

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES**



DE BAMAKO

**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018

N°.....

THESE

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES
COMPORTEMENTALES FACE AU VIH/SIDA DES
JEUNES DU CAMP SOUNDIATA DE KATI**

Présentée et soutenue publiquement le 01/03/2018 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie.

Par M. DJOUNDO Henry Blaise

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

Jury

PRESIDENT: Pr Soukalo DAO

MEMBRES: Dr Amadou BAH

Dr Lassina Danseni TRAORE

DIRECTEUR: Pr Samba DIOP

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail à :

A mon Seigneur, le Dieu tout puissant !

Père Eternel, grâce à toi ce travail est arrivé à son terme. Sans toi Seigneur je n'y serai pas arrivé, merci infiniment pour toute cette grâce et ses bénédictions dont tu nous combles ma famille et moi.

Ce travail est le tien et je te remercie de m'avoir donné la santé, l'intelligence, le courage nécessaire et la chance de voir ce jour tant attendu arrivé.

Seigneur omniscient, omnipotent, omniprésent, donne moi la force de toujours vivre dans ta crainte.

Mon père Feu Henry A. Djoundo

Cher Père, les mots n'expriment pas assez ce que j'éprouve en ce jour aussi important de ma vie. Ton souci premier a toujours été la réussite et le bonheur de tes enfants pour lesquels tu as accepté de faire des sacrifices sans limites. J'avais souhaité que tu sois ici présent en ce jour solennel mais Dieu a manifesté sa volonté et montré une fois de plus qu'il a le droit de veto sur la volonté humaine.

Merci du fond du cœur car tu es la clé de ma réussite.

Puisse ce travail te faire plaisir, Papa

Puisse le seigneur Dieu tout puissant t'accorder le paradis. **Amen.**

Ma mère Thérèse ellè Arama

Très chère Maman, tu incarnes pour moi l'affection d'une mère dévouée, courageuse et tolérante. Infatigable mère, ton amour et ton souci permanent pour une éducation de qualité font de toi une mère exemplaire.

Je ne saurai oublier cette chaleur maternelle et les mots me manquent pour te qualifier et t'exprimer tout l'amour et l'admiration que je te porte.

Tout le mérite de ce travail est aussi le tien. Merci pour tes bénédictions, tes prières quotidiennes et tous les sacrifices consentis pour tes enfants ainsi que pour toute la famille.

Que le Seigneur Tout Puissant te bénisse t'accorde une longue vie dans la paix et dans la plus grande santé.

A mes frères et mes sœurs

Vous n'avez pas manqué de m'entourer de la chaleur familiale nécessaire durant ces longues années d'études. Trouvez ici tout mon attachement fraternel.

MES REMERCIMENTS :

A la sœur Rosalie Koné

Les mots écrits ou prononcés ne suffisent pas pour vous remercier pour tous les efforts que vous avez consentis pour moi.

Puisse le seigneur vous récompenser de tout ce que vous avez fait pour moi et qu'Il vous accorde longue vie, bonheur, satisfaction éternelle dans toutes vos entreprises et une fin meilleure. **Amen !**

A mes Amis Alousseyni Maiga, Issa Baba Bagayogo, Amadou Bengaly, Omar Djilla, Harouna Koné, Fily Diarra, Lassina Traore, Razbi, Omarion, Djenebou Sinayogo, Nouhou Diallo, Ouarakoro Coulibaly, PO, Abdramane Doumbia, Jean-Pierre Guindo...

Les mots me manquent pour vous dire combien merci, car c'est à travers vous que j'ai connu le sens du mot amitié. Nous avons toujours été ensemble pendant des années. J'ai trouvé en vous l'honnêteté, le bon sens et le courage.

Je vous souhaite beaucoup de réussite dans votre carrière professionnelle.

A mes cousins et cousines : dont je me garde de citer les noms par crainte d'en omettre.

Merci pour votre affection. Soyez rassurés de ma profonde gratitude, de mon fidèle attachement et de ma disponibilité permanente.

A ma femme Mariam Dolo

Tu es plus qu'une épouse, moi je ne regrette pas de t'avoir croisé sur mon chemin, je te suis reconnaissant de tous les biens faits.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et Président du jury

Professeur SOUNKALO DAO

- **Professeur Titulaire de Maladies Infectieuses ;**
- **Responsable de l'enseignement des pathologies infectieuses à la FMOS ;**
- **Directeur Général Adjoint de l'university center of research clinical (UCRC) ;**
- **Président de la Société Malienne de Pathologie Infectieuse et Tropicale (SOMAPIT) ;**
- **Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI) ;**
- **Membre de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF)**
- **Chef de service de Maladies Infectieuses du CHU du Point G.**

Cher Maître

Nous vous **remercions** de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse malgré vos multiples occupations.

L'opportunité nous est ainsi donnée de vous faire part de l'estime et l'admiration que nous portons à votre égard.

Vos qualités de femme de science éclairée, de praticienne infatigable, de pédagogue averti font de vous une enseignante aimée et admirée de tous.

Soyez rassurée chère maître de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Amadou BAH

- **Praticien hospitalier au service de médecine générale du CHU de Kati**
- **Responsable de la prise en charge des PVVIH et SIDA dans le service de médecine générale au CHU de Kati**
- **Médecin référent du Diabète**
- **Spécialisation en DU Diabète**

Cher maître,

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de codiriger cette thèse malgré vos nombreuses occupations.

Nous avons beaucoup appris à vos côtés.

Votre constante disponibilité mais surtout vos qualités d'homme de science ont forcé notre admiration.

Soyez rassurer de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE:

Docteur Lassina Danseni TRAORE

- **Diplômé de médecine générale**
- **Membre de l'ARCAD/ SIDA**
- **Médecin, Coordinateur de l'USAC du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.**

Cher Maitre,

Nous avons bénéficié avec un grand intérêt votre savoir-faire, vos qualités scientifiques, professionnelles et humaines très exemplaires.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur SAMBA DIOP

- **Professeur titulaire en anthropologie médicale,**
- **Enseignant-Chercheur en écologie humaine, anthropologie, et bioéthique au DER de santé publique,**
- **Responsable des cours d'éthique et d'anthropologie médicale à la FMOS**

Cher maître, vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable.

Votre simplicité, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre désir d'égalité entre les hommes, votre humanisme, votre franchise, font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance. Puisse DIEU le tout PUISSANT vous rendre au centuple vos bienfaits.

LISTE DES ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

CESAC : Centre d'Ecoute de Soins et d'Accompagnement des malades Vivant avec le VIH/Sida

CIT : Comité international de la taxonomie

EDS M : Enquête démographique de la santé du Mali

EFF : Effectif

EIA : Entretien individuel approfondi

FG : Focus Group

HTLV: *Human T Cell Leukemia/Lymphoma Virus*

IEC : Information éducation et communication

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LAV: *Lymphadenopathy Associated Virus*

LIA: *Line Immuno Assay*

NSP : Ne sait pas

ONU/SIDA : Organisation des nations unies pour la lutte contre le Sida

P : Participant

PNLS : Programme National de Lutte Contre le Sida

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine.

%: Pourcentage

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	14
II. CADRE CONCEPTUEL	17
III. OBJECTIFS	28
IV DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	30
V. RESULTATS.....	34
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	50
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	55
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	58
IX. ANNEXES.....	62

INTRODUCTION

I. Introduction

Le VIH/SIDA est devenu un acronyme affreusement célèbre. Jamais une maladie n'a ainsi bouleversé le social, le culturel, le médical, le politique, l'économique...

Depuis plus de 25 ans le virus fait des ravages. La cartographie et les données biomédicales montrent que l'épidémie ne s'abat pas sur tous les territoires comme une déferlante. Elle est donc sélective et ce, à différentes échelles (mondiale, régionale, nationale ou micro-locale). Ces variations s'observent au sein de populations différentes (âge, sexe, niveaux de vie) et à travers des environnements hétérogènes (espaces enclavés, urbains, ruraux...) [1].

Au Mali, la prévalence globale du VIH (hommes et femmes de 15-49 ans) est de 1,2 % et parmi les jeunes de 15 – 19 ans elle est de 0,7% (0,8% femmes et 0,3% hommes) et de 20 – 24 ans elle est de 1,2% (1,5% femmes et 0,2% hommes). La prévalence du VIH a donc connu une légère baisse depuis 2001 et 2006, dates auxquelles la prévalence était estimée à 1,7 % et 1,3 % respectivement [2].

Par ailleurs, 65% des jeunes ont eu leur rapport sexuel avant l'âge de 18 ans. Près de la moitié des jeunes n'utilisait pas le condom par confiance en leur partenaire. Les jeunes de 15 à 24 ans constituent 20% environ de la population mondiale. Mais 60% des cas de nouvelles infections par le VIH se trouvent parmi les jeunes [3].

