

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO
FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

Année universitaire : 2014-2015

N° /...../

TITRE

**Connaissances, Attitudes et Pratiques des
jeunes sur les IST/VIH/SIDA à Bamako (Mali):
cas des communes III et IV**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le.....à.....heures devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Pour obtenir le grade de **Docteur** en Médecine
(Diplôme D'ETAT)

Par M^{lle} Oumou Keita

JURY

Président :

Pr Hamadou SANGHO

Membres :

Dr DIAWARA Sory Ibrahima

Dr Niellé Hawa DIARRA

Directeur de thèse :

Pr Samba DIOP

Co-directrice :

Dr Lalla Fatouma TRAORE

DEDICACES

Je dédie ce travail

A mes parents (Namory Keita et Niakalé Cissé)

Je ne saurai jamais vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Vous avez toujours souhaité que je sois un Homme travailleur et assidu ; grâce à vos conseils, et à vos bénédictions me voilà aujourd'hui au terme de mes études m'appêtant à rentrer dans une nouvelle vie.

Il y a un proverbe de chez nous qui dit « la vache ne pourra jamais remercier la forêt car elle y retournera demain » donc je serais toujours à vous.

Aucune expression orale ou écrite ne déterminera notre niveau de reconnaissance en votre endroit pour notre bonne éducation qui est le meilleur des héritages pour un enfant.

Retrouvez dans ce travail mes remerciements les plus sincères, qu'Allah le tout puissant vous accorde une santé de fer et la longévité pour que vous puissiez récolter les fruits de l'arbre que vous avez planté.

A mes grandes sœurs (Aissata, Nantenin et Mariam) et à mon frère (Mohamed)

Qui ont voulu croire en moi et qui n'ont cessé de me soutenir et de m'encourager. Je suis si fière d'appartenir à une famille si unie et complémentaire où chacun essaye de faire plaisir à l'autre.

J'ai l'impression que nous formons un seul corps dont chaque organe joue son rôle.

Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité.

Je vous souhaite succès et réussite dans toutes vos entreprises.

A ma grand-mère (Feue Nielé Diarra dite Bale)

J'aurai aimé que tu sois là aujourd'hui pour voir le couronnement de mes dures années de sacrifices. Mais hélas, le destin t'a arrachée à l'affection de nous tous.

Ce travail est le votre.

A Mr Koné Seydou

Mes sincères remerciements.

A Mr Thiam Mamadou

Je ne trouverai jamais assez de mots pour t'exprimer ma reconnaissance.

Q'ALLAH renforce ta bonté et ta générosité et guide toujours tes pas sur le droit chemin.

A mes nièces (Awa Koné, Gayi Guindo, Adam Koné, les jumelles Thiam : Fatoumata Zahara et Niakalé ainsi que Fadima).

A mes neveux les jumeaux Koné : Hassan et Hussein.

A Mr Kassambara

Merci pour votre contribution.

A Mr Baby

Mes sincères remerciements pour votre soutien que Dieu exauce vos vœux. Amen

A mes maitres du premier cycle, du second cycle et du lycée

Merci pour l'encadrement.

A mes aînés

Merci pour vos conseils.

A mes collègues et amis(es)

Vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut, recevez cette thèse en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur, merci mes chers pour tout.

REMERCIEMENTS

Je remercie :

Allah de m'avoir montré ce jour grandiose.

Louange à toi, l'Omniscient, le Miséricordieux pour tout ce que Vous avez fait pour moi depuis mes premiers pas jusqu'à ce jour.

Grâce à Vous, nous avons pu mener à bout ce travail.

Le Prophète Mohamed (S.A.W)

Que les bénédictions et la paix de Dieu soient sur Vous.

Nous Vous témoignons notre respect et notre gratitude pour tout ce que Vous avez fait pour l'humanité.

HOMMAGES AUX HONNORABLES MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Hamadoun SANGHO

- ***Professeur Titulaire de Santé Publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako (FMOS),***
- ***Directeur Général du CREDOS (Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant)***
- ***Chef de DER santé publique et spécialité.***

Cher maître,

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons apprécié en vous l'homme de science, de culture et vos multiples qualités humaines font de vous un maître à autorité respectable.

Cher maître veuillez trouver ici notre profonde gratitude et qu'ALLAH le Tout Puissant vous accorde santé et longévité.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Sory Ibrahima DIAWARA

- **Docteur en médecine**
- **Chercheur au MRTC/DEAP**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de contribuer à l'amélioration de la qualité de ce travail.

Vos qualités humaines et intellectuelles, mais aussi et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail nous ont énormément impressionné.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de courtoisie et surtout de courage.

Cher maître, soyez rassuré de notre profonde reconnaissance.

Docteur Nielé Hawa DIARRA

- **Médecin, chercheur au DER en Santé Publique à la FMOS / FAPH**
- **Coordinatrice du projet FOGARTY (prévention du paludisme chez la femme en enceinte)**
- **Chargé de suivi d'étude sur la résilience, enfance et santé publique**

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations, nous honore et témoigne de toute l'attention que vous nous portez. Votre humanisme, votre intégrité, votre rigueur dans le travail bien fait, votre contact facile sont autant de qualités irréfutables qui font de vous un maître respecté et admiré.

Cher maître, soyez rassuré de notre profonde reconnaissance.

NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Samba DIOP

- **Maîtrise en science de la vie, de la terre et de la nature ;**
- **Ph. D en écologie humaine, anthropologie et éthique publique/Sociale ;**
- Maître de conférences en anthropologie médicale.**
- **Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé à la faculté de médecine, et d'odontostomatologie.**
- **Membre du comité d'éthique de la FMOS, INRSP, CRLD et CNESS.**

Cher maître,

Nous sommes honorés d'avoir bénéficié de votre encadrement scientifique, social, intellectuel et de vos enseignements de qualité.

Auprès de vous, nous avons appris l'amour du travail bien fait, et surtout la modestie.

Votre rigueur scientifique, vos multiples qualités humaines de même que votre totale disponibilité malgré vos multiples et importantes occupations font de vous un maître apprécié par tous.

Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE DE THESE

Docteur Lalla Fatouma TRAORE

- **Médecin de santé publique ;**
- **Ex-directrice adjointe de l'Hôpital de Gao.**

Cher maître,

Vous avez quotidiennement tenté de nous inculquer les règles de la recherche avec compétence et rigueur, témoins de vos amples connaissances.

Vous nous avez initiés à la recherche. C'est avec patience et disponibilité que vous avez dirigé ce travail.

Votre qualité d'éminent chercheur, votre exigence pour le travail bien fait, votre compétence, votre disponibilité constante, vos immenses qualités humaines nous ont marqués à jamais.

La clarté de votre enseignement et votre grande culture scientifique impose respect et admiration.

Soyez rassuré, cher maître de notre dévouement et notre profonde admiration.

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
DEDICACES.....	2
HOMMAGES AUX HONNORABLES MEMBRES DU JURY	5
LISTE DES TABLEAUX	12
LISTES DES GRAPHIQUES	13
LISTE DES ABREVIATIONS	14
1- INTRODUCTION	15
2- CADRE THEORIQUE	17
2.1- Revue critique de la littérature	17
2.2- Modèle de lecture	20
2.3- Justification de la recherche	22
2.4- Hypothèses.....	22
2.5- Objectifs	22
2.6- Définition des concepts.....	23
3- DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	33
3.1- Type d'étude:	33
3.2- Choix et description des sites d'étude:	33
3.3- Population d'étude :	38
3.3.1- Les critères d'inclusion et de non inclusion	38
a) Les critères d'inclusion	38
b) Les critères de non inclusion	38
3.4- Période d'étude.....	38
3.5- Echantillonnage :.....	38
3.5.1- La taille de l'échantillon	38
3.5.2- Méthode et technique d'échantillonnage	39
3.6- Les variables mesurés :	41
3.7- Techniques et outils d'enquête (quanti)	43
3.8- Gestion (Saisie, traitement et analyse) des données:.....	43
3.9- Calendrier d'étude	44
3.10- Aspects éthiques de l'étude :	45
4- RESULTATS :.....	46
4.1. Les caractéristiques sociodémographiques des jeunes	46

4.2. Opinion sur l'éducation sexuelle	48
4.3. Connaissances des jeunes sur les IST/VIH-SIDA	49
4.4. Connaissance des jeunes sur le préservatif.....	53
4.5. Attitude et comportements sexuels des jeunes.....	54
5- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	66
5.1. Méthodologie :	66
5.2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés :.....	66
5.3. Connaissances sur les IST/VIH-SIDA:	66
5.4. Les moyens cités pour prévenir le sida par voie sexuelle :	68
5.5. Préservatif (connaissance et utilisation):	69
5.6. Attitude et comportement sexuel des jeunes :.....	69
6- CONCLUSIONS	74
7- SUGGESTION	75
8- REFERENCES	76
9. Annexes.....	79
9.1. Autorisations de recherche	79
9.2. Certificats en éthique de la recherche.....	79
9.3. Certificats de transcription de langues (Bambara et autres si disponibles).....	79
9.4. Questionnaires semi-directifs	80
SERMENT D'HIPPOCRATE	92

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des jeunes selon les variables : sexe, âge.....	46
Tableau II : Répartition des jeunes selon leur scolarisation, emploi et statut matrimonial.....	46
Tableau III: Répartition des jeunes selon le niveau de scolarisation des parents (père et mère) et la relation parent/enfant (éducation sexuelle en famille).....	47
Tableau IV: mode/habitude de vie par tranche d'âge.....	48
Tableau V : Répartition des jeunes selon l'existence d'autres IST.....	49
Tableau VI: Répartition des jeunes selon les signes d'IST cités par âge et par sexe (homme).....	49
Tableau VII : Répartition des jeunes selon les signes d'IST cités par âge et par sexe (femme).....	50
Tableau VIII: Répartition des jeunes selon le lieu d'obtention du traitement en cas d'IST et par sexe .	51
Tableau IX: Répartition des jeunes selon leur opinion sur le VIH/SIDA et par âge.....	52
Tableau X : Répartition des jeunes selon qu'ils aient déjà vu un préservatif et par sexe.....	53
Tableau XI: Répartition des jeunes selon leur connaissance sur le préservatif et le lieu d'approvisionnement par âges et par sexe.....	53
Tableau XII: Répartition des jeunes selon qu'ils aient présentement un partenaire sexuel au moment de l'enquête et par sexe.....	54
Tableau XIII: Répartition des jeunes selon qu'ils aient déjà eu des rapports sexuels et par sexe.....	54
Tableau XIV: Répartition des jeunes selon qu'ils aient au moins deux partenaires sexuels et au même moment (multi partenariat) et par sexe.....	55
Tableau XV : Répartition des jeunes selon l'âge au moment du premier rapport sexuel.....	55
Tableau XVI: Répartition des jeunes par rapport à l'utilisation du condom lors des rapports sexuels par tranche d'âges.....	56
Tableau XVII: Répartition des jeunes par rapport à l'utilisation du condom lors du premier rapport sexuel et par sexe.....	56
Tableau XVIII: Répartition des jeunes selon qu'ils aient déjà eu une IST.....	56
Tableau XIX: Répartition des jeunes selon qu'ils aient reçu un traitement ainsi que leurs partenaires et par sexe.....	57
Tableau XX: Répartition des jeunes selon qu'ils pensaient que le préservatif protège efficacement contre les IST/VIH-SIDA et l'utilisation du condom et par sexe.....	58
Tableau XXI: Répartition des jeunes selon ceux qui ont déjà discuté de la sexualité avec leur mère et la gestion d'IST.....	59
Tableau XXII: Répartition des jeunes selon qu'ils aient eu de rapport sexuel sous contrainte et l'utilisation de condom.....	59
Tableau XXIII: Répartition des jeunes selon qu'ils aient eu de rapport sexuel occasionnel et l'utilisation du condom.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XXIV: Répartition des jeunes selon qu'ils aient eu de rapport sexuel en échange d'argent ou des cadeaux et l'utilisation du préservatif.....	60
Tableau XXV: Répartition des jeunes selon qu'ils aient eu de rapport sexuel actif et /ou passif avec des partenaires de même sexe et l'utilisation du condom.....	61
Tableau XXVI: Répartition des jeunes selon qu'ils aient ou non de gêne d'acheter le préservatif.....	61
Tableau XXVII: Répartition des jeunes selon le refus d'avoir de rapport sexuel si le partenaire ne veut pas utiliser le préservatif et par sexe.....	62
Tableau XXVIII: Répartition des jeunes selon l'utilisation du préservatif même si le partenaire s'y oppose et par sexe.....	62
Tableau XXIX: Répartition des jeunes selon leur phobie pour les IST/VIH-SIDA.....	63

Tableau XXX: Répartition des jeunes selon la méthode de prévention qu'on peut utiliser pour réduire la transmission du SIDA par voie sexuelle.	63
Tableau XXXI: Répartition des jeunes selon l'utilisation des services de santé au cours des douze derniers mois.	64
Tableau XXXII: Répartition des jeunes selon leur opinion sur le comportement sexuel à risque d'IST/VIH-SIDA.	64

LISTES DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Répartition des jeunes selon leur avis sur l'éducation sur la sexualité.	48
Graphique 2: Répartition des jeunes selon les signes d'IST cités chez l'homme et chez la femme.	50
Graphique 3: Répartition des jeunes selon autres signes d'IST cités.	50
Graphique 4 : Répartition des jeunes par commune selon l'utilisation du condom ainsi que la gestion des IST.	57
Graphique 5 : Répartition des jeunes ayant eu des rapports sexuels occasionnels, l'utilisation du condom et la consommation d'alcool.	60
Graphique 6 : Répartition des jeunes selon le niveau d'étude des parents et l'utilisation des services de santé.	64

LISTE DES ABREVIATIONS

ARV : Antirétroviraux

ATB : Antibiotiques

CCC : Communication pour le changement du comportement

EDSM-V: Enquête démographique et de santé du Mali-V

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

HCNLS : Haut conseil national de lutte contre le sida

IEC : Information éducation et communication

IST : Infections sexuellement transmissibles

MST : maladies sexuellement transmissibles

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des nations unies

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquis

UNICEF : Fonds des nations unies pour l'enfance

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

1- INTRODUCTION

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent 25% de la population mondiale, soit au total 1,8 milliard d'individus dont la plupart vit dans les pays à revenus bas et moyens selon ONUSIDA (1).

Ils sont confrontés à des problèmes sanitaires considérables, à savoir les infections sexuellement transmises (IST), le VIH-SIDA, les grossesses précoces, l'avortement non- sécurisé et la violence basée sur le genre.

Plus de la moitié des nouvelles infections à VIH aujourd'hui se produisent chez des jeunes de 15 à 24 ans. Ils sont environ 11,4 millions entre 15 à 24 ans à vivre avec le VIH/sida ; chaque jour, près de 6000 jeunes de 15 à 24 ans contractent le VIH, mais seulement une minorité d'entre eux savent qu'ils sont infectés. (2)

En effet selon les données de l'UNICEF (2011) la jeunesse africaine devient de plus en plus sexuellement active, avec des taux de début des rapports sexuels et des taux élevés de pratiques sexuelles à haut risque et de rapport sexuel en échange d'argent et/ou de cadeaux. (3)

Les données de l'EDSM V situent à 21% et à 5% la proportion des 15-24 ans ayant eu leur 1^{er} rapport en atteignant 15 ans respectivement pour les femmes et les hommes dans le district de Bamako (4). Selon la même enquête, 39% des filles de 15- 19 ans ont déjà eu une grossesse et 6% sont enceintes du premier enfant. La prévalence de rapports sexuels en échange d'argent ou de cadeaux est de 26% au Mali (5). Ces chiffres témoignent de l'existence de rapport sexuel à risque d'IST/VIH-SIDA.

Une des principales causes d'IST/VIH-SIDA chez les jeunes est l'insuffisance d'information en matière de santé sexuelle et reproductive. Cette insuffisance de connaissances et la précarité économique renforce la facilité avec laquelle un « échange économique-sexuel » (Tablet 2004) peut leur être proposé accentuant fortement la vulnérabilité des jeunes face aux pratiques sexuelles à risque d'IST/VIH-SIDA (6). En effet, ils sont de plus en plus exposés à l'influence des messages érotiques diffusés par les médias, ce qui les pousse à avoir des expériences sexuelles auxquelles ils ne sont pas encore préparés. Elles soulignent une fois de plus que nous devons accorder la plus haute priorité aux investissements en faveur des jeunes et d'en

faire des partenaires dans la lutte contre la maladie.

L'impact le plus visible du VIH-SIDA réside dans le domaine psychosocial car il contribue à une perte d'estime de soi, le rejet par la famille, une destruction des projets de vie et le maintien du cercle de la pauvreté.

Au Mali, les études menées chez ce groupe ont montré qu'en dépit du niveau élevé de leurs connaissances sur les IST/VIH/SIDA, il persiste des lacunes sur la transmission, la prévention et la gestion de ces infections. Par ailleurs, on déplore une inadéquation entre les connaissances des jeunes et leurs comportements sexuels.

En effet, les programmes de planification familiale et de santé de la reproduction se développent. Cependant, les besoins des jeunes en matière d'éducation sexuelle et de prévention des IST/VIH-SIDA demeurent moins satisfaisants que ceux de tout autre groupe d'âge. Dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH-SIDA, les campagnes de sensibilisation ont nettement contribué à l'amélioration des connaissances même si elles ne se traduisent pas toujours dans les comportements. Le secteur de l'éducation a une importance majeure du fait, dû à l'importance de ce groupe de population.

Malgré les actions d'IEC adoptés par les ONG existantes à l'échelle nationale, les jeunes continuent d'adopter les comportements sexuels à risque.

D'où le questionnement sur la façon la plus efficace de lutter contre les IST/VIH-SIDA :

Quels sont les opportunités et obstacles rencontrés par les jeunes, quant à l'adoption de Comportements permettant de réduire la transmission des IST/VIH ?

2- CADRE THEORIQUE

2.1- Revue critique de la littérature

Actuellement le monde est confronté à une multitude d'épidémies de sida différentes, qui ne sont pas apparues en même temps, qui n'ont pas la même ampleur et qui touchent des populations différentes (1).

