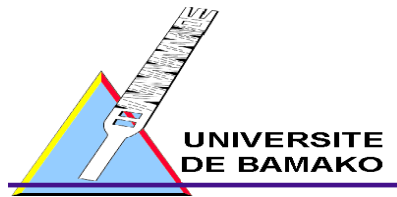


MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi



FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE



Année universitaire : 2010– 2011

N°.....

TITRE

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES
JEUNES LYCEENS FACE AUX IST/VIH/SIDA DANS
LES ECOLES SECONDAIRES DE LA COMMUNE III
DU DISTRICT DE BAMAKO

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 29/10/2011 devant la Faculté de
Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie par

M Koniba DIASSANA

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

JURY

Président: Pr Saharé FONGORO

Membres: Dr Sory Ibrahim DIAWARA

Dr Mamadou CISSOUMA

Directeur de thèse: Pr Samba DIOP

DEDICACES

Je dédie ce travail :

-A mon père Mougno

Tu m'as donné une éducation dans le sens du bien et de la probité ; c'est grâce à tes conseils et suggestions et surtout à ton assistance que j'ai pu atteindre ce jour ; Réjouis toi de ton courage, c'est l'heure de ta joie. Ton amour pour moi est sans fin. Je t'aime moi aussi. Puisse DIEU le tout puissant t'accorder une longue vie pleine de santé. Merci papa.

-A ma mère Péhan DIARRA :

Brave femme, animée d'un esprit de loyauté et d'honnêteté incomparable, tu es pour moi un modèle de courage et de bonté ; puisse Dieu le Tout Puissant te bénir et te donner encore une longue vie pour qu'enfin tu puisses goûter au fruit de tant d'années de sacrifices.

-A mon grand frère : feu Koussé DIASSANA

J'aurais souhaité que tu sois à mes côtés ce jour-ci afin d'être fier de toi-même car c'est grâce à ton soutien et à tes conseils que je suis parvenu à atteindre ce sommet. Dors en paix auprès du Seigneur cher grand frère.

-A mon cher tonton : feu Séké dit Michel DIASSANA

J'aurais aimé que tu sois là aujourd'hui pour voir le couronnement de mes dures années de sacrifices. Mais hélas, le destin de la mort t'a arraché à l'affection de nous tous. Dors en paix tonton.

-A ma tante Irihan dite Amy Coulibaly

Ce résultat est l'œuvre de ton soutien, de tes prières, de tes bénédictions et de ton amour pour moi. Je suis très fière de toi pour l'éducation donnée.

-A mes grands parents : feux Pamboury DIASSANA, Samouhan KONE,

Biowé DIASSANA, Dofini Diarra, Badènè Diarra.

Que vos âmes reposent en paix et que l'Eternel Tout Puissant vous accueille dans le royaume des saints.

-A mes frères et sœurs : Sabéré, Sina, Massa, Siriman, Lassana et Fousseny, Sèmité, Véronique dite la vielle, Samouhan et Sanihan

Vous m'avez tous et à tous les niveaux apporté votre contribution dans le cadre de la solidarité familiale ; avec chacun de vous, j'ai pu découvrir la convivialité et la symbiose qui doivent régner dans une famille. Qu'il est bon pour des frères d'être ensemble ! (psaume 133).Puisse Dieu nous prêter encore longue vie et nous aider à rester unis pour la bonne marche de la famille.

-A ma chérie Dibihan KEITA et ma fille Sewèssé Marceline : vous êtes un don de Dieu pour moi, entrée dans ma vie, vous êtes une source de joie.

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements :

-A Dieu le Père très saint et tout-puissant, par le Christ et l'Esprit-saint qui m'a conduit à l'accomplissement de ce travail, je te rends gloire; fait que le résultat de ce travail soit pour moi une arme d'amour pour mon prochain.

-A mes oncles et tantes Banou DIASSANA, Sanibé DIASSANA, Madoubé DIASSANA, Issa DIASSANA, Jean Pierre DIASSANA, Christian Idrissa DIASSANA, Yeri DIASSANA, Yacouba THERA, Sarambé COULIBALY, Bintou DIARRA, Sokoura dite Kadia DIASSANA, Samouhan MOUNKORO, Mariam DIALLO, Seti COULIBALY et Bâbà COULIBALY : merci pour tous vos soutiens.

-A mes cousins et cousines Moussa DIASSANA, Pangassy DIASSANA, Olivier DIASSANA, Vincent DIASSANA, Alphonse DIASSANA, Yacouba KONE, Kanou dite Bébé DIASSANA, Marceline DIASSANA, Pauline DIASSANA, Djeneba DIASSANA dite Tanti, Sanihan dite Batoma DIASSANA, Christine DABOU, Rosalie DABOU et tous les autres : merci pour tous.

-A mes neveux et nièces : courage et bon vent pour vos études.
Faites mieux que tonton, je vous adore.

-A mes amis Moussa THERA, Edouard DAKOUO, Emmanuel DEMBELE, et Jeanne D'arc DIARRA : Pour témoigner sincèrement toute mon amitié et toute ma sympathie.

-A mes camarades de promotion Marie René DAKOUO, Issa KONE, Mamadou Sylvain KOÏTA, Oumar TANGARA, Yiriba DIARRA, Sékou KEÏTA, Moussa GOÏTA, Elie DIOMA, Yacoro DIARRA, Tchoukani David THERA, Bakary COULIBALY, Konimba COULIBALY, Souleymane DEMBELE, Dami David DIARRA, Daniel BOUARE, Brehima DAOU et tous les autres : pour toutes les difficultés que l'on a pu surmonter ensemble dans la solidarité.

-Aux femmes de mes frères Mama Saran DEMBELE, Yani MOUNKORO, Wéta DIARRA, Nèma COULIBALY, Mougoussin DIASSANA : mes sincères remerciements.

HOMMAGES
AUX
MEMBRES
DU JURY

A notre Maitre et Président du jury : Professeur Saharé FONGORO

Maître de conférences

Chevalier de l'ordre de mérite de la santé

Cher Maître

Merci d'avoir accepté malgré vos multiples occupations de présider le jury de ce travail. Votre disponibilité, votre sens de l'accueil, l'homme de science modeste et calme sont là quelques unes de vos qualités, qui forcent l'admiration. Nous avons été émerveillés par vos éminentes qualités humaines, de courtoisie et de sympathie. Vous êtes pour nous un modèle. Nous vous en remercions très sincèrement et vous réaffirmons notre profond respect.

A notre maitre et juge : Docteur Sory Ibrahim DIAWARA

MD, MPH Médecin chercheur à la FMPOS

Cher Maître

Nous sommes fiers de vous choisir comme juge.

Nous avons été séduits par votre simplicité, votre gentillesse, votre grande amabilité, votre modestie et vos qualités scientifiques. Vos critiques, vos suggestions et vos encouragements nous ont été d'un apport capital pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Recevez à travers ce travail, l'expression de notre profonde gratitude et notre respect.

A notre maître et juge : Docteur Mamadou CISSOUMA

Médecin chef du centre de santé de BONIABA

Cher Maître

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en acceptant de juger ce Travail. Votre simplicité, votre abord facile, votre rigueur dans le travail, vos qualités d'homme de science font de vous un maître exemplaire.

Soyez en rassurez de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et Directeur de thèse : Professeur Samba Diop

-Enseignant chercheur en anthropologie médicale.

-Spécialiste en écologie humaine, anthropologie, bioéthique et éthique de santé publique.

-Responsable du cours « Ethique et Sciences » au DEA d'anthropologie, ISFRA, Université de Bamako.

-Responsable de la section « Sciences humaines ; sociales et bioéthique » de SEREFO, VIH et TB / FMPOS-NAD.

-Responsable du réseau « Chantier jeune » à la FMPOS/ ISFRA- Université de Bamako/ laboratoire de démographie-Université Genève (suisse).

-Membre du comité d'éthique de la FMPOS.

Cher maître

Vous nous avez fait un grand honneur en nous confiant ce travail. Nous avons été témoins des qualités exceptionnelles d'un homme modeste, simple, mais rigoureux, soucieux de notre bonne formation, du travail bien fait et aussi en quête permanente de la perfection.

Nous sommes fiers de vous avoir comme maître.

Permettez nous cher maître de vous exprimer ici, le témoignage de notre reconnaissance.

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION.....	1
I-1-CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	3
I-2-HYPOTHESES DE L'ETUDE.....	5
II-OBJECTIFS.....	6
III-GENERALITES.....	8
IV-DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	35
1-CADRE DE L'ETUDE.....	36
2-TYPE D'ETUDE.....	36
3-PERIODE D'ETUDE.....	36
4-POPULATION D'ETUDE.....	36
5-CRITERES D'INCLUSION ET DE NON INCLUSION.....	36
6-ECHANTILLONNAGE.....	37
7-VARIABLES.....	37
8-TECHNIQUE ET OUTILS DE COLLECTE.....	38
9-DEROULEMENT DE L'ENQUETE.....	38
10-TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES.....	38
11-ASPECTS ETHIQUE.....	38
V-RESULTATS.....	39
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	68
VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	75
VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	78
IX-ANNEXES.....	86

LISTE DES ABREVIATIONS

°C: Degré Celsius

µm: micromètre

ADN: acide désoxyribonucléique

Afr: Afrique

AMPPF: association malienne pour la promotion et la protection de la famille.