Au cours de l'EDSM-V dans l'ensemble, la grande majorité des femmes (83 %) et presque tous les hommes (96 %) ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida ; Parmi les jeunes de 15 – 24 ans cette proportion est de 83,9% (femmes) et 93,5% (hommes). Toutefois, une proportion peu élevée des femmes et des hommes savent, à la fois, que l'utilisation d'un condom à chaque rapport sexuel et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle qui n'est pas infecté permettent d'éviter de contracter le virus (48 % des femmes et 66 %

des hommes) ; Cette proportion est de 49,2% et 60,1% respectivement chez les jeunes femmes et hommes d'âge compris entre 15 et 24 ans [2].

En l'absence d'un traitement efficace du SIDA, ou d'un vaccin contre l'infection par le VIH et au regard de la progression des IST chez les jeunes, la lutte contre la progression de l'infection par le VIH repose essentiellement sur la communication pour un changement de comportement sexuel en particulier chez les jeunes.

Plusieurs études ont été consacrées aux connaissances, attitudes et comportements des jeunes dans de nombreux établissements du Mali. Cette étude est une première dans les camps militaires au Mali ; c'est pourquoi nous avons initié cette étude pour évaluer les connaissances, attitudes et pratiques comportementales face au VIH/SIDA des jeunes du Camp Soundiata de Kati.

CADRE THEORIQUE

II. Cadre théorique

A. Synthèse de revue critique

1. Définitions opérationnelles des termes références

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

-connaissance : l'ensemble des idées et des informations partielles, complète ou utile sur le VIH/SIDA

-attitudes : manière d'être à l'égard des autres face au VIH/SIDA

-comportement sexuel : manière de se conduire sexuellement face au VIH/SIDA

-jeunes : l'OMS définit les jeunes comme des individus se situant entre les âges de 15 à 24 ans.

2. Sur le VIH et SIDA

a. Histoire de la maladie

L'histoire du SIDA commence des deux villes des Etats-Unis (New York et Los Angeles) où des cas cliniques ont été observés dans des communautés d'homosexuel par le Docteur Gohlieb et collaborateurs entre octobre 1980 et Mai 1981 par le Docteur Pozalki [4].

La nature infectieuse et transmissible du SIDA suspectée auparavant fut confirmée par les travaux du professeur Luc Montagnier et son équipe qui en 1983 isole le virus du Sida à partir du ganglion lymphatique d'un sujet atteint du syndrome de lymphadénopathie chronique. Le virus du SIDA qui fut appelé lymphadenopathy Associated Virus (LAV) ou virus associé à la lymphadénopathie. C'est l'identification du VIH [5-6]. Ensuite, en 1984, le même virus fut identifié par Robert Gallo qui l'appela H.T.L VIII [4-7].

En 1986, un deuxième rétrovirus humain (LAV III) causant le SIDA fut isolé à l'institut Pasteur chez les malades d'origines ouest Africaine hospitalisés à

l'hôpital Claude Bernard de Paris [8]. Ce même virus fut retrouvé par M. Essex et appelé HTLV-III la même année [9].

En revanche, en Mai 1986, le comité international de la taxonomie (CIT) des virus a recommandé une nouvelle appellation, virus de l'immunodéficience humaine « Human Immuno Deficiency Virus (HIV) ».

-En 1993, la classification CDC du virus est faite.

- En 1995, ce fut le développement de la bi thérapie et de la mesure de la charge virale.

- En 1996, les tri- thérapies se développent.

b. Epidémiologie de l'infection par le VIH

1. Dans le monde

Selon les estimations de l'ONU SIDA en 2007, 33,2 millions de personnes vivent avec le VIH-SIDA depuis le début de la pandémie dont 15,4 millions de femmes et 2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans. Le nombre de nouveau cas en 2007 s'élevait à un total de 2,5 millions de personnes dont 2,1 millions d'adultes et 420milles enfants de moins de 15 ans. Le nombre total de décès dû au SIDA dans le monde en 2006 et en 2007 s'est respectivement réduit à 2,9 et à 2,1 millions de personnes sur des populations vivant avec le VIH estimée respectivement à 39,5 –33,2 millions de personnes .[10]

2. Afrique :

En 2007, dans le monde, un peu plus de 33,2 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 2006 où ce nombre était estimé à 24,7 millions) [10, 11].

En Afrique subsaharienne, les épidémies semblent se stabiliser de manière générale avec une prévalence proche de 7,4 % pour toute la région. Mais, cette stabilité cache une réalité beaucoup plus triste, car elle signifie que les nombres de nouveau cas égalisent les décès dus au SIDA. La fréquence des IST favorise

la survenue des infections concomitantes par le VIH, pour deux principales raisons :

Primo le VIH et certaines IST ont des modes de contaminations similaires ; secundo les IST constituent des portes d'entrées propices au VIH.

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 de pratiques sexuelles à très haut risque ; ces déplacements des populations ont provoqué une propagation du VIH/SIDA [10].

De bons de 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. Le Mali

Depuis 2001, la proportion de séropositifs a davantage diminué aussi bien chez les hommes que chez les femmes ; toutefois, en 2012-2013, cette proportion reste encore près de deux fois plus élevée parmi les femmes de 15-49 ans que parmi les hommes du même groupe d'âges : 1,3 % contre 0,8 %. [2]

Par ailleurs, la prévalence du VIH est plus faible en milieu rural (0,9 %) qu'en milieu urbain (2,0 %) et qu'à Bamako (1,7 %). Les autres villes présentent dans cette EDSM-V une prévalence particulièrement plus élevée que tous les autres milieux de résidence (2,3 % contre 1,7 % pour Bamako et 0,9 % pour le rural). Il convient de noter que si la proportion de femmes séropositives est nettement plus élevée en urbain qu'en rural (2,2 % contre 1,1 %), elle l'est aussi chez les hommes (respectivement 1,6 % contre 0,6 %). [2]

c. les déterminants majeurs de la propagation de l'infection à VIH/SIDA

Tableau I : déterminants médicaux

1	fréquences des infections sexuellement transmissibles non traitées ou mal traitées
2	Insuffisance de la prise en charge des cas de SIDA (personnel de santé peu préparé et mal équipé pour le travail, non annonce de la séropositivité aux patients).
3	Hygiène douteuse dans les milieux de soins (matériels et instruments souillés, sang non testé)

Sources : EDS Mali__ rapport de synthèse 95_96

Tableau II : déterminants socioculturels

1	Mariage précoce/mariage temporaire/mobilité matrimoniale/divorce
2	Statuts de la femme (faible poids social ; faible pouvoir de décision au plan sexuel et de la méthode de prévention, dépendance socio_économique
3	Analphabétisme, surtout féminin (ignorance des questions de santé et prévention et le déni de la réalité du SIDA. faible accès aux informations sur le SIDA et les IST
4	Effritement de l'éducation parentérale et des normes culturelles traditionnelles/tabou sur la sexualité
5	Religion peu favorable à la promotion du préservatif et de la communication sur la sexualité
6	Pratiques traditionnelles néfastes : -polygamie/lévirat et sonorat (excision, tatouages, scarifications) -prise en charge non appropriée des malades du SIDA

Sources : EDS Mali__ rapport de synthèse 95_96.

Tableau III : déterminants environnementaux et économiques

1	Migrations internes et externes (ignorances, chômages, pauvreté, isolement, changement du contexte social et culturel, désir de défoulement, tourismes sexuel, urbanisation intense)
2	Exacerbation de la pauvreté (chômages des jeunes, mariages coûteux, exode rural)
3	Prostitution en pleine expansion dans les grandes villes et dans les zones de hautes potentialités économiques
4	Libre circulation des films et cassettes vidéo se rapportant aux pratiques sexuelles, libre accès des jeunes aux maisons de loisirs sexuels en expansion rapide
5	Le travail des enfants

Sources : EDS Mali__ rapport de synthèse 95_96.

Tableau IV : Déterminants comportementaux

1	Multi partenariat sexuel (fausse monogamie, rapports sexuels occasionnels, recherche de nouvelles pratiques sexuelles).
2	Précocité des rapports sexuels chez les jeunes
3	Ecart d'âge entre les jeunes et leurs partenaires, souvent très âgés, harcèlement Sexuel
4	Faible acceptation et faible utilisation des préservatifs.

Sources : EDS Mali rapport de synthèse 95_96

d. Mode de transmission :

La transmission du VIH se fait par l'intermédiaire des lymphocytes T infectés contenus dans le sang, dans la lymphe et dans le sperme du porteur de virus. Le virus a également été isolé dans les sécrétions vaginales, la salive, les urines, les larmes et le lait maternel [20].

