans la communes VI de Bamako en matière de VIH et le SIDA**

- test de dépistage du VIH et le SIDA
- Annonce du statut
- Cohabitation avec un séropositif
- Travail avec un séropositif

➤ **pratiques des jeunes de 15 à 24 ans dans la communes VI de Bamako en matière de VIH et le SIDA**

- Habitude d'avoir ou non de rapport sexuel
- L'âge au premier rapport sexuel
- Usage du préservatif au premier rapport sexuel
- Utilité du préservatif au cours des rapports sexuels
- Sources d'approvisionnement en préservatif

# CHAPITRE IV : RESULTATS

## RESULTATS

### I. Objectif 1 : Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre étude nous avons enquêté auprès de 150 jeunes âgés de 15 à 24 ans en milieu communautaire dans la commune VI du district de Bamako.

La tranche d'âge [20-24] était la plus représentée avec une répartition équitable des deux sexes.

Dans notre échantillon, les célibataires au nombre de 137 représentaient 91%.

**Tableau I** : Répartition des enquêtés en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage (%)
Supérieur	49	35
Secondaire	62	44
Primaire	29	21
<b>Total</b>	<b>140<sup>1</sup></b>	<b>100</b>

Les jeunes du niveau secondaire représentaient les 44%.

**Tableau II** : Répartition des enquêtés en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Etudiant/Elève	107	71,3
Ouvrier	21	14
Professionnel <sup>2</sup>	13	8,7
Commerçant (e)	9	6
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Les étudiants / élèves étaient majoritaires avec 71,3%.

<sup>1</sup> Dix enquêtés n'ont pas répondu à la question

<sup>2</sup> Regroupe tous ceux qui se sont déclarés comme : comptable, gestionnaire, pharmacien, gendarme, aide soignante, infirmière d'Etat.

## II. Objectif 2 : Source d'Informations des jeunes en matières de VIH et le SIDA

**Tableau III** : Répartition des enquêtés en fonction des sources d'informations sur le VIH et le SIDA

Sources d'informations	Effectif	Pourcentage (%)
Télévision	57	38,5
Structure de santé	24	16,2
Radio	18	12,1
Ecole	14	9,5
Journaux ou magazines	11	7,4
Séances d'animation culturelle et éducative	10	6,8
Parent	5	3,4
Ami	5	3,4
Affiches	4	2,7
<b>Total</b>	<b>148<sup>3</sup></b>	<b>100</b>

Les medias<sup>4</sup> représentaient le moyen le plus utilisé soit 67,5%.

## III. Objectif 3 : Connaissances des jeunes en matière de VIH et le SIDA

La connaissance des enquêtés a été évalué selon leur connaissance sur l'existence du VIH et le SIDA.

Selon notre étude 98,7% sur un effectif de 148 ont répondu affirmativement sur l'existence du VIH et le SIDA.

Le partage de nourriture contribue à la transmission du sida pour 6,1% des jeunes enquêtés.

<sup>3</sup> Deux(2) enquêtés n'ont pas répondu à la question

<sup>4</sup> Les medias regroupent : radio, télévision, journaux ou magazine, affiche, séance d'animation culturelle

**Tableau IV** : Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur le mode de contamination/ transmission par sorcellerie/ moyen surnaturel

<b>Sorcellerie/ moyen surnaturel</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
OUI	5	3,6
NON	132	96,4
<b>Total</b>	<b>137<sup>5</sup></b>	<b>100</b>

La sorcellerie ou des moyens surnaturels ont été déclaré par 3,6% des jeunes comme mode de transmission du VIH et le Sida.

**Tableau V**: Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur le mode de contamination/ transmission mère- enfant

<b>Mère - Enfant</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
OUI	114	82
NON	25	18
<b>Total</b>	<b>139<sup>6</sup></b>	<b>100</b>

La transmission du VIH et le SIDA de la mère à l'enfant est connue par 82% des enquêtés.

**Tableau VI** : Répartition des enquêtés en fonction de leur opinion sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse

<b>Transmission pendant la grossesse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
OUI	79	52,7
NON	71	47,3
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Pour 52,7% des jeunes le Sida se transmet de la mère à l'enfant pendant la grossesse.

<sup>5</sup> Treize(13) enquêtés n'ont pas répondu à la question

<sup>6</sup> Onze(11) enquêtés n'ont pas répondu à la question

**Tableau VII:** Répartition des enquêtés en fonction de leur opinion sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant l'accouchement

<b>Transmission pendant l'accouchement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
OUI	33	22
NON	117	78
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Pour 78% des jeunes pensent que le Sida ne se transmet pas de la mère à l'enfant pendant l'accouchement.

**Tableau VIII :** Répartition des enquêtés en fonction de leur opinion sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant l'allaitement

<b>Transmission pendant l'allaitement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
OUI	34	22,7
NON	116	97,3
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Pour 97,3% des jeunes ne pensent pas que le Sida peut se transmettre de la mère à l'enfant pendant l'allaitement.