ARCAD/SIDA: association de recherche de communication et
d'accompagnement à domicile des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

ARN: acide ribonucléique

ARV: anti retro viraux

CCC : Conseil pour le changement de comportement

CDC: center of diseases control

CESAC: centre d'écoute de soins d'animation et de conseil.

CFTQ : Centre de Formation Technique de Quinzambougou

CIT: comité international de la taxonomie

CMV : cytomégalovirus

CNTS: centre national de transfusion sanguine

CSLS : comité sectoriel de lutte contre le SIDA

EDSM IV : enquête démographique de santé Mali IV

Eff: effectif

ENV : enveloppe

FMPOS: Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

GAG: groupe antigène

HTLV: Human T Lymphotropic Virus

IEC : Information- Education- Communication

IST : Infections sexuellement transmissibles

LAG : Lycée Alfred Garçon

LAM : Lycée Askia Mohamed

LDDK : Lycée Djoba DIARRA de Koulikoro
LFCK : Lycée Famolo COULIBALY de Kolokani
LGV: lymphogranulomatose vénérienne
LNDN : Lycée Notre Dame du Niger
Med: Médecine
MII: Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide
MST: Maladie Sexuellement Transmissible
Nm : nanomètre
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation non gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Unis
Pharm: pharmacie
PNLS: Programme National de Lutte Contre le SIDA
PO: partenaire occasionnel
POL: polymérase
ProFam: Promotion de la famille
PTME: Prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH: Personne vivant avec le VIH
SIDA : Syndrome de l’Immunodéficience Acquise
VEB: virus d’Epstein Barr
VIH : Virus de l’Immunodéficience Humaine
VIS : virus de l’immunodéficience Simienne

L'INTRODUCTION

En 2007, dans le monde, un peu plus de 33,2 millions d'adultes et d'enfants sont porteurs du VIH ; 94 % de cette population vit dans les pays en développement (22,5 millions en Afrique subsaharienne qui reste la région la plus touchée ; comparativement à 2006 où ce nombre était estimé à 24,7 millions) [5-14].

En Afrique subsaharienne, les épidémies semblent se stabiliser de manière générale avec une prévalence proche de 7,4 % pour toute la région. Mais, cette stabilité cache une réalité beaucoup plus triste, car elle signifie que les nombres de nouveau cas égalisent les décès dus au SIDA. La fréquence des IST favorise la survenue des infections concomitantes par le VIH, pour deux principales raisons : Primo le VIH et certaines IST ont des modes de contaminations similaires ; secundo les IST constituent des portes d'entrées propices au VIH.

Les conflits ouverts, les catastrophes écologiques ou naturelles, les guerres, ont contraint des milliers d'africains à abandonner leur domicile, et à se tourner vers des moyens de survie comportant de pratiques sexuelles à très haut risque ; ces déplacements des populations ont provoqué une propagation du VIH/SIDA [11].

De bonnes informations sont la clé pour une action appropriée. Pour cela il faut absolument des données comportementales, sociologiques, et contextuelles fiables pour atteindre des taux plus faibles ainsi qu'un arrêt définitif de la propagation du virus.

Marie CHOQET et collaborateurs, [15] trouvaient dans leur étude en France en 1988 qu'à 17 ans 38 % des adolescents ont une vie sexuelle contre 45% à 18 ans ; 88 % des adolescents ont déjà changé de partenaires dans l'année à 17ans contre 62% à 18 ans.

Au Mali les données de L'EDS IV [16] révèlent que les femmes maliennes se caractérisent par une fécondité très élevée aux jeunes âges 188 sur 1000 à

15-19 ans .Il ne fait aucun doute que l'âge de la première expérience sexuelle est de plus en plus précoce.

I-1-Contexte et justification

L'épidémie du VIH/SIDA représente de nos jours une grande menace pour le Monde en raison du nombre croissant de personnes infectées, et son impact négatif sur le développement socio-économique.

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est probablement le virus le plus étudié dans l'histoire jusque là [4].

Selon le rapport de l'ONUSIDA en 2007, 2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans vivaient avec le VIH/SIDA ; 330000 en sont décédés et 420000 ont été nouvellement infectés [5].

Au Mali, en 2006 l'EDS IV montrait un taux de prévalence de 1,3 % ; la prévalence la plus élevée est observée dans le district de Bamako avec (2,0%) suivi de Mopti et Ségou (1,6% et 1,5%). Par contre les régions de Sikasso, Kayes et Tombouctou sont faiblement touchées de l'ordre de 0,7%. La surveillance de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en 2005 donne les résultats suivants : 2,6% à Kayes, 3,2% à Sikasso, 5,2% à Ségou, 3,0% à Mopti, 1,2% à Gao pour un taux global de 3,2% [4].

Cette pandémie du VIH/SIDA présente des dynamiques particulières selon les pays. Par conséquent, les stratégies de lutte contre le VIH/SIDA doivent être soigneusement élaborées et adaptées afin de répondre de façon adéquate à cette spécificité.

C'est pourquoi en vue d'une meilleure maîtrise de l'épidémie au Mali, les plus hautes autorités ont mis en place divers mécanismes de surveillance épidémiologique et de lutte contre le VIH/SIDA :

✓ comité sectoriel de lutte contre le SIDA (CSLS) dont les interventions sont axées sur :

-La surveillance épidémiologique

-La limitation de la propagation

-La réduction de l'impact de l'épidémie sur les personnes infectées et affectées ; sur la communauté et sur l'économie du pays.

La population cible pour ces nombreuses interventions est celle de 15 à 25 ans, qui représente la couche sociale la plus menacée par cette épidémie. Les projections indiquent que d'ici 2020, 55 millions mourront plus jeunes à cause du SIDA si rien n'est fait pour stopper l'épidémie [6].

Malgré ces efforts fournis par l'Etat la prévalence du VIH est toujours élevée chez les jeunes : selon l'EDS IV en 2006, dans la tranche d'âge de 14 à 24 ans la prévalence moyenne était de 0,7%. La tranche d'âge de 20 à 24 ans avait une prévalence respectivement chez les hommes et les femmes de 0,8% et 1,3%.

En 2008, selon l'ONUSIDA, sur les 33,4 millions de personnes infectées par le VIH, 5 millions étaient constitués de jeunes âgés de 15 à 24 ans. [3]

De nombreuses études ont démontré le rôle des IST comme facteurs favorisant la survenue de l'infection par le VIH [7-8-9]. Ces IST restent un problème majeur de santé publique.

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 le VIH/SIDA dans les populations concernées [7-10-11-12].

De nombreuses études ont été menées au Mali ; en Afrique et dans le monde sur la prévalence des IST/VIH ; et d'autres sur les attitudes et pratiques comportementales [13-11]. En absence d'un traitement efficace du SIDA ou d'un vaccin contre l'infection par le VIH, la lutte contre le sida doit reposer essentiellement sur le conseil pour le changement de comportement (CCC).

C'est pourquoi, nous avons entrepris cette étude pour déterminer les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes lycéens face aux IST-VIH/SIDA dans les écoles secondaires de la commune III du district de Bamako.

I-2-Hypothèses de l'étude

Les jeunes élèves auraient une faible connaissance en matière d'IST/SIDA, ce qui serait à la base d'une faiblesse de l'utilisation des méthodes de prévention de ces infections.

Cela expliquerait la plus forte prévalence de ces infections dans cette population (la moitié de toutes les infections à VIH au monde est constatée dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans [1]).

II- OBJECTIFS

II-2-Objectifs de l'étude

II-2-1-Objectif général

- ✓ Etudier les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes lycéens de la commune III du district de Bamako face aux IST et VIH/SIDA.

II-2-2-Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer le niveau de connaissances des lycéens sur les IST et VIH/SIDA
- ✓ Déterminer leurs pratiques des méthodes de prévention du VIH/SIDA
- ✓ Identifier les facteurs qui influencent les connaissances et pratiques des lycéens.
- ✓ Déterminer l'attitude des lycéens face aux IST-VIH/SIDA

III - GENERALITES

1-Définition : Venus, la déesse de l'amour a donné son nom aux maladies transmises lors des contacts ou rapports sexuels [66]. L'ancienne dénomination des maladies vénériennes a été abandonnée au profit de l'appellation maladies sexuellement transmissibles (MST) ; actuellement dénommées infections sexuellement transmissibles (IST). Ces maladies constituent un problème majeur de santé publique. On distingue plus d'une vingtaine d'IST dues à des germes divers. Elles sont contagieuses et responsables de complications graves pour l'homme, la femme, le fœtus et le nouveau-né. A tout âge, quels que soient le sexe, la race, le milieu social on peut contracter une IST. Les IST sont dues à des bactéries, des parasites, des champignons, ou des virus.

Les IST étant nombreuses, notre étude portera sur celles qui sont fréquemment rencontrées.

2- Gonococcie :

2-1-Historique : [44]

Le mot gonorrhée est d'origine grecque. Il est de Galien et signifie écoulement de semence. Rabelais lui donna le nom de « chaude pisse ». Swediowr lui donna le nom de blennorragie en 1784. Longtemps, gonorrhée et syphilis ont été considérées comme deux manifestations d'une même maladie. Benjamin Bell, en 1773, montra la différence entre les deux maladies ; Hernandez, en 1812, apporta la preuve définitive de cette différence, qui sera confirmée en 1838 par Philippe Ricord. Ce n'est qu'en 1879 qu'Albert Neisser a découvert le gonocoque dans les pus urétral et oculaires à 30 – 34°C, et lui donna le nom de *Neisseria gonorrhoeae*.