1. Transmission sexuelle :

Si au début de l'épidémie la plupart des cas de SIDA recensés étaient des homosexuels, en Amérique, Europe Afrique, aux Caraïbes et dans de nombreux pays en voie de développement, la transmission hétérosexuelle représente le mode de contamination dominant [21]. Cela est dû à des facteurs socio-économiques tels que la pauvreté et l'augmentation sans cesse croissante de la prostitution. Elle s'effectue par l'intermédiaire des muqueuses buccales, vaginales ou rectales lorsqu'elles rentrent en contact avec des sécrétions sexuelles ou du sang contenant du virus.

Lors d'une pénétration vaginale, le risque de transmission est supérieur d'un homme séropositif vers une séronégative à celui qui existe d'une femme séropositive vers un homme séronégatif surtout lorsque la femme est en règle.

La pénétration anale multiplie ce risque par trois [22]. La contagiosité d'un porteur du VIH est variable dans le temps, car la quantité de virus présente dans les sécrétions sexuelles est fonction de l'état, latent ou non de ce dernier. Cela explique qu'un porteur du virus puisse contaminer plusieurs personnes dans un laps de temps, par contre d'autres porteurs ne contaminent pas leur partenaire, malgré une vie sexuelle sans protection pendant des mois, des années. C'est ce qui explique la contagiosité du VIH1 par rapport au VIH2 [22].

2. Transmission sanguine :

C'est la voie la plus directe de transmission, et comporte deux modes distincts.

- *La transmission par des objets souillés* (aiguilles, lames, seringues, couteaux).

Le Partage de seringues entre les toxicomanes est l'un des facteurs essentiels de l'extension de l'épidémie du VIH dans plusieurs régions du monde : Russie et Europe orientale, Inde et Indonésie, Chine, Etats-Unis, Proche et Moyen Orient.

Ce mode de transmission concerne essentiellement les consommateurs de drogues injectables par voie intraveineuse. Il représente aux Etats-Unis la deuxième voie de contamination après celle des relations sexuelles entre homosexuels [22]. Au 1 février 1988 ; 17 % des 50 000 cas signalés par le CDC

d'Atlanta étaient représentés par des hétérosexuels utilisateurs de drogues [23], 8 % étaient des homosexuels toxicomanes. Ce mode de transmission est également incriminé en Afrique par l'utilisation de seringues, d'aiguilles ou de lames usagées [24] lors de scarifications, de circoncisions et d'excisions.

Bien que rares, les contaminations professionnelles (infirmiers, médecins, biologistes, etc.) par inoculation accidentelle de sang contaminé par le VIH, les piqûres accidentelles avec des aiguilles contaminées par le sang frais existe également.

- *La transmission par transfusion sanguine* : les premiers cas de SIDA furent décrits en 1982 aux Etats-Unis chez les hémophiles après les homosexuels [25]. L'instauration du dépistage systématique des dons de sang a considérablement réduit de risque de transmission. Néanmoins il subsiste une "fenêtre" chez des donneurs prélevés dans les semaines ou les mois suivant une contamination qui peuvent ne pas avoir encore développé d'anticorps anti- VIH détectables.

3. Transmission verticale :

La transmission du virus de la mère à l'enfant peut survenir à différentes étapes de la grossesse.

- In utero : dans les semaines précédant l'accouchement dans un tiers des cas ;
- Intra partum : au moment de l'accouchement dans deux tiers des cas
- Par l'allaitement : la période d'allaitement présente un risque d'infection pour l'enfant estimé entre 5 et 7 % [26].

Le taux de transmission materno-fœtale du VIH-1, en l'absence de traitements ARV est de 18 à 25 % et ce quelque soit le mode de contamination de la mère ou son origine géographique ; contrairement au VIH-2 où le risque de transmission de la mère à l'enfant serait de 1 % [26].

4. Autres Modes de transmission :

Même s'il a été retrouvé dans la salive, les urines, les larmes, le liquide céphalorachidien ; la transmission du VIH n'est cependant pas automatiquement

à cause de la faible concentration de virus présent dans ces liquides et de la présence éventuelle de composants inactivant les virus.

Pour ces liquides, le risque de transmission est théorique et les cas anecdotiques publiés ne permettent pas d'écarter la possibilité de souillure du liquide concerné par le sang.

La possibilité de transmission par les insectes hématophages a été écartée [27].

e. Classification OMS :

Classification en stade clinique : [30]

Stade clinique 1 :

- Patient symptomatique,
- adénopathies persistantes généralisées,
- et / ou degré d'activité 1 : activité normale

Stade clinique 2 :

Amaigrissement de plus de 10 % du poids corporel de base,

- Zona (au cours des cinq années précédentes) ;
- Manifestation cutanéomuqueuse mineures (dermite, séborrhéique, prurigo, onyxis mycosique, ulcération buccales récidivantes perlèche),
- Infections récidivantes des voies aériennes supérieures,
- et / ou degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale.

Stade clinique 3 :

- Amaigrissement de plus de 10 % du poids corporel de base,
- Diarrhée inexplicée depuis plus d'un an,
- Fièvre prolongée depuis plus d'un mois,
- Candidose orale
- Leucoplasie chevelue,
- Tuberculose pulmonaire dans l'année précédente,
- Infection bactérienne sévère,
- Et/ ou degré d'activité 3 : patient alité moins de 50 % du temps au cours du mois précédent

Stade clinique 4 :

- Syndrome de cachexie du VIH,
- Pneumocystose pulmonaire,
- Toxoplasmose cérébrale,
- Criptosporidiose avec diarrhée de plus d'un mois,
- Cryptococcose extra pulmonaire
- Cytomegalovirose autre qu'hépatique, splénique ou ganglionnaire,
- Virose herpétique cutanéomuqueux depuis plus ou viscérale,
- Leuco encéphalopathie multifocale progressive,
- Mycose profonde endémique généralisée (histoplasmosse, coccidioidomycose),
- Mycobactériose atypique disséminée,
- Tuberculose extra pulmonaire,
- Sarcome de kaposi,
- Encéphalite due au VIH,
- Et/ ou degré d'activité 4 : patient alité plus de 50 % du temps au cours du mois Précédent.

B. Justification de l'étude

Dans le monde entier, les jeunes constituent de nos jours un des groupes les plus exposés à l'épidémie du sida. A l'heure actuelle, on estime qu'environ la moitié des nouveaux cas d'infection par le VIH se produisent chez les jeunes de moins de 25 ans. Il est donc devenu de plus en plus évident que ce groupe doit être la principale cible des programmes de prévention du VIH/SIDA.

Mais malgré leur vulnérabilité, les jeunes constituent également une force permettant de lutter contre l'épidémie. Lorsqu'ils reçoivent l'information appropriée et acquièrent les compétences vitales nécessaires, les jeunes montrent une capacité remarquable à adopter un comportement à moindre risque. Très motivés, ils participent avec enthousiasme aux programmes qui leur permettent de se prendre en charge et de s'occuper d'autres jeunes. En respectant leurs droits et en les associant aux adultes s'est révélé d'être l'un des meilleurs

moyens de mettre sur pied des programmes de promotion de la santé qui leur sont destinés.

L'analyse de la situation a confirmé la large prédominance de la transmission hétérosexuelle du VIH. Elle a fait ressortir les déterminants majeurs de la propagation de l'épidémie qui sont des déterminants comportementaux (multi - partenariat sexuel, rapports sexuels occasionnels non protégés et rapports sexuels précoces). Quant aux populations à vulnérabilité particulière, ont été identifiés : les migrants, les chauffeurs routiers et leurs apprentis, les militaires, les professionnels de sexe, les jeunes en milieu scolaire, les femmes en âge de procréer, la population carcérale, les personnes vivant avec le VIH. Ces personnes ont besoins des soutiens moral et affectif de la famille et de la communauté mais au lieu de bénéficier de ces soutiens elles sont au contraire rejetées à cause de la méconnaissance des modes de transmission du VIH.

C. Hypothèses de recherche

- ✚ Les jeunes de 15-24 ans du camp Soundiata de Kati ont des comportements sexuels à haut risque.
- ✚ Le niveau de connaissance face au VIH/Sida des jeunes de 15-24 ans du camp Soundiata de Kati est insuffisant.

OBJECTIFS

D. Objectifs de recherche

1. Objectif général :

Étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales face au VIH/SIDA des jeunes du camp Soundiata de Kati.

2. Objectifs spécifiques :

- ✚ Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des jeunes du camp Soundiata de Kati.
- ✚ Déterminer les connaissances des jeunes du camp face au VIH/SIDA.
- ✚ Déterminer les attitudes et pratiques comportementales des jeunes du camp face au VIH/SIDA.
- ✚ Déterminer l'attitude des jeunes face au dépistage volontaire au VIH/SIDA.

METHODOLOGIE

III. Méthodologie

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une enquête transversale, descriptive, à passage unique basée sur un sondage exhaustif des jeunes de 15 à 24 ans du camp Soundiata de Kati.

2. Choix et description des sites d'étude :

Notre étude a été menée dans le Camp Soundiata de Kati, cercle de Kati, région de Koulikoro.