**Tableau IX :** Répartition des enquêtés selon leur opinion sur la protection /prévention en matière du VIH et le SIDA

<b>Protection/ prévention</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
OUI	139	97
NON	4	3
<b>Total</b>	<b>143<sup>7</sup></b>	<b>100</b>

Les jeunes ont déclaré dans 97% qu'il existe une protection ou prévention en matière de VIH et le SIDA.

<sup>7</sup> Sept(7) enquêtés n'ont pas répondu à la question

**Tableau X:** Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur les moyens de protection en matière du VIH et le SIDA

Moyens de protection	Effectif	Pourcentage (%)
S'abstenir du rapport sexuel	19	13
Etre fidèle à un seul partenaire	38	27
Utilisation des condoms	86	60
<b>Total</b>	<b>143<sup>8</sup></b>	<b>100</b>

L'utilisation des condoms a été le moyen de protection cité par 60% des enquêtés.

**Tableau XI :** Répartition des enquêtés selon qu'ils ont discuté du sida avec leur partenaire

Discuter sida avec partenaire	Effectif	Pourcentage (%)
OUI	116	78
NON	32	22
<b>Total</b>	<b>148<sup>9</sup></b>	<b>100</b>

Les jeunes ayant discuté du SIDA avec leurs partenaires représentaient 78%.

<sup>8</sup> Sept(7) enquêtés n'ont pas répondu à la question

<sup>9</sup> Deux(2) enquêtés n'ont pas donné de réponse face à cette question

**Tableau XII** : Répartition des enquêtés selon la connaissance d'une personne qui est décédée du SIDA

Décédé du SIDA	Effectif	Pourcentage (%)
OUI	32	23
NON	109	77
<b>Total</b>	<b>141<sup>10</sup></b>	<b>100</b>

Les jeunes qui ont déclaré ne pas connaître une personne qui est décédée du Sida occupaient 77%.

**Tableau XIII** : Répartition des enquêtés en fonction de leur connaissance sur la possibilité qu'une personne vivant avec le VIH soit en bonne santé apparente

Bonne santé	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	101	71
Non	41	29
<b>Total</b>	<b>142<sup>11</sup></b>	<b>100</b>

Pour 71% des jeunes, une personne vivant avec le VIH peut paraître en bonne santé.

**Tableau XIV** : Répartition des enquêtés selon la connaissance d'un endroit où l'on peut se procurer un condom

Connaissance d'un endroit	Effectif	Pourcentage (%)
OUI	123	83
NON	25	17
<b>Total</b>	<b>148<sup>12</sup></b>	<b>100</b>

Les jeunes qui connaissaient un endroit où l'on peut se procurer d'un condom représentaient 83%.

<sup>10</sup> Neuf(9) enquêtés n'ont pas donné de réponse face à cette question

<sup>11</sup> Huit enquêtés n'ont pas répondu à la question

<sup>12</sup> Deux enquêtés n'ont pas donné de réponse face à cette question

**Tableau XV** : Répartition des enquêtés selon leur opinion sur l'existence de traitement du SIDA

Existence de Traitement du SIDA	Effectif	Pourcentage (%)
OUI	103	73
NON	38	27
<b>Total</b>	<b>141<sup>13</sup></b>	<b>100</b>

Pour 73% des jeunes, il existe un traitement pour le sida.

#### IV. Objectif 4 : Attitudes des jeunes en matières de VIH et le SIDA

**Tableau XVI** : Répartition des enquêtés selon leur attitude à faire le test de dépistage du VIH

Test de dépistage	Effectif	Pourcentage (%)
OUI	119	83
NON	24	17
<b>Total</b>	<b>143<sup>14</sup></b>	<b>100</b>

Les jeunes dans 83% pensent qu'il faut faire le test de dépistage.

**Tableau XVII** : Répartition des enquêtés selon leur attitude face à l'annonce du statut sérologique

Annonce du statut	Effectif	Pourcentage (%)
Garder le statut Secret	48	36
Communiqué à la communauté	86	64
<b>Total</b>	<b>134<sup>15</sup></b>	<b>100</b>

Face à l'annonce du statut, 64% des jeunes pensaient qu'il faut communiquer son statut à la communauté.

<sup>13</sup> Neuf(9) enquêtés n'ont pas répondu à la question

<sup>14</sup> Sept(7) enquêtés n'ont pas répondu à la question

<sup>15</sup> Seize(16) enquêtés n'ont pas répondu à la question

**Tableau XVIII** : Répartition des enquêtés selon leur attitude face à un enseignant porteur sain du VIH et qui doit continuer à enseigner à l'école

<b>Annonce du statut</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Peut continuer à enseigner	54	42
Ne doit pas continuer à enseigner	75	58
<b>Total</b>	<b>129<sup>16</sup></b>	<b>100</b>

Face à un enseignant qui a le virus du sida, 58% des jeunes pensaient qu'il ne doit pas continuer à enseigner à l'école.

**Tableau XIX** : Répartition des enquêtés sur le fait qu'une personne peut faire quelque chose pour éviter le virus du SIDA

<b>Eviter le SIDA</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
OUI	139	97
NON	4	3
<b>Total</b>	<b>143<sup>17</sup></b>	<b>100</b>

Les jeunes ont déclaré que le sida est évitable dans 97%.