2-2-Epidémiologie :

La gonococcie est une des maladies humaines les plus anciennement connues. *Neisseria gonorrhoeae* est un des germes sexuellement transmis dont la prévalence est la plus élevée [36].

Les taux de gonococcie maternelle sont inférieurs à 5% aux Etats-Unis, tandis qu'ils peuvent dépasser 10% dans certaines régions de l'Afrique [36]. Des rapports originaires des Etats Unis ont retrouvé une infection à gonocoque chez 3 à 12% des adolescents sexuellement actifs dans les deux sexes [36]. Des études, menées dans une communauté rurale d'Afrique du Sud sur 259 sujets, ont montré que la prévalence de *Neisseria gonorrhoeae* était de 4,5%. Au Kwazulu Natal sur 145 prostituées, 14,3% avaient une infection à *Neisseria gonorrhoeae* [41]. La gonococcie reste fréquente particulièrement en milieu urbain et notamment dans le milieu de la prostitution [43].

2-3-Agent pathogène: [44]

Il s'agit d'un diplocoque Gram-négatif en grain de café; chaque diplocoque ayant 0,7 µm de longueur et 1,3 µm de largeur. Par rapport aux polynucléaires, les diplocoques sont intra ou extra-cellulaires. *Neisseria gonorrhoeae* est une bactérie que l'on trouve sur les muqueuses. Il est très fragile et sensible aux variations de température et de PH. Le gonocoque est très souvent associé aux infections à *Chlamydia Trachomatis*, *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, Mycoplasmes.

2-4-Clinique: [44]

La période d'incubation est muette et dure environ 10 jours.

Chez l'homme, les manifestations génitales se présentent dans 93,6% de cas. Il s'agit d'une urétrite aiguë. Elle se manifeste par un prurit plus ou moins intense du méat dont les lèvres deviennent plus ou moins rouges tandis que apparaissent un suintement et une brûlure à la miction. Très rapidement l'écoulement devient important, purulent, tantôt blanchâtre, tantôt jaunâtre. L'infection peut s'étendre aux canaux déférents, à l'épididyme, aux canaux spermatiques, à la prostate, aux canaux éjaculateurs, aux vésicules séminales, à la sous muqueuse urétrale, et au prépuce créant une balanite.

Chez la femme, en général, l'infection est muette à son début, capricieuse dans son évolution ; c'est presque toujours la gonococcie du partenaire masculin qui va inciter la malade à se faire consulter. Les complications locales sont possibles ; mais c'est surtout l'extension au haut appareil génital qui fait la gravité et le pronostic de l'infection : endométrite, salpingite annexite pelvienne, Syndrome de FITZ-HUGH-Curtis.

3- La Syphilis vénérienne :

3-1-Historique : Dans l'histoire de syphilis, il a été noté que cette maladie aurait

été introduite en France par l'équipe de Christophe Colombe à son retour des Antilles. Au début du 16ème siècle, l'équipe fut frappée par l'épidémie de syphilis appelée à l'époque « Vérole ». Dès 1505, la vérole s'est répandue jusque dans la province de canton en Chine. Selon « la théorie Colombienne » la syphilis aurait envahi « le vieux monde » moins de 12 ans après son introduction en Espagne. En revanche, pour les adversaires de cette théorie, il apparaît que la syphilis s'est manifestée dans le vieux continent avant Colombe. La description d'une maladie ressemblant étrangement à la syphilis a été retrouvée dans des textes Chinois, Indiens, Hébraïques et Grecs, datant d'époques très anciennes. Des squelettes humains préhistoriques et des moines Egyptiens portent des cicatrices semblables à celles occasionnées par la syphilis. La théorie de l'évolution prête que la syphilis n'est pas une maladie en elle même, mais plutôt une forme de maladie appelée « Tréponématose ». Les autres formes de cette maladie sont appelées « pian » (syphilis endémique ou Bejel) [33]. L'agent causal (*Treponema pallidum*) fut découvert par Schaudinn et Hoffman en 1905. [40]

3-2-Epidémiologie: [42]

L'épidémiologie est plus ou moins connue selon les pays. Aux Etats Unis, moins de 50 % des cas sont en fait rapportés. De 1950 à 1960 le nombre de cas a augmenté.

Au début des années 1980, du fait de la modification des habitudes sexuelles engendrée par l'apparition du SIDA, on observe une légère décline jusqu'en 1985. Dès cette période, on constate une augmentation rapide de l'incidence de la syphilis chez les hétérosexuels masculins et les femmes. Les personnes préférentiellement atteintes sont les prostituées et les toxicomanes.

Dans les pays en voie de développement, notamment en Afrique, l'incidence de la syphilis est inconnue, car les études disponibles sont des enquêtes de séroprévalence conduite sur des populations particulières : femmes enceintes, donneurs de sang, malades hospitalisés ou groupe à risque, à savoir les prostituées.

L'évolution de la syphilis comme celle des autres IST est appréciée à partir de systèmes de surveillance non représentatifs : médecins de ville et laboratoires regroupés en réseau, dispensaire de lutte contre les IST.

L'extrapolation de ces données ne permet pas de calculer l'incidence, mais indique seulement une tendance évolutive à la stabilisation de 1986 à 1990.

3-3-Agent pathogène: [40]

L'agent causal de la syphilis est un microbe exclusif de l'homme. Il s'agit de *Treponema pallidum* avec 6 à 12 tours de Spires. C'est une bactérie spiralée, mobile à divisions transversales de forme hélicoïdale de 8 à 14 μ de longueur, de 0,15 à 0,20 μ de largeur appartenant à l'ordre des Spirachetales.

3-4-Clinique :

Les études récentes ne sont pas nombreuses. Elles ne remettent pas en cause les descriptions classiques. La classification clinique distingue différents stades.

La syphilis primaire [40] : elle se caractérise par l'apparition du chancre au point d'inoculation, accompagnée de son adénopathie satellite. Cette adénopathie n'est pas spécifique, car observée dans le chancre mou et l'herpès.

Elle peut s'associer à d'autres IST: gonococcie, urétrite à *Chlamydia trachomatis*.

La syphilis secondaire [30] : C'est la phase de dissémination septicémique de *Treponema pallidum*. Elle apparaît six semaines après le chancre.

Elle est marquée par une éruption cutanée polymorphe. L'atteinte du système nerveux central dès ce stade est fréquente. A ce stade la maladie est curable.

La syphilis tertiaire [30] : Elle est marquée par des atteintes viscérales graves, cardiovasculaires, neurologiques, osseuses ou cutanées. La syphilis tertiaire persiste jusqu'à la mort. La neurosyphilis est classiquement rattachée à la syphilis tertiaire ; cependant la contamination du système nerveux central peut se présenter à tous les stades de la maladie.

La syphilis Latente [30] : c'est la phase latente asymptomatique de longue durée et 25% des cas non traités évoluent vers une syphilis tertiaire, selon l'OMS ; cette syphilis latente est précoce lors qu'elle évolue depuis moins de deux ans. Elle est tardive quand elle évolue depuis plus de deux ans.

4- Infections génitales à Chlamydia :

4-1-Epidémiologie : [39]

La prévalence des infections génitales à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes enceintes en milieu urbain africain varie de 5,3 à 13%. Les chlamydiae constituent la 2ème cause d'urétrite chez l'homme dans les pays en voie de développement ; 20 à 50% des salpingites en Afrique chez les femmes en milieu urbain, âgées de 15 à 45 ans sont dues aux chlamydiae.

4-2-Agent pathogène [31] :

Les chlamydiae sont des bactéries immobiles à gram – négatif et des parasites intracellulaires obligatoires. Elles se multiplient à l'intérieur du cytoplasme des cellules de l'hôte, forment des inclusions intracellulaires caractéristiques. Elles se distinguent des virus par leur contenu en ADN, par leur paroi cellulaire semblable en structure à celle des bactéries gram négatif et par leur sensibilité à certains antibactériens telles que les tétracyclines et l'érythromycine.

Chlamydia trachomatis comporte différents sous-groupes (A, B, C, D), agents du trachome G et K responsables d'infection génito-urinaires, L1, L2 L3 agent de la maladie de Nicolas-Favre.

4-3- Clinique :

L'infection à *Chlamydia trachomatis* se manifeste par le trachome et les IST comme la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou Maladie de Nicolas-Favre.

Chez l'homme l'infection à *chlamydia trachomatis* représente la cause principale des urétrites non gonococciques et Post gonococciques [31]. A partir de l'infection utéro-tubaire, *Chlamydia trachomatis* peut gagner la région périphérique et provoquer une péri-hépatite ou syndrome de FITZ-HUGH-curtis [39].

5- Chancre mou : [45]

5-1-Epidémiologie : Le chancre mou est surtout répandu en Afrique et en Asie (20 à 60% des ulcérations génitales), particulièrement dans les milieux défavorisés et chez les prostituées.

5-2-Agent pathogène : *Haemophilis ducreyi* est l'agent pathogène du chancre mou ; Il est classé dans le genre *Haemophilus* (Benyey's Manual 1984).

