

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

**REPUBLIQUE DU MALI  
Un peuple-Un but-Une foi**



**UNIVERSITE DE BAMAKO  
FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



Année Universitaire : 2009– 2010

Thèse N° \_\_\_\_\_/

**TITRE :**

***CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES  
COMPORTEMENTALES DES JEUNES  
VIS-A-VIS DES IST/VIH/SIDADANS LA  
COMMUNE RURALE DE SANGAREBOUGOU***

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 09 /01/ 2010 à la Faculté de Médecine,  
de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Par

**M. *Souleymane TANGARA***

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)

***Jury***

**PRESIDENT :**

**Professeur Sounkalo DAO**

**MEMBRES :**

**Docteur Ousmane B. DIARRA**

**CO-DIRECTEUR :**

**Docteur Lamine DIARRA**

**DIRECTEUR DE THESE :**

**Professeur Mamadou KONE**

## DEDICACES

Après avoir rendu grâce à ALLAH tout puissant, créateur des cieux et de la terre l'alpha et l'oméga, le premier et le dernier, le commencement et la fin et son prophète paix et salut sur lui, je dédie cette œuvre :

➤ A mon père feu Seydou Datigui TANGARA. Toi qui a tant souhaité voir ce jour. Tu reste, malgré ton absence, pour tes enfants, un modèle de droiture, de modestie et surtout de réussite. Toi qui n'as jamais cessé de me suivre de jour en jour, pas à pas jusqu'à ta mort pour me faire aujourd'hui cet homme dont je ne saurai jamais vous en remercier. Tes bénédictions seront toujours pour moi la lampe, qui illumine la voie devant indiquer le chemin de l'honneur. Que Dieu t'accueille dans son paradis.

➤ A mes mamans : Feue Djènèba MALLE. Niancourou COULIBALY, Yèrèyé COULIBALY, Minata MALLE, Fanta BAGAYOGO, Barakissa TANGARA. Vous qui m'avez donné la vie, guidé mes premiers pas et m'avez suivi partout à travers vos bénédictions. Les mots me manquent pour vous signifier ma reconnaissance, mon amour et mon admiration pour vous.

➤ A mes frères : Abdramane, Sidiky, Oumar, Zoumana, Amboi, Bakary, Seydou dit Papou, Yacou, Lamine, Issa, Salia.

➤ A mes sœurs : Mariam, Fotè, Minata, Kadia, Maïchata, Sanata

En témoignage de notre solidarité, notre sympathie et l'esprit de fraternité quotidien les uns pour les autres. Je vous aime tous.

➤ A mes Tontons : N'Gomba, Ousmane Niankoro, Alou, Guirimba DEMBELE. Vos précieux conseils, votre amour pour moi, ne seront jamais oubliés. Vous m'avez aimé autant que vos propres enfants. Je vous remercie infiniment.

- ✎ A mes grand-parents : Baran, Gninè. Que Dieu vous donne longue vie à nos côtés.
- ✎ A la famille de feu Nestor COULIBALY à Ségou: Thérèse, feu Mariaque, Maman, Baro, Bébé, Théodore, Labé, Jean Marie. Merci pour votre amour.
- ✎ A la famille Bakary COULIBALY dit Mao : Vous-même, votre épouse modèle tante Kadiatou, vos enfants :Oumou toujours aussi gentille et modeste, Souleymane, Amadou, Nâh, Batos, Fady, Vieux, Papa. Votre soutien, votre amour, votre confiance et surtout votre générosité sont inestimables avec à l'appui une si belle et adorable épouse pour moi. Acceptez ce modeste travail avec toute ma reconnaissance et considération.
- ✎ A ma chère épouse. Aminata Nâh COULIBALY. Merci pour ton soutien et ta patience.
- A mon fils. Homonyme de mon défunt père : Seydou S TANGARA. Toute mon affection.
- ✎ A M. Siaka COULIBALY et famille : Votre apport à été indispensable dans ce travail.
- ✎ A la famille Lassine Koumaré : Votre soutien n'a jamais fait défaut.
- ✎ Aux docteurs Ousmane L MAIGA et Oumar H CISSE. Vos conseils et vos encouragements ont été déterminants.
- ✎ A mes amis et promotionnaires : Soumaïla, Ziéba, Zoumana, Sékou, Maman, Abdalla.
- ✎ A toutes les personnes vivant avec le VIH. Du courage et bonne chance.

## REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont :

- A mes grands-parents, oncles et tantes, frères, sœurs, cousin (e) s, neveux et nièces dont je tairai les noms, je vous remercie infiniment.
- Au Dr. Ousmane L MAIGA. Je n'oublierai jamais les conseils et l'assistance combien de foi sages dont j'ai fait toujours l'objet de votre part. Trouver ici l'expression de toute ma gratitude.
- A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de la Commune II
- A tout le personnel du Cabinet Médical « le SAVOIR ». Acceptez ce modeste travail avec toute ma reconnaissance et considération.
- A tout le personnel du Cabinet Médical »La Référence ». Trouvez ici l'expression de ma grande et profonde reconnaissance.
- A tous mes ami (e) s, camarades et sincères collaborateurs dont je n'ai pas cité le nom.
- A toute la promotion.
- Au corps enseignant et à l'administration de la FMPOS merci pour l'enseignement de qualité que nous avons reçu.
- A tous les étudiants de la FMPOS, je vous exhorte à plus d'ardeur au travail

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

## Président du jury

Professeur Sounkalo DAO

- ✓ Maître de conférences de maladies infectieuses à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie ;
- ✓ Responsable de l'enseignement de maladies infectieuses à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie ;
- ✓ Enseignant chercheur au programme de recherche et de formation VIH/TB (SEREFO) ;
- ✓ Cher Maître, vous nous faites grand honneur en acceptant, malgré vos multiples occupations, de présider ce jury ;
  
- ✓ Votre esprit méthodique, vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre accueil toujours courtois et affectif, votre humanisme et votre modestie forcent respect et incitent à l'admiration ;
- ✓ Veuillez recevoir, cher Maître, toute notre considération et profonde gratitude.

## **A notre maître et juge**

Dr. Ousmane Bafing DIARRA

- ✓ Médecin Directeur Général du Centre de Santé Communautaire de Sangarebougou ;
- ✓ Honorable Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant, avec indulgence et gentillesse, de juger ce travail ;
- ✓ Votre rigueur, votre disponibilité et votre dynamisme dans la tâche font de vous un maître admirable ;
- ✓ Vos conseils et suggestions nous ont permis d'améliorer la qualité de ce travail,
- ✓ C'est le lieu pour nous de vous adresser nos sincères remerciements.

## A notre maître et co-directeur

Dr. Lamine DIARRA

- ✓ Spécialiste en épidémiologie et en bio statistique ;
- ✓ Médecin d'urgence ;
- ✓ Ancien fonctionnaire de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en service à la direction nationale de la santé ;
- ✓ Cher Maître, vous nous faites grand honneur en nous confiant ce travail.
- ✓ La rigueur scientifique, la simplicité, l'esprit de tolérance et de la compréhension sont autant de qualités que vous incarnez et font de vous un encadreur admirable ;
- ✓ Passionné du travail bien fait, vous êtes pour nous un model de courtoisie et surtout de courage ;
- ✓ Recevez, cher Maître, toute notre gratitude et notre profonde considération.
- ✓ Puisse Dieu vous garder en sa sainte protection et vous soutenir dans vos projets futurs.



## A notre maître et directeur de thèse

### Professeur Mamadou KONE

- ✓ Professeur titulaire de l'enseignement de la physiologie à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie ;
- ✓ Directeur général adjoint du Centre National des Œuvres Universitaires ;
- ✓ Cher maître,
- ✓ Vous nous avez fait honneur en acceptant de diriger ce travail qui ouvre une porte de sortie aux prochains programmes de lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- ✓ Votre simplicité, votre accueil, votre sincérité forcent l'admiration et font de vous un maître de référence ;
- ✓ Vous êtes toujours resté disponible et c'est le moment de vous rendre un hommage mérité. Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et à votre savoir faire ;
- ✓ Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de ma grande sympathie et de mon profond respect ;
- ✓ Puisse Allah vous accorder longue vie.

## **PLAN D'ETUDE :**

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>II. JUSTIFICATION.....</b>	<b>3</b>
<b>III. OBJECTIFS.....</b>	<b>4</b>
<b>IV. GENERALITES.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Données contextuelles du pays.....</b>	<b>5</b>
1.1 Facteurs de vulnérabilité.....	6
1.2 Les facteurs de vulnérabilités liées à l'impact du sida.....	6
<b>2. Epidémiologie.....</b>	<b>6</b>
2.1 Agents pathogènes.....	7
2.2 Réservoir du virus.....	9
2.3 Modes de transmission.....	10
2.3.1 Transmission sexuelle.....	10
2.3.2 Transmission sanguine.....	10
2.3.3 Transmission verticale ou materno- foétale.....	11
2.3.4 Autres modes de transmission.....	11
2.4 Physiopathologie.....	11
<b>3 Aspects cliniques.....</b>	<b>13</b>
3.1 Histoire naturelle de l'infection par le VIH.....	13
<b>4. Diagnostic biologique.....</b>	<b>15</b>
<b>5. Troubles psychiatriques au cours du sida.....</b>	<b>16</b>
<b>6. Impacts psycho- sociaux du VIH/SIDA.....</b>	<b>17</b>
<b>7. Prise en charge de l'infection par le VIH.....</b>	<b>18</b>
<b>8. Prévention.....</b>	<b>21</b>

<b>V. METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....</b>	<b>25</b>
<b>1. Cadre et lieu d'étude.....</b>	<b>25</b>
<b>2. Type et période d'étude.....</b>	<b>28</b>
<b>3. Population d'étude.....</b>	<b>28</b>
• Critères d'inclusion	
• Critères de non inclusion	
<b>4. Echantillonnage .....</b>	<b>29</b>
<b>5. Variables mesurées.....</b>	<b>29</b>
<b>6. Collecte des données.....</b>	<b>29</b>
<b>7. Considérations éthiques.....</b>	<b>30</b>
<b>8. Saisie et traitement des données .....</b>	<b>30</b>
<b>VI. RESULTATS.....</b>	<b>31</b>
<b>VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....</b>	<b>48</b>
<b>VIII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>55</b>
<b>IX. ANNEXES</b>	

## **LISTE DES ABREVIATIONS :**

**SIDA** : Syndrome d'immunodéficience Acquis.

**VIH** : Virus Immunodéficience Humaine.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**ARV** : Antirétroviraux.

**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles.

**PVVIH** : Personnes vivant avec le VIH.

**EDS III** : Troisième Enquête Démographique et de Santé.

**EDS IV** : Quatrième Enquête Démographique et de Santé.

**PNB** : Produit National Brut.

**ONUSIDA** : Organisation des nations unies pour lutter contre le SIDA.

**ARN** : Acides Ribonucléiques.

**ADN** : Acides désoxyribonucléiques.

**Nm** : nanomètre.

**RIPA** : Radio Immuno Précipitation Assay.

**PCR** : Polymérase Chain Réaction.

**PNUD** : Programme des nations unies pour le développement.

**PEV** : Programme Elargi de Vaccination.

**BCG** : Bacille de Calvin et de Guérin.

**RACE** : Recensement Administratif à Caractère Electoral.

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire.

## I. INTRODUCTION

Il y aura bientôt 30 ans, apparaissait le premier cas du Syndrome d'Immunodéficience Acquis (SIDA) aux Etats unis. Aujourd'hui, et des millions de morts après, la terrible maladie continue de faire des ravages, particulièrement dans les pays pauvres, dont les nôtres, ceux d'Afrique [1].

Cette pandémie représente selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la première cause de décès en Afrique subsaharienne [1] qui reste, de loin, la région la plus touchée, avec près de 2/3 des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le monde [1]. En 2007, le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) était estimé à 33,2 millions dans le monde, dont 22,5 millions en Afrique subsaharienne. De plus, certaines études ont montré que la moitié des adolescents en Afrique subsaharienne ne savent pas qu'une personne apparemment en bonne santé peut être porteuse du virus et ils ne se croient pas menacés par le VIH [40].

Le Mali a enregistré son premier cas de VIH dans les années 1985 dans le service de gastro-entérologie de l'hôpital Gabriel TOURE par l'équipe du professeur Aly GUINDO [45]. Plusieurs programmes de lutte ont depuis été mis en place par le gouvernement [2]. Mais la lutte ne prendra son envol et ne connaîtra un véritable tournant qu'à partir de l'année 2003 avec la réforme institutionnelle impulsée et organisée par les plus hautes autorités de la république. Ainsi la déclaration de politique générale de lutte contre le VIH/Sida au Mali, adoptée par le gouvernement le 7 avril 2004, a recommandé d'assurer la gratuité des soins et des médicaments antirétroviraux (ARV) à tous les malades sans distinction aucune, faisant du Mali l'un des premiers pays Africains à avoir pris cette décision après le Malawi, le Sénégal et le Botswana [2].

Dans le cadre de l'accélération de la prévention sous la menace constante des facteurs de propagations tels que la proximité avec des pays à haute endémicité, une campagne nationale de sensibilisation avait été menée ; avec comme objectif de « réduire la vulnérabilité des populations au VIH/SIDA ». Cette campagne était basée sur la complémentarité des médias comme le cinéma mobile éducatif, le théâtre et la radio. Elle a été mise en œuvre de septembre 2005 à septembre 2006 et a touché 2 507 940 personnes composées de jeunes, de femmes, d'adultes et des membres de groupes spécifiques à risque [2].

De 1985 à nos jours, le district de Bamako reste la ville où la prévalence du VIH demeure la plus élevée au Mali. En 2006, il a été trouvé une prévalence de 1,9% à Bamako contre 1,3% dans la population générale [5]. La même étude a montré que 54,7% des jeunes de 15 à 39 ans avaient eu des rapports sexuels à haut risque au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête. Pourtant, la quasi-totalité des enquêtés (86% des femmes de 15 à 49 ans et 91% des hommes de 15 à 49 ans) ont déclaré connaître ou entendre parler du VIH/SIDA [5]. Ces résultats témoignent la vulnérabilité de la jeunesse et imposent la nécessité d'action.

Le niveau de connaissance varierait selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction, même si la connaissance complète des moyens de prévention contre cette maladie ainsi que l'adoption des moyens de protections restent en général faibles [2].

D'autres parts les vagues successives de migration, avec l'urbanisation rapide et incontrôlée qu'elles entraînent, ont fortement contribué à l'expansion de la ville de Bamako vers les populations voisines. C'est le cas de la commune rurale de Sangarébougou issue de l'ex arrondissement de Kalabankoro, cercle de Kati et région de Koulikoro. Sa population est passée de 6447 habitants en 1996 à 20180 en 2001[6]. Ce brassage de différentes populations a engendré et ou aggravé des phénomènes jadis rares dans cette population rurale. Au regard donc de nombreux cas de viols et devant la croissance constante des cas de grossesses indésirées et de mères célibataires, il paraît nécessaire de poser la question du VIH avec un sondage des connaissances, pratiques et comportements sexuels surtout au niveau de la couche la plus concernée par de tels phénomènes : la jeunesse. C'est donc l'opportunité de prendre en compte toutes ses particularités afin de dégager des stratégies novatrices de prévention contre le VIH/SIDA et les autres IST.

## II. JUSTIFICATION :

De 1985 à nos jours, la ville de Bamako demeure la plus affectée par le VIH/SIDA. Ce pendant son entourage mérite une attention toute particulière au risque d'être exposé par l'envahissement de la ville. Le choix porté sur la commune de Sangarébougou est justifié par :

- Sa situation géographique par rapport au district qui a la plus haute prévalence au Mali;
- la croissance exponentielle de sa population qui est passée de 6647habitants à 20180 entre 1996 et 2001[6] ;
- L'existence étrange de certaines pratiques des milieux urbains tels que la prostitution, le concubinage, les cas de violences sexuelles... [6];
- La fréquence des ISTde découverte fortuite dans les registres de consultation du Centre de Santé Communautaire [6];
- Le nombre grandissant des cas de test de grossesse, de grossesses indésirées et surtout de mères célibataires dans les registres d'accouchement du Centre de Santé Communautaire [6];

Le VIH, dans une telle situation, a tous les moyens de s'installer et de s'amplifier en l'absence d'une connaissance des modes de contamination et de prévention ainsi qu'une maîtrise de soi.