Le cercle de Kati comptait 114.983 habitants selon RGPH en 2009.

Le camp Soundiata de Kati est la troisième région militaire du Mali et est situé à 15 km au nord-ouest de Bamako, limité à l'est par le quartier fougua extension, à l'ouest par samakébougou, au sud par sanafara et au nord par le quartier plateau.

Il renferme la plupart des ethnies du Mali : Bambara, Peul, Malinké, Senoufo, Sonrhäï, Bobo, Dogon, Soninké etc.

3. Population d'étude :

Les jeunes de 15 à 24 ans scolarisés et non scolarisés, militaires et civils, des deux sexes.

3.1 Critères d'inclusion :

- Tous jeunes âgés d'au moins 15 ans et d'au plus 24 ans résidant au camp Soundiata de Kati durant la période d'étude.
- Et acceptant volontiers de répondre aux questionnaires.

3.2 Critères de non inclusion :

- Les jeunes de moins de 15 ans et de plus de 24 ans.
- Les jeunes ne résidant pas au camp durant la période d'étude
- Les jeunes non consentants.

3.3. Echantillonnage :

La taille d'échantillon se calcule avec la formule suivante :

$$N = t^2 \times p \times (1 - p) / m^2$$

N= taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un événement et un niveau de risque fixé.

t = niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95% sera 1,96)

p = (en pourcentage) proportion estimée de la population qui représente la caractéristique.

m = marge d'erreur (généralement fixée à 5%).

Selon EDSM-V 2012-2013, la prévalence (p) générale dans la population est de 1,1%. Enfin en appliquant la formule, **N= 170. Donc la taille de l'échantillon est de 170 sujets.** Pour plus d'impact et minimiser la marge d'erreur nous avons arrondi ce nombre à **200**.

4 Calendrier d'étude :

L'enquête a été réalisée du 1er Novembre 2014 au 31decembre 2014.

5 Techniques et outils d'enquête :

5.1 Analyse quantitative

L'échantillonnage était aléatoire .Nous avons procédé à un tirage au sort de deux cents (200) sujets.

L'enquête sera réalisée auprès de ces jeunes dans les "grins", domiciles, lieux de travail...

L'outil d'enquête constitue un support à type de questionnaire unique imprimé sur format A4 et à lecture optique. Chaque fiche d'enquête va être soumise aux jeunes.

5.2 Analyse qualitative

L'enquête qualitative a porté sur dix (10) entretiens individuels approfondis (EIA) et cinq (5) groupes de discussions de huit (8) participants par groupe.

- Tous les EIA et les groupes de discussions se sont déroulés dans le camp Soundiata de Kati.

5.3 Saisie, traitement et analyse des données :

La saisie et analyse des données ainsi que la réalisation des tableaux et graphiques ont été faites à l'aide des logiciels Epi Info 7, Excel 2007 et world 2007.

6 Considérations éthiques :

Pour cette étude l'inclusion des jeunes était faite sur la base de consentement volontaire. L'anonymat des participants sera gardé. Les jeunes ont le droit de refuser de participer à l'étude.

RESULTATS

IV. Résultats

A. Analyse quantitative :

Notre étude a porté sur 200 jeunes. Les jeunes de sexe masculin étaient prédominants (62,5%), la tranche d'âge 18-21 ans a été la plus représentée. Les célibataires ont constitué 81,5% de l'échantillon.

1. Données sociodémographiques

Tableau I : Répartition des jeunes selon les tranches d'âge en fonction du sexe

Tranche d'âge	masculin	féminin	total
15-17	31(15,5%)	25(12,5%)	56(28%)
18-21	59(29,5)	25(12,5%)	84(42%)
22-24	35(17,5%)	25(12,5%)	60(30%)
Total	125(62,5%)	75(37,5%)	200(100%)

La tranche d'âge 18-21 ans était la plus représentée avec 42% des jeunes et le sexe masculin était majoritaire dans l'échantillon soit 62,50% contre 37,50% pour le sexe féminin.

Tableau II : Répartition des jeunes selon les tranches d'âge en fonction de la religion

Tranche d'âge	musulman	chrétien	animiste
15-17	38(19%)	17(8,5%)	1(0,5%)
18-21	76(38%)	8(4%)	0(0%)
22-24	41(20,5%)	18(9%)	1(0,5%)
Total	155(77,5%)	43(21,5%)	2(1%)

La religion musulmane prédominait soit 77,50%.

Tableau III : Répartition des jeunes selon leur statut matrimonial en fonction des tranches d'âge

Tranche d'âge	marié	célibataire
15-17	1(0,5%)	55(27,5%)
18-21	12(6%)	72(36%)
22-24	24(12%)	36(18%)
Total	37(18,5%)	163(81,5%)

Les célibataires étaient les plus représentés avec 81,5%.

Tableau IV : Répartition des jeunes selon le niveau d'étude en fonction du sexe

Niveau d'instruction	masculin	féminin	total
Non scolarisé	12	15	27(13,5%)
Primaire	38	30	68(34%)
Secondaire	64	25	89(44,5%)
Supérieur	11	15	16(8%)
Total	125	75	200(100%)

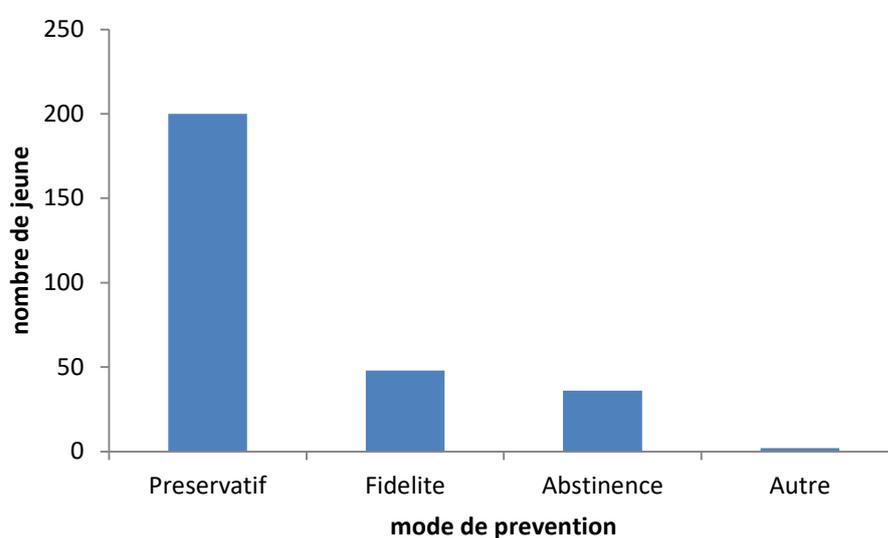
Les jeunes du Secondaire avaient représenté 44,5% contre 8% du Supérieur

2. Connaissances

Tableau V : Répartition des jeunes selon qu'ils aient entendu parler du Sida

Entendu parler du sida	masculin	féminin	total
Oui	125	75	200(100%)
Non	0	0	0(0%)
Total	0	0	200(100%)

100% des jeunes ont entendu parler du VIH/SIDA



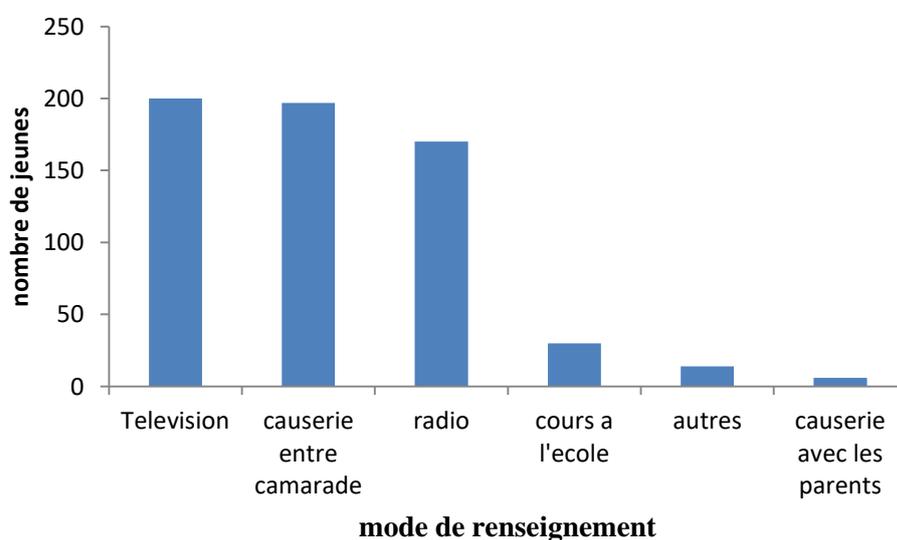
Graphique 1 : Répartition des jeunes selon leur opinion sur le mode de prévention du sida

Le préservatif était le moyen de prévention le plus cité, soit 100% des jeunes.