C'est un coccobacille de 1,25 à 2 µm de longueur et 0,5 à 0,6 µm de largeur. Il est mobile, acapsulé, asporulé à gram - négatif exigeant en hémine, de culture difficile. On utilise un milieu enrichi par du sérum de cheval et de l'isovitalex sous CO₂ à 10%. Il est aérobie ou anaérobie facultatif et sa transmission n'a jamais été observée en dehors du chancre mou qui est 10 à 15 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

6- Affection à *Trichomonas vaginalis* :

6-1-Historique : [45]

La première description de *Trichomonas vaginalis* a été faite par Alfred Donne, lors de la séance du 9 septembre 1836 à l'Académie des sciences.

« À propos d'animalcules observés dans les matières purulentes et le produit de sécrétion des organes génitaux de l'homme et de la femme ». Une année plus tard, Deyardin donnera le nom de *Trichomonas vaginalis* à ces animalcules.

Depuis, de nombreuses publications ont signalé l'existence de ce parasite chez l'homme, sans pour autant lui attribuer le moindre rôle pathogène.

En 1884 Kunstler, à Bordeaux a observé en très grande abondance le flagellé chez presque toutes les femmes examinées en clinique gynécologique en 1913; Brumpt et Sabate, à Paris, l'ont découvert chez les femmes apparemment saines qu'ils consultaient en clinique d'accouchement. Ce n'est qu'en 1916 que les travaux de Hoene et de Rodecur ont confirmé le rôle pathogène de ce flagellé. Quant à la possibilité d'une éventuelle transmission sexuelle, elle a été soulevée depuis 1855, par Kollikes et Scanzoni devant l'extrême fréquence de la trichomonose urogénitale (50%) des femmes examinées.

En 1924, Katsuma le découvre dans l'urine de l'homme, et en 1927, Caper décrit pour la première fois une urétrite aiguë à *Trichomonas vaginalis* dans le sexe masculin.

En 1915, les premières cultures ont été obtenues par Lynch. En 1935, utilisant un milieu pauvre en albumine, Westphall réussit à conserver une culture vivante pendant sept mois et demie.

6-2-Epidémiologie : [38]

La trichomonose est une maladie urogénitale cosmopolite, fréquente, à transmission vénérienne, due à *Trichomonas vaginalis*. Ce germe est un protozoaire flagellé qui vit à la surface des muqueuses urogénitales de l'homme et de la femme. Il perd rapidement sa vitalité dans le milieu extérieur sans jamais produire de Kystes.

La transmission de *Trichomonas vaginalis* ne peut donc être que directe et sexuelle. Une mère peut transmettre le parasite à ses enfants par un linge de toilette commun. Cependant la trichomonose est exceptionnelle chez la fillette avant la puberté. On estime à 2,5 à 3 millions de cas par an aux Etats Unis. La prévalence habituelle de la trichomonose chez la femme adulte est de 15 à 25%.

6-3-Agent pathogène :

Trichomonas vaginalis appartient à la famille des Trichomonadidae. Il est de forme ovale et long de 10 à 18 µm.

Le Trophozoïte très mobile possède quatre flagelles antérieurs et une membrane ondulante terminée au niveau du tiers postérieur du parasite. Un axostyle dépasse en arrière le corps du parasite [37]

6-4-Clinique : [38]

Trichomonas vaginalis provoque une inflammation aiguë des muqueuses et des glandes annexes du système génital. Il provoque des vaginites, des urétrites, prostatites et épидидymites. Chez la femme, cette inflammation provoque : hypersécrétion, prurit, brûlure et dyspareunie. Le passage à la chronicité est très fréquent entraînant de longues périodes asymptomatiques pendant lesquelles le sujet porteur peut éventuellement disséminer l'infection.

7- Candidose vaginale :

7-1-Historique: [45]

En 1840, Wukinson établit une corrélation entre une vulvo-vaginite et la présence de *Candida albicans*.

En 1875, Mauss Mann prouve la pathogénicité de *Candida albicans* pour les voies génitales féminines. Il inocula des pertes de malades porteuses de champignons à des témoins sains et provoque chez elles une vulvo-vaginite.

7-2-Epidémiologie: [45] Répandus dans le monde, les Candidas sont normalement des commensaux, parfaitement tolérés de l'homme sain qui dans 5% au moins des cas en abrite dans son oropharynx et dans son intestin. Levure Saprophyte, strict du tube digestif, le Candida dans toute autre localisation peut être considéré comme pathogène. La fréquence de la candidose urogénitale ne cesse de croître. Dans 10 à 15% des infections non gonococciques et des vulvo-vaginites, on trouve des levures du genre Candida.

7-3-Agent pathogène : [45]

Candida Albicans appartient à la famille des champignons se reproduisant par division binaire et par bourgeonnement de cellules isolées. Il réside naturellement dans le tube digestif humain, mais il peut être présent en faible quantité dans la flore vaginale normale (chez 25% des femmes) ; 30 à 40% des candidoses génitales peuvent être transmises ou entretenues par voie sexuelle. Le genre *Candida* rassemble près de 100 espèces, mais seulement une douzaine est observable en pathologie humaine. *Candida albicans* est le plus fréquemment rencontré dans les infections urogénitales.

7-4-Clinique: [45]

Chez la femme, la vulvo-vaginite est le tableau le plus fréquent caractérisé par des prurits, brûlures vaginales, dyspareunies, leucorrhées grumeleuses et blanchâtres, érythèmes et œdèmes vulvo-vaginaux. L'extension au haut appareil génital est exceptionnelle. Chez certaines femmes, les récurrences sont fréquentes, indiquant la recherche d'un facteur local favorisant, ou une infection à VIH. Chez l'homme, l'infection est le plus souvent asymptomatique. La manifestation clinique la plus fréquente est une urétrite subaiguë associée dans 50% des cas d'une balanite érosive. A côté de ces principales IST, on peut retenir d'autres beaucoup moins fréquentes.

8-Affection à mycoplasme: [29-34]

Les mycoplasmes sont les plus petits procaryotes capables de se multiplier de façon autonome. Il s'agit de bactéries de petites tailles 0,2 à 0,3 µm allant des formes coccoïdes à des formes filamenteuses à l'examen sur fond noir. *Ureaplasma urealyticum* et *Mycoplasma hominis* sont responsables d'urétrites, de prostatites chroniques, d'arthrites septiques chez les immunodéprimés et de troubles de reproduction.

9-Affection à *Gardenella vaginalis* ou Vaginose bactérienne : [35]

L'agent causal de Vaginose est *Gardenella vaginalis*. Il fut d'abord appelé *Haemophilus vaginalis* dans certaines Vaginites appelées alors « non spécifiques ». C'étaient des vaginites non provoquées par le gonocoque, le Trichomonas ou les Candidas. Garder et Dukes attribuèrent une responsabilité à *Gardenella vaginalis* dans ces vaginites. C'est un germe de position intermédiaire entre les Gram positifs et les Gram négatifs dont l'habitat exact semble être le vagin. Pour des raisons mal connues, il peut proliférer abondamment, et être à l'origine de vaginites d'allure subaiguë non purulente et se traduisant par un écoulement fluide et grisâtre. On connaît de rares cas d'atteintes néonatales et de septicémies puerpérales.

10- Donovanose due à *Calymmato bacterum granulomatis* : [45].

L'ulcération est unique ou multiple, indurée, granulomateuse, rouge vive, indolore et saignante facilement au contact.

11-Herpes génital dû à l'Herpes simplex : [32]

Herpes simplex virus type 2 appartient à la famille des Herpes viridae. L'homme est le seul réservoir de ce virus très fragile, transmis préférentiellement par les relations sexuelles. Il est responsable de vulvite chez la femme, de balanite chez l'homme, de vulvo-vaginite chez la petite fille. Il provoque l'herpès néonatal qui sans traitement peut entraîner 85% de décès chez les nouveau-nés atteints.

12-Condylome (crête de coq) dû à un virus du groupe de Papillomavirus : [32].

On distingue trois aspects cliniques principaux : les condylomes acuminés ou crêtes de coq facilement reconnus, les condylomes plans, infection infra clinique, le diagnostic clinique suffit dans les condylomes acuminés.

13-Les Hépatites virales B et C: [32]

Les hépatites virales sont des infections systémiques atteignant préférentiellement le foie.

Elles provoquent des lésions inflammatoires de ce dernier, des altérations hépatocytaires dégénératives et une élévation des transaminases sériques. Les virus des hépatites B (famille des Hépadnaviridae etc. groupe des Flaviviridae) ont des modalités de contamination voisines. Le virus de l'hépatite B est ubiquitaire, le diagnostic est sérologique, le virus n'étant pas cultivable. La prévention repose sur la vaccination, le screening de sang de donateurs, les rapports protégés qui assurent une protection efficace.

14- SIDA :

14-1-Historique :

L'histoire du SIDA commence des deux villes des Etats-Unis (New York et Los Angeles) où des cas cliniques ont été observés dans les communautés d'homosexuel par le Docteur Gohlieb et collaborateurs entre octobre 1980 et Mai 1981 par le Docteur Pozalki [52].

La nature infectieuse et transmissible du SIDA suspectée auparavant fut confirmée par les travaux du professeur Luc Montagnier et son équipe qui en 1983 isole le virus du Sida à partir du ganglion lymphatique d'un sujet atteint du Syndrome de Lymphadénopathie Chronique. Le virus du SIDA qui fut appelé lymphadenopathy Associated Virus (LAV) ou virus associé à la lymphadénopathie. C'est l'identification du VIH₁ [60-61]. Ensuite, en 1984, le même virus fut identifié par Robert Gallo qui l'appela HTL VIII [52-53].