En absence d'un traitement efficace du sida ou d'un vaccin contre l'infection par le VIH, et compte tenu de la progression des IST, la lutte contre la progression de l'infection par le VIH repose essentiellement sur l'Information, l'éducation et la communication dans le but de changer les comportements sexuels [49].

De plus, il est scientifiquement établi qu'un traitement correct et systématique et la prévention des IST ainsi que le changement des comportements, peuvent faciliter la lutte contre la pandémie du VIH dans les populations concernées [49-48-47-46].

La jeunesse constitue la couche la plus sexuellement active, la plus sensible à des brassages culturels et donc la plus exposée à des fléaux comme le VIH/SIDA. Cependant, le recueil des vraies informations intimes n'y est pas facile surtout à l'intérieure des familles où chacun se propose de donner à travers soi une bonne image de la famille. Pour palier à cette réalité nous avons préféré les Grins.

## **1. OBJECTIF GENERAL**

- Evaluer les niveaux de connaissances, les attitudes et pratiques comportementales des jeunes vis-à-vis des IST/ VIH/SIDA dans la commune rurale de Sangarébougou.

## **2. OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Déterminer la proportion des jeunes connaissant les modes de transmissions et de protection contre les IST/VIH/SIDA ;
- Déterminer les comportements sexuels des jeunes vis-à-vis des IST/VIH/sida ;
- Déterminer les attitudes des jeunes face aux IST/VIH/SIDA.
- Identifier les méthodes de préventions utilisées par les jeunes.



### III. GENERALITES :

#### 1. DONNEES CONTEXTUELLES DU PAYS :

Les déterminants de la propagation des IST/VIH/SIDA se déclinent en facteurs de la vulnérabilité à l'infection et en facteurs de la vulnérabilité à l'impact ; l'interaction entre les deux étant forte (3).

**1.1 La vulnérabilité à l'infection :** Est d'abord liée à un certain nombre de comportement et de pratiques :

- le multi partenariat sexuel, les rapports sexuels non protégés, la sexualité précoce des jeunes.
- 65% des jeunes ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans.
- près de 20% des garçons ont eu plus de trois rapports sexuels dans les 12 derniers mois.
- le déni de la maladie par la plupart des jeunes (3/4 des jeunes EDS-III).

D'autres facteurs contribuant à la propagation de l'épidémie du VIH/sida sont d'ordre biologique, social, culturel et économique.

Il est établi aujourd'hui que la femme présente une vulnérabilité plus grande au VIH/sida que l'homme liée à des facteurs biologiques.

Au plan social et culturel certaines pratiques comme excision, mariage précoce, le lévirat, le sororat, la faible utilisation des préservatifs etc....constituent des facteurs importants de diffusions du VIH/sida.

Les facteurs socio- économiques renvoient au faible niveau du développement économique avec un PIB de 280 dollars par an et par tête d'habitant, ce qui se traduit par :

- la faiblesse d'accès aux soins,
- les migrations internes et externes des populations essentiellement jeunes,
- le chômage,
- la pauvreté,
- le faible niveau d'éducation,
- la difficulté d'accès à l'information.

## **1.2 Les facteurs de vulnérabilité liés à l'impact du sida (3) :**

Au Mali, l'épidémie du VIH/sida touche essentiellement la tranche d'âge de 15-49 ans qui constitue la force vive et productive du pays et sur 100 Maliens près de 2 sont infectés par le VIH/Sida, l'on peut donc émettre l'hypothèse de l'existence d'un impact macroéconomique et sectoriel non négligeable.

Une étude de la banque mondiale en 2000 a montré qu'un taux prévalence de 5% entraîne une réduction du PNB (Produit National Brut) par habitant de l'ordre de 0,4% par an, un taux de 10%, 15% et 30% correspondent respectivement à 0,8%, 1% et 1,4%.

Au plan éducation, le VIH peut entraîner une augmentation du nombre des orphelins qui, pour la plupart ont perdu un ou deux parents qui constituent leur soutien essentiel en matière de scolarisation.

L'impact démographique le plus grave de l'épidémie du VIH/sida concerne la réduction de l'espérance de vie. Selon la projection de l'EDS-III, si rien n'était fait pour maîtriser l'épidémie d'ici 2010, l'espérance de vie connaîtra une diminution de près de 6 ans.

## **2. EPIDEMIOLOGIE DE L'INFECTION PAR VIH :**

### **i. Dans le monde :**

Selon les estimations de l'ONUSIDA en 2007, 33,2 millions de personnes vivent avec le VIH depuis le début de la pandémie dont 15,4 millions de femmes et 2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans. Le nombre de nouveau cas en 2007 s'élevait à 2,5 millions de personnes dont 2,1 millions d'adultes et 420000 enfants de moins de 15 ans. Le nombre de décès dû au VIH en 2007 était de 2,1 millions de personnes contre 2,9 millions en 2006 [46].

### **ii. En Afrique :**

EN 2007, 94% des personnes vivant avec le VIH vivaient dans les pays en développement, dont 22,5 millions en Afrique subsaharienne qui reste la région la plus touchée. Malgré tout, l'épidémie semble se stabiliser de manière générale avec une prévalence de 7,4% pour toute la région. Mais, cette stabilité cache une réalité beaucoup plus triste, car elle signifie que les nombres de nouveaux cas égalisent les décès dus au VIH/SIDA [46].

## **2.1 Agent pathogène : [25 ; 30 ; 26 ; 29 ; 35]**

IL s'agit du VIH-1 et du VIH-2. Ce sont des particules virales de forme sphérique de 100 nm de diamètre, enveloppées.

Le VIH possède d'une part un génome fait de deux molécules d'ARN simple brin et d'autre part d'une enzyme : la transcriptase inverse qui permet l'intégration du VIH dans le génome de la cellule hôte.

Le VIH-1 et le VIH-2 appartiennent à la famille des rétrovirus. Cette famille est subdivisée en trois sous familles selon un classement qui prend en compte des critères de pathogénicité et des paramètres phylogénétiques : les oncovirus, les spumavirus, et les lentivirus (25, 27).

Le VIH-1 et le VIH-2 appartiennent à la sous famille des lentivirus qui sont cytopathogènes et seuls pathogènes pour l'homme dans cette famille.

Depuis que le VIH-1 et le VIH-2 ont été découverts comme les agents étiologiques du sida, de multiples isolats ont été clonés et leurs séquences nucléotidiques analysées. Ces études ont montré que la variabilité génétique de ces virus était extrême, que deux souches n'étaient jamais semblables et que chez un même individu, le virus était présent sous forme de « micro variant » génétiquement reliés les uns aux autres mais différents. Cette variabilité était liée aux erreurs que faisait la transcriptase inverse.

De plus les phénomènes de recombinaison génétique, par échange de matériel génétique entre deux molécules d'ARN au cours de la retro transcription sont très fréquents. Chez le sujet récemment infecté, lors de la primo-infection, les virus circulants sont génétiquement très homogènes et ceci même s'il à été contaminé par un patient porteur de plusieurs souches différentes. Après la phase de primo-infection, une mixture complexe de variant apparaît progressivement chez le sujet infecté, évoluant chacun pour son propre compte. Sur la base de l'étude des séquences génétiques, on distingue actuellement à l'intérieur du VIH-1 trois groupes de virus : le groupe Majeur (M) et deux autres plus récemment identifiés dans quelques pays d'Afrique centrale appelés O et N.

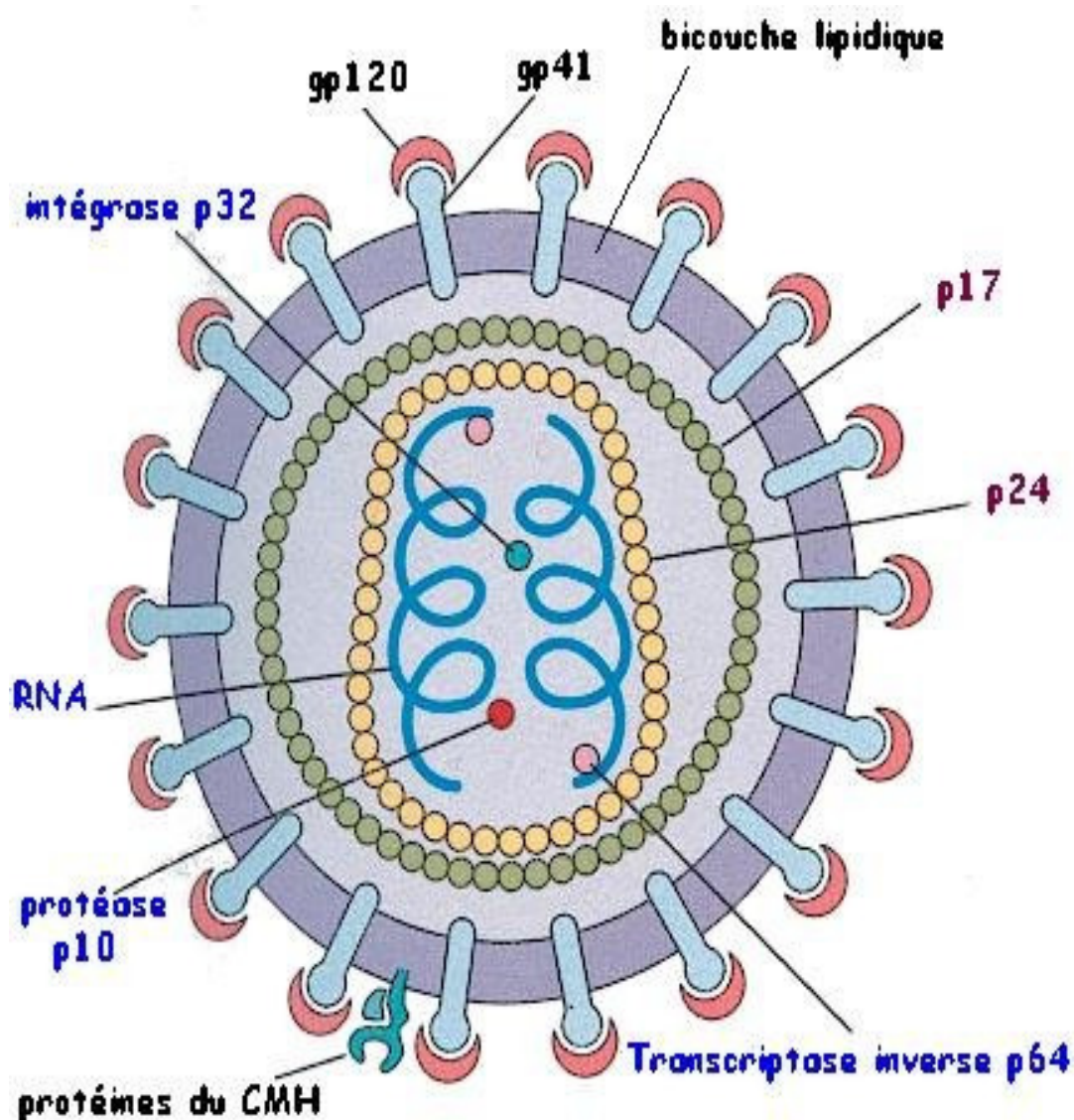


Figure 1 : Structure du VIH

Les conséquences de la variabilité génétique du VIH-1 sont : épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et vaccinales.

❖ **Conséquences thérapeutiques :** sont dominées par l'émergence des résistances aux ARV (Antirétroviraux).

- ❖ **Conséquences vaccinales [28]:** la diversité génétique du VIH-1 à des implications pour le développement de vaccin élaborés à partir d'une seule souche virale (ou sous type), dans la mesure où un prototype vaccin basé sur un seul sous type de virus pourrait ne pas entraîner une réponse immunitaire suffisamment large pour protéger contre les autres membres des autres sous types.
- ❖ **Conséquences diagnostiques [28]:** Concernant la sensibilité au test de dépistage du VIH.
- ❖ **Conséquences épidémiologiques [28]:** il a été suggéré qu'en Thaïlande, le génome E pouvait être associé à un risque de transmission hétérosexuelle plus élevée que le génotype B. Ainsi la prédominance du génotype B en Thaïlande pourrait avoir contribué à la diffusion rapide du VIH dans ce pays.

Comme pour le VIH-1, la variabilité génétique a été mise en évidence dans les souches de VIH-2. Deux sous-types de VIH-2 ont été identifiés et caractérisés convenablement ; à savoir A et B. D'autres études indiquaient l'existence de quatre autres sous-types de VIH-2 (CDE et F), mais les différentes tentatives d'isolement et de séquençage des souches ont été infructueuses.

Contrairement au VIH-1, l'impact des différents sous-types de VIH-2 sur l'épidémiologie, la pathogénèse et la transmissibilité de la maladie n'est pas encore très bien connu.

Le VIH est inactivé par la plupart des procédés physiques et chimiques utilisés en vue de désinfection ou de stérilisation.

## **2.2. Réservoir du virus :**

La multiplication du virus est possible chez tous les mammifères mais le réservoir est devenu strictement humain (séropositifs asymptomatiques et patients symptomatiques). [32, 33]

Chez l'homme les cellules cibles du VIH sont de deux types : celles dans lesquelles il se réplique et celles dans lesquelles il est en état de quiescence.

- **Cellules cibles dans lesquelles le VIH se réplique :** il s'agit des cellules exprimant à leur surface le récepteur CD4 et l'un des corécepteurs (CCR1, CCR3, CCR5, CCR2b, CXCR4...): lymphocytes CD4+, monocytes et

macrophages, cellules dendritiques, cellules de Langherans et cellules microgliales du cerveau.

- **Cellules cibles dans lesquelles le VIH est en état de quiescence** : Ce sont les cellules folliculaires dendritiques présentes dans les centres germinatifs des ganglions.

**2.3 Modes de transmission** : La transmission du VIH se fait par trois principaux modes :

**2.3.1. La transmission sexuelle :**

Elle se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccale, vaginale ou rectale lorsqu'elles sont en contact avec les sécrétions sexuelles ou du sang contenant le virus.

Elle peut se faire par voie homosexuelle mais aussi et surtout la voie hétérosexuelle à l'échelon mondial.

En Afrique subsaharienne et au Mali, près de 90% des cas sont imputables à une transmission hétérosexuelle.

**2.3.2. La transmission sanguine**

Elle se fait par l'intermédiaire du sang contenant le virus.

- Transfusion de sang et dérivés : L'amélioration de la sélection des donneurs et l'augmentation de la sensibilité des tests de dépistages ont permis de diminuer considérablement le risque de contamination par cette voie.
- Toxicomanie intraveineuse : les pratiques de partage de seringue ou de produit entre les usagers de drogues par voie injectable permettent l'inoculation d'une petite quantité de sang par voie veineuse d'une personne infectée à une autre. Ce qui conduit à la transmission de l'infection à VIH.
- Réutilisation des aiguilles usées non stérilisées
- Contamination professionnelle : la transmission chez le personnel soignant ; notamment au cours des blessures ou piqûres avec du matériel médicochirurgical contaminé. Il s'agissait plus rarement d'une projection sur une peau lésée ou sur une muqueuse. La transmission dans le sens soignant soigné est exceptionnelle.

Particularités Africaines et Maliennes : Il s'agit des pratiques culturelles et traditionnelles comme le tatouage, les scarifications, l'excision, la circoncision...

### **2.3.3. Transmission verticale ou materno-fœtale :**

La transmission du VIH de la mère à l'enfant peut survenir à des stades différents : in utero dans les semaines précédant l'accouchement (1/3 des cas), au moment de l'accouchement (2/3 des cas) ou pendant l'allaitement (cas isolés).

### **2.3.4. Autres modes de transmission :**

- la transplantation,
- exposition aux liquides biologiques à partir desquels a été isolé le VIH : salive, larve, urine, liquide céphalo-rachidien, lavage broncho-alvéolaire. Mais la présence du virus n'implique pas automatiquement sa transmissibilité, en raison de la faible concentration virale et de la présence éventuelle de composants inactivant le virus. Pour ces liquides biologiques, le risque de contamination est théorique et aucun cas de contamination par le VIH par exposition à ces liquides exempts de sang visible n'a été publié.