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) on entend par « jeunesse », la tranche d'âge qui part de 10 à 24 ans.

Une autre approche plus dynamique est l'approche sociologique basée sur la théorie des cycles d'existence. La jeunesse vue sous cet angle est un temps de transition, de passage marqué par des étapes repérables conduisant à « l'âge adulte ».

La définition selon le critère de l'âge doit être complétée par d'autres critères. En effet, *« la jeunesse correspond plutôt à une période de la vie, transitoire entre enfance et âge adulte, qui va de la puberté à l'installation dans la vie maritale ou, à tout le moins, dans une résidence séparée. La définition de cette période devient alors très liée à des pratiques culturelles. »* (L'auras-Looch et Lopez-Escartin, 1992). La jeunesse est définie comme la période qui succède à l'adolescence et qui précède l'âge adulte. Elle débute à la puberté et s'accompagne de nombreuses transformations aux plans biologique, social, psychologique et intellectuel, qui en font une période capitale et décisive dans la vie de l'individu, variable en fonction du contexte culturel dans lequel il évolue. La notion de jeunesse renvoie à l'idée de besoins spécifiques à ce groupe, dont la non-satisfaction aura un impact décisif sur la vie d'adulte (7).

Selon l'OMS, plus l'âge avance plus les jeunes acquièrent une certaine maturité par rapport à un moment (adolescence) où ils manquent des connaissances et des compétences nécessaires, les adolescents tendent à moins se protéger du VIH que les jeunes qui ont dépassé 20 ans (8).

En effet les jeunes commencent l'activité sexuelle précocement (à l'adolescence) souvent par ignorance ou par curiosité, dans ces conditions ils ne sont ni aptes à préserver leur santé ni à prendre des décisions responsables par faute d'inexpérience, d'immaturation et très souvent par insuffisance d'information dans le domaine de la sexualité.

Les adolescents dont l'activité sexuelle est précoce ont une probabilité plus élevée d'avoir des rapports sexuels avec des partenaires à haut risque ou avec des partenaires multiples et sont moins susceptibles d'utiliser des préservatifs.

Retarder l'âge du premier rapport sexuel chez les jeunes peut réellement les protéger de l'infection.

De nouvelles études provenant du monde entier ont montré qu'un nombre considérable de jeunes ne savent pas comment le VIH se transmet ou comment se protéger de la maladie (9).

Dans les pays où sévissent des épidémies généralisées, tels que le Cameroun, la République centrafricaine, la Guinée équatoriale, le Lesotho et la Sierra Leone, plus de 80 pour cent des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans ont des connaissances insuffisantes sur le VIH. En Somalie, 26 pour cent seulement des filles ont entendu parler du SIDA ; elles ne sont qu'1 pour cent à savoir comment éviter l'infection. En Ukraine, si 99 pour cent des filles avaient entendu parler du SIDA, 9 pour cent seulement pouvaient indiquer les trois moyens principaux qui permettent d'éviter l'infection (9).

Une étude réalisée en Afrique du Sud a montré que les hommes infectés par le HSV-2 avaient un risque sept fois plus élevé d'être aussi séropositifs que les hommes sexuellement actifs qui n'avaient pas d'infection à HSV-2 (10).

Une autre étude marquante effectuée à Mwanza (République-Unie de Tanzanie), a montré que l'incidence du VIH était de 40 pour cent plus faible, après deux ans, dans les communautés où les IST symptomatiques sont prises en charge que dans les communautés où il n'existe pas de soins adéquats (10).

Dans une large mesure, la progression rapide des IST est due au fait que la majorité des infections ne se signalent par aucun symptôme (notamment chez la femme) ou alors produisent des symptômes si bénins que le patient n'en tient souvent pas compte. Il arrive parfois que les symptômes des IST disparaissent avec le temps, donnant l'impression à tort que la maladie a disparu.

En effet, de nombreux jeunes ne connaissent pas la différence entre des conditions normales et anormales et ne savent par conséquent pas quand il leur faut rechercher un avis médical. Même lorsqu'ils pensent qu'ils sont infectés, de nombreux jeunes

n'essaient pas de se faire soigner car ils craignent que leur vie privée ne soit pas respectée. Ils se sentent parfois embarrassés ou trop souvent angoissés pour demander à être soignés par peur d'être stigmatisés parce que les IST sont jusqu'à présent très mal perçus par la communauté et surtout chez un jeune célibataire. D'où la nécessité de la communication pour le changement du comportement aussi bien chez les jeunes que chez les adultes (parents et entourages).

L'UNAIDS a estimé à environ 250 millions le nombre de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles, survenant chaque année à travers le monde (11). Ces chiffres sont en augmentation dans de nombreux pays en voie de développement. Ils coïncident avec l'extension mondiale de l'épidémie du sida dont la diffusion apparaît étroitement liée aux infections sexuellement transmissibles. Cependant, les IST classiques ont fortement diminué dans les pays occidentaux notamment en raison de l'utilisation plus fréquente des préservatifs et du diagnostic systématique.

Des services à l'écoute des jeunes offrent le traitement des IST, un accès aux préservatifs, et aident les jeunes à se sentir responsables de leur sexualité et de leur santé reproductive. Les services de conseil et de dépistage du VIH volontaires et confidentiels permettent aux jeunes de connaître leur sérologie VIH et d'adopter des comportements sûrs, qu'ils soient ou non infectés.

Nous savons qu'il est essentiel de prêter tout particulièrement attention aux jeunes vulnérables et à ceux qui sont particulièrement exposés au risque d'infection. Nous savons que, pour que les programmes de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA soient efficaces, il faut que les jeunes participent à leur élaboration et à leur mise en œuvre.

Le comportement sexuel des jeunes laisse à désirer car on assiste à une augmentation vertigineuse des comportements à risque tels que : le multi partenariat, rapport sexuel en échange d'argent et /ou des cadeaux, consommation de drogue intraveineuse et d'alcool etc.

Les adolescents qui ne sont pas encore sexuellement actifs doivent être encouragés à retarder leur activité sexuelle. Lorsque les jeunes ont des rapports sexuels, ils doivent être en mesure de se protéger. Des préservatifs de bonne qualité doivent être facilement disponibles, gratuitement ou à bon marché.

Même lorsqu'ils disposent de l'information, certains jeunes pratiquent des rapports sexuels non protégés, car ils n'ont pas les compétences nécessaires pour négocier soit l'abstinence soit l'utilisation du préservatif. Il se peut qu'ils aient peur ou soient gênés de parler de sexe avec leur partenaire.

D'autres encore n'adoptent pas des comportements sûrs car ils estiment que leur risque individuel est faible.

Au Nigéria, 95 pour cent des jeunes filles de 15 à 19 ans estimaient que leur propre risque de contracter le SIDA était minime ou inexistant ; à Haïti, ce chiffre est de 93 pour cent pour l'ensemble des adolescents. Une étude réalisée au Malawi a révélé que les jeunes filles pensaient qu'il n'était pas très dangereux d'avoir des relations sexuelles avec un garçon dont la mère connaissait leur famille. A maintes reprises, des études ont identifié des « facteurs protecteurs » qui contribuent à réduire les comportements à risque tels que les rapports sexuels non protégés et la consommation de drogues chez les adolescents. Une étude effectuée dans les zones rurales du Zimbabwe, par exemple, a prouvé que la participation à un groupe communautaire de jeunesse bien structuré réduisait, chez les jeunes femmes, le risque d'infection à VIH. (11)

Pour venir à bout des MST des campagnes de communication pour le changement du comportement (CCC) à priori doit s'adresser aux jeunes et adolescents et en second lieu aux adultes.

2.2- Modèle de lecture

Le VIH se propage rapidement dans les pays, ne connaît pas de frontières et touche des populations différentes de même que les IST.

En effet les études menées chez ce groupe ont montré que la plupart des jeunes sont infectés ou ont des grossesses non désirées parce qu'ils n'ont pas reçu d'informations nécessaires par manque de communication aussi bien au sein de la structure familiale que dans les écoles mais aussi par défaut de fréquentation des services à l'écoute des jeunes car jusque là la sexualité est considérée comme un sujet tabou.

Néanmoins, dans les régions où la propagation du VIH/SIDA se ralentit ou se trouve même en baisse, c'est dans une large mesure parce que les jeunes hommes et les jeunes femmes ont été encouragés à adopter des comportements sûrs et reçu les outils

nécessaires. Les jeunes ont montré qu'ils sont capables de faire des choix responsables pour se protéger lorsqu'ils bénéficient d'un soutien adéquat, et qu'ils peuvent se former et motiver les autres à faire ces bons choix.

Nous devons continuer d'élaborer des stratégies efficaces pour une santé sexuelle pour toute la jeunesse dans le monde et celle du Mali en particulier.

Apprendre aux jeunes ce qu'est le VIH et leur enseigner les compétences nécessaires en matière de négociation, de résolution de conflit, de réflexion critique, de prise de décisions et de communication, cela améliore leur confiance en soi et leur capacité à prendre des décisions informées, telles que celle de retarder les relations sexuelles jusqu'à ce qu'ils sachent se protéger du VIH, des autres IST et des grossesses non désirées.

En tenant compte des données des différentes enquêtes épidémiologiques (ESDM I, II, III, IV) la jeunesse malienne est un groupe vulnérable pour les IST/VIH-SIDA à cause du fait qu'elle n'est pas suffisamment bien préparée pour affronter les problèmes liés à leur sexualité et aussi du fait qu'elle ne dispose pas suffisamment de connaissances réelles sur les IST/VIH-SIDA.

Il faut encourager les jeunes à différer le début de leur activité sexuelle. Et lorsqu'ils deviennent sexuellement actifs, ils doivent posséder les connaissances nécessaires pour pratiquer une sexualité à moindre risque :

- ❖ S'abstenir d'avoir des rapports sexuels/retarder la première expérience sexuelle
- ❖ Traitement précoce des IST
- ❖ Etre fidèle à un seul partenaire
- ❖ Utiliser systématiquement et correctement un préservatif en latex

En somme toute la problématique liée à la santé sexuelle des jeunes est l'entrée prématurée des adolescents dans l'activité sexuelle par défaut de communication mais aussi par l'inadéquation entre la connaissance, l'attitude et le comportement car leur connaissance ne se traduit pas toujours par leur comportement.

Les jeunes représentent notre meilleure chance de vaincre les IST/ VIH-SIDA.

Elles soulignent une fois de plus que nous devons accorder la plus haute priorité aux investissements en faveur des jeunes et d'en faire des partenaires dans la lutte contre les MST.

2.3- Justification de la recherche

La propagation du VIH/SIDA peut-être interrompue. Plus de 100 millions de nouvelles infections sexuellement transmissibles (IST), sans compter le VIH, se produisent chaque année chez les jeunes de moins de 25 ans (11).

Les IST favorisent la transmission du VIH entre partenaires sexuels, c'est pourquoi leur traitement et leur prévention constituent une étape importante pour interrompre le cycle des infections à VIH/SIDA.

Les jeunes étant au cœur de la pandémie mondiale du VIH/SIDA, ils sont aussi notre plus grand espoir pour lutter contre cette terrible maladie. Ils sont l'un des éléments essentiels de la solution des problèmes auxquels ils doivent faire face ; c'est pourquoi, ils doivent être la première cible des programmes de prévention des infections sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA, et des plans d'action doivent être conçus sur des bases appropriées et adaptés en fonction des priorités qu'ils dégagent.

Ainsi, dans le but d'apporter une contribution à l'amélioration des connaissances, attitudes et pratiques des jeunes pour gérer leur sexualité et réduire leurs comportements sexuels à risque face aux IST/VIH-SIDA que nous avons initié la présente étude dans les communes III et IV du district de Bamako.

2.4- Hypothèses

- ✓ Les jeunes ont des connaissances suffisantes pour un comportement sexuel responsable face à la gestion des IST/VIH-SIDA.
- ✓ Les jeunes, malgré les services, n'ont pas adopté une sexualité responsable face à la gestion des IST/VIH/SIDA.

2.5- Objectifs

2.5.1- Objectif général

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière d'IST/VIH-SIDA dans les communes III et IV du District de Bamako pour l'adoption d'un comportement sexuel responsable.

2-5-2 Objectifs spécifiques

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des jeunes interrogées.
- Identifier le niveau de connaissance et les attitudes des jeunes par rapport aux IST/VIH/SIDA.
- Identifier les pratiques responsables des jeunes en matière de prévention des IST/VIH/SIDA dans les communes III et IV .

2.6- Définition des concepts

Santé sexuelle

En 2003, l'OMS adopte la définition actuelle de la santé sexuelle :

« La santé sexuelle est un état complet de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité.

La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés ».

De plus l'OMS énonce les droits sexuels :

Les droits sexuels s'inscrivent dans les droits humains déjà reconnus par les législations nationales, les instruments internationaux relatifs aux droits humains et autres textes bénéficiant d'un large consensus. Ils incluent, entre autres droits accordés à toute personne, sans aucune contrainte, discrimination, violence :

- *le droit de jouir du meilleur état de santé sexuelle possible grâce notamment à l'accès à des services médicaux spécialisés en matière de santé sexuelle et de reproduction ;*
- *le droit de demander, d'obtenir et de transmettre des informations ayant trait à la sexualité ;*
- *le droit à une éducation sexuelle ;*

- *le droit au respect de son intégrité physique ;*
- *le droit au choix de son partenaire ;*
- *le droit de décider d'avoir une vie sexuelle active ou non ;*
- *le droit à des relations sexuelles consensuelles ;*
- *le droit à un mariage consensuel ;*
- *le droit de décider d'avoir ou de ne pas avoir des enfants, au moment de son choix ;*
- *le droit d'avoir une vie sexuelle satisfaisante, agréable et sans risque.*

L'exercice responsable des droits humains exige de chacun qu'il respecte les droits des autres.

Planification familiale

C'est une entité englobant la prise en charge des IST et de l'infertilité, mais aussi l'offre d'une contraception de qualité quelles qu'en soient les méthodes.

Adolescence

L'adolescence est la période comprise entre 10 - 19 ans. Elle se subdivise en trois catégories :

- Début adolescence: 10 - 13 ans
- Milieu adolescence: 14 - 16 ans
- Fin adolescence: 17 - 19 ans

L'adolescence commence à la puberté avec l'apparition des caractères sexuels secondaires et se termine avec la fin de la croissance.

Cette période d'adolescence se caractérise par certaines étapes :

- Une croissance et un développement physique rapide ;
- Une maturité physique, sociale et psychologique progressives
- Les premières expériences de la vie (attraction par le tabac, l'alcool, sexualité...)
- Une insuffisance de connaissance et de capacité pour faire des choix sains
- Des modes de pensées tendant à faire passer les besoins immédiats avant les besoins à long terme ;

- L'instauration de comportements qui pourraient rester ancrés toute la vie et provoquer des maladies qui apparaîtront des années plus tard.

Jeunesse

Définir le concept de « **jeunesse** » ou « **jeune** » est une tâche difficile du fait des nombreuses significations qui leur sont accordées. L'approche la plus commune et la plus ancienne du terme se fonde sur le critère de l' « âge ».

Au plan international, l'âge des jeunes est fixé par les Nations Unies entre 15 à 24 ans pendant que la ConFeGes (Conférence des Ministres de la Jeunesse et des Sports des pays d'expression française) retient la tranche d'âge 15 à 35 ans. Cet âge est plus bas dans les pays occidentaux plus développés où le jeune a entre 15 et 24 ans.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) on entend par « jeunesse », la tranche d'âge qui part de 10 à 24 ans.

Pour les besoins de cette étude, les jeunes vont être considérés comme la tranche d'âge comprise entre 15 et 24 ans.

Vie sexuelle

Elle se définit comme les étapes de la vie reproductive. Par exemple ; les jeunes sont curieux d'en savoir plus sur la puberté, alors que les adolescents se préoccupent des mutations que subissent leurs corps et leur expérience sexuelle.

Santé de la reproduction

Pour l'OMS, la santé de la reproduction signifie le bien-être, tant physique que mental de la personne pour ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités.

Infection sexuellement transmissible (IST)

Définition : Anciennement dénommées maladies vénériennes (de venus, déesse romaine de l'amour), les maladies sexuellement transmissibles sont des maladies infectieuses et contagieuses dues à des micro-organismes multiples et variés (virus, bactéries, champignons et parasites), liées entre elles par un même mode de transmission: les rapports sexuels (12).

C'est une infection qui se transmet d'une personne infectée à une autre personne non infectée le plus souvent lors des rapports sexuels non protégés (sans utilisation de préservatifs). Il existe plus d'une vingtaine d'IST (les condylomes, la syphilis, hépatite B, herpès etc.).

Les IST qui provoquent des ulcères génitaux sont celles qui accroissent le plus le risque de transmission.

Les comportements qui influencent la transmission des IST

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

- un changement récent de partenaires ;
- avoir plus d'un(e) partenaire sexuel (le) ;
- avoir un partenaire ou une partenaire qui a d'autres partenaires ;
- avoir des rapports avec des partenaires « occasionnels » ou des rapports avec des prostituées ;
- continuer d'avoir des relations sexuelles alors qu'on présente les symptômes d'une IST ;
- dans le cas où on souffre d'une IST, ne pas informer ses partenaires qu'ils doivent se faire soigner.

Le fait de ne pas se servir d'un préservatif dans l'une de ces situations expose les partenaires à un risque d'infection très élevé.

Lutte contre les IST (13)

Prévention primaire

Individuelle

Une intervention sur les comportements est possible par :

L'intermédiaire du système de santé, l'école, les associations et les médias ;

- L'utilisation correcte des préservatifs;
- La réduction du nombre de partenaires sexuels;
- La modification et le traitement des partenaires sexuels à partir du malade;
- L'éducation sexuelle dans les écoles;
- Le traitement des IST devant un cas.