En 1986, un deuxième rétrovirus humain (LAV III) causant le SIDA fut isolé à l'institut Pasteur chez les malades d'origine Ouest Africaine hospitalisés à l'hôpital Claude Bernard de Paris [48]. Ce même virus fut retrouvé par M. Essex et appelé HTL VIV la même année [49].

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

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

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

- En 1996, les tris thérapies se développent.

14-2-Epidémiologie de l'infection par le VIH :

14-2-1- Situation de l'infection par le VIH dans le monde :

Selon les estimations de l'ONUSIDA en 2007, 33,2 millions de personnes vivent avec le VIH-SIDA depuis le début de la pandémie dont 15,4 millions de femmes et 2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans. Le nombre de nouveau cas en 2007 s'élevait à un total de 2,5 millions de personnes dont 2,1 millions d'adultes et 420 milles enfants de moins de 15 ans. Le nombre total de décès dû au SIDA dans le monde en 2006 et en 2007 s'est respectivement réduit à 2,9 et à 2,1 millions de personnes sur des populations vivant avec le VIH estimée respectivement à 39,5 – 33,2 millions de personnes . [62]

14 -2-2- Afrique et SIDA :

En 2008, dans le monde, 33,4 millions d'adultes et d'enfants étaient porteurs du VIH ; 67% de cette population vivait en Afrique subsaharienne (22,4 millions) qui reste la région la plus touchée ; comparativement à 2006 où ce nombre était estimé à 24,7 millions [68-14].

En Afrique subsaharienne, l'épidémie semble se stabiliser de manière générale avec une prévalence proche de 7,4 % pour toute la région. Mais, cette stabilité cache une réalité beaucoup plus triste, car elle signifie que les nombres de nouveau cas égalisent les décès dus au SIDA. La fréquence des IST favorise la survenue des infections concomitantes par le VIH, pour deux principales raisons : Primo le VIH et certaines IST ont des modes de contaminations similaires ; secundo les IST constituent des portes d'entrées propices au VIH.

Les conflits ouverts, les catastrophes écologiques ou naturelles, les guerres, ont contraint des milliers d'Africains à abandonner leur domicile, et à se tourner vers des moyens de survie comportant de pratiques sexuelles à très haut risque ; ces déplacements des populations ont provoqué une propagation du VIH/SIDA [11].

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

14-3- Agent Pathogène [69-54-57-63] :

Le virus d'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus appartenant à la famille des Rétroviridae, et à la sous famille des lentivirus. Ce virus a été identifié en 1983 comme étant l'agent étiologique du SIDA. Le VIH possède les caractéristiques communes qui sont :

-La possibilité de transcrire la molécule d'ARN de la cellule infectée en une molécule d'ADN virale à partir de l'ADN de la cellule infectée grâce à une enzyme appelée la transcriptase reverse.

-L'ADN néoformé possède à chaque extrémité une même séquence répétitive de taille variable dite LTR (long terminal repeat). Il peut alors s'intégrer de manière stable dans l'ADN chromosomique de la cellule devenant alors un provirus ;

-La latence : Ce provirus peut rester silencieux et être transmis aux cellules filles par mitose. Il peut aussi s'exprimer et être transcrit en ARN puis traduit en protéine virale et donner les particules virales identiques aux virus infectieux de départ ;

-La variabilité génétique : Elle explique la possibilité de résistance à certains traitements.

Deux types de VIH présentant des pronostics et des taux de transmissions différents ont été identifiés :

VIH 1 : isolé en France puis aux Etats-Unis en 1983, il fut synonyme de LAV et de HTLVIII. Ce virus se divise en trois groupes :

-Groupe M (majeur)

Il inclut la quasi-totalité des variantes isolés de par le monde et est lui-même séparé en 11 sous types de A à K ;

-Groupe O (outlier)

Ils regroupent un nombre limité de variants très éloignés de M qui représenteraient près de 50% de divergences avec les autres VIH1 ;

-Le groupe nouveau (N) ou non M et non O :

Le premier isolant a été identifié en 1995 chez des patients Camerounais.

VIH2 : isolé en Afrique en 1986 plus proche du virus de l'immunodéficience simienne (Kurt et Coll.), car présentant des propriétés communes : morphologie et morphogénèse tropisme pour les cellules possédant la molécule CD4, cytopathogénicité, pathogénicité (immunodéficience) ; organisation génomique surtout pour les gènes de régulation.

Sensibilité : Le VIH est fragile dans le milieu extérieur il est inactivé par : la chaleur à 55° C pendant 30 mn, l'alcool à 70° C pendant 30 mn, l'acide hypochloridrique (eau de javel) dilué au 1/10 pendant 40 mn, l'eau oxygénée à 0,3 % mais résiste au froid ; au rayon, X ; U ; V.

Affinité : Le VIH a une affinité pour les cellules porteuses de la molécule CD4 : lymphocytes TCD4, macrophages, monocyte qui sont ses principales cibles ; le VIH affecte également d'autres cellules porteuses de CD4 : précurseurs médullaires, lymphocytes B immortalisés par le virus Epstein Barr (VEB), cellules intestinales, cellules gliales du cerveau, cellules endothélium vasculaire avec production d'interleukine 6.

L'infection de certaines de ces cellules se fait par l'intermédiaire du récepteur CD4 par liaison avec le groupe GP 110 du virus. D'autres récepteurs seraient aussi mis en jeu.

Exemple : Les canaux ioniques, ce qui explique la formation du syncytium in vitro et le fait qu'in vivo des cellules ne possédant le récepteur CD4 puissent être infectées ; exemples : cellules nerveuses non macrophagiques.

Le récepteur macrophagique CCR-5 découvert en 1996 interviendrait dans la transmission sexuelle du VIH et au début de l'infection.

14-3-1- Structure :

L'étude de la structure génétique du VIH permet de comprendre la complexité de Virus, certaines de ses manifestations cliniques et biologiques.

Le virus apparaît sphérique au microscope électronique avec un diamètre de 80 à 120nm.

Sa structure comporte :

- une enveloppe de couche lipidique ou « core » portant à sa surface, 72 boutons de longueur 9 à 10nm et de largeur 14nm,
- A l'intérieur de l'enveloppe se trouve une matrice protéique de 5 à 6nm d'épaisseur jouant le rôle de facteur stabilisant de la particule virale mature et de facteur supportant la projection de surface,
- Molécule d'ARN associée à la transcriptase inverse.

En coupe, on observe, une sorte de barreau conique de 10nm de long et de 45nm de large.

L'espace vide entre le core et la matrice protéique est partiellement occupée par les masses denses d'électrons « corps latéraux »

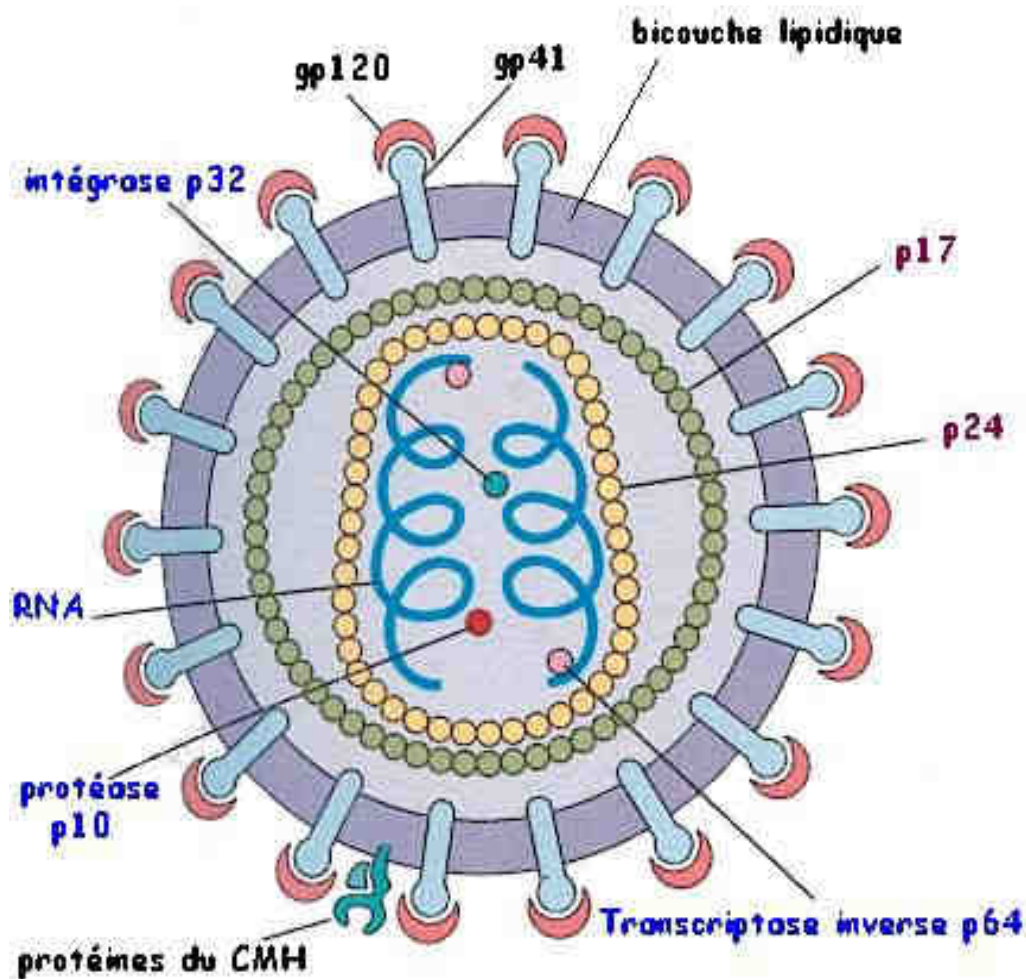


Figure 1 : Structure du VIH

Source : <http://www.google.ml/imgres?imgurl> (10/06/11)

14-3-2-Organisation génétique [69-54]

Le génome viral compte plus de 9.700 nucléotides ; le génome est composé de l'extrémité 3' vers l'extrémité 5' de trois gènes caractéristiques des rétrovirus codant les composants structuraux du virus :

- Le gène « gag » (Groupe antigène) code pour les protéines internes appelées du « core » qui sont : P50 et P40 qui se cliveront en P18 et P13 ;
- Les protéines du noyau P24, P17, P13 ; ce dernier se clivent en P6 et P9 ;
- Le gène « Pol. » (Polymérase) code pour les enzymes de réplication P68 et P67 constituant la reverse transcriptase P34 correspond à l'intégrase ;

- Le gène « ENV » (enveloppe) code pour les glycoprotéines GP110 et GP41 issue de GP160 qui est un précurseur moléculaire.