## **2.4. Physiopathologie de l'infection à VIH :**

Une fois dans l'organisme, le VIH se réplique de façon significative avec 10 milliards de virions produit quotidiennement (5). Cette intense multiplication virale explique la destruction progressive des lymphocytes TCD4, cibles du VIH (environ une perte moyenne en lymphocytes TCD4 de 50 cellules par an). Cette déplétion lymphocytaire est la conséquence de l'effet cytolytique du VIH lui-même et du phénomène d'apoptose. La lymphopénie TCD4 entraîne ainsi une immunodépression expliquant la survenue des infections opportunistes, cause de morbidité et de mortalité chez les PVVIH.

Au stade précoce de la maladie, lorsque les fonctions immunitaires sont peu perturbées, seuls les germes les plus agressifs (*Mycobacterium tuberculosis*, *Pneumocoques...*) pourront s'exprimer. En pratique la récurrence d'une pneumopathie bien traitée chez un adulte dans l'intervalle d'une année, doit faire suspecter une infection à VIH (5).

Au stade tardif lorsque l'immunodépression est majeure, même les germes habituellement peu ou non pathogènes (opportunistes) entraîneront des complications.

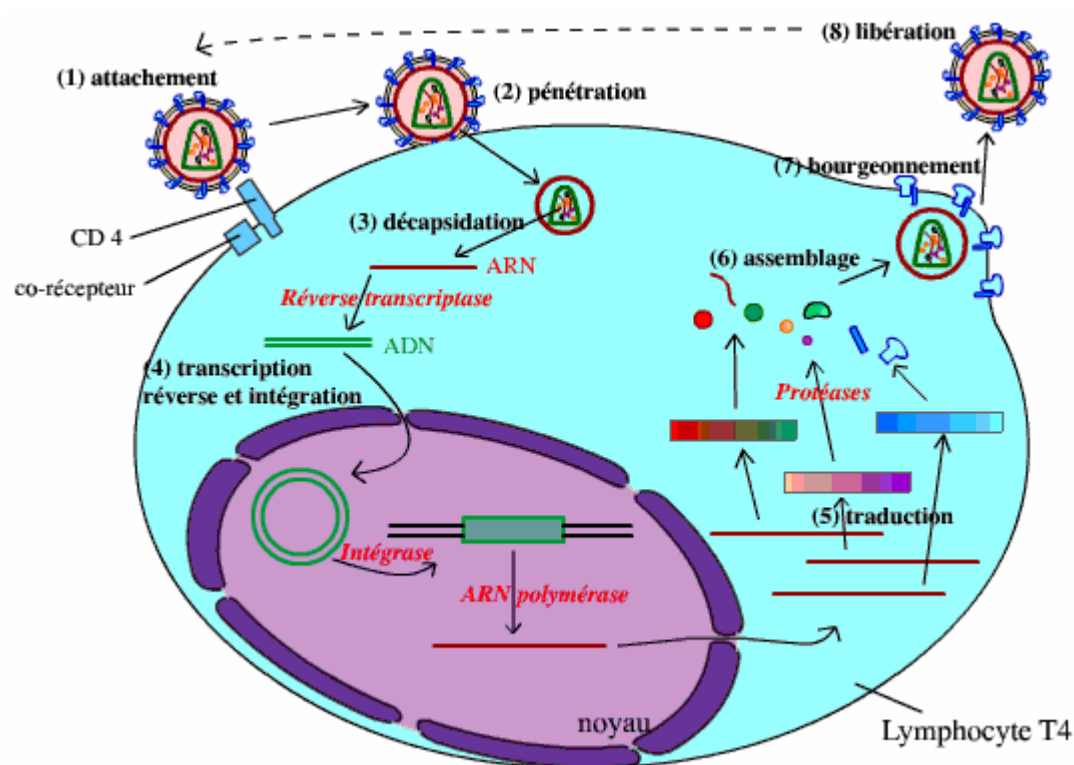


Figure 2 : Cycle réplcatif du VIH



### 3. ASPECTS CLINIQUES:

#### 3.1 Histoire naturelle de l'infection par le VIH :

Classiquement, l'infection par le VIH évolue en quatre phases comprenant :

➤ **Phase de primo-infection :**

Elle survient deux à six semaines après la pénétration du virus dans l'organisme. Lorsqu'elle est symptomatique (20 à 30% des cas), elle peut se traduire par un syndrome aigu mononucléosique. Habituellement la symptomatologie comporte une fièvre élevée, des céphalées, des myalgies, des arthralgies, une pharyngite et une sensation de malaise générale.

Cliniquement, on note une poly adénopathie, en particulier cervicale et axillaire, parfois associée à une hépato-splénomégalie, une éruption à type de rash érythémateux. Le tableau clinique peut aussi se résumer à des manifestations neurologiques à type de méningite aiguë lymphocytaire. Biologiquement il existe un syndrome mononucléosique. A ce stade, les anticorps spécifiques du VIH sont absents, mais l'antigène p24 est présent. En outre la virémie plasmatique est très élevée. Ces signes cliniques régressent spontanément au bout de sept à dix jours (1).

➤ **Phase de séropositivité asymptomatique :**

Trois mois en moyenne après la contamination, les anticorps anti VIH sont détectables dans le sang : **c'est la période de séroconversion**. Elle sera suivie d'une longue période au cours de laquelle la personne vivant avec le VIH n'aura aucun signe clinique : **c'est la phase de séropositivité asymptomatique**. Elle sera en bonne santé apparente, mais pourra transmettre le VIH selon les voies classiques (sexuelle, sanguine). Le temps qui sépare la contamination du développement d'une immunodépression sévère est variable. Le délai moyen est de 8 à 11 ans (1) environ selon les études et ceci en l'absence de tout traitement antirétroviral. Certains facteurs influent sur ce délai :

- l'âge : les jeunes enfants et les sujets de plus de 60 ans auraient une évolution plus rapide vers le sida.

- La contamination par transfusion sanguine serait le plus mauvais pronostic que les autres modes de contamination ;
- L'environnement : des conditions sociales défavorables, la malnutrition, les agressions microbiennes permanentes pourraient accélérer l'évolution de l'infection vers le stade symptomatique
- Le type viral : le VIH-2 serait moins virulent que le VIH-1.

➤ **Phase de lymphadénopathie généralisée et persistante :**

Elle se définit par la présence d'adénopathies évoluant depuis plus de trois mois, de diamètres supérieurs à 1cm, siégeant au niveau de deux aires ganglionnaires autres qu'inguinales, en l'absence de toute autre étiologie. Il s'agit habituellement d'adénopathies périphériques non inflammatoires, indolores siégeant dans 90% des cas dans les régions cervicales, sus claviculaires ou axillaires.

Dans certains cas, des anomalies immunologiques existent :

- diminution du nombre absolu des lymphocytes axillaires CD4 et/ou inversion du rapport CD4/CD8, augmentation du nombre absolu des CD8 ;
- Hypergammaglobulinémie de type poly clonal, reflétant l'activation poly clonale des lymphocytes B ;
- thrombopénie.

La biopsie ganglionnaire n'est pas pratiquée systématiquement. Lorsqu'elle est réalisée, elle montre une hyperplasie folliculaire bénigne et non spécifique.

➤ **Phase symptomatique :**

**\* L'immunodépression mineure :**

Cette phase peut survenir après une durée d'évolution variable comprise habituellement entre 5 et 8 ans. Les manifestations cliniques à ce stade constituent une alerte et permettent d'évoquer le diagnostic d'infection à VIH ; elles constituent la pratique quotidienne des constances de découverte de la maladie. Il s'agit de symptômes constitutionnels du VIH :

- 🚩 Fièvre > 38, 5°C et prolongée pendant plus d'un mois ;
- 🚩 Diarrhée persistant plus de un mois sans cause décelable ;
- 🚩 Amaigrissement inexpliqué, avec perte de plus de 10% du poids corporel ;
- 🚩 Asthénie et ou anorexie inhabituelle et sans autres causes retrouvées ;
- 🚩 Candidose buccale, génitale ou cutanée ;

- 🚩 Leucoplasie chevelue de la langue ;
- 🚩 Dermite séborrhéique ; herpès génital péri-anal...

**\*Phase d'immunodépression majeure ou stade des infections opportunistes :**

Cette phase est caractérisée par l'apparition d'infections opportunistes majeures d'étiologies multiples : parasitaires, bactériennes ou virales. Il s'agit d'une atteinte poly viscérale et les manifestations cliniques peuvent être :

- ❖ Digestives : diarrhée chronique (cryptosporidiose, isosporose, salmonellose mineure....), candidose buccale ou œsophagienne ;
- ❖ Pulmonaires : tuberculoses pulmonaire et extra pulmonaire, pneumocystose, pneumopathies bactériennes non spécifiques ;
- ❖ Dermatologiques : infections herpétiques récidivantes, sarcome de KAPOSI, dermite séborrhéique, prurigo généralisé ;
- ❖ Neuro-méningées : méningite à cryptocoque, méningite tuberculeuse, méningite purulente à germes banals, toxoplasmose cérébrale, abcès du cerveau, leucoencéphalite multifocale progressive, encéphalite virale ;
- ❖ Néoplasiques : Cancer invasif du col de l'utérus, lymphomes, processus expansif intracrânien.

Différentes classifications cliniques ont été proposées pour une meilleure prise en charge des patients : il s'agit de la classification de l'OMS et celle du CDC d'Atlanta (USA).

#### **4. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE :**

La mise en évidence des virus ou d'antigènes viraux.

**Mise en évidence des anticorps anti-VIH :** Elle se fait par des tests de ? Il repose sur la mise en évidence des anticorps anti-VIH et sur dépistages ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay). Des tests de confirmation sont pratiqués si le dépistage est positif. Le Western blot est la méthode de référence habituelle. Cependant, le RIPA (Radio Immuno Précipitation Assay) est plus sensible et plus spécifique que le Western blot.

**Mise en évidence des virus ou d'antigènes viraux :**

Elle peut se faire par antigénémie p24, culture cellulaire, virémie plasmatique et PCR (Polymérase Chain Réaction).

## 5. TROUBLES PSYCHIATRIQUES AU COURS DU SIDA [30] :

L'importance des perturbations neuropsychiatriques au cours du SIDA remarquée dès le début de la maladie, est liée à leur fréquence élevée et à leur retentissement sur la prise en charge du malade.

Les troubles du comportement, les tentatives de suicide, les syndromes anxio-dépressifs, psychotiques et confusionnels, les troubles cognitifs chroniques constituent les manifestations habituellement observées : elles peuvent être isolées, mais sont le plus souvent intriquées dans des tableaux psychiatriques complexes. Leur survenue peut être précoce, parfois inaugurale de la maladie, ou plus habituellement contemporaine des atteintes cérébrales organiques, notamment dans les phases terminales. Leurs mécanismes physiopathologiques sont multiples et intriqués ; ils associent, d'une part, des facteurs psychologiques liés à la personnalité antérieure des patients et aux difficultés d'adaptation aux vicissitudes de la maladie, et d'autre part des facteurs organiques ; ceux-ci sont dominés par les atteintes cérébrales, de nature tumorale, infectieuse ou parasitaire, et donc la plupart peuvent être révélées par des troubles psychiques sans spécificité clinique particulière.

Les troubles neuropsychiatriques aggravent considérablement les souffrances des malades : leur retentissement sur l'évolution de la maladie est encore inconnu, quoique probablement péjoratif. En revanche, leur retentissement sur la prise en charge des malades est notoire : ils consomment une part importante des ressources humaines hospitalières. Les équipes soignantes sont intensément mobilisées, non seulement sur un plan matériel, mais aussi psychologique et affectif, par ces malades jeunes qui suscitent davantage de sollicitude et de compassion.

Les capacités d'adaptation à la maladie sont largement dépendantes de la qualité de l'environnement social : la pression psychologique des médias, la défaillance des supports sociaux et affectifs habituels, la précarité de la situation matérielle ou le manque de disponibilité des équipes médico-sociales sont autant de facteurs majorant les risques psychopathologiques. Ils viennent s'ajouter aux atteintes cérébrales organiques et aux facteurs de vulnérabilité psychique propres aux toxicomanes, homosexuels ou sujet âgés.

L'évaluation du risque psychopathologique et la recherche d'une manifestation neurologique occulte font partie du bilan diagnostique systématique de tout patient

atteint de SIDA et peuvent aboutir à l'indication d'une prise en charge psychiatrique précoce.

## **6. IMPACTS PSYCHOSOCIAUX DU VIH/SIDA :**

Nouvelle, l'infection par le VIH l'est par bien des aspects. Elle présente en particulier le problème d'une infection virale, strictement asymptomatique, chez des personnes en bonne santé. Pourtant elle est déjà menaçante pour l'individu lui-même dans son avenir plus ou moins proche et pour son entourage le plus intime par sa transmissibilité sexuelle et sanguine. Famille et soignants sont ainsi impliqués dans leur relation et leur intervention auprès d'un sujet non malade ; ou dans l'accompagnement d'un patient aux pathologies très lourdes. C'est dans la maladie mortelle que se font souvent les retrouvailles. A travers les modes de transmission privilégiés du virus, c'est une population inhabituelle à laquelle est confronté le monde soignant. Les adaptations et les découvertes personnelles sont parfois lourdes à gérer. Plus sans doute que pour toute autre pathologie, le travail en équipe, les groupes de réflexion et l'aide psycho dynamique des divers acteurs sont souhaitables. [15]

Au Mali, les ateliers sur le VIH et le développement ont traité des impacts actuels et futurs de l'épidémie de VIH/SIDA en utilisant les outils proposés par le PNUD/Projet régional sur le VIH et le Développement initialement basé à Dakar au Sénégal et transféré à Pretoria en Afrique du Sud : « le centre de l'analyse » et « l'analyse des impacts croisés ». [18]

*L'impact sur le bien-être des personnes infectées* par le VIH est le premier impact de l'épidémie et le plus perceptible. C'est une dégradation de l'équilibre psychologique, longtemps avant la dégradation de la santé physique. L'absence de traitement curatif et les incertitudes de l'avenir, la menace sur la famille et le silence que l'on s'impose, la stigmatisation et l'exclusion dont on peut faire l'objet pèsent toujours trop lourd. Le poids de l'impact du nombre de cas de SIDA notifié (environ 6000 en fin 1999), est reflété par l'augmentation de la charge de travail dans le secteur de la santé. [18]

Le poids de l'impact social en terme de personnes affectées se fait effectivement sentir sur les familles et sur la communauté. [18]

Les nombreux décès par SIDA induisent un *impact démographique*. Dans son rapport 1999, l'ONUSIDA prévoit une baisse de l'espérance de vie à la naissance de

59 ans à 45 ans en l'an 2005 si la tendance évolutive actuelle de l'épidémie, en Afrique, se maintient. Ce qui remettrait en question les acquis des programmes de santé tel que le programme élargi de vaccination (PEV) qui, au Mali, a enregistré des résultats appréciables. [18]

Le SIDA risque d'entraîner de graves conséquences économiques dans la plupart des pays africains. Il se distingue d'autres maladies car il frappe les gens dans leurs années les plus productives et il est mortel dans la quasi-totalité des cas. Les conséquences varient d'un pays à un autre en fonction de la gravité de l'épidémie du SIDA et de la structure des économies nationales. Le Mali se classe parmi les pays les plus pauvres au monde et il n'existe que peu de ressources pour faire face au fardeau supplémentaire que représente le VIH/SIDA. [18] Cependant, quand on sait que l'épidémie de VIH/SIDA touche essentiellement la tranche d'âge 15-49 ans qui constitue la force vive et productive du pays..., l'on peut émettre l'hypothèse de l'existence d'un impact macro-économique et sectoriel non négligeable de l'épidémie. Cette hypothèse reste à vérifier par les recherches. [16]

D'une manière générale, l'impact macro-économique et sectoriel de l'épidémie de VIH/SIDA ruine les acquis du développement, diminue la productivité dans le travail en général et au niveau des entreprises en particulier. Il grève les budgets des entreprises et autres institutions sociales à travers les lourdes charges induites par la prise en charge des malades du SIDA. De même, il crée des charges financières liées au recrutement et à la formation des personnels nouveaux en remplacement des cadres et personnels techniques qualifiés décédés ou malades du SIDA. Cette situation est une réalité vécue au Mali, mais encore peu documentée. [16]

## **7. LA PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION PAR LE VIH :**

Elle repose sur cinq composantes :

**- la prise en charge psycho-sociale :** Par un counseling pré et post test consistant à expliquer au patient la nature de l'infection ; l'aider à vivre positivement sa séropositivité, lui donner des conseils hygiéno-diététiques (importance d'une bonne alimentation, d'une bonne hygiène de vie).