Institutionnelle

Elle vise à modifier les conditions sociales favorisant les IST par :

- Le contrôle sanitaire ou interdiction de la prostitution ;
- déclaration obligatoire, recherche des partenaires potentiellement contaminés ;
- création de travail pour les femmes seules, réinsertion des prostituées ;
- soutien financier pour abaisser le prix des préservatifs et des médicaments essentiels pour le traitement des affections génitales.
- dépistage systématique : sérologie de la syphilis, du VHB et du VIH lors des mariages, chez les femmes enceintes et les femmes à risque.

Prévention secondaire

Elle vise le traitement précoce des IST qui aura pour but :

- de faire disparaître les symptômes ;
- d'éviter des complications et des séquelles ;
- de diminuer le risque de transmission du VIH.

VIH/Sida

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un agent viral ayant trois principales voies de transmission (sexuelle, sanguine et verticale) qui détruit le système immunitaire, et aboutit au SIDA qui peut conduire à la mort. SIDA signifie Syndrome de l'Immun Déficience Acquise.

Historique (14)

1958 : premier sérum positif pour VIH reconnu à posteriori,
1977 : premiers cas vraisemblables, reconnus à posteriori aux Etats-Unis,
1981 : cas de pneumocystose et de kaposi chez des homosexuels américains,
1982 : première définition du SIDA,
1983 : identification du virus VIH1,
1985 : sérologie VIH,
1986 : identification du virus VIH2,
1993 : classification CDC,
1995 : développement des bithérapies et de la charge virale,
1996 : développement des trithérapies.

Epidémiologie (15).

L'infection est pandémique sur tout le globe. Elle est due quasi exclusivement à VIH1, VIH2 représentant moins de 1% des infections (limitées à l'Afrique de l'ouest).

Au Mali, la prévalence de l'infection par le VIH au sein de la population générale est estimée à 1,3 % par l'EDSM-IV. Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49ans, estimé à 1,5 %, est un peu plus élevé que celui observé chez les hommes du même groupe d'âges (1,0 %). Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,50 : autrement dit, il y a 150 femmes infectées pour 100 hommes.

Chez les femmes, on constate des écarts importants entre les milieux de résidence, le niveau d'instruction et la situation d'emploi : en effet, en milieu urbain, le taux de séroprévalence est de 1,8% contre 1,2 % en milieu rural. En particulier, c'est à Bamako que la prévalence du VIH est la plus élevée (2,3 % contre 1,5 % dans les Autres Villes).

Virologie (16).

Le VIH est un rétrovirus qui utilise son ARN et l'ADN de l'hôte pour produire un ADN viral. Sa période d'incubation est longue.

Il est composé d'un centre cylindrique entouré d'une enveloppe lipidique sphérique.

Le centre est composé de deux brins simples d'ARN

Il provoque de graves dommages au système immunitaire, et le détruit en utilisant l'ADN des lymphocytes CD4 pour se répliquer, détruisant ainsi les lymphocytes CD4

Les modes de transmission (17).

Transmission sexuelle

C'est le mode de transmission le plus fréquent :

Le virus est contenu dans le sperme et les sécrétions vaginales/cervicales ;

Tout rapport sexuel non protégé peut causer la transmission du VIH ;

Les facteurs favorisants : Les IST causes d'ulcérations, d'inflammations.

- Transmission hétérosexuelle : La plus fréquente en Afrique.
- Transmission homosexuelle : au début de l'épidémie en Europe et aux Etats-Unis.

Transmission sanguine

Les principaux modes de transmission par voie sanguines sont :

Transfusion de sang et dérivés sanguins contaminés ;

Transplantation d'organes contaminés ;

Utilisations d'objets tranchants ou piquants souillés partagés :

- Seringues, matériel médical non stérilisé
- Rasoirs, couteaux, ciseaux, lames...

Transmission de la mère à l'enfant

Le risque de transmission materno-fœtale du VIH se situe entre 15et 40% en fonction des continents et cette transmission peut être :

Pendant la grossesse à travers le placenta ;

Au cours de l'accouchement lors du passage dans les voies génitales basses.

Lien entre IST et SIDA (18)

Les IST et le SIDA sont tous causés par le même comportement sexuel à risque : multi partenariat ; rapports sexuels non protégés.

Le risque de transmission du VIH est plus important chez les femmes ayant des antécédents d'infections sexuellement transmissibles (IST). Ceci renvoie d'ailleurs au rôle joué par les érosions muqueuses fréquentes au cours des diverses IST.

Le rôle des IST dans la transmission du VIH paraît très important : chez les prostituées de Nairobi, la séroprévalence chute à 17% en l'absence d'antécédents d'ulcère génital.

C'est avant tout en Afrique qu'ont été réunies le maximum de conditions favorisant la dissémination hétérosexuelle de la maladie : rapports multiples, prostitution, infections chroniques, hygiène insuffisante ; par comparaison avec l'Europe et les Etats –Unis ou les IST sont plus souvent traitées et guéries.

Une équipe américano-kenyane a également cherché à répertorier les facteurs de risques de transmission du VIH au cours des relations hétérosexuelles non protégées. Deux facteurs de transmission ont été mis en évidence

- La multiplicité des contacts avec les prostituées,
- La présence lors de la première consultation d'une affection génitale (syphilis, chancre mou) a été dans cette série un indéniable facteur de séropositivité.

Notion d'attitude et de comportement.

Définition : L'attitude peut être considérée comme la manière particulière qu'à une personne d'agir, de penser et de sentir. Elle détermine et oriente le comportement de l'individu, des groupes d'individu.

L'attitude dépend de plusieurs facteurs, mais des conditions socio-économiques en dernière instance.

Les attitudes constituent un objet d'étude centrale en psychologie sociale. Tantôt, ce concept est utilisé pour exprimer la singularité d'une réaction (Attitude d'un individu au cours de la discussion).

Ainsi J. STECTZL dans sa définition, réduit l'attitude uniquement à une relation entre une personne et des objets ou des valeurs morales ; quant à J. MAISONNEUVE, il insiste sur l'aspect affectif de l'attitude et sa tendance à l'action (18).

L'attitude apparaît ainsi comme une prédisposition à agir plutôt que des actions comme telles, elle oriente le comportement de l'individu dans une direction (par exemple être pour planification familiale justifie le fait d'adopter les méthodes).

Eléments caractéristiques : On distingue un certain nombre d'éléments caractérisant les attitudes :

- L'aspect cognitif: C'est-à-dire l'attitude vis-à-vis de quelque chose, ou d'un phénomène est fonction des connaissances et des informations qu'on a sur

l'objet en question. C'est pourquoi, l'attitude exprime en général des opinions individuelles ou collectives stéréotypées même figées (conception fixe). Par exemple, un jeune peut refuser d'utiliser un préservatif parce qu'un autre a une idée négative sur le préservatif.

- L'attitude se distingue aussi par son aspect affectif ou émotionnel qui explique la direction de l'attitude (pour ou contre). Ainsi, on peut affirmer que l'attitude est aussi fonction des sentiments qu'un sujet manifeste face à une situation ou à une personne affirmant avoir une haine contre quelque chose, il ne serait pas étonnant de voir ses proches refuser cette chose.
- Il va sans dire que l'attitude étant une prédisposition à agir, elle se caractérise par une tendance à l'action donc joue un rôle dans la conduite, le comportement en générale.

Les différents aspects de l'attitude : le cognitif, l'affectif et la tendance sont intimement liés et sont en interaction l'un et l'autre.

Ainsi celui qui a beaucoup d'informations sur une chose, doit en principe adopter une attitude positive face à cette chose.

On peut donc constater à partir de ces exemples que l'attitude est fonction des besoins et des situations.

L'attitude est acquise, cette acquisition se fait sous divers formes : on a ainsi une intériorisation (clan, famille, communauté.....).

La constitution des attitudes se fait aussi par l'expérience du sujet.

Etant acquise, l'attitude est susceptible au changement et ce changement constitue un moyen approprié pour changer le comportement, car l'attitude détermine le comportement dans une large mesure.

Il apparaît alors, à la lumière des caractéristiques de l'attitude que le changement d'attitude est une entreprise difficile.

Parmi les conditions préalables au changement d'attitude, nous avons la connaissance du groupe cible, dont il faut analyser et comprendre les besoins, les contraintes, les croyances ou représentations mentales des gens dont on espère changer l'attitude.

Cependant, en dépit des liens entre attitude et comportement, il y a souvent divorce entre ces deux. Le manque de cohésion pourrait s'expliquer par le fait d'avoir une

attitude négative, par exemple sur le préservatif et l'utiliser souvent peut exister. Le contraste peut être de plusieurs situations aussi.

Pratique

Littéralement, elle signifie l'exécution de ce qu'on a assimilé ou conçu, projeté ou imaginé. Elle réfère également à l'usage, la coutume, la façon d'agir dans un pays donné, dans une classe particulière de personnes.

Education de la sexualité

Il s'agit à présent ou à l'avenir, de réduire le risque de transmission du VIH.

Fait important, l'éducation dispensée doit s'inscrire dans une stratégie nationale intégrée de lutte contre le SIDA ; par des méthodes éducatives novatrices, respectueuses des traditions culturelles.

Si les buts varient d'un système à un autre l'objectif primordial d'un programme d'éducation sur le SIDA est évidemment d'encourager des comportements propres à empêcher la transmission du VIH (19).

Il est important que le programme d'éducation sur le SIDA prenne pour cible des jeunes qui peuvent avoir des comportements à risque.

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

Comme il s'agit d'un sujet sensible et controversé on a par ailleurs considéré que pour faire de l'éducation sur les IST/VIH-SIDA dans les bonnes conditions, il devrait y avoir de bonnes relations entre les communicateurs et les jeunes et aussi entre eux-mêmes.

3- DEMARCHE METHODOLOGIQUE

3.1- Type d'étude:

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à passage unique par administration d'un questionnaire aux jeunes.

3.2- Choix et description des sites d'étude:

Notre étude s'est déroulée dans les communes III et IV du district de Bamako.

Présentation de la commune III (20) :

A l'instar des autres communes de Bamako, la Commune III a été créée par l'ordonnance n°78/CMLN du 18 août 1978 fixant le statut du District. C'est une collectivité administrative dirigée par trente et sept membres.

Le bureau municipal est composé par le maire et quatre adjoints élus. A la faveur des élections municipales de 2004, ils ont été élus conformément au code des collectivités territoriales qui fixe le nombre des conseillers municipaux. La Commune III s'étend sur environ 23 km² soit 7% de la superficie de Bamako et est peuplée de **134 916** habitants repartis entre **20** quartiers. C'est l'une des communes les mieux dotées en infrastructures. Elle compte ainsi 12 centres d'état civil. Le secteur tertiaire (administration, commerce, services) y est très développé et occupe un nombre important de personnes. En effet, la commune qui englobe le centre-ville, présente la particularité d'accueillir près d'un million de personnes par jour. Le secteur secondaire (artisanat, industrie) et le secteur primaire s'exercent essentiellement dans les quartiers périphériques tels que Koulouninko, Sirakorodoufing, Koulouba et Sogonafing.

La Commune III abrite les deux plus grands marchés du District - le Grand marché appelé Dabanani relevant du District de Bamako et le Dibida, et deux autres de taille plus modeste : celui de N'Tomikorobougou et le marché FR3. La commune est limitée au nord par le cercle de Kati, à l'est par le boulevard du Peuple qui la sépare de la Commune II, au sud par la portion du Fleuve Niger comprise entre le pont des Martyrs et le Motel de Bamako.

A l'ouest, elle est mitoyenne de la commune IV. La rivière Farako à partir du Lido, l'Avenue des grottes devenue Cheick Zayed El Mahyan Ben Sultan qui enjambe ladite rivière et enfin, la route de l'ancien aéroport dite route ACI 2000 passant derrière le cimetière de Hamdallaye pour rejoindre la zone du Motel faisant office de frontières. Dans le cadre de la création des collectivités territoriales, les villages de Koulouninko et Sirakorodounfing ont été rattachés à la Commune III à leur propre demande.



Carte des quartiers de la commune III

Présentation de la commune IV (22) :

Création et superficie :

A l'instar de toutes les communes du District, la Commune IV a été créée par l'ordonnance N°78/CMLN du 18 août 1978 modifiée par la loi N°82-29/AN – RM du 02 février 1982 fixant les nouvelles limites des Communes III et IV.

La Commune IV est limitée à l'Est par la commune III, au Nord et à l'Ouest par le cercle de Kati et au sud par le fleuve Niger. Située sur la rive gauche du fleuve Niger et à l'extrême Ouest du District de Bamako, la Commune IV étend sur une superficie de 3 768 ha.

Situation géographique

Avec un climat de type tropical, la Commune IV a un relief dominé par quelques collines. Particulièrement, les quartiers de Lassa, de Taliko et de Sibiribougou sont totalement couverts par des collines, alors que ceux de Djicoroni –Para, Sébénicoro et de Kalabambougou se situent dans la vallée du fleuve Niger.

Parmi les Cours d'eau qui parcourent la commune, on peut citer le Woyowayanko, le Farako, le Diafaranako, le Sourountouba et le Fleuve Niger qui est la limite de la commune. C'est à Woyowayanko qu'a lieu la célèbre bataille entre AlmamySamory TOURE et les Troupes Françaises en 1882.

A partir de là on peut dire que l'histoire de la Commune IV est intimement liée à celle de Bamako.

Démographie :

Avec une population totale estimée à **331 913habitants**, la Commune IV compte 8 quartiers :

Lassa, Kalabambougou, Sibiribougou, Djicoroni-Para, Sébénicoro, Hamdallaye, Lafiabougou et Taliko.

Commune cosmopolite, les groupes ethniques sont Bambara, Soninké, Peulhs, Bobo, Bozo et une importante colonie de Malinkés et de Guinéens vivant à Sébénicoro, Sibiribougou, Kalabambougou et Djicoroni-Para

Situation administrative :

La commune IV est dirigée par un conseil municipal de 41 Conseillers et un bureau municipal composé du Maire et de Cinq adjoints.

Activités économiques :

Les activités essentielles exercées dans la commune sont :

- L'Agriculture : Pratiquée surtout dans les quartiers périphériques. Elle porte sur les céréales sèches et les produits maraîchers.
- L'élevage concerne les bovins, les ovins, les caprins ainsi que la volaille. La commune dispose de deux grands parcs et un marché de bétail.
- La pêche, peu développée est pratiquée dans les quartiers riverains.
- Le Commerce occupe une bonne partie de la population à travers plusieurs marchés importants tels : Hamdallaye, Lafiabougou, Sébénikoro, Djicoroni-Para, etc.
- L'Artisanat : Il connaît un essor certain car il occupe une bonne partie de la population. Les artisans sont organisés autour de la chambre des métiers.
- L'industrie : Plusieurs usines et entreprises contribuent au développement de ce secteur.

L'avènement d'un secteur économique moderne à travers les sociétés immobilières, les banques, la présence de plusieurs services publics et privés et la construction de la cité administrative sont des indicateurs pour une bonne perspective dans le cadre du développement de la commune.

Carte des quartiers de la commune IV



3.3- Population d'étude :

Notre population d'étude était constituée de jeunes (15-24 ans) résidant dans les CIII et CIV.

3.3.1- Les critères d'inclusion et de non inclusion

a) Les critères d'inclusion:

- ✓ Accepter de participer à la présente étude après consentement verbal éclairé selon la Déclaration d'Helsinki II.
- ✓ Etre âgé de 15-24 ans.
- ✓ Etre fille ou garçon.
- ✓ Jeune résidant dans l'aire d'étude ayant accepté de participer.

b) Les critères de non inclusion:

- ✓ Jeunes dont l'âge <15 et >24 ans.
- ✓ Jeunes résidant dans l'aire d'étude et qui ont refusé d'y participer.
- ✓ Jeunes non résidant dans l'aire d'étude.

3.4- Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 03 Avril 2014 au 20 Mai 2015.

3.5- Echantillonnage :

3.5.1- La taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée suivant la formule de Schwartz.

$$n = z^2 pq / \alpha^2$$

n=taille de l'échantillon

- P=selon l'EDSIVM les proportions des 15-24 ans ayant eu leur 1^{er} rapport en atteignant 15 ans sont de 17% et 8% respectivement pour les femmes et les hommes à Bamako.

q= 1-p

α = 0, 05

Z² = valeur tirée de la table de l'écart réduit pour un risque d'erreur consenti= 1,96

En considérant la prévalence des jeunes sexuellement actifs du district de Bamako les 17% et 8% respectivement pour les jeunes femmes et les jeunes hommes ; connaissant la contribution de jeunes des communes III et IV dans le district et sachant que les jeunes de 15-24 ans représentent 23% de la population reproductive.

La valeur obtenue est ramenée suivant la contribution populationnelle des communes
Le nombre de jeune a été constitué sur la base du poids populationnel des quartiers.

Nous avons ajouté 10% pour les non réponses.

De ce fait on a eu : $(60+ 5 \text{ et } 90+9)= 164$ qu'on a arrondi à 191(126+65), réparti comme suite : 19 et 39 respectivement pour les jeunes hommes et les jeunes femmes dans la commune III ; 46 et 87 respectivement pour les jeunes hommes et les jeunes femmes dans la commune IV. Ainsi l'échantillon est composé de 191 jeunes.

3.5.2- Méthode et technique d'échantillonnage

Nous avons utilisé une méthode probabiliste.

Le choix des quartiers a été fait par tirage au sort.

C'est ainsi que 8 et 10 quartiers ont été tirés respectivement pour les communes III et IV. Ce sont ces 18 quartiers qui ont été considérés pour l'enquête. Les quartiers choisis étaient :

Kouliniko, Sirakoro Dounfing, Koulouba, Point G, Centre commercial, Nyomirambougou, Bamako-coura Bolibana, Ntomikorobougou, Dravéla, Badialan I pour la commune III.

Lassa, Kalambambougou, Sebénikoro, Talico, Sibiribougou, Djicoroni Para, Lafiabougou, Hamdallaye pour la commune IV.

Les jeunes furent choisis d'une façon aléatoire dans les quartiers correspondants.

Déroulement de l'enquête :

Elle a duré un mois et une semaine (du 3 Juin au 14 Aout 2014) pendant lesquelles nous avons administré au moins trois (3) questionnaires par jour du lundi au vendredi de 9h à 15h et parfois les Samedi et dimanche en tenant compte de notre disponibilité.