Tableau VI : Répartition des jeunes selon leur connaissance des modes de transmission en fonction du sexe

Moyens de transmission	masculin	féminin	total
Rapport sexuel non protégé	125	75	200(100%)
Mère-enfant	66	103	169(84,5%)
Transfusion sanguine	22	71	93(46,5%)
Usage de seringue souillée	31	60	91(45,5%)
En mangeant dans le même plat que PVVIH	3	2	5(2,5%)
Autres	1	0	1 (0,5%)

Le mode de transmission le plus connu était les rapports sexuels non protégés, soit 100% des jeunes.



Graphique 2 : Répartition des jeunes selon le mode de renseignement

La télévision était le moyen de renseignement le plus utilisé par les jeunes, soit 32,41% des jeunes.

Tableau VII : répartition des jeunes selon leur connaissance du préservatif

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	200	100,00
TOTAL	200	100.00

La totalité des jeunes connaîtrait le préservatif, soit 100%

Tableau VIII : Répartition des jeunes selon le lieu d'obtention du préservatif

Comment s'en procurer	masculin	féminin	total
Pharmacie	124	74	198(99%)
Boutique	119	70	189(94,5%)
Autres	1	1	2(1%)

La pharmacie était le lieu d'obtention des préservatifs le plus connu des jeunes, soit 99%.

Tableau IX : Répartition des jeunes selon la connaissance du lieu de dépistage du Sida

Lieu de dépistage	Effectif	Pourcentage(%)
Centre de santé	160	80
Hôpital	40	20

Les centres de santé étaient le lieu de dépistage le plus connu des jeunes.

Tableau X : Répartition des jeunes selon qu'il existe des médicaments permettant aux PVVIH de mener une vie normale

	Masculin	féminin	total
Oui	124	74	198(99%)
Non	1	1	2 (1%)
Total	125	75	200(100%)

La majorité des jeunes (99%) déclarait qu'il existe des médicaments permettant aux PVVIH de mener une vie normale.

3. Pratiques comportementales

Tableau XI : répartition des jeunes selon qu'ils aient déjà utilisé un préservatif

Est-ce que tu t'es déjà procuré un préservatif	Masculin	féminin	total
Oui	119	17	136(68%)
Non	6	58	64(32%)
Total	125	75	200(100%)

La majorité des jeunes déclarait avoir déjà utilisé un préservatif, soit 68%.

Tableau XII : Répartition des jeunes selon qu'ils aient eu des rapports sexuels

As-tu déjà eu des rapports Sexuels	Masculin	féminin	total
Oui	114	59	173 (86,5%)
Non	11	16	27(13,5%)
Total	125	75	200(100%)

Plus de la moitié des jeunes avait déjà eu des rapports sexuels, soit 86.50%.

Tableau XIII : Répartition des jeunes selon qu'ils aient eu des rapports sexuels durant les 3 semaines précédentes l'enquête

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	96	55,49
Non	77	44,51
TOTAL	173	100,00

La majorité des jeunes soit 55,49% avait eu des rapports durant les 3 semaines précédents l'enquête.

Tableau XIV : Répartition des jeunes selon qu'ils aient eu utilisé le préservatif ou pas au cours de leur dernier rapport sexuel

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	73	43,20
Non	100	57,80
TOTAL	173	100,00

Plus de la moitié des jeunes soit 57,80% déclarait n'avoir pas utilisé le préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel.

Tableau XV : Répartition des jeunes selon le motif pour lequel ils n'avaient pas utilisé de préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel

Motifs	Effectif	Pourcentage(%)
Autres	34	34
Oubli	20	20
refus du partenaire	12	12
trop pressé	32	32
confiance	02	02
TOTAL	100	100,00

Les motifs les plus cités avaient été respectivement les autres (marié(e)) soit 34%, trop pressé soit 32% et oubli soit 20%

Tableau XVI : Répartition des jeunes selon qu'ils aient fréquenté un centre de santé

As-tu fréquenté un centre de santé ou autres pour avoir des renseignements sur le VIH/SIDA			Total
	masculin	Féminin	
Oui	15	3	18(9%)
Non	110	72	182(91%)
Total	125	75	200(100%)

Une minorité des jeunes soit 9% avait déjà fréquenté un centre de santé.

Tableau XVII : Répartition des jeunes selon qu'ils ont fait le test de dépistage

As-tu déjà fais un test de dépistage du VIH/SIDA	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	78	39,00
Non	122	61,00
TOTAL	200	100,00

La majorité, soit 61% des jeunes n'avaient pas fait le test de dépistage.

Tableau XVIII : Répartition des jeunes selon qu'ils aient récupéré leur résultat du test de dépistage

As-tu récupéré le résultat de ton test de dépistage	Effectif	pourcentage(%)
Oui	66	33,00
Non	12	06,00
Total	78	39,00

La majorité, soit 66% des jeunes avaient récupéré leur résultat

Tableau XIX : Répartition des jeunes selon le motif de l'abandon des résultats

Cause de l'abandon	Effectif	Pourcentage(%)
Peur	09	75
Confiance en soi	03	25
TOTAL	12	100,00

Parmi les jeunes n'ayant pas obtenu les résultats du test, 75% déclaraient avoir peur des résultats.

Tableau XX : Répartition des jeunes selon que le VIH/SIDA les inquiétaient et les concernaient

Le VIH m'inquiète et me concerne	masculin	féminin	Total
Oui	113	65	178(89%)
NSP	10	8	18(9%)
Non	2	2	4(2%)
Total	125	75	200(100%)

89% des jeunes déclaraient que le VIH/SIDA les inquiétait et les concernait.

Tableau XXI : Répartition des jeunes sur leur opinion selon que le VIH/SIDA peut toucher n'importe qui

Le VIH/SIDA peut toucher n'importe qui	masculin	féminin	Total
NSP	20	16	36(18%)
Oui	105	59	164(82%)
Total	125	75	200(100%)

La grande majorité soit 82% des jeunes pensaient que le VIH peut toucher n'importe qui.

Tableau XXII : Répartition des jeunes sur leur opinion sur le port ou l'achat du préservatif

Une personne qui achète ou porte un préservatif sur lui a un mauvais comportement	masculin féminin		Total
Oui	10	6	16(8%)
NSP	18	18	36(18%)
Non	97	51	148(74%)
Total	125	75	200(100%)

Concernant l'achat ou le port du préservatif, 74% des jeunes déclaraient que la personne qui le fait n'a pas un mauvais comportement.

Tableau XXIII : Répartition des jeunes en fonction de leur disposition à faire un dépistage volontaire

J'accepte de faire un test volontaire du SIDA	Effectif Pourcentage	
NON	8	4,00
NSP	7	3,50
OUI	185	92,50
TOTAL	200	100,00

Un grand nombre des jeunes était disposé à faire le test volontaire du VIH/SIDA contre 4% qui ont refusé.

Tableau XXIV : Répartition des jeunes sur leurs attitudes discriminatoires vis-à-vis des PVVIH

Un PVVIH doit être mise l'écart	Effectif	Pourcentage(%)
NON	165	82,50
NSP	24	12,00
OUI	11	5,50
TOTAL	200	100.00

La majorité des jeunes soit 82,50% pensait que les PVVIH ne doivent pas être mises à l'écart.

Tableau XXV : Répartition des jeunes selon qu'ils pourraient donner des soins à une PVVIH

Peux tu donner des soins une PVVIH	Effectif	Pourcentage(%)
NON	11	5,50
NSP	41	20,50
OUI	148	74,00
TOTAL	200	100.00

Les jeunes à raison de 74% disaient qu'ils pourraient donner des soins aux PVVIH.

B. Analyse qualitative :

L'analyse qualitative a porté sur dix (10) entretiens individuels approfondis (EIA) et cinq (5) groupes de discussions de huit (8) participants par groupe.

Tous les EIA et les groupes de discussions se sont déroulés dans le camp Soundiata de Kati

La population cible était les jeunes du camp âgés de 15 à 24 ans.

1. Entretien individuel approfondi

a. Connaissances du VIH/SIDA et perception :

Par rapport aux connaissances et perception sur le VIH/SIDA, certains de nos interlocuteurs croient à l'existence de cette maladie même s'ils pensent qu'elle a été fabriquée par les blancs. C'est ce qui ressort des propos de **B.A.** âgée de 22 ans : « *Le sida existe mais c'est une maladie fabriquée par les blancs pour diminuer les africains* » par contre **F.S.** âgé de 24 ans pense que : « *Le sida est une maladie qui se trouve dans le sang comme les autres maladies mais qui ne guérit pas* »

b. Pratiques comportementales :

En ce qui concerne les questions liées aux pratiques comportementales, un grand nombre de nos jeunes enquêtés préfèrent les rapports sexuels non protégés. Comme en témoigne cette pensée de **B.M.** âgée de 21 ans : « *Je préfère les rapports sexuels non protégés parce que les préservatifs me gênent et je n'ai pas beaucoup de plaisir avec les préservatifs* » une minorité pense le contraire, c'est ce qui ressort de ces propos de **K.Z.** âgée de 18 ans : « *Lors de mes rapports sexuels avec les hommes, j'exige qu'ils portent des préservatifs, surtout quand je ne connais pas leurs statuts sérologiques* »

c. Attitudes :

En matière de prévention du VIH/SIDA, le port de condom, l'éviction des objets souillés et la fidélité ont été évoqués par la majeure partie de nos jeunes interrogés.