**Tableau XX** : Répartition des enquêtés selon leur opinion sur le mode de contamination/ transmission par piqure de moustique

<b>Piqure de moustique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
OUI	22	15
NON	123	85
<b>Total</b>	<b>145<sup>18</sup></b>	<b>100</b>

La piqure de moustique ne permette pas de transmettre le sida pour 85% des jeunes enquêtés.

<sup>16</sup> Vingt un(21) enquêtés n'ont pas répondu à la question

<sup>17</sup> Sept(7) enquêtés n'ont pas répondu à la question

<sup>18</sup> Cinq enquêtés n'ont pas répondu à la question

**Tableau XXI:** Répartition des enquêtés selon qu'on peut cohabiter avec un séropositif

<b>Cohabiter avec un séropositif</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
OUI	128	94
NON	8	6
<b>Total</b>	<b>136<sup>19</sup></b>	<b>100</b>

Les jeunes qui pensaient qu'on peut cohabiter avec un séropositif occupaient 94%.

**Tableau XXII :** Répartition des enquêtés selon qu'on peut travailler avec un séropositif

<b>Travail avec un séropositif</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
OUI	130	87
NON	19	13
<b>Total</b>	<b>149<sup>20</sup></b>	<b>100</b>

Pour 87% des jeunes, il est possible de travailler avec un séropositif.

**Tableau XXIII :** Répartition des enquêtés selon leur opinion sur l'éducation des enfants de 12 à 14 ans par rapport à l'utilisation du condom

<b>Eduquer les enfants</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
OUI	112	78
NON	32	22
<b>Total</b>	<b>144<sup>21</sup></b>	<b>100</b>

Les jeunes dans 78% pensent qu'on doit éduquer les enfants de 12 à 14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter le sida.

<sup>19</sup> Quatorze(14) enquêtés n'ont pas répondu à la question

<sup>20</sup> Un(1) enquêté n'a pas donné de réponse face à cette question

<sup>21</sup> Six(6) enquêtés n'ont pas répondu à la question

## V. Objectif 5 : Pratique des jeunes en matière de VIH et le SIDA

**Tableau XXIV:** Répartition des enquêtés selon leur pratique du rapport sexuel

Pratique du rapport sexuel	Effectif	Pourcentage (%)
OUI	95	65
NON	51	35
<b>Total</b>	<b>147<sup>22</sup></b>	<b>100</b>

Les jeunes ayant déclaré leur pratique de rapport sexuel représentaient 65%.

**Tableau XXV:** Répartition des enquêtés selon leur âge au premier rapport sexuel

L'âge au premier rapport sexuel	Effectif	Pourcentage (%)
Jamais Fait	51	34
[5 – 10]	7	5
[11 – 15]	33	23
[16 – 20]	48	33
[21 – 24]	7	5
<b>Total</b>	<b>146<sup>23</sup></b>	<b>100</b>

Pour 33% des jeunes le premier rapport sexuel a eu lieu dans la tranche d'âge 16-20 ans.

<sup>22</sup> Trois(3) enquêtés n'ont pas donné de réponse face à cette réponse

<sup>23</sup> Quatre(4) enquêtés n'ont pas donné de réponse face à cette question

**Tableau XXVI:** Répartition des enquêtés selon l'usage du préservatif au premier rapport sexuel

<b>l'usage du préservatif au premier rapport sexuel</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
OUI	54	42
NON	39	30
<b>Total</b>	<b>130<sup>24</sup></b>	<b>100</b>

Les jeunes ayant utilisé le préservatif au premier rapport sexuel représentaient 42%.

**Tableau XXVII :** Répartition des enquêtés selon la raison d'utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel

<b>Raison d'utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Eviter l'IST/SIDA	18	33
Eviter la grossesse	7	13
Eviter à la fois l'IST/SIDA et grossesse	20	36
Ne pas avoir confiance au partenaire	7	13
Partenaire à insister	3	5
<b>Total</b>	<b>55<sup>25</sup></b>	<b>100</b>

Pour 36% des jeunes, il faut utiliser le préservatif au cours du premier rapport sexuel pour éviter à la fois IST / SIDA et grossesse.

<sup>24</sup> Vingt(20) enquêtés n'ont pas donné de réponse face à cette question

<sup>25</sup> Quatre vingt quinze(95) enquêtés n'ont pas donné de réponse face à cette question

**Tableau XXVIII:** Répartition des enquêtés selon la personne avec qui s'est passée le dernier rapport sexuel

<b>Personne avec qui s'est passée le dernier rapport sexuel</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Epouse/Epoux	13	14
Fiancé (e)	8	9
Rencontre occasionnelle	6	6
Petit ami/Petite amie	63	68
Professionnel de sexe	3	3
<b>Total</b>	<b>93<sup>26</sup></b>	<b>100</b>

Pour 68% des jeunes, le dernier rapport sexuel s'est passé avec le petit ami/petite amie.