En arrivant dans les quartiers, nous avons choisi l'artère principale et la première personne qui répondait à nos critères d'inclusions et ayant donné son consentement verbal a été retenu et ainsi de suite nous avons obtenu l'échantillon.

Thèse médecine 2014-2015 M^{lle} Keita Oumou
Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques sur les IST/ VIH/SIDA dans les communes III et IV

A chaque étape de l'interview, les participants recevaient des explications sur ce que comportait le niveau suivant et devaient répondre à la question de savoir s'ils souhaitaient continuer ou pas.

Le principal avantage pour les participants a été la réception des informations socio-sanitaires et des conseils par rapport aux attitudes et comportements sexuels face aux IST et au VIH.

3.6- Les variables mesurés :

3.6.1- Caractéristiques sociodémographiques

- Age
- Provenance
- Niveau d'instruction
- Emploi
- Statut matrimonial
- Niveau de scolarisation des parents
- Rapport parent/enfant
- Mode de vie des jeunes

3.6.2- L'appréciation de l'éducation sexuelle

- Séance/cours sur la sexualité
- opinion/ éducation sexuelle

3.6.3- Les connaissances sur les IST/VIH-SIDA

- Entendre parler du VIH ou du SIDA ; et les IST.
- Possibilité d'être guéri du sida ;
- Aspect physique d'une personne infectée par le VIH (la possibilité d'être infecté par le VIH sans manifester les symptômes) ;
- Dépistage du VIH ;
- Symptômes des IST ;
- Lieu d'obtention du traitement en cas d'IST;
- Avoir déjà vu le préservatif ;
- Sources d'approvisionnement en préservatif ;
- Utilisation du condom.

3.6.4- Attitudes et comportements sexuels des jeunes

- Existence d'un copain (avec attirance sexuelle) ;
- Rapport sexuel ;
- Nombre de partenaires sexuels ;
- Age au premier rapport sexuel ;
- Utilisation du préservatif au premier rapport sexuel ;
- Avoir déjà eu l'IST ;
- Lieu d'obtention du traitement de l'IST ;
- Traitement du partenaire sexuel ;
- Utilisation des services de santé ;
- Rapports sexuels sous contrainte ;
- Rapports sexuel avec les partenaires occasionnels ;
- Rapports sexuels avec les partenaires de même sexe ;
- Rapports sexuels en échange d'argent ou de cadeaux ;
- Utilisation du préservatif au cours des rapports sexuels ;
- Gêne par rapport à l'achat du préservatif ;
- Pouvoir de décision des jeunes face à leurs partenaires ;
- Utilisation du préservatif même si le partenaire sexuel s'y oppose.

3.7- Techniques et outils d'enquête (quanti)

Le recueil des informations s'est fait à l'aide d'un questionnaire individuel renseigné par enquêteur après avoir expliqué l'intérêt de l'étude.

Chaque questionnaire comportait

Les sections principales :

- Les caractéristiques socio- démographiques des enquêtés,
- Connaissances sur les IST/VIH-SIDA,
- Recours des jeunes en cas d'IST,
- L'activité sexuelle de l'enquêté,
- Sur le préservatif (connaissance et attitude),
- Opinion sur l'introduction de l'enseignement de la sexualité à l'école,
- Comportements sexuels à risque (multi partenariat, viol, rapport sexuel non protégé, homosexualité)
- Fréquentation des services de santé.

3.8- Gestion des données:

Après la collecte des données nous avons fait un contrôle de qualité pour corriger les erreurs. On a procédé à la saisie des données, après avoir fait un masque de saisie sur l'Epi-data (version 3.1 dfr). L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 20.

3.10- Aspects éthiques de l'étude :

Avant le début d'amples informations furent fournies aux jeunes pour avoir leur consentement libre, éclairé et verbal.

Dans le cadre de l'obtention du processus de consentement éclairé, on a rapproché les jeunes en leur fournissant toutes les informations relatives à la recherche, ses objectifs, la méthodologie adoptée et le devenir des résultats de l'étude. de ce fait nous avons obtenu le consentement libre et éclairé des participants qui veulent adhérer à l'étude, en leur donnant des informations claires et précises sur l'objet de l'enquête et en leur expliquant que ce travail est une étude de recherche dans le cadre de l'obtention de doctorat en médecine. L'anonymat a été assuré sur l'identité de la personne enquêtée car le nom des personnes interrogées ne figurent dans aucun des documents relatifs aux résultats de cette étude.

Pour préserver la confidentialité, l'administration des questionnaires était faite par l'enquêteur dans un endroit calme et isolé donc la confidentialité des données sera garantie.

Valeur sociale et scientifique: au plan scientifique, cette étude va permettre d'établir l'évolution de la connaissance, attitude et les comportements sexuels à risque d'IST/VIH chez les jeunes. Sur le plan social, elle permettra aux jeunes à risques après une retro information, d'améliorer leur comportement pour mieux se prévenir contre les IST/VIH.

4- RESULTATS :

4.1. Les caractéristiques sociodémographiques des jeunes

Tableau I : Répartition des jeunes selon les variables : sexe, âge.

Sexe	Age						Total
	15 – 17 ans		18 – 21 ans		22 - 24 ans		
Masculin	10	15,3%	37	57%	18	27,7%	65 (34%)
Féminin	51	40,5%	46	36,5%	29	23%	126(66%)
Total	61	31,9%	83	43,5%	47	24,6%	191

Il apparaît 43,5% des jeunes enquêtés avaient un âge compris entre 18-21 ans avec une prédominance féminine à 66% contre 34% de sexe masculin.

Tableau II : Répartition des jeunes selon leur scolarisation, emploi et statut matrimonial.

Variables	n	%
Scolarisation		
Oui	156	81,7%
Non	35	18,3%
Total	191	100%
Niveau d'étude		
Primaire	29	18,6%
Secondaire	70	44,8%
Technicien	24	15,4%
Universitaire	33	21,2%
Total	156	100%
Emploi		
Oui	65	34%
Non	126	66%
Total	191	100%
Statut matrimonial		
Célibataire	161	84,3%
Fiancé(e)	21	11%
Marié(e)	9	4,7%
Total	191	100%

Les $\frac{3}{4}$ des jeunes étaient scolarisés avec un taux de scolarisation de 81,7%, 44,8% avaient le niveau secondaire et 66% étaient sans emploi. La majorité des jeunes étaient célibataires (84,3%).

Tableau III: Répartition des jeunes selon le niveau de scolarisation des parents (père et mère) et selon l'éducation sexuelle en famille.

Niveau d'instruction des parents	n	%
Niveau d'instruction du père		
Alphabétisation	11	5,2%
Primaire	33	17,3%
Secondaire	18	9,4 %
Technicien	40	20,9%
Universitaire	54	28,3%
Analphabète	35	18,3%
Total	191	100%
Niveau d'instruction de la mère		
Alphabétisation	26	13,6%
Primaire	37	19,4%
Secondaire	27	14,1%
Technicien	36	18,8%
Universitaire	15	7,9%
Analphabète	50	26,2%
Total	191	100%
Relation père/enfant		
Souvent	29	15,2%
Occasionnellement	36	18,8%
Jamais	126	66%
Total	191	100%
Relation mère/enfant		
Souvent	47	24,6%
Occasionnellement	85	44,5%
Jamais	59	30,9%
Total	191	100%

Parmi les jeunes enquêtés, 28,3% avaient des pères qui avaient de niveau universitaire et 26,2% avaient des mères non scolarisées.

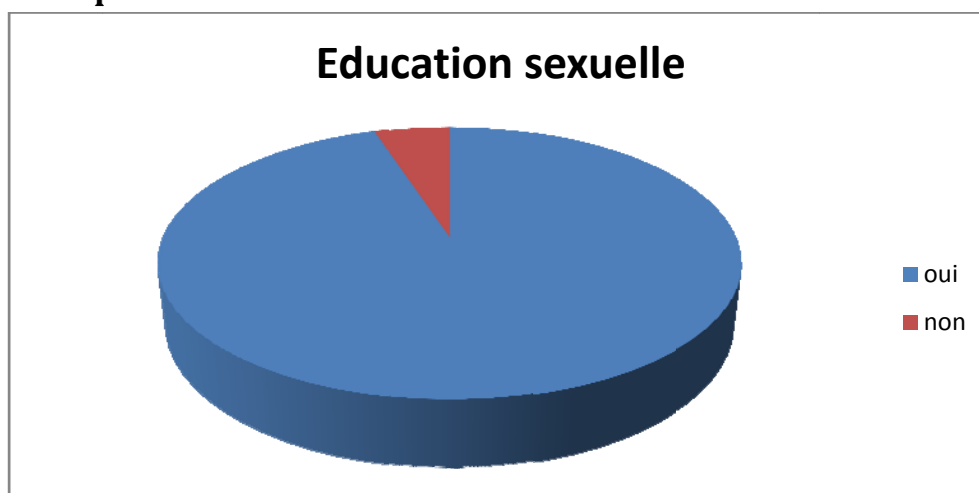
Les 2/3 des jeunes interrogés n'avaient jamais discuté de question liée à la sexualité avec leur père et 44,5% avaient discuté occasionnellement avec leur mère.

Tableau IV: Répartition des jeunes selon leur mode/habitude de vie par tranche d'âge.

Mode de vie	Age						Total
	15-17		18-21		22-24		
	n	%	n	%	n	%	
Boîte de nuit							
Oui	22	11,5%	36	19%	18	9,3%	76(39,8%)
Non	39	20,4%	47	24,6%	29	15,2%	115(60,2%)
							191(100%)
Alcool					6		
Oui	5	2,6%	10	5,2%	41	3,2%	21(11%)
Non	56	29,3%	73	38,2%		21,4%	170 (89%)
							191(100%)
Cigarette							
Oui	9	4,7%	29	15,2%	22	11,5%	60(31,4%)
Non	52	27,2%	54	28,3%	25	13,1%	131(68,6%)
							191(100%)
Accès à l'internet							
Oui	30	15,7%	59	30,9%	36	18,8%	125(65,5%)
Non	33	17,3%	22	11,5%	11	5,7%	66 (34,5%)
Total							191 (100%)

Parmi les jeunes interrogés 60,2% ne fréquentaient pas les boites de nuit contre 39,8% ; 11% consommaient de l'alcool ; 31,4% fumaient de la cigarette et 65,5% avaient accès à l'internet majoritairement dans la tranche d'âge des 18-21 ans.

4.2. Opinion sur l'éducation sexuelle



Graphique 1: Répartition des jeunes selon leur avis sur l'éducation sur la sexualité.

Il y a 95% des jeunes qui étaient favorables pour les séances d'éducation sexuelle.

4.3. Connaissances des jeunes sur les IST/VIH-SIDA

Tableau V : Répartition des jeunes selon l'existence d'autres IST.

Autre IST	n	%
Oui	129	67,5%
Non	62	32,5%
Total	191	100%

Parmi les jeunes enquêtés 67,5% connaissaient d'autres maladies liées au rapport sexuel non protégé autre que le VIH/SIDA.

Tableau VI: Répartition des jeunes selon les signes d'IST cités chez les deux sexes par les hommes et par tranche d'âge.

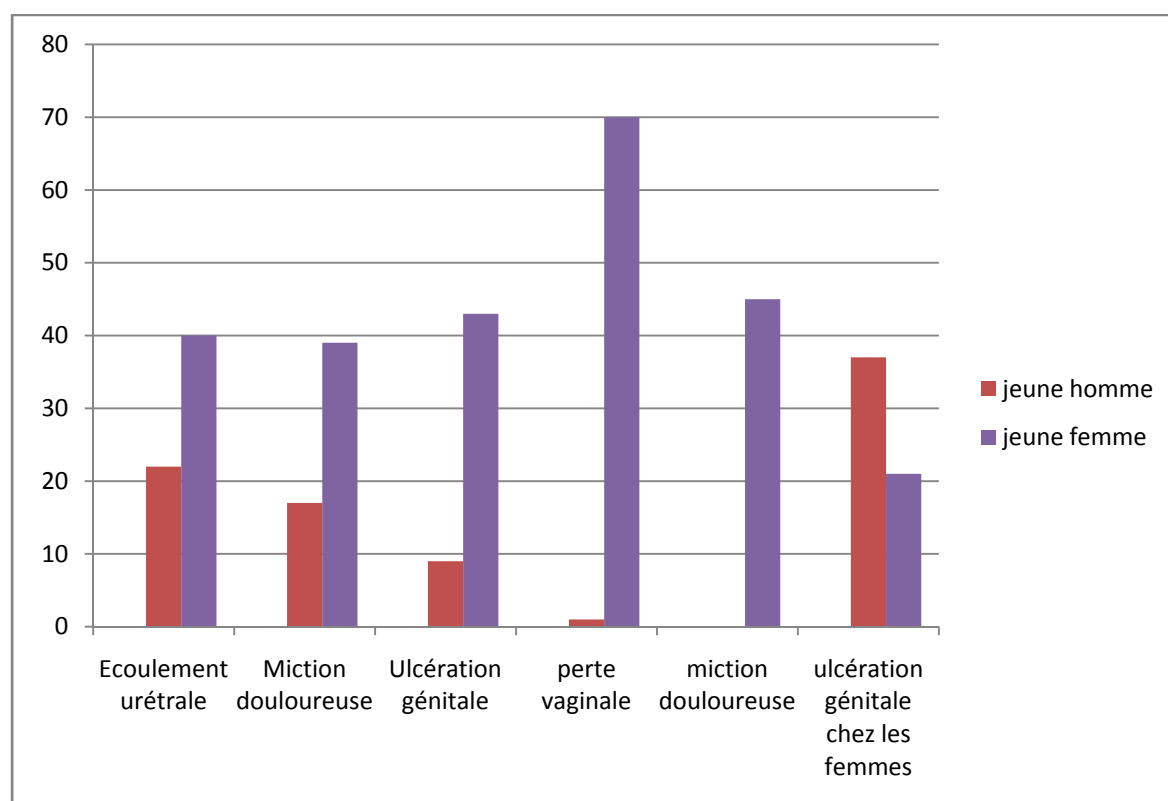
Signes d'IST	Masculin					
	Age					
	15-17		18-21		22-24	
	n	%	n	%	n	%
Chez l'homme :						
Écoulement urétral	1	20%	5	50%	4	13,8%
Miction douloureuse	0	0%	3	30%	4	13,8%
Ulcération génitale	1	20%	0	0%	3	10,2%
Chez la femme :						
Perte vaginale	0	0%	1	10%	0	0%
Miction douloureuse	0	0%	0	0%	0	0%
Ulcération génitale	3	60%	1	10%	18	62,2%
Total	5	100%	10	100%	29	100%

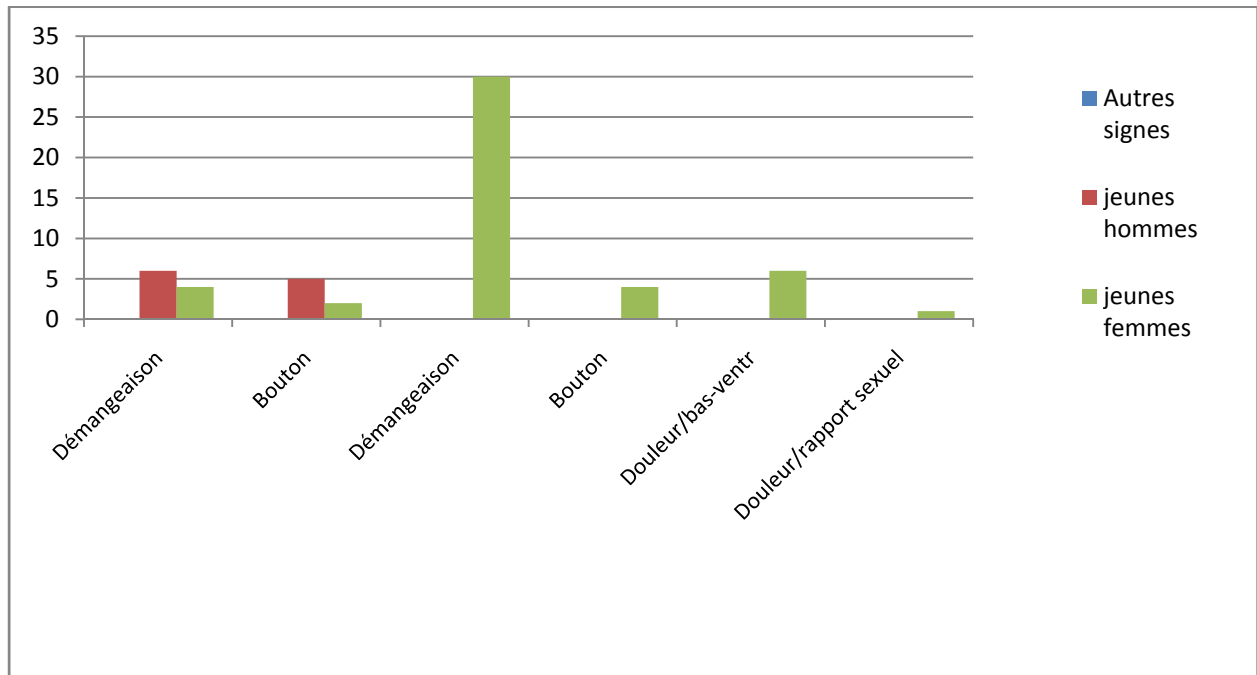
Parmi les jeunes ayant déclaré connaître d'autres maladies liées au rapport sexuel non protégé autre que le VIH/SIDA la majorité des jeunes hommes âgés de 22 à 24 ans soit 62,2% connaissaient l'ulcération génitale comme signe d'IST chez la femme et 13,8% pour l'écoulement urétral chez l'homme.

Tableau VII : Répartition des jeunes selon les signes d'IST cités chez les deux sexes par les femmes et par tranche d'âge.