C'est ce qu'exprime **P.D.** âgé de 18 ans en ces termes : « *J'utilise les préservatifs lors des rapports sexuels, j'évite de me blesser avec les objets souillés et je suis fidèle à un seul partenaire* »

par contre une minorité pense qu'en évitant le contact quotidien avec une personne infectée est une bonne attitude de prévention. Comme il ressort de cette opinion de **M.H.** âgé de 23 ans : « *j'ai peur de contracter le virus en mangeant ou en dormant dans la même chambre qu'une personne infectée* »

2. Groupe de discussions

(Focus group)

a. Connaissance et perception du VIH/SIDA :

Tous nos sujets enquêtés étaient d'accord avec l'existence du VIH/SIDA.

Comme l'indique cette citation d'un de nos participants du focus group : « *Je crois à l'existence du VIH à travers les tests, les signes cliniques, le traitement, j'ai aussi eu la chance de toucher à une personne vivant avec le VIH* »

(FGI : P2)

Par rapport à la question liée à la connaissance du VIH/SIDA, la majorité des participants de nos groupes de discussions connaît les modes de transmission et de prévention de la maladie. Comme en témoigne cette pensée d'un participant du groupe de discussion : « *Les moyens de prévention que je connais sont : le port du préservatif, la fidélité et l'abstinence car si le couple est fidèle c'est difficile qu'il attrape le Sida et comme moyens de transmission : les objets souillés et les rapports sexuels non protégés* » (FG III : P1)

b. Pratiques comportementales

Une proportion non négligeable de nos sujets enquêtés dans le focus group a une faible perception sur le multi partenariat sexuel comme facteur de risque.

L'opinion de cette participante le montre : « *Je vis actuellement avec quatre (4) hommes différents et j'essaye de fixer un rendez-vous avec chacun d'eux pour que aucun d'entre eux ne soit au courant l'un de l'autre* » (FG V : P6)

D'autres pensent le contraire comme l'illustre l'opinion de ce participant :

« *Les personnes qui ont des partenaires sexuels multiples courent un grand risque de contamination au VIH* » (FG VII : P3)

c. Connaissances, accessibilité aux services de prévention et d'IEC

La majorité de nos interlocuteurs connaissaient les services de prévention et d'IEC. C'est ce qu'exprime ce participant d'un groupe de discussion : « *Je connais le centre l'éveil, le CESAC et les hôpitaux comme le centre de dépistage du VIH* » (FG I : P4)

Un nombre considérable de nos sujets des groupes de discussion s'informe sur le VIH/SIDA à travers la télé et la radio. Comme affirme cette pensée d'un de nos participants du groupe de discussion : « *Ma première source d'information a été la télévision suivie de la radio et enfin de bouche à oreille* » (FG I : P1)

d. Perception des personnes infectées par le VIH et du Sida :

Un nombre non négligeable de participants des groupes de discussion a des attitudes de stigmatisations vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA.

C'est ce qui ressort de cette citation : « *Moi je me mets à l'écart d'une personne infectée car c'est une maladie qui peut être transmise en mangeant dans le même plat ou en dormant dans la même chambre* » (FG II : P3)

Contrairement à une minorité qui adopte une attitude solidaire, comme exprime cette pensée de cet intervenant du focus group : « *Je vais maintenir notre relation comme avant et si c'est un parent proche je me chargerai de l'entretenir comme s'il n'avait rien* » (FG V : P8)

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. Commentaires et Discussion

1. Approche méthodologique :

Nous avons réalisé une étude prospective et transversale portant sur 200 jeunes du Camp Soundiata de Kati. Ce qui nous a permis de mieux appréhender les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes Kati.

Limites de cette étude

Nous avons rencontré quelques difficultés au cours de cette étude :

- Perte de nombreuses fiches d'enquête.
- Refus de certains jeunes de remplir les fiches d'enquête.

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

2. Caractéristiques sociodémographiques :

a. Tranche d'âge et le sexe :

Au cours de notre étude la tranche d'âge la plus représentée a été 18-21 ans avec 42% contrairement à celle de ARIANE MT. qui avait trouvé 53,9% dans la fourchette de 21-24 ans [3].

Les garçons étaient majoritaires par rapport aux filles avec 62,5% de l'effectif sans doute dû probablement à leur contact facile sur les questions de sexualité contrairement aux filles qui ont tendance à être un peu renfermées sur la question.

b. Statut matrimonial :

Les célibataires ont représenté 81,5% des effectifs dans notre étude contre 18,5% pour les mariés.

3. Connaissances :

Pour évaluer le niveau de connaissance des jeunes du camp de Kati sur le VIH/SIDA, nous leur avons demandé s'ils avaient entendu parler du VIH/SIDA. Il en ressort que la totalité soit 100% avaient entendu parler du VIH/SIDA, avec comme sources principales la télévision, la causerie entre camarades et la radio. Ces résultats sont justifiés par l'EDS V qui a trouvé que 96% des Hommes et 83% des Femmes avaient entendu parler du VIH/SIDA [2]. Comme affirme aussi cette pensée d'un de nos participants du groupe de discussion : « Ma première source d'information a été la télévision suivi de la radio et enfin le bouche à oreille » **(FG I : P1)**

Ceci pourrait s'expliquer aussi par la fréquentation du milieu hospitalier et du personnel médical ainsi que les diverses méthodes permettant une large diffusion d'information y relative.

a. Modes de transmission et moyens de prévention

La bonne connaissance des voies de transmission et des moyens de prévention du VIH a été largement affirmée par les participants à l'étude.

C'est ainsi que la voie sexuelle a été la plus citée avec 100% suivi respectivement de la transmission Mère-enfant (voie verticale) 84,5%, de la transfusion de sang souillée 46,5% , de l'usage de seringue souillée et de lame souillée 45,5%

Comme en témoigne un membre du focus group : « Les moyens de prévention que je connais sont : le port du préservatif, la fidélité et l'abstinence et comme moyens de transmission : les objets souillés et les rapports sexuels non protégés ». **(FG III : P1)**

Barkissa N T dans son étude en 2006 (INTEC, lycée Soundiata Keita, FMPOS) avait trouvé 98% pour la voie sexuelle [37].

On note que le préservatif était le moyen de prévention le plus cité avec 100% des jeunes suivi respectivement de la fidélité et de l'abstinence.

Barkissa trouva aussi dans son étude que le préservatif était le moyen de prévention le plus connu avec 83,1% [37].

b. Sources d'information sur le VIH/SIDA :

Les principales sources d'information sur le VIH/SIDA des jeunes du Camp de Kati étaient : la télévision (32,41%) et la causerie avec les camarades avec (31,93%) ; la radio (27,55%) ; les cours à l'école avec (4,86%) ; autres (internet) : (2,27%) ; les parents (0,97%).

L'étude menée par ARIANE MT estimait que les principales sources d'informations sur les IST/SIDA étaient la télévision (24,3%) et la radio (23%) ; la causerie avec les camarades avec 22,1% ; les cours de la faculté avec 20,1% ; les parents 10,2% ; autres (amis du quartier) 0,2%. [3]

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

c. Existence des médicaments permettant aux PVVIH de mener une vie normale

A cette question la majorité des jeunes avait répondu vrai, soit 99% contre 1% qui avait répondu faux.

4. Pratiques comportementales

Dans notre étude 86,50% des jeunes étaient sexuellement actifs. Durant les 3 semaines précédentes l'enquête, 55,49% des jeunes avaient eu des rapports sexuels soit 96 jeunes sur 173.

La majorité des jeunes avait déclaré n'avoir pas utilisé le préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel avec 57,80% des cas (soit 100 jeunes sur 173). Le sexe masculin était le plus représenté avec 57% des cas (soit 67 jeunes sur 100). Ce qui constituait un comportement à risque.

Parmi les jeunes, 33% avaient fait le test de dépistage et avaient obtenu leur résultat ; 6% avaient fait le test mais n'avaient pas récupéré leur résultat ; ces

derniers prétendent à majorité avoir eu peur de leur résultat soit 75%. Ceci pourrait s'expliquer par une insuffisance dans le counselling.

61% n'avaient pas fait le test de dépistage

Au regard de ces résultats, les jeunes du Camp de Kati couraient des risques sur le plan comportement.

La majorité des jeunes acceptaient de faire un test volontaire, soit 92,50%.