**- la chimioprophylaxie par le cotrimoxazole selon les recommandations de l'OMS :** IL s'agit d'une prise quotidienne de cotrimoxazole forte chez toute PVVIH ayant moins de 500 CD4/mm<sup>3</sup> ( NB : dans certains pays comme le Mali, le seuil des

lymphocytes T CD4 est fixé à 350/mm<sup>3</sup>). La chimioprophylaxie par le cotrimoxazole est aussi recommandée chez tout nourrisson de moins de 12 mois né de mère séropositive dont l'infection par le VIH a été diagnostiquée par PCR ou sur des signes cliniques très évocateurs d'une immunodépression à VIH quelque soit le taux des CD4. Elle est également recommandée chez le nourrisson de plus de 12 mois ayant développé une pneumocystose, une pneumonie lymphoïde interstitielle ou présentant tout autre pathologie liée à l'infection par le VIH ou ayant un taux de lymphocytes T CD4 inférieur à 25%.

- **La prise en charge nutritionnelle** : Alimentation équilibrée, régulière, adaptée aux produits locaux.

- **La prise en charge des infections opportunistes** : Par un diagnostic et un traitement approprié.

- **La thérapie antirétrovirale** :

On dispose actuellement de quatre classes thérapeutiques :

- \* Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INRTI),
- \* Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNRTI),
- \* Les inhibiteurs de la protéase (IP),
- \* Les inhibiteurs de fusion.

Le traitement antirétroviral repose sur une trithérapie. Il s'agit pour les schémas de :

° **première intention** : d'associer 2 INRTI + 1 INNRTI,

° **Deuxième intention** : 2 INRT + 1 IP

NB : le VIH-2 est naturellement résistant aux INNRTI (dans ce cas utiliser les schémas associant 2 INRTI + 1 IP).

Selon l'OMS, la mise sous ARV est indiquée dans les conditions ci-dessous :

- Si la numération des CD4 est possible, traiter les patients suivants : Stade IV (stade de sida maladie), quelque soit le nombre de CD4, stade III si le nombre de CD4 est inférieur à 350/mm<sup>3</sup>, stade I ou II avec un nombre de CD4 inférieur ou égal à 200/mm<sup>3</sup> ;

- Si la numération des CD4 est impossible, il est recommandé de mettre en route le traitement antirétroviral chez les patients qui sont : Stade IV et stade III, quelque soit le nombre total de lymphocytes ; stade II avec un nombre total de lymphocytes inférieur ou égal à 1200/mm<sup>3</sup>.

De façon globale un bilan biologique et immunologique devra être effectué avant la mise sous ARV et durant le suivi thérapeutique ; il comprend au minimum :

---

l'hémogramme, le taux de lymphocytes T CD4, la créatinémie, les transaminases. La charge virale plasmatique (si elle est disponible) est un outil pour évaluer l'efficacité de la thérapie. En général cette charge virale dévient indétectable, c'est-à-dire inférieur à 50 copies dès la 16-24<sup>e</sup> semaine de traitement.

**Le tableau ci-dessous précise les recommandations de traitement pour les patients asymptomatiques. [39]**

CD4 /mm <sup>3</sup>	Charge virale (copies/ml)		
	<10000	10000- 50000	> 50000
<b>&lt;350</b>	<b>Traitement recommandé</b>	<b>Traitement recommandé</b>	<b>Traitement recommandé</b>
<b>350- 500</b>	<b>Différer le traitement</b>	<b>Traitement à considérer</b>	<b>Traitement recommandé</b>
<b>&gt; 500</b>	<b>Différer le traitement</b>	<b>Différer le traitement</b>	<b>Traitement à considérer</b>

La première cause d'échec thérapeutique est le défaut d'observance. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à un échec thérapeutique ; parmi ces facteurs, la résistance virale est élément de plus en plus important. En cas d'échec, l'OMS préconise d'utiliser un schéma ARV de deuxième ligne.

**Exemple :**

En cas d'échec à :	Passer à :
<b>D4T ou AZT</b>	<b>TDF ou ABC</b>
<b>+</b>	<b>+</b>
<b>3TC</b>	<b>ddl</b>
<b>+</b>	<b>+</b>
<b>NVP ou EFZ</b>	<b>LPV/r ou SQV/(1)</b>

La prise en charge des PVVIH s'est beaucoup améliorée ; la trithérapie antirétrovirale diminuant de façon significative la virémie plasmatique.



En outre, les schémas antirétroviraux actuellement mis en place ont permis de réduire de façon significative les risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant (5).

Le défi majeur est d'assurer une décentralisation de l'accès aux soins et à la prévention ; les centres de dépistages volontaires doivent être disponibles un peu partout, car aujourd'hui chaque individu doit connaître son statut sérologique. La recherche vaccinale progresse malgré la grande diversité des souches et sous types des VIH.

## **8. PREVENTION :**

La prévention reste au cœur de toutes les interventions contre le VIH.

La quasi-totalité des adultes, voir des adolescents, vivant en régions tropicales ont entendu parler du VIH/SIDA. Cependant, il demeure des obstacles socioculturels aux stratégies préventives. [21]

La sensibilisation sur la pandémie du SIDA au Mali est sans relâche, et implique des personnes vivant avec le VIH, des dignitaires religieux et bien d'autres personnalités physiques et morales. Cependant du chemin reste à faire car des statistiques montrent que 90,3% des femmes ont déclaré avoir entendu parler du SIDA, mais jusqu'à 45% d'entre elles ignorent qu'il y a un moyen de l'éviter. En milieu urbain 97% en ont entendu parler et 22% ignorent qu'il y a un moyen de l'éviter ; tandis qu'en milieu rural si 88% en ont entendu parler jusqu'à 54% ignorent qu'il y a un moyen de l'éviter. Il ressort des enquêtes effectuées en 2006 tout comme en 2001 que les jeunes adoptent des comportements à risques [22] :

- 65% des jeunes ont leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans ;
- 53% des jeunes ont eu des rapports sexuels le mois précédent l'enquête ;
- près de 20% des garçons ont eu plus de 3 partenaires sexuels dans les 12 derniers mois précédant l'enquête ;
- près de la moitié des jeunes n'utilisent pas le condom par confiance en leur partenaire ;
- Puis deux jeunes interrogés sur trois ne croient en l'existence du SIDA.

A ce triste constat s'ajoutent la prostitution, la multiplicité des partenaires sexuels etc., qui exposent à des risques d'expansion voire une explosion de l'épidémie du VIH/SIDA au Mali dans les années à venir. D'ores et déjà la mortalité imputable au

---

SIDA au niveau des jeunes et des adultes (15-49 ans) qui constituent la force productive se fait sentir.

Sept mesures préventives sont proposées [23] :

➤ Le renforcement des comportements sexuels à faible risque :

La transmission par voie sexuelle est de loin la plus importante, favorisée par des pratiques comme le multi partenariat sexuel, la prostitution, etc...Elle est souvent le résultat d'un manque d'information, en particulier de la méconnaissance du rôle épidémiologique des « porteurs sains » dans la transmission sexuelle. Il faut développer des mécanismes d'information qui amènent les adolescents et les jeunes adultes (les jeunes de 15 à 24 ans se situent à l'épicentre de l'épidémie de VIH) à comprendre qu'ils vivent dans un monde infecté par le VIH/SIDA et qu'ils doivent adopter des comportements sexuels à faible risque.

➤ La promotion et l'encouragement à utiliser les préservatifs :

En dehors de la fidélité et de l'abstinence, le préservatif est le moyen recommandé dans la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), dont l'infection à VIH/SIDA. Ils sont accessibles dans tous les pays. Mais, il y a des réticences dans l'usage du préservatif, qui est pourtant la solution économique et fiable de protection dans la lutte contre les IST. Les rapports sexuels entre un individu infecté et un partenaire sain sont le moteur de l'épidémie du VIH. Lorsque le statut biologique des 2 partenaires est inconnu, ce qui est le cas le plus fréquent, les seules options sont des rapports sexuels sans pénétration ou les rapports protégés par le préservatif. Cependant, le préservatif n'a pas que des avantages. Il est difficile à l'un des partenaires dans le contexte d'une relation stable de suggérer soudainement d'utiliser le préservatif. Il existe toujours un risque de rupture lors des rapports sexuels de pénétration (ce risque est inférieur à 1% lors de rapports vaginaux si l'utilisation est régulière et associée à une bonne lubrification).

➤ La promotion de la sécurité transfusionnelle :

L'infection à VIH se transmet par le sang contaminé. La transmission par le sang et les dérivés du sang diminue partout. Elle est due à des transfusions de sang faites sans test du donneur dans de petites structures hospitalières, mais surtout à l'usage de seringues souillées réutilisées sans stérilisation préalable. La transmission chez

les usagers de drogues injectables est rare en Afrique subsaharienne, mais elle augmente dans les grandes villes d'Amérique latine et d'Asie.


La prévention de la transmission transfusionnelle passe par une sélection clinique attentive et un dépistage biologique des donneurs de sang et par une limitation des indications thérapeutiques transfusionnelles. Le matériel d'injection doit être à usage unique.

 La promotion de l'hygiène dans les milieux de travail :

Le risque d'exposition accidentelle dans les milieux de travail, notamment dans le secteur de la santé, est réel. Tout liquide biologique est contaminant. Ce risque professionnel de transmission du VIH doit être minimisé par des mesures appropriées, mais le développement du dépistage et des traitements risque de l'augmenter dans les pays en voie de développement. Il se posera alors le problème de la prévention secondaire, la prise en charge des expositions accidentelles au VIH étant préconisée depuis qu'on a montré l'efficacité de l'AZT sur la transmission du VIH en cas d'exposition accidentelle de professionnels de santé.

 La prévention du VIH de la mère à l'enfant (PTME) :

La transmission périnatale est un des modes importants de transmission du VIH/SIDA dans les pays en voie de développement. Là où l'allaitement maternel est une pratique quasi-générale, les femmes qui ne donnent pas le sein risquent de se voir stigmatisées comme porteuses du VIH. De plus, l'allaitement artificiel est difficile dans des conditions d'hygiène précaire. [23] La Névirapine était la molécule la plus utilisée. Actuellement, le traitement qui réduise le risque de transmission mère-enfant nécessite un traitement par bi ou trithérapie.

 Le renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST :

Les IST créent des micro lésions des parties génitales favorisant ainsi une porte d'entrée du VIH. Il est démontré clairement l'existence d'une corrélation entre les IST et l'accroissement du risque du VIH. Le dépistage, tout comme le traitement précoce des IST, relève de la prévention primaire.

 La promotion du conseil/dépistage volontaire confidentiel et anonyme :

Le diagnostic précoce de l'infection à VIH permet de mettre en œuvre un conseil et une thérapie appropriés. Par ailleurs, la promotion du conseil/dépistage aide au renforcement des comportements à faible risque chez les personnes dépistées et participe ainsi à la réduction de nouvelles contaminations.

La prévention secondaire, dont l'objectif essentiel est, en cas d'exposition au VIH, de réduire le risque d'infection par la mise en route d'un traitement le plus précoce possible afin de bloquer l'infection de l'organisme par le VIH et d'éviter la contamination, s'adresse, outre aux professionnels de santé exposés, aux personnes ayant subi des violences sexuelles ou des viols, ce qui est malheureusement fréquent dans les camps de réfugiés en Afrique subsaharienne. [24]

Dans la mesure du possible, il est préférable d'éviter toute vaccination quand le taux de CD4 est inférieur à 200/mm<sup>3</sup> et/ou quand la charge virale est élevée. Toute stimulation immunitaire, pouvant entraîner une augmentation transitoire de la charge virale plasmatique.

- vaccins recommandés : Tétanos (avec rappel tous les 10 ans), Poliomyélite (vaccin inactivé uniquement, avec rappel tous les 10 ans)
- vaccins possibles : Diphtérie, Hépatite A et B, grippe, Méningocoque A+C, Fièvre typhoïde, Fièvre jaune (en l'absence d'immunodéficience sévère), Pneumocoque
- vaccins contre-indiqués : Rubéole, BCG [24]

## **IV. METHODOLOGIE DE RECHERCHE :**

### **1. CADRE ET LIEU D'ETUDE :**

Notre étude s'est déroulée dans la Commune rurale de Sangarébougou.

Créer par la loi n°96-059 du 04 novembre 1996 portant création des communes au Mali, la commune rurale de Sangarébougou est issue de l'ex arrondissement de Kalabancoro, cercle de Kati, région de Koulikoro.[6]

Avec une superficie de 20,60 km<sup>2</sup>, elle est limitée à l'Ouest et au Nord par la commune I du district de Bamako, au sud par la commune de Moribabougou, à l'est par les communes de Dialakorodji et Safo.

Depuis 2001, la commune rurale de Sangarébougou à une population estimée à 20 180 habitants ; selon le recensement administratif à caractère électoral (RACE), les trois villages de la commune sont peuplés comme suit : Sangarébougou (9 322 habitants), Seydoubougou (5 236 habitants) et Sarambougou (5 626 habitants), qui est le chef lieu de la commune [6].

La population est répartie comme suit : 52 % des femmes, 48 % d'homme dont 49,5 % de moins de 18 ans et 50,5 % de plus de 18 ans.

La commune renferme la plupart des ethnies du Mali : Bambara, Peulh, Malinké, Sénoufo, Sonrhaï, Bobo, Dogon, Maures, Soninké etc.

La commune est un dortoir pour la population de Bamako. Les principales religions sont l'Islam (80 à 85 %), la religion chrétienne et enfin l'animisme.

La commune rurale de Sangarébougou, située à environ 12 Km du District de Bamako est d'accès facile en toute saison. Seulement en période hivernale, les routes sont difficilement praticables à cause des effets des eaux de ruissellement.

La commune est desservie journalièrement par les transports en commun (bus et mini bus).

La commune rurale de Sangarébougou a un relief peu accidenté composé de collines et des plaines. C'est une zone dont les collines occupent près d'un quart (1/4) de la superficie. C'est dans les plaines que sont installés les hommes avec toutes leurs infrastructures : habitats, écoles, centres de santé.

C'est dans les plaines également que serpentent les quelques voies toutes difficilement praticables. Sur les collines s'étendent les champs de mil, de maïs etc.

De par sa position géographique la commune rurale de Sangarébougou appartient à la même zone climatique que Bamako. Le climat est de type soudanien. L'année est divisée en deux saisons : une saison pluvieuse qui va de Mai à Mi Octobre et une saison sèche qui va de mi Octobre à Avril. La saison sèche est divisée en deux périodes : une période froide qui dure trois mois avec des moyennes qui tournent autour de (Novembre 18,2°C ; Décembre 17,2°C ; Janvier 17,7°C) et une période chaude qui dure également trois mois avec des moyennes (Février 36,3°C ; Mars 38,9°C ; Avril 40,3°C) entre 1973 et 2002 (6).

Aucun cours d'eau important ne traverse la commune. Cependant elle est ceinturée par le marigot de Nafadji qui la sépare de la commune I à l'Ouest et au Sud, le marigot de Seydoubougou et le marigot de Farakoba qui la sépare de la commune de Moribabougou.

Ces marigots coulent pendant l'hivernage seulement. Ils sont secs pendant la saison sèche. Mais pendant cette période leurs lits sont propices au maraîchage grâce à la facilité d'accès à la nappe phréatique à travers les puits.

La commune rurale de Sangarébougou possède peu d'infrastructures publiques. Cela est dû à la jeunesse de la commune et du fait que celle-ci n'a rien hérité de l'administration d'Etat comme infrastructures, au moment de sa création.

Il n'existe aucune infrastructure administrative dans la commue. La Mairie, elle-même était en location jusqu'en 2008.

Il existe un manque d'infrastructures sanitaires. Le CSCOM qui fut crée en 2000 est toujours en location.