Signes d'IST	Féminin					
	Age					
	15-17		18-21		22-24	
	n	%	n	%	n	%
Chez l'homme :						
Ecoulement urétral	0	0%	1	5,4%	10	17,8%
Miction douloureuse	0	0%	0	0%	6	10,7%
Ulcération génitale	0	0%	2	10,5%	4	7,3%
Chez la femme :						
Perte vaginale	10	100%	7	36,8%	15	26,8%
Miction douloureuse	0	0%	7	36,8%	11	19,6%
Ulcération génitale	0	0%	2	10,5%	10	17,8%
Total	10	100%	19	100%	56	100%

Toutes les jeunes filles dans la tranche d'âge des 15 à 17 ans connaissaient la perte vaginale chez la femme comme signe d'IST et 7,3% reconnaissaient l'ulcération comme signe d'IST chez l'homme dans la tranche d'âge de 22 à 24 ans.

**Graphique 2: Répartition des jeunes selon les signes d'IST cités chez l'homme et chez la femme.**



Graphique 3: Répartition des jeunes selon autres signes d'IST cités.

Il apparaît que 52% et 7% des jeunes femmes qui ont cité la démangeaison comme autre signe d'IST respectivement chez les femmes et chez les hommes.

Parmi les jeunes hommes 10% ont cité la démangeaison comme autre signe d'IST chez les jeunes hommes.

Tableau VIII: Répartition des jeunes selon le lieu d'obtention du traitement en cas d'IST et par sexe

Lieu traitement	Masculin		Féminin		Total	
	n	%	n	%		
Boutique	2	1,5%	21	16,3%	23	(17,8%)
Pharmacie	41	31,7%	88	68,2%	129	(100%)
Centre de santé/hôpital	45	34,8%	65	50,4%	110	(85,2%)
Etablissement privé	4	3,1%	53	41,1%	57	(44,2%)
Tradipraticien	0	0%	11	8,2%	11	(8,2%)

Parmi les jeunes ayant déclaré connaître d'autres maladies liées au rapport sexuel non protégé autre que le VIH/sida 100% ont cité la pharmacie comme lieu d'obtention du traitement en cas d'IST (automédication).

Tableau IX: Répartition des jeunes selon leur opinion sur le VIH/SIDA et par tranche d'âge

VIH/SIDA		Age						Total	
		15-17		18-21		22-24			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Croyance au VIH/SIDA	Oui	61	32%	83	43,4%	47	24,6%		
	Oui	38	62,4%	72	87,8%	45	95%	155	80,1%
Dépistage du VIH	Non	6	9,8%	5	6,1%	1	2,5%	13	6,8%
	NSP	17	27,8%	5	6,1%	1	2,5%	25	13,1%
	Total	61	100%	82	100%	48	100%	191	100%
Personne infectée tjrs très maigre et malade	Oui	42	68,8%	42	50,6%	26	55,3%	110	57,6%
	Non	10	16,4%	34	41%	11	23,4%	55	28,8%
	NSP	9	14,8%	7	8,4%	10	21,3%	26	13,6%
	Total	61	100%	83	100%	47	100%	191	100%
Possibilité de guérison	Oui	10	16,4%	7	8,5%	6	12,7%	23	12%
	Non	46	75,4%	71	85,5%	37	78,7%	154	80,6%
	NSP	5	8,2%	5	6%	4	8,6%	14	7,3%
	Total	61	100%	83	100%	47	100%	191	100%

Tous les jeunes interrogés avaient déjà entendu parler du VIH/SIDA et 80,1% contre 6,8% des jeunes savaient que le dépistage est le seul moyen pour connaître son statut sérologique.

Il y a 57,6% des jeunes qui pensaient qu'une personne infectée par le VIH a toujours l'air très maigre et malade et 80,6% pensaient qu'il n'est pas possible de guérir du sida et majoritairement chez les moins de 22ans.

4.4. Connaissance des jeunes sur le préservatif

Tableau X : Répartition des jeunes selon qu'ils aient déjà vu un préservatif et par sexe.

Préservatif	Masculin	Féminin	n	%
Déjà vu				
Oui	61	118	179	93,7%
Non	4	8	12	6,3%
Total	65	126	191	100%

Il y a 179 soit 93,7% des jeunes qui affirmaient avoir déjà vu le préservatif.

Tableau XI: Répartition des jeunes selon leur connaissance sur le préservatif par âges et par sexe.

	Sexe	Masculin			Féminin			n	%
		Age							
		15-17	18-21	22-24	15-17	18-21	22-24		
PRESERVATIF	Utilisation								
	Oui	18	18	20	40	42	25	163	85,3%
	spontané								
	Oui suggéré	3	2	1	8	4	4	22	11,5%
	Non	2	1	0	1	2	0	6	3,1%
	Total	23	21	21	49	48	29	191	100%
	Lieu d'approvisionnement								
	Oui	15	18	29	17	20	86	185	96,9%
	Non	0	0	0	3	2	1	6	3,1%
	Total	15	18	29	20	22	87	191	100%
Port correct									
Oui	10	15	30	3	10	12	80	41,9%	
Non	1	0	0	25	18	12	56	29,3%	
NSP/indécis	2	2	1	30	15	5	55	28,8%	
Total	13	17	31	58	43	29	191	100%	

Parmi les jeunes enquêtés 85,3% répondaient spontanément qu'un homme peut utiliser du préservatif avant d'avoir un rapport sexuel.

Il apparaît que 96,9% des jeunes connaissaient le lieu d'approvisionnement du préservatif.

Nous observons que 41,9% des jeunes pensaient savoir utiliser correctement le préservatif majoritairement dans la tranche d'âge des 22-24 ans.

4.5. Attitude et comportements sexuels des jeunes

Tableau XII: Répartition des jeunes selon la fréquentation d'un partenaire et par sexe.

Sexe	Partenaire				Total
	Oui		Non		
	n	%	n	%	
Masculin	25	22%	40	52%	
Féminin	89	78%	37	48%	
Total	114	100%	77	100%	191

Parmi les jeunes enquêtés 114 avaient déclaré avoir un partenaire sexuel au moment de l'enquête soit 78% pour les jeunes femmes et 22% pour les jeunes hommes soit 3 filles pour un garçon.

Tableau XIII: Fréquence des jeunes qui ont eu des rapports sexuels et par sexe.

Sexe	Rapport sexuel				total
	Oui		Non		
	n	%	n	%	
Masculin	18	15,8%	7	6,2%	25
Féminin	56	49,2%	33	28,9%	89
Total	74	65%	40	35%	114

Il apparaît que 65% des jeunes avaient déjà eu des rapports sexuels, soit 15,8% et 49,2% respectivement pour les jeunes hommes et les jeunes femmes.

Tableau XIV: Répartition des jeunes selon le multi partenariat et par sexe.

Sexe	Multi partenariat				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%		
Masculin	2	6,5%	23	27,7%	25	22%
Féminin	29	93,5%	60	72,3%	89	78%
Total	31(27%)	100%	83(73%)	100%	114	100%

Parmi les jeunes ayant déclaré avoir eu un partenaire, 27% ont déclaré être sorti avec au moins deux copains et au même moment.

Tableau XV: Répartition des jeunes selon l'âge au moment du premier rapport sexuel.

Age au 1 ^{er} rapport sexuel	n	%
11-17ans	45	61%
18-20ans	22	29,7%
21-23ans	7	9,5%
Total	74	100%

Parmi les jeunes enquêtés 61% avaient eu leur premier rapport sexuel entre 11 et 17 ans.

L'âge moyen était de 16 ans au moment du premier rapport sexuel.

L'âge médian était de 15,8 ans.

Tableau XVI: Répartition des jeunes par rapport à l'utilisation du condom lors des rapports sexuels par tranche d'âges.

Age	Protection/rapport sexuel				Total
	Oui		Non		
	n	%	n	%	
15-17 ans	2	22,2%	7	77,7%	9
18-21 ans	16	47%	18	53%	34
22-24 ans	11	35,5%	20	64,5%	31
Total	29	39%	45	61%	74

Parmi ceux qui ont eu des rapports sexuels, 61% ont déclaré n'avoir pas utilisé du préservatif lors des rapports sexuels et majoritairement dans la tranche d'âge des 15-17 ans (77,7%).

Tableau XVII: Répartition des jeunes par rapport à l'utilisation du condom lors du premier rapport sexuel et par sexe.

Sexe	Condom/1er rapport sexuel				
	Oui		Non		Total
	n	%	n	%	
Masculin	4	13,8%	14	31,2%	18 22,2%
Féminin	25	86,2%	31	68,8%	56 75,7%
TOTAL	29	100%	45	100%	74 100%

Parmi ceux qui étaient sexuellement actifs 68,8% des jeunes femmes et 31,2% des jeunes hommes n'ont pas utilisé le préservatif lors du premier rapport sexuel.

Tableau XVIII: Répartition des jeunes selon qu'ils aient déjà eu une IST.

Ages	Sexe	IST				Total
		Oui		Non		
		n	%	n	%	
15-17	Masculin	1	14,3%	16	42,1%	17
	Féminin	6	85,7%	22	57,9%	28
	Total	7	100%	38	100%	45
18-21	Masculin	10	45,5%	5	29,4%	15
	Féminin	12	54,5%	12	70,6%	24
	Total	22	100%	17	100%	39
22-24	Masculin	7	28%	2	10%	9
	Féminin	18	72%	18	90%	36
	Total	25	100%	20	100%	129

Il apparait que 85,7% des jeunes filles qui avaient déjà eu l'IST contre 14,3% des jeunes hommes qui l'avaient eu majoritairement dans la tranche d'âge des 15-17 ans.

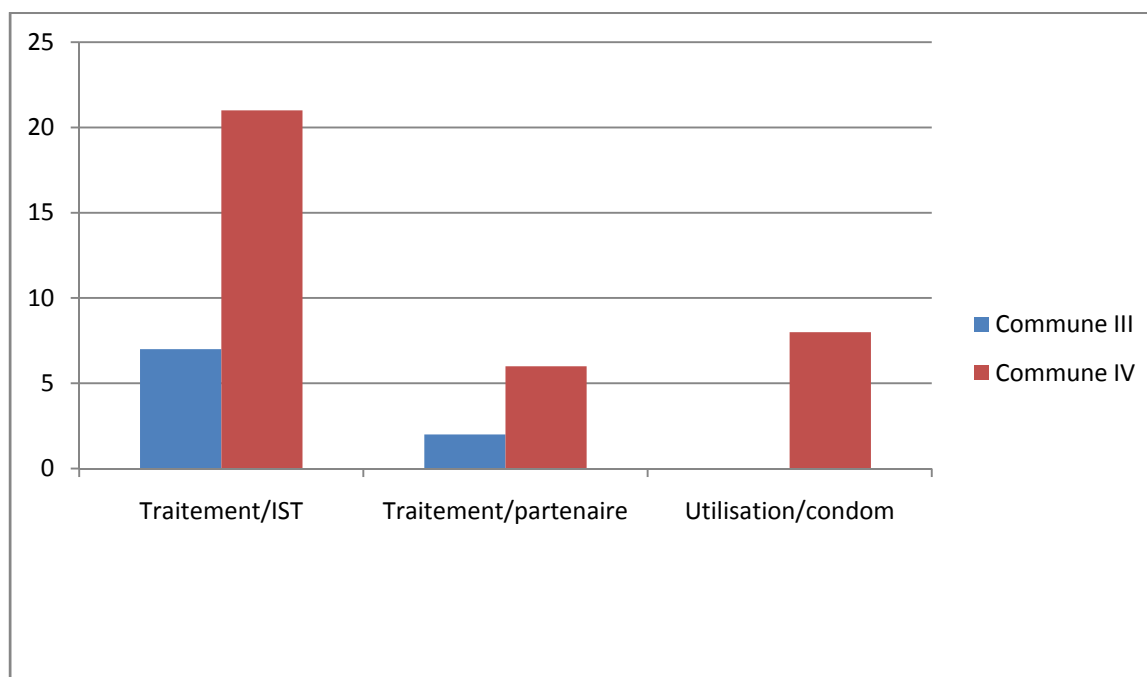
Il y a 45,5% des jeunes hommes avaient déjà eu l'IST dans la tranche d'âge des 18-21 ans.

L'âge moyen était de 15 ans et l'âge médian était de 15,2 ans.

Tableau XIX: Répartition des jeunes selon qu'ils aient reçu un traitement ainsi que leurs partenaires et par sexe.

Sexes	Traitement IST		Traitement de partenaire					
	Oui		Oui		non		NSP	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculin	12	22,2%	7	43,7%	1	12,5%	5	66,6%
Féminin	42	77,7%	9	56,3%	7	87,5%	19	79,1%
TOTAL	54	100%	16	100%	8	100%	24	100%

Parmi les 54 jeunes qui ont déjà eu l'IST 22,2% des jeunes hommes et 77,7% des jeunes femmes avaient reçu un traitement. Il apparait que 24 soit 66,6% pour les hommes et 79,1% pour les femmes ignoraient si leurs partenaires ont reçu ou non un traitement.



Graphique 4 : Répartition des jeunes par commune selon l'utilisation du condom ainsi que la gestion des IST.

Il apparaît que $\frac{3}{4}$ des jeunes de la CIV ont traité leur IST, $\frac{1}{3}$ des partenaires se sont traités et la moitié des jeunes utilisaient le condom.

Tableau XX: Répartition des jeunes selon leur opinion sur le préservatif et par sexe.

Préservatif	Masculin		Féminin	
	n	%	n	%
Efficacité/condom				
Oui	62	95,4%	117	93%
Non	2	3,1%	2	1,5%
NSP	1	1,5%	7	5,5%
Total	65	100%	126	100%
Utilisation				
Oui	32	51,6%	48	41,1%

Parmi les jeunes enquêtés 95,4% des jeunes hommes et 93% des jeunes femmes savaient que le préservatif protège efficacement contre les IST/VIH-SIDA.

Parmi ceux qui étaient d'accord pour l'efficacité du condom 51,6% et 41,1% l'avaient déjà utilisé respectivement chez les jeunes hommes et chez les jeunes femmes.

Tableau XXI: Répartition des jeunes ayant déjà discuté de la sexualité avec leur mère et la gestion d'IST.

N=49	Relation mère/enfant			
	Oui		Non	
	n	%	n	n
Traitement IST	43	87,7%	6	12,2 %

Parmi ceux qui ont déclaré avoir échangé avec leur mère des questions liées à la sexualité, il y a 43 sur les 49 soit 87,7% avaient reçu un traitement.

Tableau XXII: Répartition des jeunes ayant eu de rapport sexuel sous contrainte et l'utilisation de condom.

Rapport sexuel sous contrainte	n	n
Oui	23	12%
Non	168	88%
Total	191	100%
Utilisation/Condom		
Toujours	0	0%
Parfois	0	0%
Jamais	23	100%

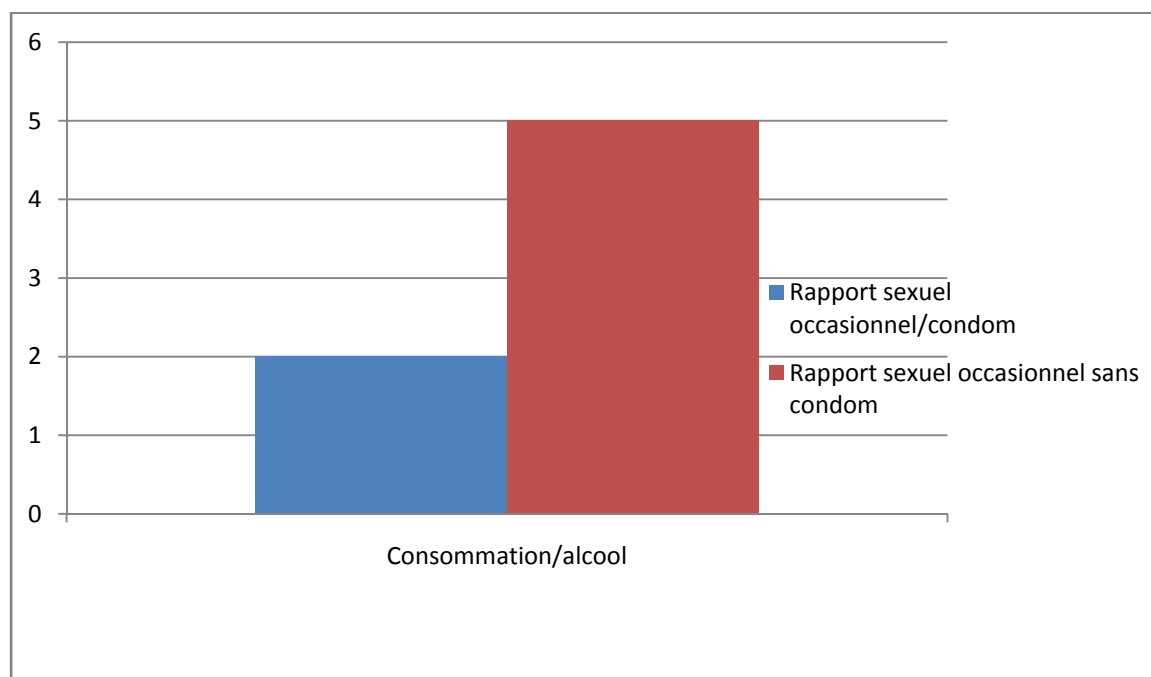
Parmi les jeunes enquêtés 12% ont eu des rapports sexuels sous contrainte et les 23 soit 100% ont déclaré qu'il n'y a pas eu de protection.

Tableau XXIII: Répartition des jeunes ayant eu de rapport sexuel occasionnel et l'utilisation du condom.

Rapport sexuel occasionnel	n	%
Oui	10	5,2%
Non	181	94,8%
Total	191	100%
Utilisation/Condom		
Toujours	1	10%
Parfois	5	50%
Jamais	4	40%
Total	10	100%

Il y a 94,8% des jeunes qui n'ont pas eu de rapports avec les partenaires occasionnels.

Parmi les 10 jeunes qui ont eu de rapports avec les partenaires occasionnels 5 soit 50% ont parfois utilisé le préservatif.



Graphique 5 : Répartition des jeunes ayant eu des rapports sexuels occasionnels, l'utilisation du condom et la consommation d'alcool.

Parmi les jeunes qui ont eu de rapport sexuel occasionnel, $\frac{1}{2}$ l'avaient fait sous l'effet de l'alcool et sans protection.