Quant à savoir s'ils acceptaient de donner des soins aux PVVIH, nous avons obtenu 74% qui acceptaient, 5,5% qui refusaient et 20,50% qui ne savaient pas.

Au vue de ces résultats une minorité des jeunes avaient une mauvaise attitude face au VIH/SIDA.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI. Conclusion et Recommandations

1. Conclusion

Au terme de cette étude qui a concerné les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes du Camp Soundiata de Kati :

Nous avons noté que les jeunes ont une connaissance moyenne sur les modes de transmission du virus, les maladies transmissibles et les moyens de prévention. Toutefois on notait une persistance de croyances erronées (2,5% des questionnés continuent à penser que le virus peut éventuellement se transmettre en mangeant dans le même plat avec une personne infectée).

Elle a fait ressortir également des déterminants comportementaux tels que les rapports sexuels non protégés, les rapports sexuels précoces et occasionnels ainsi que le multi- partenariat sexuel et socio- économique. Ceci s'explique d'une part par la pauvreté et d'autre part par une méconnaissance de la maladie et de ses moyens de prévention notamment chez les jeunes.

La majorité de nos jeunes sont sexuellement actifs. Les 3 semaines précédentes l'enquête seulement 43.20% ont eu des rapports protégés. Le préservatif n'avait pas été utilisé par 32% des jeunes au motif d'être trop pressés.

L'information, l'éducation, la communication sur le VIH/SIDA doivent être une priorité de nos jours, car trente ans après la découverte de premier cas, le SIDA a cessé d'être uniquement un problème de santé publique pour devenir un véritable problème de société et surtout de développement.

2- Recommandations

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

Au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,

- Insérer des modules de formation sur la sexualité dans le programme des jeunes

Au ministre de la santé,

- Mettre au sein du Camp un centre de jeunes pour la prise en charge de leurs problèmes sanitaires.
- Rendre disponible les centres de conseils et de dépistage volontaire.

Aux parents,

- Discuter les questions relatives à la sexualité et au VIH/SIDA avec les jeunes.

Aux jeunes du Camp Soundiata de Kati,

- Participer pleinement aux campagnes de communication pour le changement de comportement.
- Profiter de chaque occasion pour s'informer et informer.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VII. Références Bibliographiques

[1] Tusseau S.

La prévention du VIH/SIDA au Mali : le travail des acteurs de terrain, l'expérience des facteurs de transmission du virus, et la construction de territoires sanitaires et sociaux. Thèse, Med., Université Nantes Angers Le Mans, Angers, 2013, 13p.

[2]. EDSM-V

Rapport Préliminaire sur la Prévalence du VIH. 2012-2013, 9p.

[3]. ARIANE MT.

Connaissances, attitudes et pratiques comportementales liées aux IST et au VIH/SIDA des étudiants de la FMPOS. Thèse, Med., 2009, 1p.

4-Gallo R-C:

Detection, isolation and continuous production of cytopathic retrovirus from patients, with AIDS and Arcs. Science 1984; 224: p 497

5-Montagnier L:

Isolation of HT2 retrovirus (LAV).from zarian married couayte one with Aids one with Arc. Lancet 1984; 1183-1185

6- Montagnier L :

Lutte contre le SIDA : la course contre la montre santé du monde : magazine de l'OMS Mars 1988 p 12

7-Gallo R-C:

Frequent detection and isolation of cytopathic retrovirus (HTL III) from patients with Aids and risk for Aids. Science 1983; 224:500-503

8-Clavel F:

VIH type 2 infection association with AIDS in West Africa the New England journal of med 7.1982-1185

9-ESSEX M.

Isolation of HTLIV retrovirus related from wild caught Africa green Monkeys. Science vol 230 new 25; 1985 p 951-954

10- ONU SIDA/OMS le point sur l'épidémie du SIDA, décembre 2007

11-ONU SIDA/OMS le point sur l'épidémie du sida, geneve, 2006

12-Description du VIH : disponible sur [http : // . w . w . w . / France . com / seb IV / descrip . / Ttm](http://.w.w.w./ France.com/seb IV/ descrip. / Ttm) . «consulté le 18 février 2015»

13- Gentilini M: Médecine tropicale Paris Flammarion 1993; 928p

14 : Jossay, M donadien y le SIDA

Étude, prévention, traitement, paris malaine 1987; 41p

15-Peeters Mulanga—Ka Beyac, Deleporte E.

La diversité génétique du VIH virologie2000; 4:371-81

16-la prévention du VIH/SIDA disponible sur le site ensemble contre le sida

17: Ministère de la sante/ cellule de coordination du comite

Sectoriel de lutte contre le vih/sida

Compétence en counseling en matière de VIH/SIDA, Manuel de référence Août 2006

Page : 2

18-Fleury HJA. Virologie humaine paris Masson ,2000; 928p

19-http:// www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/SIDA/images/cycle.swf «consulté le 23 février 2015»

20- Fleury HJA 2eme édition Paris

Virologie humaine paris Masson 2éme édition paris Masson 1997 ; 195

21-GLUMECK N; MASCART-LEMOINEF, DEMA VBEUGE J:

Acquired immunodeficiency syndrome in black Africans lancet 1983; **11:6** Doin. J Paris 12-16

22: in: [www. Yahoo encyclopedie.fr/SIDA](http://www.yahooencyclopedie.fr/SIDA)

23-Anonymous: AIDS Weekly surveillance report, AIDS-program CDC Atlanta, 1988

24-Rosenheim M et A.I Touangaporo

SIDA et infection à VIH : aspect en zone tropicale Paris : med. Trop, éd ELLIPSES. AUPELF **9** :101-109

25 -CASSUTO J.P SIDA et infection par le VIH : Abrégé 2nd éd 1996

26-http:// documentation.ledmed.org/igm/html/doc_10797.html «consulte le 25 février 2015»

27-ANNE LA PORTE, FLORENCE LOT

Épidémiologie-situations actuelles et tendances IN : P.-M .GIRARD, CH. KATLAMA, G. PIALOUX VIH EDITION 2001 DOIN ; PARIS ; 55-58

28-Pilly E : maladies infectieuses 15ème édition paris 1996 ; 453

56PNLS/OMS l'épidémie à VIH population cibles et activité en matières de prévention, 1994 ; 45

29-Starm w ; Turck M :

Infection des voies urinaires ; pyélonéphrites et maladies apparentes 4 ème édition : Flammarion 1988.p1185-1189

36-Mamadou S ; Montavonc; Ben A; Djibo.A, Rabiraus et al.

Predominance of CRFO 2 AG and CROF 06 cpx in Niger West Africa. Aids research and human retrovirus 2002, 18 (sous presse)

37- Barkissa N.T

Connaissances et comportements face au VIH/SIDA en milieu scolaire de Bamako Thèse Med, Bamako 2006

ANNEXES

ANNEXES

Fiche d'enquête

I. Données sociodémographiques

1-Age :

2-Sexe : masculin : 1 ; Féminin : 2

3-Statut matrimonial : marié : 1 ; célibataire : 2

4-Religion : Musulman : 1 ; Chrétien : 2 ; Autres : 99

5-Niveau d'étude : Primaire : 1 Secondaire : 2 Supérieur : 3 Analphabète : 4

II- Connaissances

6-As-tu déjà entendu parler du SIDA ? Oui : 1 non : 2

7-Peut-on se protéger du VIH/SIDA ? Oui : 1 non : 2

Si oui quelles sont les moyens de prévention du

VIH/SIDA.....

8-Citer les voies de transmissions du VIH

Rapports sexuels : 1 ; en mangeant dans le même plat qu'une PVVIH : 2 ;
transfusion

Sanguine : 3 ; Usage de seringue souillée : 4 ; Piqûres de moustique : 99 ; autres
à Préciser :.....

9-Comment obtiens-tu des renseignements sur le VIH/SIDA ? :

Causerie entre camarade : 1 ; radio : 2 ; télévision : 3 ; cours de la faculté : 4 ;
causerie

Avec parents : 5 ; Autres : 99

10-Connais-tu le préservatif /condom ? Oui : 1 ; non : 2

Si oui où peut-on s'en procurer ?

Centre de santé : 1 ; boutique : 2 ; pharmacie : 3 ; autres (préciser) : 99

11-Quels sont les endroits où on fait le dépistage du

VIH/SIDA ?.....