GP110 est responsable de l'interaction avec la membrane de la cellule cible au niveau du récepteur CD4 permettant la pénétration du VIH ;

GP110 correspond aux boutons hérissant la surface du virus ;

GP41 permet d'induire le syncytium (fusion cellulaire) qui est un des éléments cytophylaxie du VIH.

Contrairement aux autres rétrovirus, le VIH possède d'autres gènes intervenant dans sa réplication, ceci explique probablement son haut pouvoir pathogène. Il s'agit de gènes régulateurs se retrouvant chez le VIH1 et VIH2 ; c'est :

-TAT favorisant l'augmentation du niveau de la synthèse des protéines virales ;

-REV qui favorise l'augmentation des ARN messagers correspondant aux protéines gag, Pol et ENV ;

- VIF qui permet d'augmenter l'infectuosité ;

- NEF dont le rôle est inconnu.

Il existe d'autres gènes n'appartenant pas aux deux types de virus :

- VPU est présent chez le VIH1 ;

- VPX se trouve chez le VIH2 et VIS

14-3-3- Variabilité génétique [58-59] :

L'analyse phylogénétique de nombreuses souches du VIH1 d'origine géographique diverse a révélé trois grands groupes distincts de virus nommés M pour majeur ou main, N (pour new ou non O) et O (pour out lier) le groupe O ne représente que 50 % d'homologie avec les souches du groupe M dans les séquences du gène de l'enveloppe. La grande majorité des souches de VIH1 responsables de la pandémie appartient au groupe M dans lequel l'analyse phylogénétique a permis d'identifier 11 sous types (de A à K), et près de 20 % des isolats sont recombinants, avec des parties du génome appartenant à deux sous types différents. Il est important de distinguer les sous types purs des virus recombinants.

Pour être classés comme des sous types, les isolats doivent se ressembler entre eux et non à d'autres sous types sur le génome entier. Sur cette base, il y aurait seulement neuf sous types au sein du groupe M, étant que le virus du prototype E et I dans l'enveloppe est des recombinants avec des fractions importantes du génome appartenant à d'autres sous types.

14-3-4- Réplication virale [51] :

La fixation et la fusion des virus sur les récepteurs cellulaires sont les premières étapes du cycle viral, les structures de surface du VIH y jouent un rôle principal et les deux glycoprotéines de l'enveloppe sont directement impliquées dans le mécanisme de fixation et de fusion. La glycoprotéine transmembranaire participe à la fusion entre l'enveloppe virale et la membrane cellulaire.

L'intégration génomique : Après que le noyau viral ait été introduit dans la cellule, il est décapsidé et l'ARN du virus est libéré dans le cytoplasme.

Le brin de l'ARN est copié en ADN intermédiaire simple grâce à une polymérase. On obtient un hybride ARN ADN.

Une ribonucléase intervient alors pour détruire l'ARN d'origine viral ; et la polymérase produit alors un second brin d'ADN en utilisant le premier comme matrice ; polymérase et ribonucléase sont souvent désignées sous le nom de transcriptase inverse ; l'ADN double brin migre vers le noyau, et une troisième enzyme, l'intégrase ou endonucléase, intervient. Elle permet l'intégration de la copie d'ADN du génome viral dans le génome cellulaire sous forme de provirus, l'information virale répliquant chaque fois que la cellule se subdivise. Le provirus reste silencieux ou entre dans un cycle reproductif quelque soit le facteur déclenchant le cycle reproductif ; il provoque l'activation virale (par le gène TAT) et lève l'inhibition de la réplication (liées au gène VIF). L'ADN intégré est alors transcrit en ARN.

Les copies de l'ARN du génome ainsi que les ARN messagers migrent alors vers le cytoplasme où ils sont traduits en protéines grâce aux ribosomes.

Les protéines et l'ARN viral sont assemblés pour donner des structures sphériques qui bourgeonnent à la surface de la cellule.

En sortant de la cellule, le virus s'enveloppe, retrouvant les constituants de l'enveloppe qui ont été transportés et sont insérés au niveau de la membrane cellulaire indépendant du noyau viral. Après un bourgeonnement, les particules vont alors infecter à leur tour d'autres cellules cibles dans l'organisme accélérant ainsi la dissémination virale.

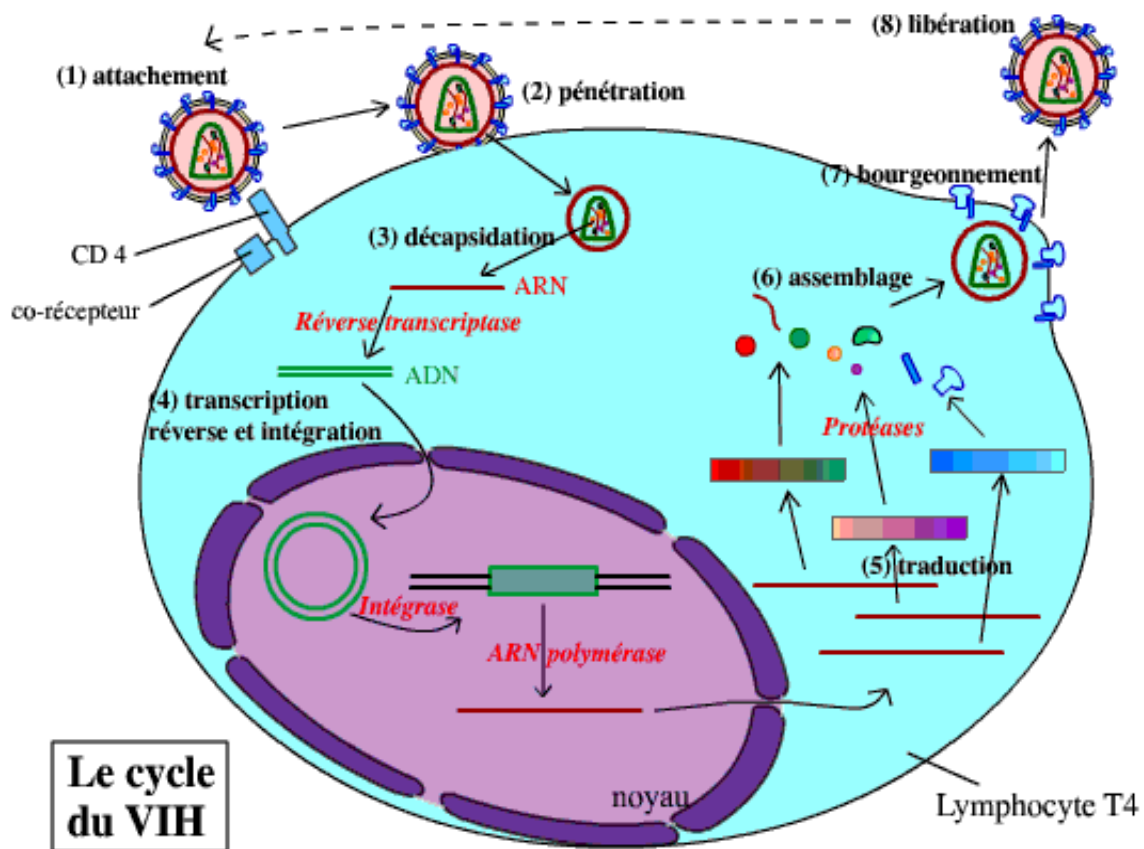


Figure 2 : Réplication du VIH.

Source : <http://www.snj.jussieu.fr/vie/dossiers/SIDA/images/cycle.swf>

14-4-Mode de transmission :

La transmission du VIH se fait par l'intermédiaire des lymphocytes T infectés contenus dans le sang, dans la lymphe et dans le sperme du porteur du virus. Le virus a également été isolé dans les sécrétions vaginales, la salive, les urines, les larmes et le lait maternel [50].

14-4-1- Transmission sexuelle :

Si au début de l'épidémie la plupart des cas de SIDA recensés étaient des homosexuels, en Amérique, Europe, Afrique, aux Caraïbes et dans de nombreux pays en voie de développement, la transmission hétérosexuelle représente le mode de contamination dominant [60]. Cela est dû à des facteurs socio-économiques tels que la pauvreté et l'augmentation sans cesse croissante de la prostitution. Elle s'effectue par l'intermédiaire des muqueuses buccale, vaginale ou rectale lorsqu'elles rentrent en contact avec des sécrétions sexuelles ou du sang contenant le virus.