Tableau XXIV: Répartition des jeunes ayant eu de rapport sexuel en échange d'argent ou des cadeaux et l'utilisation du préservatif

Rapport sexuel/ argent ou cadeaux	n	%
Oui	23	12%
Non	168	88%
Total	191	100%
Utilisation/Condom		
Toujours	13	56,6%
Parfois	8	34,7%
Jamais	2	8,7%
Total	23	100%

Il apparait que 88% des jeunes n'ont pas eu de rapport sexuel en échange d'argent ou des cadeaux.

Parmi ceux qui ont eu de rapport sexuel en échange d'argent ou des cadeaux 56,6% ont toujours utilisé du préservatif.

Tableau XXV: Répartition des jeunes la fréquentation d'un compagnon de même sexe et l'utilisation du condom.

	homosexualités			
	Oui		Non	
	n	%	n	%
Actif	0	0%	191	100%
Passif	12	6,3%	179	93,3%
Utilisation/condom				
Toujours	10	83,3%	0	0
Parfois	2	16,7%	0	0
Jamais	0	0%	0	0
Total	12	100%	0	0

Il apparait que 100% des jeunes ne sont pas homosexuels actifs et 6,3% ont eu de rapport sexuel passif avec des partenaires de même sexe.

Parmi ceux qui ont eu de rapport sexuel passif avec des partenaires de même sexe 10 soit 83,3% ont toujours utilisé le préservatif.

Tableau XXVI: Répartition des jeunes ayant ou non de gêne d'acheter le préservatif.

Gène/achat condom	n	%
Oui	100	52,4%
Non	67	35%
NSP/Indécis(e)	24	12,6%
Total	191	100%

Parmi les jeunes 52,4% seraient gênés d'acheter ou de se procurer des préservatifs.

Tableau XXVII: Répartition des jeunes selon le refus d'avoir de rapport sexuel si le partenaire ne veut pas utiliser le préservatif et par sexe.

N=191

Sexe	Utilisation / condom					
	Oui		Non		NSP	
	n	%	n	%	n	%
Masculin	52	61,2%	6	12,3%	7	12,3%
Féminin	33	38,8%	43	87,7%	50	87,7%
TOTAL	85	100%	49	100%	57	100%

Il apparait que 61,2% des jeunes hommes et 38,8% des jeunes femmes refuseraient d'avoir de rapport sexuel avec quelqu'un qui ne veut pas utiliser le préservatif.

Il y a 12,3% des jeunes hommes et 87,7% des jeunes femmes étaient sans avis.

Tableau XXVIII: Répartition des jeunes selon l'utilisation du préservatif même si le partenaire s'y oppose et par sexe.

N=191

Sexe	Utilisation/ opposition partenaire					
	Oui		Non		NPS	
	n	%	n	%	n	%
Masculin	54	35,7%	5	23,8%	6	51,6%
Féminin	97	64,3%	16	76,2%	13	68,4%
TOTAL	151	100%	21	100%	19	100%

Parmi les jeunes enquêtés, il y a 35,7% des jeunes hommes et 64,3% des jeunes femmes qui sont prêts à utiliser le préservatif même si le partenaire s'y oppose.

Il apparait que 51,6% des jeunes hommes et 68,4% des jeunes femmes étaient sans avis.

Tableau XXIX: Répartition des jeunes selon leur phobie pour les IST/VIH-SIDA.

VIH/SIDA	n	%
Très peur	37	50%
Assez peur	30	40,5%
Pas du tout	7	9,5%
Total	74	100%

Parmi les 74 jeunes qui ont déclaré d'avoir de rapport sexuel, il y a 37 soit 50% qui avaient très peur d'attraper le SIDA ou une autre IST.

Tableau XXX: Répartition des jeunes selon la méthode de prévention utilisée pour réduire la transmission du SIDA par voie sexuelle.

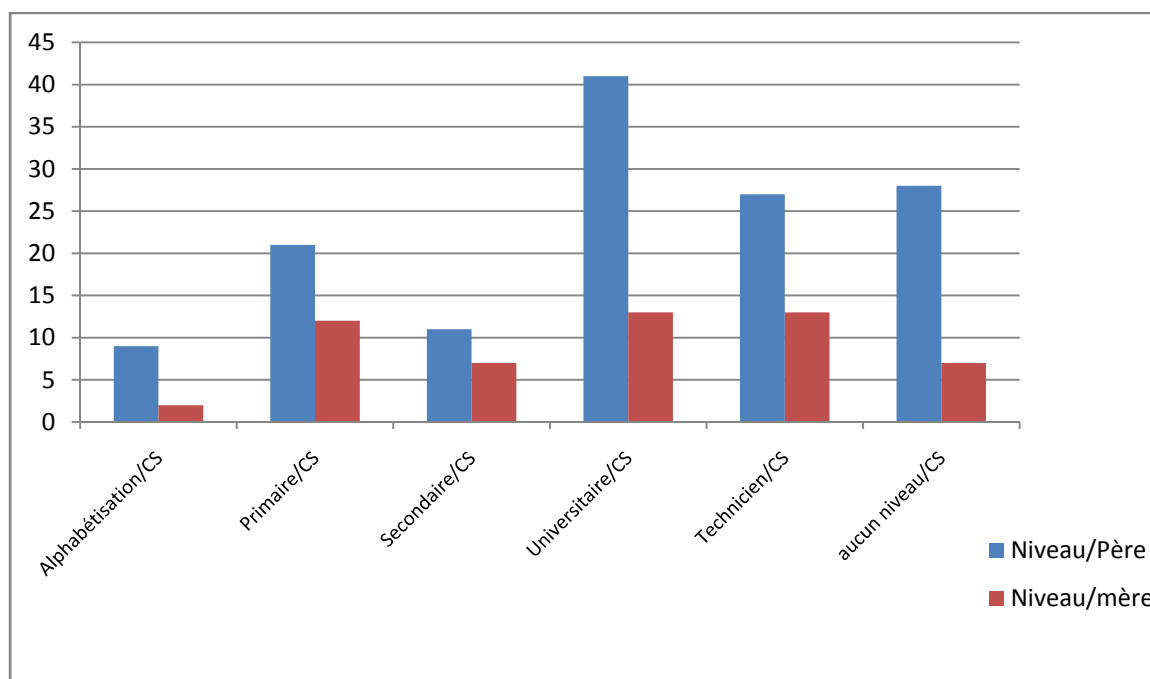
VIH/SIDA	n	%
Action pour réduire		
Oui	45	67%
Non	22	33%
Total	67	100%
Type d'action		
Préservatif	42	93,3%
Médicament	0	0%
Autres :		
Fidélité	2	4,5%
Toilette intime	1	2,2%
Total	45	

Parmi les jeunes ayant déclaré leur phobie pour les IST/VIH-SIDA, 93,3% pensaient que l'utilisation des préservatifs peut réduire la transmission du Sida et des autres IST par voie sexuelle.

Tableau XXXI: Répartition des jeunes selon l'utilisation des services de santé au cours des douze derniers mois et par sexe.

Utilisation/service	Masculin		Féminin	
	n	%	n	%
Oui	6	9,2%	48	38%
Non	59	90,8%	78	62%
Total	65	100%	126	100%

Il apparait que soit 90,2% des jeunes hommes et 62% des jeunes femmes déclaraient ne pas utiliser les services de santé pour bénéficier des informations sur la santé sexuelle et reproductive au cours des douze derniers mois.



Graphique 6 : Répartition des jeunes selon le niveau d'étude des parents et l'utilisation des services de santé.

Parmi les jeunes qui avaient déjà fréquenté les services de santé 41 et 13 soit 77,3% et 24,5% respectivement pour les pères et les mères avaient de niveau universitaire.

Tableau XXXII: Répartition des jeunes selon leur opinion sur le comportement sexuel à risque d'IST/VIH-SIDA.

N=191

Comportements sexuels à risque	n		%	
	Oui	Non	Oui	Non
Rapports sexuels non protégés	191	0	100%	0%
Partenaires multiples	187	4	98%	2%
Homosexualités	183	8	96%	4%
Autres*	3		0,02%	

* Pédophilie (2/191) et viol (1/191)

Tous les jeunes enquêtés ont cité le rapport sexuel non protégé comme principal comportement sexuel à risque.

5- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1. Méthodologie :

Cette étude que nous avons menée auprès des jeunes avait pour objectif de décrire leurs connaissances sur les IST/VIH-SIDA d'une part et d'autre part leurs comportements sexuels et l'importance de l'éducation sexuelle aussi bien en famille qu'à l'école.

Elle a concerné 191 jeunes des deux sexes.

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

La phase de collecte des données (enquête) s'est déroulée du 03 Juin au 14 Aout 2014.

5.2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés :

L'étude a concerné 191 jeunes des deux sexes avec une prédominance féminine à 66% (126 filles) contre 44% de sexe masculin (65 garçons) avec un sex-ratio d'un garçon pour deux filles.

Sur les 191 jeunes, 69,6% provenaient de la commune IV.

Concernant le niveau d'étude des enquêtées 81,7% étaient scolarisés avec 44,8% de niveau secondaire, 84,3% étaient des célibataires et la majorité avait un âge compris entre 18 et 21 ans avec un âge moyen de 19,2 ans et âge médian était de 19 ans.

Du Point de vue scolarisation des pères et des mères, le niveau technicien représentait respectivement 20,9% et 18,8% ; le niveau universitaire représentait 28,4% et 7,9%.

A noter que 18,3% des pères et 26,2% des mères des jeunes enquêtés n'ont jamais été à l'école.

5.3. Connaissances sur les IST/VIH-SIDA:

Au cours de cette étude 100% des jeunes connaissaient le VIH/SIDA, 80,1% savaient que le dépistage est le seul moyen de connaître son statut sérologique.

Les résultats sont comparables à ceux de Kouma-M (21) qui trouve 100% pour la connaissance sur le sida et 80,5% pour le dépistage.

Cela pourrait s'expliquer par la sur médiatisation de la pandémie du sida lors des multiples campagnes de sensibilisation.

La connaissance sur les symptômes des IST était relativement bonne puisque 67,5% des jeunes connaissaient au moins un symptôme des IST.

Selon L'EDSM-V l'instruction influe sur le niveau de connaissance des IST puisque 3,2% et 12,3 % des jeunes sans instruction ne les connaissent pas contre 5,7% et 15,9% de ceux ayant le niveau primaire et 5,9% et 18,3 % des jeunes les plus instruits respectivement pour les hommes et pour les femmes.

Les principaux signes d'IST citées étaient :

Les écoulements urétraux 70%, miction douloureuse 43,4% ; les autres signes sont moins cités : ulcération génitale 40,3%, démangeaison 12,4%, bouton sur les organes génitaux 3,8%, impuissance 0,7% chez l'homme.

La perte vaginale 67,4%, miction douloureuse 55% ; les autres signes sont moins cités : ulcération génitale 45%, démangeaison 15,5%, douleur/bas-ventre 4,6%, bouton sur les organes génitaux 1,5%, douleur au moment des rapports sexuels 0,7% chez la femme. La tranche d'âge des 22-24 ans connaissaient plus de signes d'IST que les moins de 22 ans.

Nous avons remarqué à partir des données que les jeunes femmes connaissaient mieux les signes d'IST aussi bien chez l'homme et chez la femme. Par contre les jeunes hommes ignoraient jusque là plusieurs signes d'IST chez la femme (miction douloureuse etc.).

Cette situation pourrait s'expliquer par l'entrée précoce dans l'activité sexuelle chez les jeunes filles que chez les jeunes hommes partant de cela elles s'intéressent plus aux informations relatives avec la sexualité.

La majorité des jeunes semblaient connaître le lieu d'obtention du traitement en cas d'IST. Inviter à les citer : ils ont trouvé 100% pour la pharmacie, 85,2% pour les centres de santé/hôpital public, 44,2% pour les structures privées et néanmoins 17,8% et 8,2% ont cité respectivement la boutique et les tradipraticiens.

Ce qui témoigne l'automédication qui interpelle aussi bien les jeunes que les autorités sanitaires, par rapport au traitement des IST qui inclut à la fois les examens complémentaires et les médicaments adaptés au type d'IST.

La majorité des jeunes 80,6% savaient qu'on ne pouvait pas guérir du sida contre l'étude réalisée par S Tangara qui trouva seulement 18,2% (28).

Certains jeunes avaient une connaissance erronée sur l'aspect physique d'une personne porteuse du virus du SIDA. Cependant il est inquiétant de savoir que 57,6% des jeunes (110/191) pensaient qu'une personne infectée par le VIH/SIDA a toujours l'air très maigre et malade majoritairement chez les moins de 22 ans.

Encore plus important est l'insuffisance d'information et d'éducation sexuelle ainsi que le stigmate attaché aux IST/VIH-SIDA c'est-à-dire la honte et le caractère tabou.

5.4. Les moyens cités pour prévenir le sida par voie sexuelle :

Dans notre étude, toutes les jeunes prétendaient connaître les moyens pour réduire la transmission du VIH/SIDA. Parmi les moyens qui pouvaient être utilisés pour réduire l'impact de la pandémie du SIDA 93,3% des jeunes recommandaient l'utilisation des préservatifs, tandis que 4,4% suggéraient la fidélité. Cependant il y avait 2,2% qui pensaient que la toilette intime après rapport sexuel à risque pouvait réduire la transmission du VIH par voie sexuelle.

Nos résultats sont proches de ceux d'autres études comme celle de Lys H-L et collaborateurs (24) qui ont trouvé pour l'utilisation du préservatif (89%) ; l'abstinence (54%) ; fidélité (35%) et le traitement précoce des IST (31%).

La fréquence des réponses aberrantes pourrait s'expliquer par le fait que l'information reçue à travers un ami n'est pas toujours la plus sûre.

En effet, bien que la majorité des jeunes (93,3%) ont cité le préservatif comme moyen de prévention, son utilisation reste irrégulière, qu'il diminue le plaisir au cours de l'acte sexuel ou qu'il est refusé par les partenaires sexuels.

5.5. Préservatif (connaissance et utilisation):

Dans notre étude il y avait 179 soit 93,7% des jeunes qui affirmaient d'avoir déjà vu le préservatif et 41,9% des jeunes savaient bien comment l'utiliser. Nos résultats sont similaires à ceux de Kouma-M (21) qui trouve 98% des jeunes qui ont déjà vu le préservatif.

A travers les questions sur le préservatif 52,4% étaient gênés, 35% ne l'étaient pas et 12,6% étaient sans opinion par rapport à l'achat du préservatif (ceci s'explique par le fait que jusqu'ici la sexualité est toujours considérée comme un sujet tabou).

Nous observons que 44,5% refuseraient d'avoir de rapport sexuel avec un partenaire qui ne veut pas utiliser le préservatif ; 79% des jeunes utiliseront le préservatif même si leur partenaire s'y oppose.

Cette situation, pourrait déterminer le pouvoir de décision et/ou de négociation des jeunes face à leur partenaire sexuel. Ce qui témoigne le degré de responsabilité des jeunes par rapport à la gestion de leur sexualité.

5.6. Attitude et comportement sexuel des jeunes :

Dans notre étude, 65% des jeunes étaient sexuellement actifs soit (74/114 qui avaient déjà eu un partenaire) et l'âge moyen au premier rapport sexuel était de 16 ans.

Une étude menée en Côte d'Ivoire chez les collégiens et lycéens trouve 56,1% soit (338/602) avait déjà eu des rapports sexuels et l'âge moyen au premier rapport sexuel était de 15,02 ans (23) et celle réalisée par Kouma M qui trouva 86,57% des élèves étaient sexuellement actifs (21).

Plus de $\frac{3}{4}$ des jeunes sexuellement actifs, soit 78% des jeunes femmes et 22% des jeunes hommes avaient un partenaire sexuel au moment de l'enquête. L'étude réalisée par Kouma M qui trouva 84,61% avaient un partenaire sexuel ou un ami au moment de l'enquête(21). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les enfants découvrent la sexualité à leur plus jeune âge (âge minimum au premier rapport sexuel était de 11 ans et l'âge maximum 23 ans).

La présente étude met en évidence la précocité de l'âge au premier rapport sexuel.

Quant à l'utilisation du préservatif, sur les 65 % des jeunes sexuellement actifs 68,8% des jeunes femmes et 31,2% des jeunes hommes avaient déclaré n'avoir jamais utilisé

le préservatif lors du premier rapport sexuel. Nos résultats sont proches de ceux obtenus par B. Touré et coll. (23) et 60,7% dans celle de Hansen et coll. (25) qui ont trouvé que parmi les élèves, ceux qui avaient eu des rapports sexuels 34,2% n'utilisaient jamais de préservatifs et 25,4% l'utilisaient parfois et seulement 39,3% l'utilisaient toujours contre respectivement 5%, 84,3%, 10,7% lors du premier rapport sexuel.

Toujours sur l'utilisation du préservatif 39% ont toujours utilisé le condom contre 61% qui ont déclaré n'avoir pas utilisé du préservatif lors des rapports sexuels et majoritairement dans la tranche d'âge des 15-17 ans.

Ainsi parmi les jeunes sexuellement actifs 12% ont déjà été contraint à avoir des rapports sexuels et tous ont déclaré la non utilisation du préservatif ; 5,2% ont eu des rapports occasionnels (16,06% des élèves avaient déjà eu de rapport sexuel avec des partenaires occasionnels trouva Kouma M (21)) et seulement 50% ont parfois utilisé le préservatif ; 12% ont eu de rapport sexuel en échange d'argent et/ou de cadeau et 56,6% ont toujours utilisé le préservatif ; 6,3% ont déclaré avoir eu des rapports sexuels passifs avec de partenaire de même sexe et 83,3% ont toujours utilisés le condom.

Ceci pourrait s'expliquer par la méconnaissance des risques liés aux rapports non protégés (IST-SIDA, grossesses non désirées) et aussi des raisons d'ordre financière et/ou matérielle de ces comportements à risque.