**Tableau XXIX :** Répartition des enquêtés selon l'utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels

<b>Utiliser condom</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
OUI	56	46
NON	65	54
<b>Total</b>	<b>121<sup>27</sup></b>	<b>100</b>

Le condom a été utilisé par 46% des jeunes pendant leur dernier rapport sexuel.

<sup>26</sup> Cinquante sept(57) n'ont pas donné de réponse face à cette question

<sup>27</sup> Vingt neuf enquêtés n'ont pas répondu à la question

**Tableau XXX** : Répartition des enquêtés selon qu'ils aient eu des relations sexuelles avec différentes personnes au cours des 12 derniers mois

<b>Personnes différentes au cours des 12 derniers mois</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
OUI	75	66
NON	39	34
<b>Total</b>	<b>114<sup>28</sup></b>	<b>100</b>

Les jeunes ayant eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois avec des personnes différentes représentaient 66%.

**Tableau XXXI**: Répartition des enquêtés en fonction des sources d'approvisionnement en préservatif

<b>Sources d'approvisionnement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Pharmacie	45	30
Boutique	19	13
Hôpital	3	2
Clinique	1	1
Sans réponse	80	54
<b>Total</b>	<b>148<sup>29</sup></b>	<b>100</b>

La pharmacie a été citée par 30% des jeunes comme source d'approvisionnement en préservatif.

<sup>28</sup> Trente six(36) enquêtés n'ont pas donné de réponse face à cette question

<sup>29</sup> Deux enquêtés n'ont pas répondu à la question

# *CHAPITRE V : COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS*

## COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

L'objectif de notre étude était d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes âgés de 15 à 24 ans face au VIH et le SIDA dans la commune VI du District de Bamako.

Des entretiens individuels avec des questionnaires ont permis de décrire les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances, les attitudes, les pratiques et de déterminer les sources d'information des jeunes de 15 à 24 ans sur le VIH et le SIDA. Nous avons pu enquêter 150 jeunes. Ainsi pouvons-nous dire que nos objectifs ont été atteints.

L'étude a été transversale descriptive. Les éléments relatifs aux attitudes et aux pratiques des jeunes face au VIH et le SIDA ont été abordés. La traduction des outils de la langue française en bamanankan lors de l'interview individuelle avec les jeunes, peut introduire un biais de collecte. Les questions semi ouvertes ont été administrées pour minimiser de tels biais surtout par rapport à l'exploration de la connaissance du VIH et le SIDA.

Les résultats de notre étude sont ceux de dix aires de santé d'une commune du district de Bamako. Le choix de la commune VI est fait sur mon appartenance à cette localité. Le choix des aires de santé a été fait de façon aléatoire en grappe. Ainsi les résultats de notre étude ne peuvent pas être extrapolés à d'autre commune.

### ***L'analyse des résultats obtenus ont montré que :***

#### **➤ Par rapport aux caractéristiques sociodémographiques des jeunes interviewés dans la commune VI**

La tranche d'âge [20-24] était la plus représentée avec 54,67%. **TRAORE B [20]** dans son étude en milieu scolaire a trouvé 45% de jeunes dont l'âge était compris entre 15-19 ans.

La majorité de nos jeunes étaient des élèves et étudiants (71,3%). L'étude de **ODILE A S E [15]** a réalisé 62,4% d'élèves et étudiants au Togo en milieu scolaire.

#### **➤ Par rapport aux sources d'informations des jeunes interviewés dans la commune VI**

Dans notre étude, 67,5% des jeunes s'informaient à travers les medias. L'étude réalisée par **KONE. S** en 2011 [23] dans la commune de Macina a obtenu une proportion de 84,6 % des jeunes et **HAMADOU I. H [1]** a trouvé 51,7% en 2004. Nos écarts dans les résultats pourraient s'expliquer par la diversification des niveaux de sensibilisation au fil du temps.

➤ **Par rapport aux connaissances des jeunes en matière de VIH et le SIDA**

Selon notre étude, 98,7% des jeunes avaient entendu parler du SIDA. Ce pourcentage était de 75,6% dans l'étude de **TRAORE B** [20] en 2005. Cela peut être dû à la multiplication des medias à travers lequel beaucoup de jeunes prennent connaissance des VIH et le SIDA.

L'utilisation de préservatifs est le mode de prévention le plus connu par les enquêtés avec 60% contre 47,6% trouvé par **TRAORE. B** [20]. On peut supposer que la connaissance sur le mode de prévention s'améliore dans le milieu des jeunes.

Il en est de même par rapport à la connaissance des jeunes sur la transmission mère- enfant du VIH pendant la grossesse ou nous avons trouvé 52,7% contre 23% en 2005 dans l'étude de **TRAORE. B** [20] à Bamako.

➤ **Par rapport aux attitudes et pratiques des jeunes en matière de VIH et le SIDA**

Dans notre étude 67,3% des jeunes pensent qu'une personne peut porter le virus du Sida et paraître en bonne santé. Ce chiffre avoisine celui de **KONE. S** en 2011 [23] qui avait eu 61,6%.

Près de 58% de nos enquêtés n'étaient pas d'accord pour qu'un séropositif poursuive sa carrière professionnelle contre 46% retrouvé par **TRAORE.F** [2] en 2008 à Bamako.