- Infrastructures Educatives : Deux écoles publiques (premier cycles) avec un seul second cycle, d'où les effectifs pléthoriques.
- Infrastructures d'Hydraulique : il existe :
  - \* Cinq (5) forages réalisés par Fond National (ADS)
  - \* Deux (2) puits dont un à grand diamètre
  - \* Deux bornes fontaines construites par l'ONG AMASBIF.
- Infrastructures de Cultes : il existe :
  - \* vingt deux (22) mosquées
  - \* deux (02) églises.
- Activités socio- économiques et culturelles :

L'activité économique de la commune est basée sur le secteur primaire et le secteur secondaire.

---

○ L'agriculture : elle occupe la première place parmi les activités de la commune. Elle est pratiquée sur les 2/3 de la superficie de la commune. Les agriculteurs ne sont pas tous des résidents de la commune. En effet les propriétaires de la plus part des champs et vergers sont de Bamako. On rencontre deux (2) systèmes agraires dans la commune : le système traditionnel est pratiqué par les petits agriculteurs (résidents dans la commune) qui pratiquent les cultures vivrières. Ce système utilise les instruments suivants : la charrue, la daba etc.

Le système semi-moderne est pratiqué par les gros agriculteurs qui pratiquent les cultures de rentes avec l'utilisation des tracteurs, moto pompes, semoirs et les intrants.

Les principales cultures vivrières sont les céréales (mil, sorgho, maïs).

Les cultures de rentes portent sur l'arachide, le haricot, les oranges, la banane, les mandarines etc.

L'élevage : moins important que l'agriculture, porte sur les bovins, ovins et caprins. Les sous produits tels que le lait, la viande, la peau et la fumure organique sont vendus, utilisés à l'intérieur de la commune et à Bamako.

○ Le Commerce et l'artisanat

- Le commerce : c'est le petit commerce qui est développé dans la commune. Les acteurs sont nombreux. Ils sont composés entre autres de boutiquiers, des bouchers, des colporteurs. Il porte sur les produits de premières nécessités tel que le savon, le sucre, l'huile, la viande, le lait, les céréales. Les produits sont vendus dans les boutiques, sur les étales et dans le seul marché fonctionnel de la commune (le marché de Sangarébougou).
- L'artisanat : il est peu développé dans la commune et porte sur la production de couteaux, dadas, haches, cordes pour les besoins primaires de la population. Les principaux acteurs sont : les forgerons, les menuisiers, les tisserands, les tailleurs etc.

Les ateliers de couture sont nombreux (6).

### **Structures / services**

Les structures ou services représentés dans la Commune sont :

❖ **La Mairie :**

\*Centre principal d'état Civil de Sarambougou

❖ **La Santé :**

\* Centre de Santé Communautaire : CSCOM de Sangarébourgou sise au quartier de Sangarébourgou.

\* Centres de Santé privés : six cabinets médicaux repartis entre les trois quartiers.

\* Pharmacies privées : Seydoubougou et à Sarambourgou

❖ **Ecoles :**

✓ **Ecoles Fondamentales Publiques :**

. Le 1<sup>er</sup> Cycle public de Sangarébourgou

. Le 1<sup>er</sup> Cycle Public de Seydoubougou

. Le Second Cycle Public de Seydoubougou.

✓ **12 Ecole privés et 5 Medersa**

❖ **La brigade de la gendarmerie de Sangarébourgou**

❖ **Les organisations non gouvernementales (ONG) :**

\* ADIS (Association pour le développement intégré de Sarambourgou) (6);

## **2. TYPE ET PERIODE D'ETUDE**

Il s'agit d'une étude transversale consistant en une interview menée auprès d'un échantillon de jeunes. L'étude s'est déroulée du 15 Avril au 20 septembre 2008 au sein de la commune rurale de Sangarébourgou.

## **3. POPULATION D'ETUDE**

La population d'étude est constituée par les jeunes résidant dans la commune rurale de Sangarébourgou.

### **• Critères d'inclusion**

Il s'agit de tout jeune des deux sexes, âgé d'au moins 14 ans et au plus 39 ans, acceptant librement et de façon volontaire de participer à l'étude, présent dans les grins au moment de notre enquête et résident dans la commune rurale de Sangarébourgou.

### **• Critères de non inclusion**

Des cas de refus ou d'incapacité de répondre correctement aux questions ainsi que des sujets de moins de 14 ans et de plus de 39 ans n'étaient pas concernés.



#### **4. L'ECHANTILLONNAGE :**

Cette étude a concerné l'ensemble des jeunes fréquentant les grins dans les trois villages de la commune rurale de Sangarébougou : Sangarébougou, Sarambougou et Seydoubougou. Compte tenu de l'effectif trop important, nous avons procédé à un recensement préalable des grins de la commune. Au total nous avons enregistré 180 grins que nous avons numérotés par ordre d'enregistrement. Notre échantillon a été constitué par 1/10<sup>è</sup> de ces grins, soient 18 grins, par un tirage au sort.

##### **Taille de l'échantillon :**

Compte tenue de l'immensité de la population, nous nous sommes limités au 1/10<sup>è</sup> de l'ensemble des grins recensés après un tirage au sort. Au total nous avons interrogé 260 jeunes statistiquement représentatif .

#### **5. VARIABLES MESUREES :**

**Les variables sociodémographiques :** âge, sexe, statut matrimonial, niveau d'instruction, religion.

**Les variables afférentes aux connaissances et attitudes :** entendre parler du sida, croire au sida, source d'information, source de conviction, méthodes de prévention, possibilité de porteur asymptomatique, utilité des ARV, possibilité pour un couple séropositif de donner naissance à un enfant sain, attitude envers les PVVIH.

**Les variables relatives aux comportements sexuels et au risque :** Avoir fait le rapport sexuel, le nombre et type de partenaires sexuels, antécédents obstétricaux, antécédents d'IST et les contextes d'utilisation des préservatifs.

**Les variables relatifs à la prévention:** test de dépistage, choix de prévention et utilisation de préservatifs.

#### **6. COLLECTE DES DONNEES :**

Les données ont été collectées au moyen d'un questionnaire standardisé et pré codé, pour assurer la confidentialité et favoriser les réponses fidèles aux questions ouvertes. Il couvre les thèmes suivants :

- Caractéristiques sociodémographiques des répondants,
- Connaissances et attitudes vis-à-vis du VIH/SIDA,
- Comportements sexuels et utilisation des condoms,
- Perception du risque par rapport au VIH/SIDA.

## **7. CONSIDERATIONS ETHIQUES :**

Pendant l'enquête, un accent particulier a été mis sur l'importance d'obtenir le consentement volontaire du participant et l'importance d'assurer la confidentialité des réponses respectives. Les noms des participants n'ont pas été repris sur les questionnaires.

## **8. SAISIE ET TRAITEMENT DES DONNEES :**

Le texte définitif a été saisi dans Microsoft Word de Windows XP professionnel.

Le dépouillement et l'analyse du contenu ont été réalisés avec EPI-INFO version 6.

## V. RESULTATS :

### 1. Caractéristiques socio- démographiques :

**Tableau I :** Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge :

Les âges	Nombres	Pourcentages
<18	49	18,9%
<b>18-22</b>	<b>96</b>	<b>36,8%</b>
23-27	57	21,9%
28-32	45	17,3%
33-39	13	5,1%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>

La tranche d'âge de 18-22 ans a dominé avec 36,8%.

**Tableau II :** Répartition de l'échantillon selon le sexe :

Sexes	Nombres	Pourcentages
Masculin	176	<b>67,7%</b>
Féminin	84	32,3%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>

Notre échantillon est composé de 67,7% d'hommes contre 32,3% de femmes.

**Tableau III :** Répartition de l'échantillon selon la profession :

Activité professionnelles	Nombres	Pourcentages
Chômeurs	59	22,7%
Elèves	45	17,3%
Artisans	18	6,9%
Apprentis	17	6,5%
Commerçants	14	5,4%
Etudiant	13	5,0%
Enseignants	11	4,2%
Chauffeurs	10	3,8%
Agents de santé	9	3,5%
Maçons	5	1,9%
Tailleurs	5	1,9%
Vendeuses	17	6,5%
Professionnelles de sexe	1	0,4%
Autres	36	1,8%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>

Les catégories professionnelles ont été hétérogènes et ont fait état d'une représentation de chômeurs plus forte (22,7%).

**Tableau IV :** Répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial :

Statut matrimonial	Nombres	Pourcentages
Célibataires	214	82,3%
Monogames	39	15,0%
Polygames	2	0,8%
Veufs (ves)	3	1,2%
Divorcés (e)	2	0,8%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>

La grande majorité de nos répondants ont été des célibataires soient 82,3%.

**Tableau V** : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'instruction :

Niveau d'instruction	Fréquences	Proportions
Non scolarisés	59	22,7%
Alphabétisés	19	7,3%
Primaire 1	23	8,8%
Primaire 2	73	<b>28,1%</b>
Secondaire	59	22,7%
Enseignement sup	27	10,4%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

La majorité de notre échantillon a reçu une formation (77,3%) ; 22,7 n'ont bénéficié aucune formation.

## **2. Connaissances et attitudes relatives au VIH/SIDA et aux autres MST :**

**Tableau VI** : Répartition de l'échantillon selon la connaissance de l'existence de la maladie :

<b>Entendre parler de</b>	<b>Nombres</b>	<b>Pourcentages</b>
VIH/SIDA et MST	123	47,3%
VIH/SIDA	135	51,9%
Aucun	1	0,4%
Pas de réponse	1	0,4%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>

La quasi-totalité (99.2%) des répondants ont déjà entendu parler de VIH/SIDA et 47.3% ont déjà entendu parler, non seulement du VIH, mais aussi d'autres IST.

**Tableau VII** : Répartition des répondants selon la première source d'information :

<b>La première source d'information</b>	<b>Nombres</b>	<b>Pourcentages</b>
<b>Médiats</b>	<b>119</b>	<b>45,9%</b>
Ecole/conférence	47	18,1%
Parent/ami/causerie	31	12,0%
Religieux	1	0,4 %
Ne se rappelle pas	51	19,7%
Autres	10	39,0%
<b>TOTAL</b>	<b>259</b>	<b>100,0%</b>

Les médiats ont été de loin les plus cités comme première source d'information (45,9%).

**Tableau VIII** : Répartition des répondants selon leurs sources de conviction et niveau d'instruction :

Sources de conviction	Niveau d'instruction					
	Non scolarisé	alphabétisé	Primaire 1	Primaire 2	Secondaire	Supérieur
Agent de santé	12.5	15.8	31.2	30.3	41.8	52.0
Médiats	18.8	21.1	27.2	18.2	7.3	0.0
Ecole/conférence	0.0	0.0	2.1	9.1	16.4	24.0
Parent/Ami	12.5	5.3	6.2	12.1	0.0	4.0
Témoin de cas	12.5	10.5	16.7	15.2	16.4	20.0
Autres	12.5	0.0	4.3	4.5	1.8	0.0
<b>Aucune</b>	<b>31.2</b>	<b>47.4</b>	<b>12.5</b>	<b>10.6</b>	<b>16.3</b>	<b>0.0</b>

Ch<sup>2</sup>= 70,1473      P= 0,031

Il découle de ces résultats, que la source de conviction est liée au niveau d'instruction. Plus le niveau d'instruction augmente, plus la source de conviction est réelle.

**Tableau IX**: Répartition des répondants selon le temps de conviction :

Temps de croyance au VIH	Nombres	Pourcentages
Moins d'un an	76	29,5%
Un an et plus	<b>123</b>	<b>47,7%</b>
Je doute	31	12,0%
Jamais	28	10,9%
<b>TOTAL</b>	<b>258</b>	<b>100,0%</b>

Près de la moitié des répondants ont cru à l'existence du sida il ya plus d'un an (47,7%); par contre 22,9% n'ont pas encore été convaincus.

**Tableau X** : Répartition des répondants selon la connaissance globale des circonstances de transmission du VIH/SIDA :

Circonstances de transmission du VIH/SIDA	Nombres	Pourcentages
Bonne connaissance	122	<b>46,9%</b>
Connaissance moyenne	90	34,6%
Mauvaise connaissance	48	18,5%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

Près de la moitié (46,9%) ont une bonne connaissance des circonstances de transmission du VIH.

**Tableau XI** : Connaissance des circonstances de transmission et niveau d'instruction :

Circonstances de transmission	Niveau d'instruction					
	Non scolarisés	Alphabétisé	Primaire 1	Primaire 2	Secondaire	Supérieur
Bonne connaissance	31,8	52,9	55,2	71,2	77,6	85,8
Moyenne	31,8	26,4	25,8	20,5	15,4	7,4
Mauvaise	36,3	21,1	18,9	8,2	6,8	7,4

$$Ch^2= 79,5381 \quad p=0,0002$$

La connaissance des modes de transmission augmente avec le niveau d'instruction. 85,8% des niveaux supérieurs ont une bonne connaissance contre 31,8% des non scolarisés. Ce niveau est jugé bon pour les sujets connaissant la voie sexuelle plus au moins l'un des deux autres principales voies, à savoir maternelle et sanguine. Moyen pour les sujets connaissant seulement la voie sexuelle. Mauvais pour les sujets ignorants la voie sexuelle.



**Tableau XII:** Répartition des répondants selon la connaissance des méthodes de prévention contre le VIH/SIDA par voie sexuelle :

METHODES DE PREVENION	Nombres	Pourcentages
<b>Préservatif</b>	<b>75</b>	<b>28,8%</b>
Fidélité	31	11,9%
Abstinence	2	0,8%
Préserv+Fidélité	69	2,5%
Préserv+Fid+Abst	59	2,7%
NSP	20	7,7%
Y'en a pas	4	1,6%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>

La plus part de ces jeune (90,7%) ont su qu'il existe un moyen d'éviter le VIH/SIDA et le préservatif a été le plus cité avec 78%) des cas.

**Tableau XIII** Connaissances des méthodes de prévention selon le sexe :

Méthodes de prévention	Masculin	Féminin
<b>Préservatif</b>	27,6	32,5
<b>Fidélité</b>	9,8	16,9
<b>Abstinence</b>	1,1	0,0
<b>NSP</b>	8,0	7,2
<b>1+2</b>	25,3	30,1
<b>1+2+3</b>	27,6	13,3
<b>C'est inévitable</b>	0,6	0,0

$\chi^2=9,8143$      $p= 0,1327$

Les résultats de ce tableau ont permis de savoir que la connaissance des méthodes de prévention sexuelle n'est pas liée au sexe.

**Tableau XIV:** Répartition des répondants selon le contexte d'utilisation du préservatif et niveau d'instruction.

Contexte d'utilisation du condom	Niveau d'instruction						TOTAL
	Non scolarisé	Alphabétisé	Primaire 1	Primaire 2	Secondaire	Supérieure	
<b>Toujours</b>	1,7%	0,0%	4,3%	4,1%	1,7%	11,1%	<b>3,5%</b>
<b>Rapports occasionnels</b>	13,6%	21,1%	21,7%	21,9%	35,6%	33,3%	<b>24,2%</b>
<b>Prostitué</b>	13,6%	15,8%	4,3%	12,3%	6,8%	7,4%	<b>10,4%</b>
<b>Exigence du partenaire</b>	23,7%	5,3%	26,1%	20,5%	18,6%	11,1%	<b>19,2%</b>
<b>Jamais</b>	45,8%	47,4%	43,5%	30,1%	20,3%	18,5%	<b>32,7%</b>
<b>Eviter la grossesse</b>	1,7%	10,5%	0,0%	9,6%	16,9%	18,5%	<b>9,6%</b>
<b>Autres</b>	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	<b>0,4%</b>

Ces résultats ont montré que plus le niveau d'étude augmente, moins le risque est grand ; 11,1% des niveaux supérieurs utilisent systématiquement le condom et 81,5% d'utilisation relative.

**Tableau XV:** Répartition de l'échantillon selon la connaissance de la séropositivité asymptomatique du VIH/SIDA.

Une PVVIH présente toujours des symptômes?	Fréquences	Pourcentages
Oui	32	12,4%
Non	<b>125</b>	<b>48,4%</b>
NSP	101	39,2%
<b>TOTAL</b>	<b>258</b>	<b>100,0%</b>

Ces tableau a permis de constater que moins de la moitié des répondants (48,4%) ne savaient qu'une personne vivant avec le VIH/SIDA peut paraître en bonne santé et seulement 12,4% le savaient avec certitude.