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

La pénétration anale multiplie ce risque par trois [56].

La contagiosité d'un porteur du VIH est variable dans le temps, car la quantité de virus présente dans les sécrétions sexuelles est fonction de l'état, latent ou non de ce dernier. Cela explique qu'un porteur du virus puisse contaminer plusieurs personnes dans un laps de temps, par contre d'autres porteurs ne contaminent pas leur partenaire, malgré une vie sexuelle sans protection pendant des mois, des années. C'est ce qui explique la contagiosité du VIH1 par rapport au VIH2 [56].

14-4-2- Transmission sanguine :

C'est la voie de transmission la plus directe ; elle comporte deux modes distincts :

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

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

Ce mode de transmission concerne essentiellement les consommateurs de drogues injectables par voie intraveineuse. Il représente aux Etats-Unis la deuxième voie de contamination après celle des relations sexuelles entre homosexuels [56]. Au 1^{er} février 1988 ; 17 % des 50 000 cas signalés par le CDC d'Atlanta étaient représentés par des hétérosexuels utilisateurs de drogues [47], 8 % étaient des homosexuels toxicomanes. Ce mode de transmission est également incriminé en Afrique par l'utilisation de seringues, d'aiguilles ou de lames usagées [65] lors de scarifications, de circoncisions et d'excisions.

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

- La transmission par transfusion sanguine : les premiers cas de SIDA furent décrits en 1982 aux Etats-Unis chez les hémophiles après les homosexuels [51].

L'instauration du dépistage systématique des dons de sang a considérablement réduit le risque de transmission. Néanmoins il subsiste une " fenêtre" chez des donneurs prélevés dans les semaines ou les mois suivant une contamination qui peuvent ne pas avoir encore développé d'anticorps anti- VIH détectables.

14-4-3- Transmission verticale :

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

- In utero : dans les semaines précédant l'accouchement dans un tiers des cas ;
- Intra partum : au moment de l'accouchement dans deux tiers des cas ;
- Par l'allaitement : la période d'allaitement présente un risque d'infection pour l'enfant estimé entre 5 et 7 % [55].

Le taux de transmission materno-fœtale du VIH-1, en l'absence de traitement ARV est de 18 à 25 % et ce quelque soit le mode de contamination de la mère ou son origine géographique ; contrairement au VIH-2 où le risque de transmission de la mère à l'enfant serait de 1 % [55].

14-4-4- Autres Modes de transmission :

Même s'il a été retrouvé dans la salive, les urines, les larmes, le liquide céphalo-rachidien ; la transmission du VIH n'est cependant pas automatiquement à cause de la faible concentration du virus présent dans ces liquides et de la présence éventuelle de composants inactivant les virus.

Pour ces liquides, le risque de transmission est théorique et les cas anecdotiques publiés ne permettent pas d'écarter la possibilité de souillure du liquide concerné par le sang. La possibilité de transmission par les insectes hématophages a été écartée [46].

14-5-Les manifestations cliniques du VIH [64-67] :

Le VIH est une maladie virale qui évolue très lentement. L'histoire naturelle de cette maladie montre que, dans la majorité des cas, le délai moyen entre la contamination et la survenue de la forme évoluée (SIDA) est de l'ordre de 2 à 10 ans.

Une à deux semaines après la contamination survient dans 50 à 90 % des cas un épisode de primo-infection marqué par la fièvre, une pharyngite, des érosions muqueuses, des adénopathies cervicales, plus rarement une méningo-encéphalite aseptique ou une myélite aiguë, une neuropathie périphérique, paralysie faciale, un exanthème maculaire et des troubles digestifs.

Les symptômes peuvent manquer, passer inaperçus ou être confondus avec un syndrome grippal, une mononucléose infectieuse.

Cette période est marquée par une forte virémie et par l'infection du système lymphoïde dont l'intensité serait en rapport avec le pronostic ultérieur.

Après des mois ou des années surviennent des symptômes de pré SIDA témoignant d'une Immuno suppression modérée avec une baisse progressive des lymphocytes T4. Un syndrome de lymphadénopathie chronique est fréquent. Puis la lymphopénie T4 s'aggrave, l'Immunodépression devient sévère, ainsi apparaissent les infections opportunistes et les atteintes du SIDA.

Classification OMS 1990 :

Classification en stade clinique : [59]

Stade clinique 1 :

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

Stade clinique 2 :

- Amaigrissement de plus de 10 % du poids corporel de base,
- Zona (au cours des cinq années précédentes) ;
 - Manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermite séborrhéique, prurigo, onyxis mycosique, ulcérations buccales récidivantes, perlèche),
 - Infections récidivantes des voies aériennes supérieures,
 - et / ou degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale.

Stade clinique 3 :

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

Stade clinique 4 :

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

Classification en stades clinique et biologique :

Tableau I : classification selon les critères cliniques et biologiques :

Lymphocytes Totaux en Mm ³	Lymphocytes CD4/ mm ³	Stade clinique			
		1	2	3	4
> 2000	> 500	A1	A2	A3	A4
1000-2000	200-500	B1	B2	B3	B4
< 1000	< 200	C1	C2	C3	C4

Classification CDC (Center of Diseases Control): Atlanta 1993.

C'est la classification la plus complète et la plus utilisée basée sur des critères cliniques et selon le taux de CD4.

Tableau II : classification selon les critères cliniques :

Critère de la catégorie B	Critère de la classification C
<p>-Angiomatose,</p> <p>-Candidose oropharyngée,</p> <p>-Candidose vaginale persistante ou qui répond mal au traitement,</p> <p>-Dysplasie du col, carcinome insitu,</p> <p>-Syndrome constitutionnel =Fièvre sup à 38,5 ou diarrhée sup. à 1 mois</p> <p>-Leucoplasie chevelue de la langue,</p> <p>-Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome,</p> <p>-Purpura.trombocytopénique idiopathique</p> <p>-Salpingite en particulier lors des complications pour abcès tubo-ovariens</p> <p>-Neuropathie périphérique,</p>	<p>-Candidose bronchite, trachéale ou pulmonaire,</p> <p>-Candidose œsophagienne,</p> <p>-Cancer invasif du col utérin</p> <p>coccidiomycose extra pulmonaire,</p> <p>-Criptosporidiose intestinal sup à 1 mois,</p> <p>-Infection à CMV avec perte de la vision,</p> <p>-Encéphalopathie due au VIH,</p> <p>-Infection herpétique cutanée avec,</p> <p>-Ulcération chronique sup à 1 mois ou bronchique pulmonaire œsophagienne</p> <p>-Histoplasmose disséminée ou extra pulmonaire,</p> <p>-Isosporose intestinale sup à 1 mois,</p> <p>-Sarcome de kaposi,</p> <p>-Lymphome de burkitt,</p> <p>-Lymphome immunoblastique,</p> <p>-Lymphome cérébral primaire,</p> <p>-Infection à mycobacterum tuberculosis quelque soit le site,</p> <p>-Infection à mycobacterum avium ou kansasii disséminé ou extra pulmonaire,</p> <p>-Infection à mycobactérie disséminée ou non disséminée,</p> <p>-Pneumopathie à pneumocystis carinii,</p> <p>-Pneumopathie bactérienne récurrente,</p> <p>-Leuco encéphalopathie multifocale progressive,</p> <p>-Septicémie à salmonelle non typique récurrente,</p> <p>-Toxoplasmose cérébrale,</p> <p>-Syndrome cachectique au VIH</p>

Classification de Bangui :

Tableau III : la définition clinique suivante et la positivité de la sérologie VIH permettent le diagnostic du SIDA en milieu tropical.

Définition du SIDA en milieu tropical : Absence d'autres causes d'Immuno suppression cellulaire.

Adultes		Enfants (inf à 13 ans)	
Présence d'au moins 2 signes majeurs associés à au moins 1 signe mineur		Présence d'au moins 2 signes majeurs associés à au moins 2 signes mineurs	
Signes Majeurs :	<ul style="list-style-type: none"> -perte de poids sup. à 10 % en 1 mois, -diarrhée.chronique sup. à 1 mois, -fièvre prolonge sup. à 1 mois. 	Signes Majeurs	<ul style="list-style-type: none"> -Fièvre récidivante sup à 1 mois, -candidose.buccale récidivante, -infection.pulmonaire récidivante.
Signes Mineurs	<ul style="list-style-type: none"> -Toux chronique sup.à1 mois -Lymphadenopathie génévrière, -Infection herpétique, - Fatigue permanente, -Sueurs nocturnes, -Candidose buccale ou vaginale, -Herpes.génital récurrent, - cancer du col agressif 	Signes Mineurs	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée chronique sup à 1 mois -Perte de poids, retard de croissance, -Lymphadénopathie généralisé, -Toux chronique sup à 1 mois -Tuberculose.extra pulmonaire -Pneumocystose pulmonaire, - infection maternelle à VIH Confirmée

IV-DEMARCHE

METHODOLOGIQUE

1-Cadre d'étude :

Notre enquête a été menée dans le district de Bamako. Nous avons choisi de façon aléatoire trois établissements d'enseignement secondaire général de la commune III :

- Lycée Askia Mohamed (LAM)
- Lycée Notre Dame du Niger (LNDN)
- Lycée Alfred Garçon (LAG)

L'intérêt d'un tel choix est de mettre en évidence une différence dans les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes scolaires de la commune III à différents statuts sociaux et ceux des autres communes du district de Bamako.