Bien que 55,8% ont déclaré n'avoir jamais eu d'IST pourtant 45,5% des jeunes hommes dans la tranche d'âge des 18-21 ans et 85,5% des jeunes femmes dans la tranche d'âge des 15-17 ans ont déjà eu l'IST comparable à l'étude réalisée par S.Tangara qui trouva 61,4% de sexe féminin contre 46,0% pour le sexe masculin(28) ; 22,2% des jeunes hommes et 77,7% des jeunes femmes ont reçu un traitement mais 79,1% des jeunes hommes et 66,6% des jeunes femmes ignoraient si leur partenaire s'est traité ou pas et 12,5% des jeunes hommes et 87,5% des jeunes femmes ont déclaré que leur partenaire n'ont pas reçu de traitement.

Par rapport aux communes les $\frac{3}{4}$ des jeunes de la CIV ont reçu un traitement, $\frac{1}{3}$ des partenaires se sont traités et la moitié des jeunes utilisaient le condom parmi ceux ayant déclaré avoir déjà eu l'IST. Par contre ceux de la CIII n'avaient ni utilisé le

condom ni leur partenaire ne s'étaient traité. Ce qui nous permet de conclure que les jeunes de la CIV ont un comportement sexuel responsable face à la gestion des IST par rapport à ceux de la CIII.

Cela pourrait s'expliquer par le manque de communication dans les unions et aussi certains jeunes ignorent les signes d'IST, les conséquences, la honte d'aller dans les services de santé pour obtenir l'information et/ou de traitement, par peur d'être étiquetés. En effet notre étude a révélé que seulement 9,2% des jeunes hommes et 38% des jeunes femmes ont déclaré avoir utilisé des services de santé pour bénéficier et/ou avoir des informations relative sur la santé sexuelle et reproductive contre 90,8% des jeunes hommes et 62% des jeunes femmes qui ne l'ont jamais utilisé au cours des douze derniers mois.

Selon l'OMS, toute personne ayant eu un seul partenaire sexuel serait considéré comme personne à risque faible et le comportement à risque élevé si la personne a eu plus de deux partenaires sexuels.

Ainsi parmi les jeunes sexuellement actifs 56,7% avaient un comportement à risque faible et 43,3% avaient eu au moins plus de deux partenaires sexuels au même moment. Il y avait 41% et 6,7% respectivement pour les jeunes femmes et les jeunes hommes qui aient déclaré avoir au moins deux partenaires sexuels et au même moment (comportement à risque élevé).

Nos résultats sont contradictoire avec ceux de Sacko-D (26) et Cissé-A (27) qui ont trouvé respectivement 11,45% et 9,17% avaient un comportement à risque faible et 73,12% et 76,4% avaient un comportement à risque élevé.

Cela trouvait son explication dans l'amélioration de la connaissance des jeunes sur la santé sexuelle en générale et les comportements sexuels à risque d'IST/VIH-SIDA en particulier. En effet dans notre étude et dans le volet comportements sexuels à risque les rapports sexuels non protégés ont été la plus cité à 100%, la notion de partenaire sexuel multiple à 98% et les autres homosexualités à 96%, viol à 5% et pédophilie à 1,1%.

Bien que le multi partenariat a été cité en second lieu comme comportement sexuel à risque par les jeunes mais ils continuent d'adopter ce comportement avec une

prédominance féminine (27%) donc cela témoigne de l'inadéquation entre la connaissance et le comportement sexuel des jeunes.

Parmi les jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels occasionnels, 1/2 étaient sous l'emprise de l'alcool et sans protection. Ce qui permet de relier la consommation d'alcool et le comportement à risque.

L'étude nous montre que 95,4% des jeunes hommes et 93% des jeunes femmes étaient d'accord que le préservatif protège efficacement des IST/VIH-SIDA ; sachant cela seulement 51,6% des jeunes hommes et 41,1% des jeunes filles l'avaient utilisé lors des rapports sexuels.

Ceci pourrait s'expliquer une fois de plus par l'inadéquation entre la connaissance des jeunes et leur attitude et comportement.

Les 2/3 des jeunes interrogés n'avaient jamais discuté de question liée à la sexualité avec leur père et 44,5% avaient discuté occasionnellement avec leur mère.

Cette situation, pourrait s'expliquer par la culture des parents de polariser l'attention de leurs enfants sur la sexualité ou l'ignorance des parents eux-mêmes, car on ne peut transmettre que ce qu'on connaît.

Parmi les jeunes qui avaient déjà fréquenté les services de santé 41 et 13 soit 77,3% et 24,5% respectivement pour les pères et les mères avaient de niveau universitaire. Donc le niveau d'étude des parents a une influence positive sur le comportement des jeunes en rapport avec l'utilisation des services de santé.

Ces données révèlent une fois de plus l'importance de l'échange entre parent/enfant dans la gestion des IST/VIH-SIDA et aussi montrent que l'éducation sexuelle est indispensable tant pour les adultes que pour les jeunes.

Les comportements sexuels à risque, l'insuffisance d'information en matière de sexualité et la faible utilisation des services de santé reproductive accroissent la vulnérabilité des jeunes, les exposant ainsi aux conséquences d'une sexualité de plus en plus précoce et mal contrôlée (IST y compris le VIH/sida, grossesse précoce, avortements clandestins, abandons scolaires....)

La connaissance des voies de transmission et des moyens de prévention ne se traduit pas toujours dans les comportements.

Ainsi, malgré les efforts de sensibilisations, le risque de contamination par les IST et le virus du SIDA n'a pas suscité l'adoption de comportement sexuel sain.

Si l'éducation sexuelle au sein de la famille et à l'école évolue de façon complémentaire cela pourrait avoir un impact positif sur le changement de comportement des jeunes.

6- CONCLUSIONS

Au terme de cette étude, les connaissances générales des jeunes enquêtés sur les IST/SIDA étaient bonnes notamment la connaissance sur les voies de transmission ; les recours en cas de IST et les moyens de prévention.

Les 2/3 des jeunes interrogés n'avaient jamais discuté de question liée à la sexualité avec leur père et 44,5% avaient discuté occasionnellement avec leur mère.

Le signe d'IST le plus cité par les jeunes était les écoulements chez l'homme (48,1%) et les pertes vaginales chez les femmes (67,4%) ; les autres signes sont moins cités.

Les jeunes sont conscients que l'utilisation des préservatifs permet d'éviter les IST/VIH-SIDA (93,3%).

En ce qui concerne les recours en cas d'IST, la plupart de nos enquêtés ont eu recours à l'automédication (pharmacie, boutique).

Au point de vue activité sexuelle, plus de la moitié des jeunes étaient sexuellement actifs (65%) ; l'âge moyen au premier rapport sexuel était de 16 ans.

Nous avons observé que 60,8% des jeunes n'ont pas eu recours au préservatif lors de leur premier rapport sexuel.

Parmi les jeunes qui ont déjà eu des rapports sexuels occasionnels, la ½ étaient sous l'emprise de l'alcool et sans protection.

Ceci met en évidence la vulnérabilité des jeunes face aux IST/VIH/SIDA.

Nos résultats montrent que malgré leurs connaissances élevées, les jeunes continuent d'adopter des comportements à risque surtout ceux dont l'âge est inférieur à 22 ans. Ceci laisse penser à un défaut de perception, de persuasion ou d'efficacité des méthodes utilisées dans le cadre de l'information, de l'éducation et de la communication.

Si ces comportements ne s'améliorent pas donc il ne serait pas étonnant de constater l'incidence plus élevée de jeunes vivants avec le VIH/sida.

7- SUGGESTIONS

Au terme de cette étude, les suggestions suivantes sont proposées et s'adressent respectivement:

Au Ministère de la santé et de l'hygiène publique

- Etendre la mise en place de centres des jeunes pour la prise en charge efficace de leur problème sanitaire.
- Rendre disponibles les centre de conseils et de dépistages volontaires

Au Ministère de l'éducation nationale

- La mise en place des programmes informatifs et éducatifs pour réduire la transmission du VIH par voie sexuelle chez les groupes et les sujets à risques, les adolescents, les jeunes adultes et la population en général.
- Introduire dans le programme l'enseignement des cours d'éducation sexuelle aussi bien dans le secteur formel qu'informel.
- Créer des centres d'écoutes pour les jeunes dans les structures scolaires.

Aux parents

- Contribuer à l'éducation sexuelle des jeunes : en discutant de la sexualité avec eux en les informant de manière réaliste sur les dangers liés aux IST/SIDA pour l'adoption d'un comportement sans risque.

Aux jeunes

- Retarder l'âge du premier rapport sexuel voire l'abstinence jusqu'au mariage.
- Fidélité réciproque et constante entre les deux partenaires.
- Eviter les comportements à risque en utilisant régulièrement le préservatif ;
- S'informer auprès des parents et des professionnels de la santé sur les risques liés aux IST/SIDA.
- Participer pleinement aux campagnes d'information, d'éducation et communication (IEC) organisées sur les IST/SIDA.
- Profiter de chaque occasion pour s'informer et informer ses pairs

8- REFERENCES

1. **ONUSIDA** : *déclaration pour le changement : comment les jeunes vont réussir à faire naître une génération sans sida* Aout 2014
2. **UNICEF- ONUSIDA- OMS** : *Les jeunes et le VIH/sida, une solution à la crise* (chap. 2 ; p5, 9).
3. **United Nations Children's Fund (UNICEF)**. *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from early adolescence to young adulthood*. New York: UNICEF; 2011.
4. **Enquête Démographique et de Santé au Mali, 5e Edition, EDSM V 2012-2013**
5. **Enquête Démographique et de Santé. Calverton, MD ; Macrointernational. Mali Mai 2000.**
6. **Niang, N'deye Ami**, « *La sexualité en milieu scolaire dakarois: comportements, connaissances et perceptions lies au VIH et au SIDA* » Université Cheikh Anta Dop de Dakar Mémoire de master 1 en 2007.
7. **Expert universitaire en santé** : *étude sur la santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso(2012)*
8. **World Health Organization**. (2012). *Adolescent pregnancy*. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/index.html>
9. **OMS-UNICEF-FNUAP-ONUSIDA** : *Santé des jeunes et développement- Document pour l'examen et l'évaluation des mesures prises pour la mise en œuvre du programme mondial d'action en faveur de la jeunesse jusqu'en l'an 2000 et au-delà*. Conférence mondiale des ministres chargés de la jeunesse- Lisbonne, Portugal 8-12 aout 1998).
10. **Makiwane M, Mokomane Z**. *Comportement à risque chez la jeunesse en Afrique du Sud : une analyse éco-développementale*. African journal of Aids Research 2010 ; 9(1) :17-24
11. **UNAIDS**. *Rapport sur l'épidémie globale du VIH 2010*. Genève : programme conjoint des Nations Unies sur le VIH-SIDA.
12. **EPIDEMIOLOGIE DES IST**
<http://www.univ.tlemcen.dz>; 19/09/07
13. **JOSEPH MONSONEGRO**
Infections à papillomavirus (Etats des connaissances, pratiques et prévention vaccinale). France septembre 2006, 245 pages.

14. CENTRE DONYA

Histoire naturelle du VIH/SIDA

<http://www.unaids.org>; 21/09/06.

15. ONU/SIDA

Rapport de l'épidémiologie mondiale du VIH/SIDA 2007

<http://www.unaids.org>; 06/11/08

16. PR E. PICHARD/DR D. MINTA

Maladies infectieuses

Bamako, 2006, 240p

17. J.P.CASSUTO/A.PESCE/J.F.QUARANTA

Sida et infection par le VIH 3è Ed. MASSON

Paris novembre 1996, 288 pages.

18. VIH/SIDA En Algérie., Stp/Sur/Rpa/Afro - 25 Janvier– 8 Février 2003- Rapport final de la visite d'experts en Algérie le 20 février 20.

19. OMS/UNESCO/ONUSIDA

Education Sanitaire à l'école pour la prévention du SIDA et des MST.

Genève 1992 ; N°10 79p

20. Présentation des communes III et IV : BAMAKO

<http://fr.wikipedia.org> ; 06/03/09

21. KOUMA. M

Connaissances, attitudes, pratiques des adolescents du lycée

Mamadou Sarr relatives à la planification familiale infections sexuellement transmissibles et sida.

Thèse Med ; Bko 2008 ; N°544.

22. BERTHE.B :

Connaissances attitudes et pratiques des adolescents du lycée Askia Mohamed en matière de planification familiale de maladies sexuellement transmissibles et du SIDA.

Thèse Médecine Bamako janvier 2000, N°47

23. B.TOURE, K.KOFFI, V. KOUASSI- GONHOU

Connaissances, attitudes et pratiques de collégiens et lycéens d'Abidjanface au VIH/SIDA.

Méd Tropicale 2005 ; **65** : 346-348

24. LYS HL, TOKINDANG. J, FARIAH. I

Connaissances, attitudes des étudiants de la FMPOS de Bamako en matière de planification familiale, MST/SIDA.

Population council 1997 ; Mali P30

25. CISSE.H

Etude comparative des connaissances, attitudes et pratiques des adolescents scolaires et non scolaires en matière d'IST/SIDA dans la commune de Sikasso.

Thèse Médecine Bamako 2001-2002 N°94

26. SACKO.D

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée Bâ Aminata Diallo en matière de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et du SIDA.

Thèse, Médecine, Bamako, 2000 N°46.

27. CISSE .A

Connaissances et comportement sexuel des jeunes de 15-29 ans sur les MST SIDA à Bamako.

Mémoire faculté de médecine Laval. Québec – Décembre 1993-83p.

28. S.TANGARA

Connaissances et comportement sexuel des jeunes de 15-24 ans sur les MST SIDA dans la commune rurale de Sangarébougou.

Thèse Médecine Bamako 2009.

29. M. Daba COULIBALY

Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes de 15 à 24 ans face au VIH/SIDA dans la commune rurale de Sangarébougou.

Thèse Médecine Bamako 2012.

30. Eddy Kévin.S. OUENDO

Connaissances, attitudes et comportement des jeunes de 18 à 24 ans en matière de VIH/SIDA à BACO DJICORONI.

Thèse Pharmacie Bamako 2014.

9. Annexes

9.1. Autorisations de recherche

9.2. Certificats en éthique de la recherche

9.3. Certificats de transcription de langues (Bambara et autres si disponibles)

9.4. Questionnaires semi-directifs

Questionnaire semi-directif sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes	
Références du questionnaire	
Date :	Numéro :
Quartier :	Commune :
Renseignements généraux	
Q1 Sexe	/___/ M=1 ; F=2
Q2 Age	Quel âge avez-vous actuellement ? Age /___/
Q3 Niveau d'instruction	3.1 Etes vous allées à l'école ? /___/ Oui =1 ; Non=0 (Si Non, aller à Q6)
	3.2Si Oui à 5.2) Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint ? /___/ Primaire=1; Secondaire =2 ; Technicien=3 ; Universitaire=4
Q4Emploi	4. Avez-vous déjà eu un emploi rémunéré ? /___/ Oui=1 ; Non=0
Q5Relation parent/enfant	
Q5 Relation	5.1 Avez-vous déjà discuté de questions liées à la sexualité avec votre père ? /___/ Souvent=1 ; Occasionnellement =2 ; Jamais=88
	5.2 Avez-vous déjà discuté de questions liées à la sexualité avec votre mère ? Souvent=1 ; Occasionnellement =2 ; Jamais=88
	5.3 Quelle est le niveau d'instruction de votre père ? /___/ Alphabétisation=1 ; Primaire =2 ; Secondaire=3 ; Technicien=4 ; Universitaire=5 ; Aucun niveau=6
	5.4 Quelle est le niveau d'instruction de votre mère ? /___/ Alphabétisation=1 ; Primaire =2 ; Secondaire=3 ; Technicien=4 ; Universitaire=5 ; Aucun niveau=6
Q6 Situation matrimonial	/___/ Célibataire=1; Fiancé(e)=2; Marié(e)=3
Q7Habitude de vie	7.1 Allez-vous dans des boîtes de nuit ou à des fêtes où les jeunes dansent ? Oui=1 ; Non=0
	7.2 Buvez-vous de l'alcool ? Oui=1 ; Non =2
	7.3 Fumez-vous des cigarettes ? Oui=1 ; Non =2

Thèse médecine 2014-2015 M^{lle} Keita Oumou
 Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques sur les IST/ VIH/SIDA dans les communes III et IV

	7.4 Avez-vous accès à l'Internet ? Oui=1 ; Non =2
--	---

Connaissances, attitudes, pratiques	
A – Connaissances pour une sexualité responsable	
A1 Education sexuelle	
A2 Connaissances du VIH et des autres IST	
Q8 L'éducation sexuelle donne des informations sur la puberté, sur les organes sexuels, sur les appareils reproducteurs et sur les relations entre garçons et filles. Avez-vous déjà assisté à une séance sur l'un de ces sujets?	/___/ Oui=1 ; Non=0 ; Ne sais pas=3 ; Jamais = 88
A2 Connaissances du VIH et des autres IST	
Q9 Connaissances du VIH et des autres IST	9.1 Avez-vous entendu parler du VIH ou du SIDA? /___/Oui=1 ; Non=0
	9.2. Je vais maintenant vous lire certaines affirmations à propos du VIH/SIDA. Dites-moi si elles vous semblent vraies ou fausses, ou si vous n'avez pas d'avis. 9.2. 1. Il est possible de guérir du SIDA /___/ Vrai =1 ; Faux=2 ; Ne sais pas=3 9.2. 2. Une personne infectée par le VIH a toujours l'air très maigre et malade /___/ Vrai =1 ; Faux=2 ; Ne sais pas=3 9.2. 3. Les gens peuvent passer un test simple pour savoir s'ils sont infectés par le VIH /___/ Vrai =1 ; Faux=2 ; Ne sais pas=3
	9.3. A part le VIH/SIDA, les hommes et les femmes peuvent attraper d'autres maladies en ayant des rapports sexuels. Avez-vous entendu parler de ces maladies ? /___/ Oui=1 ; Non=0 (Si Non, aller à Q9.1)

Thèse médecine 2014-2015 M^{lle} Keita Oumou
Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques sur les IST/ VIH/SIDA dans les communes III et IV