**Tableau XVI :** Répartition selon la connaissance de la possibilité pour un couple séropositif d'avoir un enfant sain.

Enfant sain par couple séropositif	Nombres	Pourcentages
Oui	64	24,6%
Non	78	30,0%
NSP	118	45,4%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>

Les résultats du tableau XVI ont montré que 45,4% des répondants ignorent qu'un couple séropositif peut avoir un enfant séronégatif.

**Tableau XVII:** Répartition de l'échantillon selon l'existence d'un traitement contre le VIH.

Y'a -t-il un traitement contre le VIH ?	Nombres	Pourcentages
Oui	121	46,9%
Non	47	18,2%
NSP	90	34,9%
<b>TOTAL</b>	<b>258</b>	<b>100,0%</b>

Les données de ce tableau ont montré que 46,9% des répondants pensent qu'il y a un traitement contre le VIH/SIDA.

**Tableau XVIII** : Répartition de l'échantillon selon la connaissance de l'existence des centres de dépistage volontaire.

Existence des centres pour le dépistage volontaire	Fréquences	Pourcentages
Oui	193	74,8%
Non	5	1,9%
NSP	60	23,3%
<b>TOTAL</b>	<b>258</b>	<b>100,0%</b>

Les résultats du tableau XVIII ont montré que 74,8% des répondants savaient qu'il existe des centres pour le dépistage volontaire du VIH.

**Tableau XIX** : Répartition des répondants selon la connaissance de l'utilité des ARV la prise en charge du VIH/SIDA :

Rôle des ARV	Nombres	Pourcentages
Soulager les malades (1)	83	37,2%
Guérir la maladie (2)	13	5,8%
Prévenir (3)	1	0,4%
1+2+3	2	0,9%
1+3	17	7,6%
2+3	2	0,9%
NSP	105	47,1%
<b>TOTAL</b>	<b>223</b>	<b>100,0%</b>

Les résultats de ce tableau ont montré l'ignorance de cette question ; 37,2% des jeunes pensent que les ARV servent à soulager les malades ; 7,6% pensent que les ARV peuvent aussi prévenir la transmission du virus.

**Tableau XX** : Répartition des répondants selon l'attitude envers les personnes vivant avec le VIH :

Attitude envers les PVVIH	Fréquences	pourcentages
Bonne	137	52,7%
Moyenne	70	26,9%
Mauvaise	53	20,4%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>

Ces résultats ont montré que la majorité des répondants (52,7%) ressentait de la compassion envers les personnes vivantes avec le VIH.

**Tableau XXI** : Répartition des répondants selon les antécédents d'IST.

Déjà eu une IST	Fréquences	Pourcentages
Oui	132	51,0%
NON	127	49,0%
<b>TOTAL</b>	<b>259</b>	<b>100,0%</b>

Plus de la moitié des répondants (51,0%) ont estimé avoir déjà eu une IST.

**Tableau XXII** : Répartition des répondants ayant eu une IST selon le sexe :

Sexe	Déjà eu une IST	N'a jamais eu une IST	TOTAL
Masculin	46,0%	54,0%	100%
Féminin	61,4%	38,6%	100%

Les résultats de ce tableau ont montré que le sexe féminin est le plus affecté par les infections sexuellement transmissibles avec 61,4% contre 46,0% pour le sexe masculin.

**Tableau XXIII :** Répartition des répondants selon le traitement de leur dernière IST.

Traitement de la dernière IST	Nombres	Pourcentages
Oui	86	64,2%
Non	48	35,8%
<b>TOTAL</b>	<b>134</b>	<b>100,0%</b>

Plus de la moitié des répondants (64,2%) ont bénéficié d'un traitement ; et dans 52,9% le traitement était médical. Par contre une forte proportion des répondants n'ayant pas subi de traitement (39,6%) s'en étaient justifiés par la honte.

### 3. Pratiques comportementales et perception du risque :

**Tableau XXIV :** Répartition de l'échantillon par rapport au premier rapport sexuel :

Déjà eu des rapports sexuels	Nombres	Pourcentages
Oui	235	90,4%
Non	25	9,6%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>

La quasi-totalité des répondants (90,4%) ont eu au moins leur premier rapport sexuel.

**Tableau XXV :** Répartition de l'échantillon selon l'âge du premier rapport :

Age du premier rapport sexuel	Nombres	Pourcentages
Avant 18 ans	147	62,6%
18 ans et plus	88	37,4%
<b>TOTAL</b>	<b>235</b>	<b>100,0%</b>

Plus de la moitié de l'échantillon (soient 62.4%) ont fait leur premier rapport avant l'âge de 18 ans.

**Tableau XXVI :** Répartition de l'échantillon selon le désire des rapports sexuels occasionnels :

Désirer des rapports occasionnels	Nombres	Pourcentages
Oui	131	50,4%
Non	99	38,1%
NSP	30	11,5%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>

Les résultats de ce tableau ont signifié que ce comportement demeure une réalité dans la population avec 50,4% des jeunes qui désirent des rapports sexuels occasionnels et 11,5% n'ont pas donné de réponse à cette question.

**Tableau XXVII:** Répartition des répondants selon le nombre de partenaires avec rapports sexuels non protégés les 12 derniers mois :

Nombre de partenaires sans préservatif les 12 derniers mois	Nombres	Pourcentages
0 partenaire	26	10,0%
1 partenaire	86	33,2%
Plus d'un partenaire	<b>147</b>	<b>56,8%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>259</b>	<b>100,0%</b>

Les résultats de ce tableau sont inquiétants avec plus de la majorité des répondants (56,8%) ont eu des rapports non protégés avec plus d'un partenaire.

**Tableau XXVIII :** Proportion de l'échantillon croyant à la fidélité de leur partenaire.

Sûr de la fidélité du partenaire	Nombres	Pourcentages
<b>Oui</b>	<b>79</b>	<b>31,5%</b>
<b>Non</b>	59	23,5%
<b>NSP</b>	113	45,0%
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>100,0%</b>

Ces résultats ont montré que 68,5% des répondants ne sont pas sûrs de la fidélité de leurs partenaires.



**Tableau XXIX** : Répartition des répondants selon l'âge de la première grossesse :

L'âge de la première grossesse	Nombres	Pourcentages
Avant 18 ans	22	22,2%
18 à 25 ans	60	<b>60,6%</b>
26 à 30 ans	15	15,2%
31 ans et plus	2	2%
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100,0%</b>

La grossesse précoce demeure une réalité car 22,2% de notre échantillon ont eu leur première grossesse avant l'âge de 18 ans et, plus de la moitié des répondants (60,6%) ont eu leur première grossesse entre 18 et 25 ans.

**Tableau XXX** : Répartition des répondants selon le changement de leurs comportements pour combattre le VIH et les autres MST :

Changement de comportement	Nombres	Pourcentages
Oui	112	43,1%
Non	<b>148</b>	<b>56,9%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>

Plus de la moitié des répondants (56,9%) n'ont pas changé leurs comportements pour combattre le sida et les autres MST.

**Tableau XXXI** : Répartition de l'échantillon selon le dépistage volontaire du VIH :

Dépistage volontaire	Nombres	Pourcentages
Oui	9	3,5%
Non	251	96,5%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>

Seulement 3.5% des répondants ont effectué un test de dépistage volontaire.

**Tableau XXX :** Répartition selon les méthodes de préventions utilisées :

Méthodes de prévention utilisées	Nombres	Pourcentages
Préservatif	53	20,5%
Fidélité	<b>107</b>	<b>41,5%</b>
Abstinence	7	2,7%
1 et 2	24	9,3%
Aucune	67	26,0%
<b>TOTAL</b>	<b>258</b>	<b>100,0%</b>

La fidélité est le mode le plus utilisé avec 41,5% de notre échantillon ; 20,5% pour le préservatif ; 2,7% pour l'abstinence. Par contre 26,0% n'utilisent aucun mode de prévention contre le VIH et les autres MST.

**Tableau XXXI :** Répartition des répondants selon la connaissance du statut sérologique de leur (s) partenaire (s) :

Connaître le statut du partenaire	Fréquences	Pourcentages
Oui	20	7,9%
Non	<b>221</b>	<b>87,7%</b>
NSP	11	4,4%
<b>TOTAL</b>	<b>252</b>	<b>100,0%</b>

Les résultats de ce tableau ont montré que 87,7% des répondants ont déclaré n'avoir aucune idée sur le statut de leurs partenaires.

**Tableau XXXII :** Répartition de l'échantillon selon la croyance à une possibilité d'éradication du VIH/SIDA :

<b>Eradication possible du sida</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages</b>
<b>Oui</b>	<b>57</b>	<b>21,9%</b>
<b>Non</b>	43	16,5%
<b>NSP</b>	160	61,6%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>

Seulement 21,9% des répondants sont optimistes pour une possibilité d'éradication du VIH/SIDA et, comme solution, 52,6% ont proposé l'application correcte des méthodes de prévention.

**Tableau XXXIII :** Répartition des répondants selon les antécédents obstétricaux.

<b>Antécédents obstétricaux</b>	<b>Nombre</b>	<b>Fréquences</b>
1. Grossesse	11	4,2%
2. Avortement	20	7,7%
3. Enfant	53	20,4%
4. Non	160	61,5%
5. Enfant et avortement	15	5,8%
6. NSP	1	0,4%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>

Les résultats de ce tableau ont montré que malgré la complexité de notre échantillon, la majorité n'a jamais eu un antécédent obstétrical en moins que les réponses à cette question soient quelque peu trichées. Il ressort que :

- 61,5% n'ont jamais eu d'antécédents obstétricaux ;
- 20,4% ont eu un enfant ;
- 7,7% d'avortement ;
- 4,2% ont été mêlés à une histoire de grossesse.

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

### **1. Caractéristiques sociodémographiques :**

Les résultats de cette étude ont laissé voir, que les jeunes périurbains commencent la vie des grins au plus tard à partir de la puberté; favorisant du coup leur vulnérabilité face à de nombreux problèmes de la société.

Ils sont en majorité célibataires (82,3%), insuffisamment instruits (66,9% n'ont pas atteint le niveau secondaire) .Près de la moitié (46,5%) ne vivaient pas avec leurs propres parents.

Toutes ces caractéristiques sont susceptibles d'influencer leurs connaissances dans le domaine des IST/VIH/SIDA et sur leurs comportements sexuels.

### **2. Connaissances liées au VIH/SIDA et aux autres IST:**

#### **2.1. Selon la connaissance de la maladie:**

Il ressort que :

-99,2% de nos répondants ont entendu parler du VIH/sida ;

-47,3% ont entendu parler du sida et des autres IST.

Ces résultats sont similaires à ceux de l'EDS IV réalisée en 2006 qui a montré que 86% des femmes et 91% des hommes dans la population générale ont entendu parler du VIH/SIDA ;

Ceux de BERTHE [20] en 2005 avaient montré que 97,9% des routiers de l'axe Bamako- Abidjan avaient entendu parler du VIH.

Dans l'étude de Cayemittes et al [43] 98% des enquêtés avaient déjà entendu parler de VIH/SIDA.

Kane et al [42] ont montré que 87%des hommes célibataires de14-24 ans avaient déjà entendu parler d'IST.

Ces résultats sont dus à l'ampleur de la pandémie.

#### **2.2. Selon les sources d'information :**

Les médiats ont été les sources les plus fréquemment citées avec 45,9% de nos répondants.

Ces résultats sont similaires à ceux d'autres études :

CISSE H a trouvé dans son étude que chez les adolescents scolarisés, l'une des sources les plus citées a été les médiats avec 92,9% et chez les non scolarisés, avec 91%.

Une étude menée par BERTHE M. [20] estimait que les principales sources d'information sur les IST/ SIDA étaient les Médiats (83,7%).

Cet état de fait peut s'expliquer par une exposition quasi générale à l'information par la forte médiatisation de ce fléau.

### **2.3. Selon la croyance au VIH/SIDA :**

Les résultats ont montré que 77,2% de l'échantillon croyaient à l'existence du sida, et cela, pendant plus d'une année pour 47,7%.

Dans son étude H CISSE [41] a trouvé que 82,4% des jeunes scolarisés croyaient au SIDA contre 61,4% des non scolarisés.

A. TRAORE [35] a trouvé dans son étude que plus de la moitié croyaient au SIDA.

Contrairement à l'information, cette croyance est, en majorité, l'œuvre des agents de santé dans 33% des cas.

Cela peut s'expliquer par la complexité du sujet, le manque de connaissance nécessaire pour convaincre, mais aussi, par la personnalisation du message et l'opportunité d'avoir systématiquement une réponse aux différentes questions.

Le reste des répondants ayant des doutes ou ne croyant pas du tout, doit faire l'objet de cible pour les prochaines campagnes de sensibilisation.

### **2.3 Selon la connaissance des voies de transmission et des moyens de prévention :**

L'évaluation de la connaissance des méthodes de prévention a indiqué que 90,7% de ces jeunes savaient qu'il y'a au moins un moyen de prévention contre le sida. En particulier, 78% ont cité au moins le préservatif et 22,7% les trois méthodes de prévention sexuelle (préservatif, fidélité et abstinence).

Selon les résultats de TRAORE A. [35] en 2006, 82% des jeunes de moins de 20 ans ont cité le préservatif comme moyen de prévention.

BERTHE M [20] a montré que 62,4% des routiers ont cité le préservatif et 32% la fidélité.

Concernant les voies de transmissions, 80,5% de notre échantillon ont estimé que le rapport sexuel est la principale voie de transmission du VIH.

CISSE H [41] a trouvé dans son étude, que la totalité des adolescents scolarisés ou non connaissaient au moins une voie de transmission ;

Dans l'étude de MAIGA O. [36] en 2000, 88,7% des élèves de Bougouni et 85% des élèves de Sikasso ont cité le rapport sexuel comme principale voie de transmission.

Ces résultats montrent que le niveau des connaissances générales sur le VIH/SIDA est élevé et doit cependant influencer sur le comportement sexuel.

#### **2.4 Selon la connaissance des « questions spécifiques » :**

Contrairement aux autres connaissances, les populations cibles ont exhibé une faible connaissance pour certaines questions dont la connaissance pouvait contribuer à diminuer considérablement les risques. Ainsi dans cette étude il ressort que :

-51,6% des jeunes ignoraient qu'une personne vivant avec le VIH peut paraître en bonne santé.

-75,4% des jeunes ignoraient la possibilité pour un couple séropositif d'avoir un enfant sain ;

-92,4% ne connaissaient pas l'utilité des ARV dans la prise en charge du VIH/SIDA.

Les résultats de CISSE H [41] ont montré que 34,3% des scolaires ne savaient pas qu'on peut avoir une IST sans manifester les signes contre 54,4% pour les non scolaires.

Cela peu en principe suscité une mauvaise prise de conscience sur le comportement sexuel à adopter. Le niveau des connaissances spécifiques de la maladie gagnerait cependant à être renforcé.

#### **2.5 Selon la connaissance et la prévalence des autres IST :**

Des études ont en effet montré que l'importance de l'épidémie du SIDA dans les pays en développement et plus particulièrement en Afrique est due en grande partie à la haute prévalence des IST.

Dans cette étude, le niveau de connaissance des IST était relativement faible. 52,7% des répondants n'avaient pas entendus parlés des IST. Par contre, après investigation, nous avons trouvé que 51,0% de ces jeunes ont connu au moins un symptôme d'IST dans leur vie avec une prédominance féminine de 61,4%.

BERTHE M [41] avait trouvé que 76,9% de son échantillon avaient entendu parler d'IST, 22,5% ont avoué avoir contracté une IST avec une prédominance féminine de 39,39% contre 15,63% pour les hommes.

Une étude effectuée au Rwanda par J-F. Gotanègre a trouvé qu'en 1990, 79 % des divorcés, séparés ou concubins malades étaient des femmes et que les veuves étaient 4 fois plus atteintes que les veufs. [3]

Même si on n'a enregistré aucun refus de répondre à cette question, ce niveau de prévalence indiquerait une volonté manifeste de cacher la réalité.