Ce taux est comparable à ceux rapportés par d'autres auteurs. En effet, peu élevé au Togo avec 17% [15]. Ce taux de comportement discriminatoire est très marqué dans l'étude de **ROCARE** en Guinée avec 54% [19].

Cette tendance à culpabiliser les séropositifs s'explique par le fait que le VIH et le SIDA est encore considéré comme une « maladie honteuse ».

La révélation du statut sérologique lorsqu'elle est connue n'est toujours pas évident. Dans notre étude 83% des jeunes pensent qu'il faut faire le test de dépistage et seulement 64% pensent qu'il faut partager son statut. Ces deux résultats peuvent s'expliquer par le fait que le Sida d'une manière générale peut s'accompagner de préjugés et de présupposés qui alimentent la discrimination et dépersonnalisent les sujets affectés ou infectés. C'est pourquoi bon nombre de personnes préfèrent garder le silence et de nier le plus longtemps possible leur statut.

Dans l'étude de **TRAORE. F**, plus de 65% soutiennent qu'une personne déclarée séropositive doit informer ses collègues sur son statut [2].

Le comportement sexuel est l'un des comportements sociaux les plus complexes et entouré de tabous dans plusieurs sociétés. Dans notre étude 33% des jeunes ont déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel compris entre 16-20 ans. Notre étude a trouvé que 60% des jeunes ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec différentes personnes au cours des douze derniers mois, le préservatif a été utilisé par 46% des jeunes lors des derniers rapports sexuels. Ces résultats montrent le comportement à risque que les jeunes continuent à adopter malgré leur connaissance sur le VIH et le SIDA. Tous ces résultats sont semblables à ceux de **TRAORE. F** [2] et **TRAORE. A** [5] qui ont trouvé respectivement 47% et 34% de relation avec différentes personnes, 22% et 17% d'utilisation de préservatifs.

# CHAPITRE VI : CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS

## CONCLUSION

L'étude a révélé que la tranche d'âge 20-24 ans a été majoritaire et les deux sexes étaient égaux. La source d'information la plus dominante était les medias. La connaissance des jeunes s'améliore par rapport aux modes de transmission et aux moyens de prévention du VIH et le SIDA. La transmission du VIH de la mère à l'enfant est connue en milieu des jeunes même si les trois moments de cette transmission maternelle sont peu maîtrisés.

La majorité des jeunes ont une opinion favorable pour faire le test de dépistage et partagée son statut sérologique avec la communauté.

Presque la totalité des jeunes pensent qu'on peut éviter le VIH et le SIDA.

Néanmoins le comportement à risque persiste chez les jeunes à travers le multipartenariat, la sous-utilisation du préservatif lors des rapports sexuels. Les jeunes s'approvisionnent en préservatif au niveau des pharmacies et des boutiques.

Notre étude a peu exploré certains aspects de la pratique des jeunes. Il s'agit entre autre de la pratique du dépistage des jeunes qui allait nous montrer le nombre de jeunes ayant pratiqué ce test. Aussi nous ne sommes pas intéressés au statut sérologique des jeunes enquêtés.

La connaissance des jeunes par rapport aux trois principales voies de transmission (sanguine, sexuelle et verticale) est insuffisamment explorée. Les futures études peuvent tenir compte de ces différents aspects pour améliorer la recherche dans le domaine de VIH et le SIDA chez les jeunes au niveau communautaire.

## SUGGESTION

A l'issue des résultats de cette étude, les suggestions suivantes sont formulées et s'adressent respectivement :

- **Aux autorités administratives et sanitaires :**
  - Soutenir et renforcer les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur le VIH et le SIDA ;
  - Protéger les personnes infectées par le VIH contre la stigmatisation et la discrimination en milieu professionnel ;
  - Renforcer la promotion et l'usage du condom à l'endroit des jeunes.

# CHAPITRE VII : REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 1-Hamadou I. H

« La séroprévalence de l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) chez les adolescents à Niamey (Niger) ».

Thèse de Pharmacie N ° 04P48- Bamako 2004.

### 2-Traoré. F

«Etude de la séroprévalence et des connaissances, attitudes et pratiques sur le VIH/SIDA au Mali».

Thèse de Pharmacie N ° 08P50- Bamako 2008

### 3-ONUSIDA/OMS : Le point sur l'épidémie RAPPORT MONDIAL 2010

« L'état de la pandémie due au virus du SIDA » Statistiques publiées 20 novembre 2010. [http://www.droitshumains.org/sante/sida07\\_chiffres.htm](http://www.droitshumains.org/sante/sida07_chiffres.htm). Consulté le 9-07-2012 <http://www.solthis.org/contexte-r30.html>

### 4- Rapport final ISBS 2006

Enquête intégrée sur la prévalence des IST /VIH et les comportements en matière d'IST(ISBS). Menée au Mali d'Avril à Juin 2006.