12-Il existe actuellement des médicaments qui permettent aux PVVIH de mener
une vie

Normale. Vrai : 1 ; Faux : 2

III- Comportements /pratiques

13-est-ce que tu t'es déjà procuré un préservatif ? Oui : 1 ; non : 2

14-as-tu déjà eu des rapports sexuels ? Oui : 1 ; non : 2

15-as-tu eu des rapports sexuels au cours des 3 dernières semaines ? Oui : 1 ; non : 2

16-as-tu utilisé un préservatif au cours de ton dernier rapport ? Oui : 1 ; non : 2

Si non pourquoi : trop pressé : 1 ; oublie : 2 ; refus du partenaire : 3 autres à préciser : 99

17-au cours de ce mois as-tu discuté de VIH/SIDA avec :

Camarade : 1 ; parents : 2 ; enseignants : 3 ; autres (préciser) : 99

18-As-tu fréquenté un centre de santé ou autres pour avoir des renseignements sur le

VIH/SIDA ? Oui : 1 ; non : 2

19-As-tu déjà fais un test de dépistage du VIH/SIDA ? Oui : 1 ; non : 2

Si oui as-tu obtenu des résultats de ce test ? Oui : 1 ; non : 2

Si non pourquoi ?.....

IV- Attitudes

20-Le VIH/SIDA m'inquiète et me concerne : oui : 1 non : 2 ; NSP : 88

21-Le VIH/SIDA peut toucher n'importe qui : oui : 1 ; non : 2 ; NSP : 88

22-Une personne qui achète ou porte un préservatif sur lui a un mauvais comportement

Oui : 1 ; non : 2 ; NSP : 88

23-J'accepte de faire un test volontaire du SIDA oui : 1 ; non : 2 ; NSP : 88

24-Un PVVIH doit être mise à l'écart : oui : 1 ; non : 2 ; NSP : 88

25-Peux-tu donner des soins à un PVVIH : oui : 1 ; non : 2 ; NSP : 88

Guide d'Entretien Individuel Approfondi

Introduction : Bonjour je m'appelle Je fais cette recherche dans le cadre de ma thèse de doctorat. Nous faisons cette enquête pour mieux comprendre les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes de 15 à 24 ans faces au VIH/SIDA dans le camp Soundiata de Kati. Nous souhaiterions donc connaître vos perceptions, opinions et vécus personnels sur ces questions.

Sachez qu'il n'ya pas de bonnes ni de mauvaises réponses, nous aimerons apprendre à travers vous. Vos propos resteront dans la confidentialité, ils ne seront pas étalés sur aucune place publique. Nous aimerons que vous nous donniez des discours francs. Vous êtes libres de participer ou de décider de ne pas participer à l'étude sans aucun préjudice. Vous avez également le droit de vous retirer à tout moment du débat

. I. Récit de vie

Pouvez- vous nous parler de votre histoire personnelle qui a une relation avec votre vie sexuelle (nombres de partenaire sexuel, âge du premier rapport sexuel, durée de la relation etc. ...) ?

II. Connaissance du VIH/SIDA et perception

Quelles sont vos connaissances, perceptions et opinions sur le VIH/SIDA ?

Quelles sont les moyens de préventions du VIH/SIDA que vous connaissez ?

III. Pratiques comportementales

Parlez-nous de vos préférences en matière de pratique sexuelle (rapport sexuel protégé, non protégé, multi partenariat sexuel, rapport hétérosexuel etc....) ?

IV. Attitude

En matière de prévention du VIH/SIDA quels sont les moyens que vous utilisez?

N .B : Pour chaque moyen cité justifiez les raisons de votre choix

Je vous remercie, c'est la fin de l'entretien, avez-vous quelque chose d'autre à ajouter ?

Guide d'entretien Focus Group

1. Connaissance et perception du VIH/SIDA

- . Existence du Sida
- . Connaissance du VIH/SIDA (notion de séropositivité, modes de transmission, moyens de prévention)

2. Pratiques comportementales

- . Perception des risques faces à l'infection à VIH
- . Facteurs de risques (précocité du premier rapport sexuel, multi partenariat sexuel, pratique socioculturelles néfastes, précarité économique, illettrisme, pratique sexuels à risques, violence)

3. Connaissance et accessibilité aux services de prévention et d'IEC

- . Connaissance des centres de dépistage et de prise en charge du VIH / SIDA
- . Source d'information (radio, télé, bouche à oreille, amis)
- . Connaissance des projets et programmes pour la prévention du VIH (sensibilisation, distribution de préservatifs, formation)

4. Perception des personnes infectées par le VIH et du SIDA

- . Stigmatisation et auto –stigmatisation
- . Rejet social

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Djoundo

Prénom : Henry A. Blaise

Titre de la thèse : Connaissances, attitudes et pratiques comportementales face au VIH/SIDA des jeunes du camp soundiata de Kati

Directeur de thèse : Professeur Samba DIOP

Année Universitaire : 2017-2018

Nationalité : malienne

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, et d'Odonto-Stomatologie du Mali.

Secteur d'intérêt : Santé Publique et anthropologie médicale

TEL : 79016550// 63536671

Email : djoundoblaise@yahoo.fr

RESUME

La prévention du VIH est très complexe. En effet ces affections ont été toujours considérées comme émanant essentiellement de la volonté céleste qui chercherait à punir les hommes. Dans le souci d'un changement de comportement en matière de protection contre le VIH/Sida nous avons conduit cette étude. Elle avait pour objectif d'étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales face au VIH/SIDA des jeunes de 15 à 24ans du camp Soundiata de Kati.

Pour ce faire, nous avons conduit une étude descriptive et transversale qui s'est déroulée du mois de novembre 2014 au mois de décembre 2014.

Un échantillon représentatif dans la population cible a été fait sur la base de stratification des ensembles.

L'étude s'est portée sur 200 sujets résidants tous au camp Soundiata de Kati. La tranche d'âge la plus représentée se situait dans une fourchette de 18-21ans, soit

42% et le sexe masculin était majoritaire soit 62,5%. Les célibataires constituaient 81,5%.

L'ensemble de nos jeunes consultés avaient entendu parler de Sida. Nos résultats montrent de façon générale que la majorité des jeunes vivants dans le camp Soundiata de Kati a une connaissance moyenne sur les modes de prévention et de transmission du virus. Elle avait aussi un comportement à risque, soit 57,80% des jeunes n'avaient pas utilisé de préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel.

La prise en compte des résultats et recommandations de cette étude pourrait contribuer efficacement dans la lutte contre le VIH/Sida.

Mots clés : VIH/Sida, jeunes, connaissances, attitudes, pratiques comportementales.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

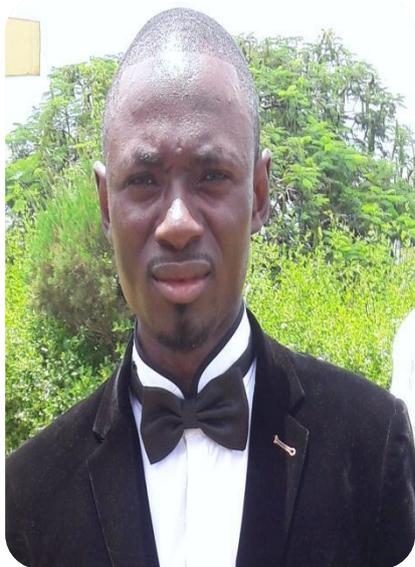
Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure



FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Djoundo

Prénom : Henry A. Blaise

Titre de la thèse : Connaissances, attitudes et pratiques Comportementales face au VIH/SIDA des jeunes du camp soundiata de Kati

Directeur de thèse : Professeur Samba DIOP

Année Universitaire : 2017-2018

Nationalité : malienne

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, et d'Odonto-Stomatologie du Mali.

Secteur d'intérêt : Santé Publique et anthropologie médicale

TEL : 79016550// 63536671

Email : djoundoblaise@yahoo.fr

RESUME

La prévention du VIH est très complexe. En effet ces affections ont été toujours considérées comme émanant essentiellement de la volonté céleste qui chercherait à punir les hommes. Dans le souci d'un changement de comportement en matière de protection contre le VIH/Sida nous avons conduit cette étude. Elle avait pour objectif d'étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales face au VIH/SIDA des jeunes de 15 à 24ans du camp Soundiata de Kati.

Pour ce faire, nous avons conduit une étude descriptive et transversale qui s'est déroulée du mois de novembre 2014 au mois de décembre 2014.

Un échantillon représentatif dans la population cible a été fait sur la base de stratification des ensembles.

L'étude s'est portée sur 200 sujets résidants tous au camp Soundiata de Kati. La tranche d'âge la plus représentée se situait dans une fourchette de 18-21ans, soit 42% et le sexe masculin était majoritaire soit 62,5%. Les célibataires constituaient 81,5%.

L'ensemble de nos jeunes consultés avaient entendu parler de Sida. Nos résultats montrent de façon générale que la majorité des jeunes vivants dans le camp Soundiata de Kati a une connaissance moyenne sur les modes de prévention et de transmission du virus. Elle avait aussi un comportement à risque, soit 57,80% des jeunes n'avaient pas utilisé de préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel.

La prise en compte des résultats et recommandations de cette étude pourrait contribuer efficacement dans la lutte contre le VIH/Sida.

Mots clés : VIH/Sida, jeunes, connaissances, attitudes, pratiques comportementales.