Le comportement lors des épisodes d'IST laisse prévoir des progrès clairement perçus dans la lutte contre le VIH/SIDA. Une proportion importante a cherché à se faire soigner (64,2%). Selon les itinéraires thérapeutiques, peu de personnes (11,5%) ont fait l'automédication. Le recours à une structure de soins appropriés avec 52,9% pour la médecine moderne, 34,5% pour la médecine traditionnelle.

Ceci soutient l'affirmation de l'OMS, selon laquelle, la médecine traditionnelle reste le premier recours de 80% de la population africaine pour les soins de santé primaires [33].

Ces résultats sont proches de ceux de BERTHE M avec 87,5% qui s'étaient soignés et 17,5% d'automédication

Les résultats de notre étude sont similaires à ceux de l'étude réalisée dans le cadre du quatrième étude démographique et de santé qui ont montré une persistance de connaissances erronées, et une défaillance dans la prise des précautions pour éviter le SIDA en dépit du niveau de connaissance générale élevé chez les jeunes.

### **3. Comportement sexuel et méthodes de préventions utilisées :**

#### **3.1 Répartition selon le comportement sexuel :**

Le comportement sexuel est l'un des comportements sociaux les plus complexes. Les normes sexuelles acceptées, liées étroitement à la conception des rapports entre les hommes et les femmes et aux normes religieuses, sont très retranchées derrière des tabous sociaux qui limitent le dialogue. Dans le cas particulier de l'Afrique, continent où la transmission se fait essentiellement par voie hétérosexuelle, le VIH/SIDA entraîne désormais, des débats sur les comportements sexuels et leurs relations avec la maladie, la mort et la vie.

Les résultats de notre étude ont mis en évidence la prévalence d'un comportement sexuel à risque dans la population enquêtée. Ainsi nous avons :

- Une précocité des rapports sexuels chez les jeunes : 62,6% de ces jeunes ont eu leur premier rapport avant l'âge de 18 ans (l'âge inférieur étant de 13 ans).
- Le multi partenariat sexuel : 56,8% de l'échantillon ont eu des rapports sexuels non protégés avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête.
- Le recours aux professionnelles de sexe et les rapports occasionnels : 50,4% de ces jeunes désirent des rapports occasionnels.
- Le concubinage : 23% de notre échantillon vie avec un partenaire sexuel avec 58% de concubinage et 1,7% avec les prostitués.

Ces résultats sont similaires à ceux d'une étude effectuée par ARCAD/SIDA en 2008 qui a montré que 65% des jeunes ont eu leur premier rapport avant 18 ans et que 20% des garçons ont plus de 3 partenaires sexuelles.

CISSE H [41] a trouvé dans son étude que 59,7% des adolescents scolaires avaient plus d'un partenaire sexuel et 66,6% pour les non scolaires.

En 1993 Jenkins a trouvé que l'âge du premier rapport était de 11 ans.

Le fait que le phénomène persiste, quelque soit les caractéristiques sociodémographiques considérées, indique que le multi partenariat est une pratique courante dans nos sociétés. Ce « vagabondage sexuel » est favorisé par le statut des jeunes gens qui sont souvent appelés à vivre en dehors de leurs familles et à y rester plusieurs heures, jours, voir des mois et même des années selon les besoins.

### **3.2 Répartition selon le port du préservatif :**

Il est bien connu que le multi partenariat sexuel et le recours aux rapports occasionnels et aux prostitués accroissent le risque d'infection à VIH. Ce risque peut être atténué par l'utilisation convenable du préservatif. Il ressort de cette étude que :

- Seulement 3,5% des jeunes ont utilisé le préservatif pour chaque rapport sexuel.
- 20,5% des jeunes ont utilisé le préservatif lors des rapports considérés comme à haut risque et/ou selon l'exigence du partenaire.
- Par ailleurs, les résultats de cette enquête ont fait constater une différence dans le port des préservatifs selon que le niveau d'étude est élevé : 81,5% des répondants de niveau supérieur avaient confirmé le port systématique du préservatif avec un partenaire occasionnel contre 54,2% pour les non scolarisés.

CISSE H [41] a trouvé 3,7% d'utilisation systématique chez les adolescents scolarisés contre 2% chez les non scolarisés.



Gustave NUMBI WANGOY a trouvé à Lubumbashi que 4,2% des lycéennes ne veulent jamais utiliser le condom pour amour envers le partenaire [34].

Il est nécessaire de comprendre pourquoi ce type de comportements persiste malgré des campagnes de sensibilisation et le degré d'information sur la maladie. L'utilisation du préservatif semble basée sur l'évaluation du risque que comporte la relation sexuelle. Ce type de raisons avancées pour la non utilisation des préservatifs indique que beaucoup restent à faire.

Parmi ces principales raisons évoquées, deux sont intrinsèquement liées aux caractéristiques individuelles des populations concernées. Il s'agit du fait de ne pas aimer le préservatif pour une raison que « le condom diminue le plaisir » et du « refus du partenaire » quant à son utilisation. Cette attitude de refus, pourrait aussi s'expliquer par la perception du préservatif comme un obstacle symbolique et physique au plaisir sexuel et à l'insémination (au sens de dépôt de la semence masculine dans les voies génitales féminines)

L'existence du SIDA est tantôt assimilée à une fatalité, d'où la résignation de certaines populations à la non utilisation de préservatif surtout que celui-ci touche à la procréation, un domaine jugé divin.

« La non disponibilité du préservatif » quant à elle se réfère surtout à l'environnement socio-économique. Sa vente aussi bien que son achat sont diversement interprétés.

### **3.3 Répartition selon la fidélité :**

Dans une population à moindre risque, la raison « confiance en son partenaire » peut signifier que les gens sont avertis du danger et qu'ils ont évalué les risques avant de prendre une décision. Si aucun des partenaires n'est infecté et s'ils ont confiance l'un en l'autre, ne pas utiliser le condom peut être une décision raisonnable.

La fidélité a été le moyen de prévention sexuel le plus utilisé dans notre échantillon avec un taux de 41,5%. Cet état de fait semble inquiétant à l'égard des résultats ci-après :

50,4% des jeunes désiraient des rapports occasionnels ;

68,5% n'étaient pas sûrs de la fidélité de leur(s) partenaire(s) ;

96,5% n'avaient jamais fait un test de dépistage.

Dans l'étude de TRAORE A. [35], les élèves de deux lycées ont cité la fidélité, avec respectivement 56% et 42%, comme moyen de prévention, lorsqu'ils ont appris comment se transmettait principalement le SIDA.

L'étude menée en Haïti [43] en 1994 a révélé que près de 32% des hommes de 15-59 ans, qui avaient entendu parler du SIDA ont déclaré avoir changé leur comportement, en se limitant à une seule partenaire (33%) ; en évitant des rapports occasionnels (26%) ; en évitant les rapports avec les prostitués (25%) ; en utilisant le préservatif 18% et en s'abstenant de toute relation sexuelle 0%.

Ces résultats pourraient s'expliquer par la méconnaissance des avantages à connaître son statut sérologique et aussi à la peur d'affronter la réalité dans le cas où le résultat serait positif.

Il faudrait donc encourager les jeunes à faire le test de dépistage car le fait de connaître son statut aide à prendre les dispositions nécessaires pour mieux se protéger, protéger son ou ses partenaire(s) et planifier l'avenir. Toute fois des mesures relatives à la prise en charge (prise en charge psychologique pré et post counseling, médicaments, traitement des maladies opportunistes) devraient accompagner cette initiative.

En somme, le chemin qui reste à parcourir pour amorcer un changement significatif dans les comportements sexuels est encore long. Il faudrait développer des actions qui aideraient à provoquer « le déclic », étant donné que l'étude montre que le niveau d'instruction a un impact non seulement sur les connaissances, mais aussi sur le comportement sexuel et augmente la probabilité d'utiliser les préservatifs.

##### **5. Répartition selon l'attitude thérapeutique et l'attitude envers les PVVIH :**

Malgré la diversité de leurs caractères, la majorité des jeunes (52,7%) avaient une bonne attitude envers les personnes vivant avec le VIH.

BERTHE M. avait trouvé dans son étude, que 24,9% avaient une bonne attitude envers les personnes vivant avec VIH.

La différence entre ces deux études peut s'expliquer par le choix de la population d'étude, et d'autre part, le niveau de connaissance sur la maladie.

Globalement les résultats de notre étude semblent être surprenant, surtout en ce qui concerne les alentours de Bamako où l'exposition à l'information sur le VIH/SIDA est potentiellement plus grande. Il nous permet par ailleurs de penser que la médiatisation excessive de l'information à VIH entraîne peut être une banalisation et une annulation de l'information.

## VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS:

### 1. Conclusion :

Plus d'un quart de siècle après la description du sida, ce fléau demeure au Mali un problème de santé publique et un obstacle au développement, et cela, malgré les efforts consentis dans différents domaines.

Dans cette étude, nous avons fixé comme objectif de mesurer les connaissances, attitudes et les tendances comportementales relatives aux IST/VIH/SIDA, des jeunes dans la commune rurale de Sangarébougou.

Elle a permis de dégager les déterminants ci-après :

La quasi totalité des jeunes connaissait l'existence de la maladie, les circonstances de contamination et les méthodes de prévention ;

L'ignorance de certaines questions spécifiques liées au VIH/SIDA comme le portage asymptomatique, l'utilité des ARV, la possibilité pour un couple séropositif d'avoir un enfant sain ;

La vie en dehors de la famille et ou avec un partenaire (concubinage ou prostitution). Notre investigation nous a permis aussi de comprendre l'existence indéniable de certains phénomènes, notamment la sexualité précoce, le multi partenariat sexuel, le recours aux prostituées, l'infidélité par le désir des rapports occasionnels, le faible taux d'utilisation des préservatifs.

La majorité de cet échantillon éprouvait de la compassion envers les personnes vivant avec le VIH ;

La fidélité restait la méthode de prévention la plus citée malgré le désir fréquent de rapports occasionnels et de partenariat multiple ;

Notre étude démontre qu'aux comportements à risques viennent s'ajouter certains facteurs qui contribuent à l'évolution de l'épidémie de VIH à savoir : la méconnaissance et l'insouciance quant à la recherche de soins en matière d'IST, la prévalence élevée des symptômes IST qui favorisent la transmission du virus, l'exode rural et la forte mobilité des populations, ....

Tous ces facteurs nous rappellent que les risques d'expansions sont biens réels et que des mesures d'urgences sont à prendre pour éviter une explosion de l'épidémie dans les années à venir.

## 2. Recommandations :

Pour limiter la propagation de l'épidémie, il faut encourager des changements de comportement sexuel. Il deviendrait ainsi important d'intensifier et d'améliorer la qualité des campagnes d'information et de sensibilisation, principalement à travers des stratégies de communications interpersonnelles et de masse et en particulier, en impliquant plus davantage du personnel qualifié. Ceux-ci consistent à :

- ❖ Identifier et démentir les fausses rumeurs sur l'existence et les modes de transmission du VIH/SIDA ;
- ❖ Renforcer le rôle de l'enseignement, dès le primaire, dans la compréhension des questions relatives à la sexualité et aux IST/VIH/SIDA;
- ❖ Se doter d'outils de communication adéquats en tenant compte de la grande diversité des origines des groupes de populations ciblées ;
- ❖ Minimiser les risques de propagation liés à la jeunesse, à la promiscuité et au niveau d'instruction par des interventions plus ciblées ;
- ❖ Se servir des « histoires » vraies et vécues, notamment par les populations cibles elles-mêmes dans leur comportement de chaque jour, pour les amener à se sentir davantage concernés et menacés par les IST/VIH/SIDA, et par conséquent, à modifier leurs perceptions vis-à-vis de cette maladie ;
- ❖ Encourager les populations ciblées à utiliser les services de santé comme recours thérapeutique.
- ❖ vulgariser l'usage du préservatif, surtout quant on ignore le statut du partenaire ;
- ❖ encourager le dépistage anonyme et volontaire des IST/VIH et référé les cas à traité vers les centres de prise en charge thérapeutique où les antirétroviraux sont gratuits ;
- ❖ Prévenir la transmission de la mère à l'enfant.
- ❖ Créer des structures de prise en charge des jeunes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ❖ Parallèlement à tous ces combats déjà difficiles une autre lutte s'impose, à savoir la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH.
- ❖ Encourager les discussions sur des questions relatives à la sexualité et aux IST/VIH/SIDA entre parents et enfants dès l'adolescence ;

- ❖ Répéter les enquêtes de ce genre pour mieux évaluer l'impact des messages sur les comportements
- ❖ . Renforcer la collaboration entre pays (projets transfrontaliers) ;

# BIBLIOGRAPHIE

## IX. BIBLIOGRAPHIE :

1. Infection par le VIH : aspects cliniques et prise en charge. Cahier scientifique. **SOW .S**, service des maladies infectieuses, CHU de Fann, BP 5035, Dakar, Sénégal.
2. **Le parcours...**Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA. Tenons nos promesses, accélérons la prévention. Edition 2006, p 3-13
3. **Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA.** DECLARATION DE POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU MALI. Edition 2005, p 6-7-9
4. **SOGOBA.D** Contribution à l'étude épidémiologique du SIDA en milieu hospitalier du Point G, BAMAKO, MALI. Thèse de médecine 2004. P14-39
5. Quatrième Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM- IV). Mali 2006.

**6. Plan de Développement Economique, Social et Culturel. Commune rurale de Sangarébougou.**

**7. Thiam M :** Condition de vie en migration et comportements sexuels à risque d'infection à VIH des migrants internes de la vallée du fleuve Sénégal  
[http://www.codersia.org/Links/Conférences/hiv\\_aids/thiam.pdf](http://www.codersia.org/Links/Conférences/hiv_aids/thiam.pdf). (Page constituée le 18/02/2009)

**8. Lalou (R.), Piche(V.),1994.** Migration et sida en Afrique de l'Ouest : état des connaissances. Les dossiers du CEPED n°28, CEPED, Paris ; 53p.

**9. Migration international et VIH/SIDA Nov 2004.** www.icad-cisd.com .Le 07/07/08.

**10. CILSS. Institut du Sahel.** Programme majeur population/Développement (CERPODE). Mobilité et VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest au delà de la relation théorique communication présentée à l'atelier CICRED/UNDP sur mobilité et VIH/SIDA. Paris 1-3 septembre 2004, 64 p.

**11. Leslie R et al.** Aspects psychosociaux du VIH/SIDA. Programme d'étude pour soins infirmiers VIH/Sida, 2001 :p149- 156.

**12. Théodore Z.** Mali : *Le Sida à visage découvert*. Le guide de la médecine et de la santé tropical. L'Hebdomadaire – Burkina Faso – 07/11/2003.73P

**13.** Sous-Direction des Affaires économiques – Abidjan (Côte d'Ivoire)). (*Sociétés de Transit en CI*). Rapport d'évaluation, 2004 ; 10 p.

**14. Pierre , Pr.** *Le sida tropical. Actualités 2003*. MEDECINE TROPICALE [En ligne].[http://medecinetropicale.free.fr/cours/sida\\_tropical.htm](http://medecinetropicale.free.fr/cours/sida_tropical.htm).

**15. NOPEPLE. G. N.** *Pathologie et Représentation*. « Une approche exploratoire de l'impact des représentations sociales et relations humaines dans la thérapie du VIH/SIDA au Cameroun ». Mémoire 2001 ; 127 p.

**16. Lori. Bollinger, John Stover, Dr Mohamed Ag Ayoya.** *L'impact économique du SIDA au Mali: Résultats d'un examen de la littérature*. Sous les auspices de l'USAID. Bureau global de la population, de la santé et de la nutrition. Septembre 1999. Distribué lors de l'atelier sur le SIDA « Renforcement de soutien politique » Cotonou, Bénin 8-12 novembre 1999 ; 12 p.

**17. Corpus Médical – Faculté de Grenoble.** *Infection à VIH et SIDA (85)* Association des Professeurs de Pathologie Infectieuse et Tropicale Juin 2003. [En ligne].[http : //www-sante.ujf-grenoble.fr](http://www-sante.ujf-grenoble.fr) (18/02/08).