### 5 -Traoré. A

« Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes de moins vingt ans face aux IST/SIDA »

Thèse de Pharmacie N ° 06P67- Bamako 2006

### 6- United Nations Programme on HIV/ AIDS (UNAIDS)

Epidémiologie du VIH dans le monde

[http://www.UNAIDS.org/fr/sida07\\_chiffres.htm](http://www.UNAIDS.org/fr/sida07_chiffres.htm). Consulté le 11-05-2012

### 7-Lemahieu et A. Decoster, FLM (les Rétrovirus)

[http://fr.wikipedia.org/wiki/Virus\\_de\\_l'immunod%C3%A9ficience\\_humaine](http://fr.wikipedia.org/wiki/Virus_de_l'immunod%C3%A9ficience_humaine).

Consulté le 10-06-2012

### 8-Institut national de recherche pédagogique (structure du VIH)

<http://www.inrp.fr/Acces/biotic/immuno/html/strucvih.htm>. Consulté le 8-07-2012

### 9-Revue critique de l'actualité scientifique internationale sur le VIH et les virus hépatites

[http://www.pistes.fr/transcriptases/110\\_291.htm](http://www.pistes.fr/transcriptases/110_291.htm). Consulté le 14 Juin 2012

### 10-Gilles. F et Benjamin. P

(Oncologie Virale, UPR 9045 CNRS, Institut A. Lwoff, Villejuif)

« Structures du VIH et de son génome »

**11- APPIT.** Infection à VIH et SIDA. Médecine tropicale, Paris : Flammarion, 1994 ; 640p.

**12- Simon F, Mauer P, Roques P et al** Identification of a new human immunodeficiencyvirus type 1 distinct from group M and O Nature Medecine 1998; **4**:1032-7

**13- Jean- christophe plantier et F. Simon**

Diagnostic sérologique des infections à VIH. *Développement et Santé* ; n°162, décembre 2002.

**14- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**

Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées. Recommandations pour une approche de santé publique. Révision 2003. Genève, 2004

**15- Odile A S E**

« Impact du VIH et du SIDA sur le système éducatif en milieu scolaire au Togo ».

<http://www.unesdoc.unesco.org>. Consulté le 25-06-2012

**16- A Mamette**

« Virologie médicale ; collection Azay, presse universitaire de Lyon ; 2002 :798P».

**17- Institut national de la statistique**

Résultats provisoires du Recensement général de la population et de l'habitat 2009 (Mali). [Consulté le 20-07-2012] <http://www.instat.gov.ml>

**18-Kodia. N** (Universitaire, Brazzaville)

« SIDA: renforcer la scolarisation pour sauver les générations futures »

<http://mandela.inwent.org/E+Z/1997-2002/df602-8.htm>. Consulté le 18-05-2012

**19-RO CARE**

(Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Education)

« Etude sur l'Impact du VIH/SIDA sur les enseignants dans l'Education Formelle et non Formelle en Guinée ».

[http://www.rocure.org/ImpactVIHSIDA\\_ENF-GN.ppt](http://www.rocure.org/ImpactVIHSIDA_ENF-GN.ppt) (consulté Juillet 2012)

**20-Traoré. B**

«Connaissances et comportement face au VIH/SIDA en milieu scolaire»

Thèse de médecine Bamako 2005

**21- Cellule de planification et de statistique du ministère de la santé et la direction nationale de la statistique et de l'informatique du ministère de l'économie, de l'industrie et du commerce (DNSI / MEIC)**

Carte sanitaire du Mali 2007 Bamako : 2007

**22-U.S. Department of health and human service serologic**

«Assay for Human Immunodeficiency Virus antibody in dried blood specimens collected on filter paper.CDC. Atlanta, Georgia 30333, version 2003 »

[http:// www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/SIDA/2struct.htm](http://www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/SIDA/2struct.htm). Consulté le 12-06-2012

**23-Koné. S**

«Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des IST/ du VIH et du SIDA».

Thèse de médecine N ° 11M154 Bamako 2011

**24-UNESCO**

« VIH/SIDA & système éducatif: fenêtre sur l'éducation, Cameroun, 2006 »

<http://www.unesdoc.unesco.org>. Consulté le 11-05-2012

**25- Rapport final ISBS 2009**

Enquête intégrée sur la prévalence des IST/VIH et les comportements en matière d'IST(ISBS). Menée au Mali d'Avril à Juin 2009.

# CHAPITRE VIII : ANNEXES

## **ANNEXES**

### **Consentement libre et éclairé verbal des jeunes de 15 à 24 ans**

Bonjour, je m'appelle.....

C'est dans le cadre d'une enquête sur la santé des jeunes de 15 à 24 ans dans la commune VI de Bamako. Vous remarquez certainement que le VIH et le SIDA fait des ravages dans le monde aujourd'hui, vu cela un étudiant en mémoire de sa thèse souhaite explorer le VIH et le SIDA pour vous aider à mieux connaître les modes de contamination, de prévention et de traitement. Ce questionnaire est confidentiel et aidera chacun de faire la part des choses sur le VIH et le SIDA. Les résultats obtenus à travers vos opinions sur la dite maladie aideront nos décideurs dans la lutte contre ce fléau.

Acceptez-vous de participer à l'enquête ?