	<p>9.4. Quels sont les signes et les symptômes d'une maladie sexuellement transmissible chez l'homme ?</p> <p><i>(Entourer chaque réponse mentionnée)</i></p> <p>Écoulement urétral=1</p> <p>Miction douloureuse=2</p> <p>Ulcérations génitales =3</p> <p>Autre=99</p> <p>Je ne connais aucun signe=8</p>
	<p>9.5. Et quels sont les signes et symptômes d'infection chez la femme ? <i>(Entourer chaque réponse mentionnée)</i></p> <p>Pertes vaginales=1</p> <p>Miction douloureuse=2</p> <p>Ulcérations génitales= 3</p> <p>Autre=99</p> <p>Je ne connais aucun signe=8</p>
	<p>9.6. Si l'un(e) de vos ami(e)s a besoin d'un traitement pour une maladie sexuellement transmissible, à qui peut-il (-elle) s'adresser ?</p> <p>INSISTER Connaissez-vous d'autres sources ?</p> <p><i>Entourer chaque réponse mentionnée)</i></p> <p>Boutique=1</p> <p>Pharmacie=2</p> <p>Centre de santé/hôpital public=3</p> <p>Médecin/infirmière privé(e)/établissement privé=4</p> <p>Autre=99 (A préciser)</p>
	<p>9.7. Avez-vous déjà eu une maladie sexuellement transmissible ? /___/</p> <p>Une fois=1</p> <p>Plusieurs fois=2</p>

Thèse médecine 2014-2015 M^{lle} Keita Oumou
Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques sur les IST/ VIH/SIDA dans les communes III et IV

	Jamais=88 (<i>Si jamais, aller à Q9.1</i>)
	9.8. (La dernière fois) vous êtes-vous fait traiter ? /___/ Oui=1 ; Non=0 (<i>Si Non, aller à Q9.1</i>)
	9.9. Où avez-vous obtenu votre traitement ? /___/ Boutique = 1 Pharmacie=2 Centre de santé/Hôpital public=3 Médecin/infirmière privé (e)/établissement privé =4 Autre= 99 (A préciser)
	9.10. Votre partenaire sexuel(le) (n'importe lequel de vos partenaires) a-t-il aussi été traité ? /___/ Oui=1 ; Non=0 ; Ne sais pas=3
A3 Préservatif : connaissances et attitudes	
Q10 Préservatif : connaissances et attitudes	10.1. a Un homme peut mettre un capuchon en caoutchouc sur son pénis avant d'avoir un rapport sexuel /___/ Oui (spontané) =1 ; Oui (suggéré) =2 ; Non=0 b. « Savez-vous où et auprès de qui vous procurer cette méthode de contraception ? » /___/ Oui=1 ; Non=0 10.2. Avez - vous déjà vu un préservatif ? /___/ Oui=1 ; Non=0 (Si non aller à Q10.3)
	10.2. Est-ce que vous ou votre partenaire avez déjà utilisé un préservatif ? /___/ Oui=1 ; Non=0
	10.3. Les gens ne pensent pas tous la même chose au sujet du préservatif. Je vais vous lire certaines affirmations. Pour chacune d'elles, dites-moi si vous êtes d'accord ou pas d'accord, ou si vous n'avez pas d'avis. 10.3. 1. Le préservatif est réutilisable /___/ D'accord=1 ; Pas d'accord=2 ; Ne sais pas/indécis(e)=3 10.3. 2. Le préservatif protège efficacement du VIH/SIDA

	<p style="text-align: center;">/___/</p> <p>D'accord=1 ; Pas d'accord=2 ; Ne sais pas/indécis(e)=3</p> <p>10.3.3. Je serais très gêné(e) d'acheter ou de me procurer des préservatifs /___/</p> <p>D'accord=1 ; Pas d'accord=2 ; Ne sais pas/indécis(e)=3</p> <p>10.3.4. Le préservatif protège efficacement des maladies sexuellement transmissibles /___/</p> <p>D'accord=1 ; Pas d'accord=2 ; Ne sais pas/indécis(e)=3</p>
<p>B Attitudes et pratiques en matière de sexualité</p>	
<p>Q11 Avez-vous déjà eu un copain/une copine ? C'est-à-dire, avez-vous déjà connu quelqu'un qui vous attire sexuellement ou affectivement et avec qui vous êtes « sorti(e) » ?</p>	<p style="text-align: center;">/___/</p> <p>Oui=1</p> <p>Non=0 (Si Non, allé à Q22)</p>
<p>Q12 (Si Oui à Q19) Au sujet du copain/de la copine actuel (le) ou du dernier copain/de la dernière copine, poser la séquence de questions suivante</p>	<p>12.1 Pendant que vous sortiez avec lui/elle, sortez-vous (êtes-vous sorti(e)) aussi avec quelqu'un d'autre ? /___/</p> <p>Oui=1 ; Non=0</p> <p>12.2 Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec pénétrations? /___/</p> <p>Oui=1 ; Non=0 (Si Non, aller à Q13)</p>
	<p>12.3. Quel âge aviez-vous lors de votre premier rapport sexuel ? Age /___/</p> <p>12.4. Lors de ce premier rapport sexuel, est-ce que votre copain/copine actuel(e) ou vous avez utilisé le préservatif pour prévenir les IST/VIH ? /___/</p> <p>Oui=1 ; Non=0</p> <p>12.5. A part la première fois, votre copain/copine actuel(e) et vous avez-vous déjà utilisé le condom pour prévenir les IST/VIH ? /___/</p> <p>Toujours=1 ; Parfois=2 ; Jamais=88</p> <p>12.6 Avez-vous déjà eu peur d'attraper le SIDA ou une autre maladie sexuellement transmissible en ayant des rapports</p>

Thèse médecine 2014-2015 M^{lle} Keita Oumou
 Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques sur les IST/ VIH/SIDA dans les communes III et IV

	<p>sexuels avec votre copain/votre copine ? /___/</p> <p>Très peur=1 ; Assez peur=2 ; Pas du tout=3</p> <p>12.7 Avez-vous pu faire quelque chose pour réduire le risque d'infection ? /___/ Oui=1 ; Non=0</p> <p>12.8 Qu'avez-vous fait ? (<i>Approfondir</i>) /___/</p> <p>J'ai utilisé un préservatif=1</p> <p>J'ai pris des médicaments=2</p> <p>Autre =99 (A préciser)</p>
Q13 Types de contact hétérosexuel	
	<p>13.1. Certains jeunes sont contraints par un étranger, un membre de leur famille ou une personne plus âgée à avoir des rapports sexuels. Cela vous est-il déjà arrivé?/___/</p> <p>Oui=1 ; Non=0</p> <p><i>(Si Non aller à Q13.3)</i></p>
	<p>Est-ce que, dans ces circonstances, vous ou votre partenaire sexuel avez fait quelque chose pour prévenir les IST/VIH? /___/ Oui=1 ; Non=0</p> <p>22.9 (Si Oui à 22.8) Etait ce toujours ou parfois ? /___/</p> <p>Toujours=1 Parfois=2 Jamais =88</p>
	<p>13.3 Certains jeunes gens ont des « aventures sans lendemain » après une fête ou après avoir bu, par exemple. Cela vous est-il déjà arrivé ? /___/ Oui=1 ; Non=0 (<i>Si Non à Q13.6</i>)</p>
	<p>13.4 Est-ce que, dans ces circonstances, vous ou votre partenaire sexuel avez fait quelque chose pour prévenir les IST/VIH? /___/ Oui=1 ; Non=0</p> <p>13.5 (Si Oui à 22.8) Etait ce toujours ou parfois ? /___/</p> <p>Toujours=1 Parfois=2 Jamais=88</p>
	<p>13.6. à Certains jeunes donnent de l'argent ou des cadeaux en échange d'un rapport sexuel. Cela vous est-il déjà arrivé ?</p>

Thèse médecine 2014-2015 M^{lle} Keita Oumou
Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques sur les IST/ VIH/SIDA dans les communes III et IV

	/___/ Oui=1 ; Non=0
	13.6. b Certains jeunes reçoivent de l'argent ou des cadeaux en échange d'un rapport sexuel. Cela vous est-il déjà arrivé ? /___/ Oui=1 ; Non=0 (Si Non à 13.6.a et 13.6.b, aller Q14)
	13.7 Est-ce que, dans ces situations, vous ou votre partenaire avez fait quelque chose pour prévenir les IST/VIH ? /___/ Toujours=1 Parfois=2 Jamais=88
Relations homosexuelles	
Q14 Relations homosexuelles	14.1 La personne interrogée est un homme La personne interrogée est une femme Avez-vous déjà eu des rapports sexuels passifs avec un garçon ou un homme ? C'est-à-dire, est-ce qu'un garçon ou un homme vous a déjà pénétré avec son pénis ? /___/ Oui=1 ; Non=0 (Si Non aller à Q14.3)
	14.2. Direz-vous qu'à ces occasions-là, que votre (vos) partenaire(s) n'a (n'ont) jamais, a (ont) parfois ou a (ont) toujours utilisé un préservatif ? /___/ Jamais =88 ; Parfois = 2 ; Toujours =3
	14.3 Avez-vous déjà eu des rapports sexuels actifs avec un garçon ou un homme ? C'est-à-dire, avez-vous déjà pénétré un garçon ou un homme avec votre pénis ? /___/ Oui=1 ; Non=0 ; (Si Non aller à 15.1)
	13.4. A ces occasions-là, avez-vous utilisé un préservatif ? /___/ Jamais=88 ; Parfois= 2 ; Toujours =3
Q14 Perceptions des hommes et des femmes concernant la sexualité	14.1. Je suis sûr(e) de pouvoir exiger le préservatif chaque fois que j'ai des rapports sexuels. /___/ D'accord=1 Pas d'accord =2 Ne sais pas/indécis(e) =3 14.2. Je pense savoir utiliser correctement le préservatif. /___/ D'accord=1 Pas d'accord =2 Ne sais pas/indécis(e) =3 14.3. Je refuserais d'avoir des rapports sexuels avec quelqu'un

Thèse médecine 2014-2015 M^{lle} Keita Oumou
Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques sur les IST/ VIH/SIDA dans les communes III et IV

	<p>qui ne veut pas utiliser un préservatif / ___/</p> <p>D'accord=1Pas d'accord =2Ne sais pas/indécis(e) =3</p>
Perceptions sur les services de santé	
Q15 Services de santé : Utilisation et perceptions	<p>15.1. Etes-vous déjà allé(e) dans un établissement de santé ou avez-vous déjà consulté un médecin pour bénéficier des services ou recevoir des informations concernant la contraception, la grossesse, l'avortement ou des infections sexuellement transmissibles ? /___/</p> <p>Oui=1 ; Non=0</p>
Appréciations personnelles sur les comportements à risque	
Q16 Quel comportement sexuel considérez-vous être à risque ?	<p>1. Rapports sexuels non protégés /___/ Oui = 1 ; Non=0</p> <p>2. Partenaires multiples /___/ Oui = 1 ; Non=0</p> <p>3. Pratiques homosexuelles /___/ Oui = 1 ; Non=0</p> <p>99. Autres</p>
Je vous remercie	

NEFOLISEBEN

JAMU: Keta

TŌGŌ: Umu

Enterineti aderesi: oumoukeita34@gmail.com

TŌgŌ: SIFENW KA DŌNNIYAW N'U KĒCOGOW KA TALI KĒ DILANNABANAW NI SIDABANA NI SIDABANAKISĒ KAN BAMAKŌ KOMINI III ANI IV KŌNŌ.

Uniwērisite kalansan: 2013-2014

Kalan kuncēdugu tŌgŌ: BamakŌ

Jamana tŌgŌ: Mali

Sēbenw bilayŌrŌ: DŌgŌtŌrŌy kalansoba gafemarayŌrŌ

kalan hukumū : forobakēneyako

BAKURUBAFŌLI

Jantoli sifinw la nin bana minw la tē se ka kē fo hakili ka to denmisenw ka laNiniw la, o de y'anw bila ka ni Nininin kē walasa ka dŌn sifin ka ni bana ninnw dŌnniya,kēcogow n' u kēwale cēnimusoya kēcogow wasa u bē se k'u cogo Nē cēnimusoya kē waatiw la dilannabanaw ni sidabana ni sidabanakisĒ bē se ka kēle cogomin ani ka kŌlŌsi.

Ninini min n'an y' a kē,bē tali kē awirikalo tile saba san ba fila ani tan ni naani ka ta tila maikalo tile mugan san ba fila ani tan ni duuru.

taamasiyēn kofolen ka tēmēn taamasiyēn tŌw bēlajēlen ka sifinw fo dilannabanaw la o tun ye: cē ka jijēma bŌn (48,1%) ni muso ka niminapo (67,4%); bana tŌw taamasiyēn ma kofŌ kŌsēbē.

Fugula nafama matarafali o de ye kŌlŌsili cogoya min carilen don kosēbē.

Caman bē a dŌn ko fugula nafama bē sŌrŌ yŌrŌ min.

Min ye cēnlmusoya faratilenw olu kŌni kofŌ la fan bēē fē kēmēkēmē sarala , kēmē bē y' o cēntigiya (100%), kafoNŌgŌn caya o kofŌ la kēmē o kēmē 98% fē.

Hali u n' u ka bana ninnu dɔnniya kɔfɛ a kɔɔɔɔ la, si finw bɛ ka tɛmɛ nin ni faratiwalenw ninnu ka taa fɛn, ola (kɛmɛ o kɛmɛ 68,8% pogotiginiw ni 31,2% cɛmisenw) sifinw la minu ma deli ka fugula nafama matarafa wala u ma don ka ye u ka cɛnimusoya kɛ ko fɔɔɔla; (27%) olu ni mɔgɔ caman jɛla cɛnimusoya siraw fɛ.

Minnu fana cɛnimusoya balalew kɛ , ½ sɔrɔla alikoli min kɔfɛ(u sulen) wa fugula nafama ko t' a la (a ma tanga).

Si duguma do kafoɔgɔnya siyɛnfɔɔ la ye san tan ni kelen.

Ni Ninini bɛ min jira an na o de ye ko bana minnu dɔnniya cari la kosɛbɛ n' ka o bɛna to gɛlɛya bɛ sifinw fan fɛ ka se k' u tadolo yɛlɛma ani ka yɛlɛma don u ka kafoɔgɔnya kɛcogow la minnu faratilen don.

**Dajɛ kolomaw: Dɔnniya – Waleyali - Kɛcogo- dilannabanaw/Sidabanakisɛ/
Sidabana-sifinw.**

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Keita

Prénom : Oumou

Email : oumoukeita34@gmail.com

Titre de la thèse : Connaissances, attitudes, et pratiques en matière d'IST/SIDA et VIH dans les communes III et IV.

Année : 2014-2015

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).

Secteur d'intérêt : Santé publique

RESUME :

La prise en charge des jeunes ne saurait être conçue sans une meilleure appréhension de leurs besoins, d'où la motivation de notre étude qui a pour objectif d'étudier les connaissances, attitudes et comportements sexuels des jeunes pour l'adoption d'un comportement sexuel responsable face à la gestion des IST/VIH-SIDA.

Il s'agissait d'une étude transversale qui s'est déroulée du 03 Avril 2014 au 20 Mai 2015.

Le signe d'IST le plus cité par les jeunes était les écoulements chez l'homme (48,1%) et les pertes vaginales chez les femmes (67,4%); les autres signes sont moins cités.

L'utilisation du préservatif a été le moyen de prévention le plus répandu.

La majorité connaissait le lieu où on peut se procurer le préservatif.

Dans le volet comportements sexuels à risque les rapports sexuels non protégés ont été le plus cité à 100%, la notion de partenaire sexuel multiple à 98%.

Malgré leur niveau élevé sur la connaissance sur les IST/SIDA ainsi que les comportements à risque, les jeunes continuent d'adopter de comportement à risque, pour cela (68,8% des jeunes femmes et 31,2% des jeunes hommes) n'ont pas eu recours au préservatif lors de leur premier rapport sexuel ; (27%) ont eu des partenaires sexuels multiples et les jeunes qui avaient déjà eu des rapports sexuels occasionnels, la ½ étaient sous l'emprise de l'alcool et sans protection.

L'âge minimum au premier rapport sexuel était de 11 ans.

En effet cette étude nous montre que les connaissances des jeunes ont nettement améliorées, mais parviennent difficilement à relier leurs connaissances à l'attitude et à leurs comportements.

Motsclés: Connaissance-Pratique –Attitude– IST –VIH /sida-Jeunes.

PERSONAL DETAILS CARD

NAME: Keita

SURNAME: Oumou

Email: oumoukeita34@gmail.com

Title: survey on the knowledge, attitudes and practices on the IST and VIH/aids in the common III and IV.

Academic Year: 2013-2014

City of supporting: Bamako

Country of Origin: Mali

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontology-Stomatology (FSOM)

Focus Area: Public Health.

Abstract.

The hold in change of young people wouldn't have conceived without a better apprehension of their needs, attitudes, from where the incentive of our survey that aims to study the knowledge, attitudes and sexual conducts of the young people for the adoption of a responsible sexual conduct facing to the management of the IST/VIH-aids.

It was about a transverse survey that took place from 3 April 2014 to 20 May 2015.

The most quoted IST sign by the young people was the out-flows at the men (29, 5%) and vaginal losses at the women (36, 4%); the other signs are less mentioned.

The use of the condom was the means of prevention the widespread.

The majority knew the place where one can obtain the condom.

In the shutter sexual conduct to risk the non protected sexual intercourse were the most quoted to 100% notion of multiple sexual partners to 98%.

In spite of their elevated level of knowledge on the IST/aids as well as the conducts to risk, the young people continue to adopt conduct to risk, for this 68, 8% of women and 31, 2% of men didn't have resort to the condom at their first time of sexual intercourse, 27% had the multiple sexual partners and young who had already the occasional sexual intercourse, the ½ of them were under the ascendancy of the alcohol and without protection.

The minimal age to first sexual intercourse was 11 years.

Indeed this survey shows us that the knowledge of the young people improved distinctly, but arrives with difficulty to join their knowledge to the attitudes and their behaviors.

Keywords: Practice knowledge -Attitude- IST -.VIH/aids – Young people.

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