18. Ministère de la santé du Mali. Janvier 2001. *Plan Stratégique National de Lutte Contre le VIH/SIDA 2001-2005*. Bamako ; 55 p.
19. **Claude. R.** L'anthropologie de la santé, carrefour de questionnements : l'humain et le naturel, l'individuel et le social – Santé et Maladie : Questions contemporaines. N°3 – Automne 2001. [En ligne].[http : //Ethnologies comparées n°3\\_ L'anthropologie de la santé](http://Ethnologies.comparées.n°3_L'anthropologie_de_la_santé).
20. **BERTHE. M.** Connaissances, attitudes et pratiques comportementales vis-à-vis des MST/VIH/SIDA des routiers du district de Bamako sur l'axe Bamako- Abidjan-Bamako. 2004
21. Fonds Africain de Développement – République du Mali. Projet de lutte contre le VIH/SIDA. *Rapport d'évaluation*. Département du développement Social. Région Centre et Ouest OCSD. Mars 2004, 32 p.
22. **Francis N. Diakanda. S.** Perception du risque de transmission du SIDA et acceptabilité du condom féminin chez les travailleuses de sexe affichées sur l'axe routier Sud-Nord, Lomé/Cinkanssé. Mars 2001, 34 p.
23. **Edwige RUDE-ANTOINE.** *Chapitre III : L'étranger et le droit au respect de la vie familiale*. La situation particulière du malade atteint du VIH. Corlet, Imprimeur, S.A. 14110 Condé – sur – Noireau (France). N° 59389 – 2002 ; 129 p.
24. **Sissoko F, Kane F,** *Vente de médicaments contre les MST dans le secteur informel à Abidjan, Côte d'Ivoire*, Québec : 1995 ; 19 p
25. **BRUN- VEZINET .F, DESCAMPS D et SIMON F** Virus de l'immunodéficience humaine. Encyclopédie médico- chirurgicale.
26. **E. PILLY.** Infection par le VIH/SIDA.
27. **CHARLES MAYAUD, JACQUES CADRANEL**  
Manifestations pulmonaires.
28. **ERIC DELAPORTE** Viro- épidémiologie et variabilité génotypique du VIH. Programme SIDA de l'ORSTOM à Montpellier ADHET- E.P.U. du 13/05/97 « Le VIH : Actualités Virologiques et thérapeutiques ».
29. **LEPORT C, LONGUET P, LACASSIN F, VILDE JL**  
Manifestations cliniques et thérapeutiques de l'infection par le VIH.  
Encyclopédie médico- chirurgicale (ELSEVIER, Paris).  
Maladies infectieuses, 8-050-B-10,16p.
30. **DABO G** Atteintes pancréatiques au cours de l'infection par le VIH/SIDA.  
Aspects biologiques et échographiques.



Thèse médecine Bamako 2002 ; 66p.

**31. M GENTILINI**

Retro viroses tropicales : Infection à VIH et SIDA en zone tropicale.

Médecine tropicale ISBN : 2-257-14394, 1993.

**32. BALKISSA G K.**

L'hépatite C chez les donneurs de sang et les malades du SIDA à Bamako.

Thèse Pharmacie Bamako 2003 ;102p

**33. LIBEYJ.** Virus de l'immunodéficience humaine. . Paris 2002 ; 589p

**34. NUMBI W G.** Perception des lycéennes sur les messages de prévention du VIH/SIDA dans la commune de Lubumbashi. Université de Lubumbashi. DEA

**35. Keïta O A.** Etude intégrée sur la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels de cinq populations cibles au Mali. Thèse 2005 : 70 p.

**36. MAIGA O L.** connaissances; attitudes et comportement sexuels en matière de MST/SIDA en milieu scolaire à l'EN sec de BOUGOUNI et Lycée Monseigneur De Mont Clos de SIKASSO. Thèse Med Bamako 2000 ;68p

**37. Benjamin ZANOUE et al.** *Mobilité et SIDA.* Résultats d'une Enquête de base auprès des routiers, travailleurs migrants et prostituées en Côte d'Ivoire. (PSAMAO). Mars 1998. [En ligne]

<http://66.147.176.110/oldsite/AWARERH/documentsdownload/rapport%20final%20pre-test%20PSAMAO%20C%F4te%20d'Ivoire.pdf>. (Page consultée le 16 juillet 2005).

**38. Chérabi K, Fanget D.** Le VIH/sida en milieu migrant arabo-musulman en France. Paris : Arcat sida, 1997 : 140 p.

**39. V. Schiffer B. HirscheI** Traitement de l'infection à VIH à l'aube du troisième millenaire.1999.15p

**40. ALOYS I.** Psycho-social and health consequences of adolescent pregnancies among out of school adolescent girls in four rural communities in Kenya. Center for Africa family studies (CAFS) research report (1) 1995.

**41. CISSE M. H.** Etude comparative des connaissances, attitudes et pratique des adolescents scolaires et non scolaires en matière d'IST/SIDA dans la commune de Sikasso. Thèse médecine Bamako 2002 ; 126p

**42. KANE TT, BYSSCHER R, TUNDE TT.**

Grossesses de l'adolescente et contraception dans l'agglomération de Banjul.

Pop Sahel 1990 ; 13 : 28-34.

**43. CAYEMITTES M et al.**

---

Enquêtes mortalité, morbidité et utilisation des services, EMMUS II 1994-1995.  
Institut Haïtien de l'enfance, Petion ville, Haïti et macrointernation Calverton, Md,  
USA 1995.

**44. Lalou (R.), Piche (V.),** 1994 - Migration et sida en Afrique de l'ouest : un état des connaissances. Les dossiers du CEPED n° 28, CEPED, Paris, 53 p.

**45. ONUSIDA.** Rapport 2007 ;18p

**46. ONU SIDA / OMS** les principes directeurs applicables à la surveillance des IST et VIH dans le monde 199-1-15

**47. ONU SIDA** baisse des taux d'infection à VIH associé à l'évolution des comportements sexuels en Taïland 1998 ; 1-2

**48. HolmES K.K Delay P Crohen M.S.** lutte contre les MST une priorité en matière de santé publique 1995 ; 9- 13

**49. Della Betta G. Fiel M.L.LAGA M, ISLAM M.** La lutte contre les IST un fardeau mondial et un défi à la prévention Aids cap / USAID 1997 ; 5-15

## FICHE D'ENQUETE

N°-----

Date : / / /2008

### **SECTION I Les caractéristiques sociodémographiques :**

Sexe : / /

Q1 : Age : -----ans

Q2 : lieu de résidence-----

Q3 : Niveau d'instruction :

1 = Non scolarisé(e); 2 = primaire 1 ; 3 = secondaire ; 4 = Ens sup ;5=Primaire 2

Q4 : Statut matrimoniale et type d'union :

1 = Célibataire ; 2 = monogame ; 3 =polygame

4 = Divorcé (e) 5 = veuf (ve).

Q5 : Religion : 1 = Musulmane ; 2 = chrétienne

3= Animiste : 4 = Autre à préciser.....

Q6 : Vivez vous actuellement avec vos parents ? 1=oui 2=non

Q7 : Depuis quand fréquentez-vous le « grin » ? .....

Q8 : Vivez-vous actuellement avec un partenaire sous le même toit 1=oui 2 =non

Q9 : Type de partenaire :

1=ami(e) ; 2 =concubin(e) ; 3 = prostituée ; 4 = époux (se)

Q10 : Quelle est votre activité professionnelle ?

1= chômeur ; 2 = apprenti ; 3 = artisan ; 4 = commerçant ; 5 = manœuvre ; 6=élève

7 = étudiant : 8 = homme en tenue ; 9 = enseignant ; 10 = autres.....

### **SECTION II : Connaissance sur la maladie et son traitement**

Q11 avant cette enquête aviez vous entendu parler de :

---

1 = VIH/ Sida ; 2 = MST ;3=1 et 2

**Q12 : quelle est votre source d'information ?**

1 = école ; 2 = parent/ami (e) ; 3 = témoignage de cas ; 4 = conférence ; 5 = radio ; 6 = télé ;  
7 = film ; 8 = théâtre ; 9 = mosquée ; 10 = église ; 11 = agent de santé ; 12 =grin ; 13= en  
ville ; 14=NSP ;15=Autres .....

**Q13 : Croyez- vous à l'existence du sida ? 1=oui 2=non 3=Je doute**

**Q14 quand est ce que vous avez cru à l'existence du sida pour la 1 ère fois ?**

1 = moins d'1 an ; 2 = 1 an et plus

**Q15quelle(s) est (sont) votre source(s) de conviction ?**

1 = école ; 2 = parent/ami (e) ; 3 = témoignage de cas ; 4 = conférence ; 5 = radio/Télé ; 6 =  
en ville ; 7 = Témoignage des PVVIH ; 8 = théâtre ; 9 = mosquée ; 10 = église ; 11 = agent  
de santé ; 12 =grin ; 13=Aucune; 14= autres.....

**Q16 : connaissez vous quelqu'un de votre entourage qui a ou serait mort du sida ? :**

- 1=oui 2= non

**Q17 : Selon vous une personne infectée par le VIH/ Sida présente toujours des  
symptômes ? : 1=oui 2=non**

**Q18 : Avez-vous déjà vu ou eu une IST ou des symptômes simulant une IST ?**

1= oui 2= non

**Q19 :D'après vous ; existe-t-il des méthodes pour éviter le Sida par voie sexuelle?**

1 = oui ; 2 = non.

**Q20 : Si oui lesquelles.....**

**Q21 : répondre par « oui » ou « non » ou « ne sait pas » :**

Le virus du Sida peut être transmis dans chacune des circonstances suivantes :

1=oui 2=non 3=ne sait pas

- Lors des rapports sexuels non protégés 1 2 3
- En se coupant par un objet tranchant déjà utilisé 1 2 3
- En recevant du sang 1 2 3
- En partageant le plat d'une personne contaminée 1 2 3
- Par piqûre de moustiques 1 2 3
- De la mère contaminée à l'enfant 1 2 3
- En donnant du sang 1 2 3
- Hospitalisation dans le même service qu'un(e) séropositif (ve) 1 2 3

**Q22 : Un couple séropositif peut il avoir des enfants sains ?** 1=oui 2=non 3=ne sait pas

**Q23 : Saviez vous qu'il existe des centres de dépistages ?** 1=oui 2=non

**Q24 :Pensez-vous qu'il y a un traitement spécial contre le VIH ?** 1=oui 2=non  
3= ne sait pas

**Q25 : Grâce aux ARV (Anti-rétroviraux) :** 1=oui 2=non 3= ne sait pas

- les PVVIH sous traitement ne peuvent plus transmettre le VIH 1 2 3
- le virus est toujours présent et transmissible mais le malade est soulagé 1 2 3
- les malades du sida vivent plus longtemps 1 2 3
- le risque de la transmission mère enfant est réduit : 1 2 3
- on guérit définitivement du Sida : 1 2 3

### **SECTION III : Attitudes thérapeutiques et attitudes envers les PVVIH**

**Q26 : La dernière fois que vous avez eu une IST, avez-vous pris un médicament ?**  
1=oui 2= non

**Q27 : Type de traitement ?**

1= Traitement médical ; 2= tradithérapie ; 3= Pharmacie par terre

**Q28 : Si non pourquoi ?** 1= Moyen ; 2=Pas grave ; 3= Honte ;4=Autres

**Q29 : Si vous saviez qu'une personne est séropositive, accepteriez vous de :** 1=oui  
2=non 3= peut-être

- continuer à la fréquenter 1 2 3
- accepter de manger avec elle 1 2 3
- dormir dans la même pièce qu'elle 1 2 3
- laisser vos enfants avec elle 1 2 3
- avoir des rapports sexuels protégés avec elle 1 2 3

### **SECTION IV : Pratiques comportementales et perceptions**

**Q30 : Pensez- vous que votre partenaire(s) vous êtes fidèle ?**

1=oui 2=non 3=NSP

**Q31 : Connaissez vous le statut de votre / vos partenaire(s) actuel (s)/actuelle(s)**  
1=oui 2=non

**Q32 : avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?**

1 = Oui ; 2 = Non ; 3= NSP

**Q33 : si oui à quel age avez-vous eu votre premier rapport sexuel ? /...../ ans**

---

**Q34 : désirez-vous des rapports sexuels occasionnels ?**

1 = Oui ; 2 = Non

**Q35 :avez-vous changé votre comportement pour combattre le sida ?**

1 = Oui ; 2 = Non

**Q36 : si oui comment ?**

1=préservatif ; 2=Fidélité ; 3=Abstinence jusqu'au mariage ;4= non

**Q37 : Avez- vous déjà fait un test de dépistage ? 1=oui 2=non**

**Q38 : Si non pourquoi ?**

1=Pas penser ; 2=peur ; 3=temps ; 4= Moyen ; 5=confiance ;6= Pas utile ;7= Autres.....

**Q39 : Accepteriez vous de vous faire dépister ?**

1 = Oui ; 2 = Non

**Q40 : si non pourquoi ?**

1= j'ai confiance en moi-même ; 2= la peur ; 3 = inutile ; 4 = je ne crois pas au test ; 5 = je ne suis pas décidé : 6 = autres.....

**Q41 : quelles sont les méthodes de protection de sida que vous préférez ?**

1 = préservatif ; 2 = fidélité ; 3 = abstinence ; 4 =aucune ; 5= autres .....

**Q42 : quant est ce que comptez-vous utilisez le préservatif ?**

1= toujours, 2 = rapports sexuels occasionnels 3 = selon la volonté du partenaire ;  
4 = prostituée ; 5 = état général du partenaire ; 6 = autres.....

**Q43 : Combien de partenaires sexuel avez-vous présentement ? /..... /...../**

**Q44 : Avec combien de partenaires sexuels différents avez-vous eu des rapports non protégés au cours des 12 derniers mois ? /...../**

**Q45 :Avez-vous un antécédent Obstétrical ?**

1=Grossesse ; 2=Enfant ; 3=Avortement ;4=Non

**Q46 : Si oui à quel âge le premier cas ?**

**Q48 : croyez-vous à l'éradication sida un jour ?**

1 = Oui ; 2 = Non ; 3 = ne sait pas.

**Q49 : Si oui comment ?.....**

**Q50 : SI non pourquoi ?.....**

## FICHE SIGNALITIQUE

**Nom** : TANGARA

**Prénom** : Souleymane

**Titre** : Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes vis-à-vis des MST/VIH/SIDA dans le périurbain ; cas de la commune rurale de Sangarébourgou.

**Année universitaire** : 2009 – 2010

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

**Secteur d'intérêt** : Anthropologie, Santé Publique, épidémiologie du VIH, des IST.

## RESUME

Les études sur la propagation du sida ont très tôt indexé la mobilité géographique et le brassage des populations comme étant des facteurs favorisant la diffusion du VIH [7]. De 6447 habitants en 1996 à 20180 en 2001, la population de la commune rurale de Sangarébourgou subit sans doute le poids des flux migratoires destinés à la ville de Bamako. Par ailleurs il est soutenu que la jeunesse est l'une des couches de la population les plus sensibles à de tels phénomènes. Ces jeunes sont supposés être vulnérables, sexuellement actifs et plus ou moins capables de livrer leur impression sur ce sujet. Ils offrent ainsi l'opportunité de tester l'une de ces hypothèses afin de rendre compte de leurs tendances comportementales relatives aux IST/VIH/SIDA.

Il s'agit d'une étude transversale qui s'est déroulée du 15 Avril au 20 Septembre 2008. La population d'étude, un échantillon de 260 personnes constitué au prorata de la densité de la population des différents groupes cible, a été investie au moyen des questionnaires standardisés et pré codés.

Il ressort des résultats que les jeunes montrent : (1) une assez bonne connaissance des méthodes de prévention et de transmission du VIH/SIDA ; (2) une utilisation faible et irrationnelle du préservatif, malgré qu'il soit fréquemment cité comme moyen

de protection ; (3) une réticence à connaître son statut sérologique en matière de VIH/SIDA ; (4). Il paraît clair aussi que ces populations se caractérisent par une promiscuité sexuelle considérée comme une pratique courante dans nos sociétés ; Toutefois, la prévalence des symptômes d'IST élevée, selon l'âge et le sexe, fait penser aux effets de certains impératifs socio-culturels, religieux ou biologiques. La résistance à l'utilisation du condom, principalement pour cause de refus du partenaire, du dédain de cet instrument ou de sa non disponibilité est liée à un large éventail de valeurs et croyances diverses qui ne peuvent pas être facilement surmontées.



## 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 tairai 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 !