- 1- Oui. - Continuer
- 2- Non. - Arrêter

## QUESTIONNAIRES

### A- Caractéristiques sociodémographiques

1. Date de l'entretien =..... 2. Age=.....
3. Sexe=.....
4. Niveau d'instruction= Aucun=...1 Primaire=...2 Secondaire=.....3  
Supérieur=.....4
5. Régime matrimonial= Marié(e)=.....1 Célibataire=.....2  
Veuf=.....3 Veuve=.....4
6. Résidence=.....
7. Profession=.....

### B- CONNAISSANCES

8. Avez- vous déjà entendu parler d'une maladie appelée Sida ?  
Oui=.....1 Non=.....2
9. Y a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter de contracter le sida ou le virus qui cause le sida ?  
Oui=.....1 Non=.....2 NSP=.....3
10. Si oui que peut-on faire ?  
S'abstenir de rapport sexuel=.....1  
Limiter rapport sexuel avec un partenaire /rester fidèle à un seul  
partenaire=.....2  
Utiliser des condoms=.....3  
Autres=.....4
11. Est-ce qu'on peut se protéger du virus du sida en ayant seulement un  
partenaire sexuel qui n'a aucun autre partenaire ?  
Oui=.....1 Non=.....2 NSP=.....3
12. Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en se faisant piquer par des  
moustiques ?  
Oui=.....1 Non=.....2 NSP=.....3
13. Est-ce qu'on peut se protéger du virus du sida en utilisant un condom  
chaque fois qu'on a des rapports sexuels ?  
Oui=.....1 Non=.....2 NSP=.....3
14. Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec  
quelqu'un atteint du sida ?  
Oui=.....1 Non=.....2 NSP=.....3

**15. Est-ce qu'on peut se protéger du virus du sida en s'abstenant complètement des rapports sexuels ?**

Oui=.....1      Non=.....2      NSP=.....3

**16. Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?**

Oui=.....1      Non=.....2      NSP=.....3

**17. Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé ait en fait le virus du sida ?**

Oui=.....1      Non=.....2      NSP=.....3

**18. Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le virus du sida ou quelqu'un qui est décédé du sida ?**

Oui=.....1      Non=.....2      NSP=.....3

**19. Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à l'enfant ?**

Oui=.....1      Non=.....2      NSP=.....3

**20. A quelle période le virus qui cause le sida peut-il être transmis de la mère à l'enfant ?**

**-Durant la grossesse ?**

Oui=.....1      Non=.....2      NSP=.....3

**-Durant l'accouchement ?**

Oui=.....1      Non=.....2      NSP=.....3

**-Durant l'allaitement ?**

Oui=.....1      Non=.....2      NSP=.....3

**21. Avez-vous déjà parlé des moyens d'éviter de contracter le virus du sida avec votre (vos) copines /épouses avec qui vous vivez ?**

Oui=.....1      Non=.....2

**22. Connaissez-vous un endroit (service) ou vous pourriez faire un test de dépistage du VIH ?**

Oui=.....1      Non=.....2      NSP=.....3

**23. Si une personne apprend qu'elle est infectée par le virus qui cause le sida, cette personne devrait-elle être autorisée à garder son état secret ou cette information devrait-elle être communiquée à la communauté ?**

Peut être gardé secret=.....1

Communiqué à la communauté=.....2

NSP / =.....3

**24. Si un (e) enseignant (e) a le virus du sida mais ne parait pas malade doit-il lui être permis à enseigner à l'école ?**

Peut continuer à enseigner=.....1

Pas continuer à enseigner=.....2

NSP /Cela dépend=.....3

**25. Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter le sida ?**

Oui=.....1          Non=.....2          NSP=.....3

**26. Est-ce qu'on devrait priver les enfants de 12-14 ans de rapports sexuels pour éviter le sida ?**

Oui=.....1          Non=.....2          NSP=.....3

**27. Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida ?**

Oui=.....1          Non=.....2          NSP=.....3

**28. Pensez-vous que les jeunes hommes / femmes devraient attendre d'être marié(e)s pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida ?**

Oui=.....1          Non=.....2          NSP=.....3

**29. Pensez-vous que les hommes mariés ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leurs épouses ?**

Oui=.....1          Non=.....2          NSP=.....3

**30. Pensez-vous que la plupart des hommes que vous connaissez n'ont de rapports sexuels qu'avec leurs épouses ?**

Oui=.....1          Non=.....2          NSP=.....3

**31. Pensez-vous que les femmes mariées ne devraient avoir de rapports sexuels qu'avec leur époux ?**

Oui=.....1          Non=.....2          NSP=.....3

**32. Pensez-vous que la plupart des femmes que vous connaissez n'ont de rapports sexuels qu'avec leur époux ?**

Oui=.....1          Non=.....2          NSP=.....3

**33. Pensez-vous qu'un traitement existe contre le VIH et le SIDA ?**

Oui=.....1          Non=.....2          NSP=.....3

**34. Connaissez- vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms ?**

Oui=.....1          Non=.....2

**C. Sources d'informations des jeunes sur le VIH et le SIDA**

**35. Par quels moyens seriez- vous prêts à vous informer sur le VIH et le SIDA ?**

**-A la radio**

Oui=.....1      Non=.....2

**-A la télé**

Oui=.....1      Non=.....2

**-Dans les journaux ou magazines**

Oui=.....1      Non=.....2

**-Sur les affiches**

Oui=.....1      Non=.....2

**-Dans les séances d'animation culturelle et éducative**

Oui=.....1      Non=.....2

**-A l'école**

Oui=.....1      Non=.....2

**- Structure de santé**

Oui=.....1      Non=.....2

**- Parents**

Oui=.....1      Non=.....2

**- Amis**

Oui=.....1      Non=.....2

**D-Attitudes**

**36. Avez- vous déjà effectuer un test pour le VIH et le SIDA ?**

Oui=.....1      Non=.....

**37. Si non, voudriez-vous effectuer un test pour le virus du sida ?**

Oui=.....1      Non=.....2      NSP=.....3

**38. Si oui, seriez- vous prêts à annoncer votre statut VIH et le SIDA ?**

Oui=.....1      Non=.....2

**39. Si quelqu'un de votre famille contractait le virus qui cause le sida, seriez- vous prêt à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre famille ?**

Oui=.....1      Non=.....2      Cela dépend=.....3

**40. Est-ce que vous achèteriez des légumes frais chez un marchand ou chez un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida?**

Oui=.....1      Non=.....1

**41. Seriez- vous prêts à travailler avec une personne atteint de virus du sida ?**

Oui=.....1      Non=.....2

**E- PRATIQUES**

**42. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez déjà eu) ?**

Jamais=.....1      Age en année=.....2

**43. Il y a combien de temps que vous avez eu vos derniers rapports sexuels ?**

Nombre de jour=.....1

    Nombre de semaine=.....2

    Nombre de mois=.....3

    Nombre d'année=.....4

**44. La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels un condom a-t-il été utilisé ?**

Oui=.....1      Non=.....2

**45. Si oui, quel type de condom ?**

Masculin=.....1      Féminin=.....2

**46. Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion ?**

    Enquêté veut éviter IST/SIDA=.....1

    Enquêté veut éviter grossesse=.....2

    Enquêté veut éviter à la fois IST/SIDA et grossesse=.....3

    Enquêté n'avait pas confiance dans partenaire /Soupçonné  
    partenaire d'avoir d'autres partenaires=.....4

    Partenaire à insister=.....5

    NSP=.....6

    Autre=.....7

(Préciser)

**47. Quelle est la relation avec la personne avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels ?**

    Epouse.....1

    Epoux.....2

    Fiancé.....3

    Rencontre occasionnelle.....4

    Petit ami / Petite amie.....5

    Client (prostitution).....6

    Autre.....7

(Préciser)

**48. Depuis combien de temps avez-vous des relations avec cette personne ?**

Nombre de jour.....1

Nombre de semaine.....2

Nombre de mois.....3

Nombre d'année.....4

**49. Au cours de 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels avec autre personne ?**

Oui=.....1          Non=.....2

**50. La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec une autre personne un condom a-t-il été utilisé ?**

Oui=.....1          Non=.....2          NSP=.....3

**51. En tout avec combien de personnes différentes avez-vous eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois ?**

Nombre de partenaire.....

**52. Où est-ce vous vous approvisionnez au condom ?**

Hôpital=.....1          Clinique=.....2          Pharmacie=.....3          Boutique=....4

Autre=.....5

(Préciser)

**MERCI**

## **FICHE SIGNALITIQUE**

**Nom** : DOUCARA

**Prénom** : HABIBOU

**Titre** : Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15 à 24 ans face au VIH/SIDA dans la commune VI du district de Bamako.

**Année de soutenance** : 2013

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Secteur d'intérêt** : Santé publique

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

**RESUME** : Notre étude a été une étude transversale descriptive réalisée juillet à aout 2012 dans la commune VI du district de Bamako. Elle avait pour objectif d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques en matière de VIH et le SIDA chez les jeunes de 15 à 24 ans dans la commune VI du district de Bamako.

Nous avons interrogés 150 jeunes dont 75 jeunes garçons et 75 jeunes filles. La tranche d'âge [20-24] était la plus représentée avec 54,67%.

Dans notre étude, 67,5% des jeunes s'informaient à travers les medias.

Selon notre étude, 98,7% des jeunes avaient entendu parler du SIDA et le mode de prévention le plus cité était l'utilisation de préservatifs avec 60%.

Il en est de même par rapport à la connaissance des jeunes sur la transmission mère- enfant du VIH pendant la grossesse ou nous avons trouvé 52,7%.

Malgré leur connaissance sur le VIH et le SIDA les jeunes ont un comportement à risque sur la dite maladie.

Dans notre étude 33% des jeunes ont déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel compris entre 16-20 ans. Notre étude a trouvé que 60% des jeunes ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec différentes personnes au cours des douze derniers mois, le préservatif a été utilisé par 46% des jeunes lors des derniers rapports sexuels.

**Mots clés** : Jeunes, VIH et le SIDA

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne partagerai 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 partie 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 leur père.

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

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

**Je Le Jure.**