2-Type d'étude :

Il s'agissait d'une enquête transversale, descriptive, à passage unique basée sur un sondage exhaustif des jeunes scolaires de 15 à 24 ans, réguliers, inscrits pour l'année académique 2010-2011 et présents au moment de l'enquête sur leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière d'infections sexuellement transmissibles et SIDA.

3-Période d'étude :

L'étude s'est déroulée de février à mars 2011 dans les trois établissements retenus.

4-Population d'étude :

Elle était constituée par les élèves adolescents âgés de 15 à 24 ans fréquentant les établissements secondaires retenus dans la commune III, du district de Bamako.

5-Critères d'inclusion et de non inclusion

5-1-Critères d'inclusion :

- être élève dans l'un des trois établissements sus cités
- être âgé de 15 à 24 ans
- accepter volontiers de répondre aux questionnaires

5-2-Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus :

- tous les élèves âgés de moins de 15 ans et de plus de 24 ans.
- tous les élèves ne fréquentant pas l'un des lycées sus cités.
- tous les élèves n'acceptants pas de façon volontaire l'enquête.

6-Echantillonnage

Nous avons obtenu la taille minimum de notre échantillon en utilisant la formule suivante :

$$n = \frac{\sum^2 \alpha p \cdot q}{i^2} = \frac{(1,96)^2 (65\%) (35\%)}{(0,05)^2} = 349,58 \cong 350$$

Pour une plus grande représentabilité nous avons retenu 500 élèves.

- **n** = taille minimum de l'échantillon
- **α** = risque fixé à 0,05 correspond à 1,96 sur la table des écarts réduits
- **i** = 5%
- **q** = 1-p
- **p** = une prévalence supposée de 65% de l'utilisation des méthodes de prévention (préservatif) des IST VIH/SIDA par les élèves au cours du premier rapport sexuel [2]

7-Variables :

- les caractéristiques socio- démographiques des enquêtés,
- connaissances sur les IST/SIDA,
- sources d'informations sur les IST/SIDA,
- l'activité sexuelle de l'enquêté,
- sur le préservatif,
- comportements sexuels à risque,
- opinion sur le dépistage du VIH/SIDA.

8-Technique et outils de collecte :

La collecte des données a été faite à l'aide des questionnaires élaborés pour les interviews des élèves âgés de 15 à 24 ans.

9-Déroulement de l'enquête :

L'enquête s'est déroulée auprès des élèves âgés de 15 à 24 ans des établissements retenus pour notre étude.

L'étude a porté sur l'interview des élèves ayant accepté de participer à notre étude en donnant leur consentement verbal pour répondre au questionnaire.

10-Traitement et analyse

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS 12.0

11-Aspects éthiques

Avant le début de l'enquête, d'amples informations ont été fournies aux élèves et à l'administration scolaire sur les objectifs et la confidentialité de l'entretien, nous avons demandé l'autorisation de l'administration de chaque établissement et le consentement éclairé verbal de chaque élève. Au cours de l'interview, les zones d'ombre identifiées ont été éclairées à la fin du questionnaire. Les questionnaires ont été individuels et l'enquête a garanti le secret.

V-RESULTATS

1-CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Tableau I : Répartition des élèves selon le sexe.

Sexe	Fréquence	Pourcentages
Masculin	292	58,4
Féminin	208	41,6
Total	500	100

Le sexe masculin représentait 58,4% des cas avec un sexe ratio de 1,4 en faveur des hommes.

Tableau II : Répartition des élèves selon les tranches d'âge.

Tranches d'âge (en années)	Fréquence	Pourcentage
15 à 18	366	73,2
19 à 23	134	26,8
Total	500	100

Les sujets âgés de 15 à 18 ans étaient les plus représentés avec 73,2 % des cas avec une moyenne d'âge de 17,72 ans.

Tableau III : Répartition des élèves selon le statut matrimonial

Statut	Fréquence	Pourcentage
Marié (e)	13	2,6
Célibataire	487	97,4
Total	500	100

La quasi-totalité des élèves étaient des célibataires, soit 97,4 % des cas.

Tableau IV : Répartition des élèves selon la classe fréquentée.

Classe	Fréquence	Pourcentage
10 ^e année	114	22,8
11 ^e année	119	23,8
12 ^e année	267	53,4
Total	500	100

Plus de la moitié de nos élèves étaient en classe terminale soit 53,4 % des cas.

Tableau V : Répartition des élèves selon la filière fréquentée.

Filières	Fréquence	Pourcentage
Science	107	21,4
Lettre	393	78,6
Total	500	100

Nos élèves étaient majoritairement des littéraires avec 78,6 % des cas.

Tableau VI : Répartition des élèves selon la résidence

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Bamako	461	92,2
Kati	39	7,8
Total	500	100

La majorité de nos élèves résidaient à Bamako avec 92,2 % des cas.

Tableau VII : Répartition des élèves selon le groupe socioculturel.

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bamanan	179	35,8
Malinké	68	13,6
Peulh	60	12
Soninké	45	9
Dogon	29	5,8
Sonrhäi	23	4,6
Senoufo	23	4,6
Khassonké	15	3
Bwa	11	2,2
Miniankan	10	2
Bozo	10	2
Autres	27*	5,4
Total	500	100%

*Autres : Touareg(7), Maure(4), Ouolof(6), Mossi(4), Toussian(1), Kakòlò(3), Mabô(2).

Le groupe socioculturel le plus représenté était celui des Bamanan, soit 35,8 % des cas.

Tableau VIII : Répartition des élèves selon la religion

Religion	Fréquence	Pourcentage
Islam	458	91,6
Christianisme	39	7,8
Animisme	03	0,6
Total	500	100

L'islam était la religion dominante soit 91,6 % des cas.

Tableau IX : Répartition selon la profession des parents.

Profession	Père		Mère	
	N	%	N	%
Fonctionnaire	270	54	78	15,6
Commerçant (e)	72	14,4	93	18,6
Artisan	20	4	0	0,0
Cultivateur	72	14,4	0	0,0
Ouvrier	15	3	0	0,0
Ménagère	0	0,0	311	62,2
Autres*	51	10,2	18	3,6
Total	500	100	500	100

*Autres : -tailleur (9+7=16), chauffeur(10) -imam(6), -pasteur(3),
-mécanicien(8), -teinturière(9), -NSP (15+2=17)

Les mères étaient majoritairement des ménagères (62,2 %) tandis que les pères fonctionnaires représentaient 54 %.

Tableau X : Répartition des élèves selon le niveau de scolarisation des parents

Niveau de scolarisation	Père		Mère	
	N	%	N	%
N'a jamais fait l'école	23	4,6	17	3,4
Alphabétisé	23	4,6	39	7,8
Ecole coranique	49	9,8	50	10
Primaire	38	7,6	82	16,4
Secondaire	37	7,4	33	6,6
Supérieur	71	14,2	17	3,4
Ne sait pas	25	51,8	162	32,4
Total	500	100	500	100

Les élèves ne connaissaient pas le niveau de scolarisation des parents, soit 51,8% pour les pères et 32,4% pour les mères.

2- CONNAISSANCES EN MATIERE D'IST/SIDA

Tableau XI : Répartition des élèves selon la connaissance du SIDA

Connaissance du SIDA	Fréquence	Pourcentage
Oui	500	100
Non	00	00
Total	500	100

Tous nos élèves avaient entendu parler du SIDA.

Tableau XII : Répartition des élèves selon qu'ils aient entendu parler d'IST

Entendu IST	Fréquence	Pourcentage
Oui	477	95,4
Non	23	4,6
Total	500	100

Peu d'élèves n'avaient pas entendu parler d'IST soit 4,6 % des cas.

Tableau XIII : Répartition des élèves selon leur croyance à l'existence du SIDA

Existence du SIDA	Fréquence	Pourcentage
Oui	391	78,2
Non	52	10,4
Ne Sait Pas	57	11,4
Total	500	100

Environ 10 % de nos élèves ne croyaient pas à l'existence du SIDA.

Tableau XIV : Répartition des élèves selon leur raison de non croyance à l'existence du SIDA

Raisons	Fréquence (eff=109)	Pourcentage
Jamais vu une PVVIH	18	16,4
Montage des blancs	8	7
Négativité d'un bébé d'une mère positive	2	1,8
Absent en Asie	2	1,8
Aucune raison évoquée	76	70
Autres	3*	3
Total	109	100

*Autres :-la non transmission par le moustique, -la protection par le préservatif, -l'incurabilité.

Le fait de n'avoir jamais vu une PVVIH était la raison la plus évoquée avec 16,4% des cas.

Tableau XV : Répartition des élèves selon leurs premières sources d'information sur les IST/SIDA

Sources d'information	Fréquence	Pourcentage
Ami(e)	8	1,6
Association/Organisme	7	1,4
Causerie	41	8,2
Ecole	106	21,2
Journal	14	2,8
Parents	33	6,6
Partenaire	7	1,4
Agent de santé	25	5
Radio	30	6
Télévision	229	45,8
Total	500	100

La télé était la source d'information la plus représentée soit 45,8 % des cas.

Tableau XVI : Répartition selon la connaissance des IST

Pathologies	Fréquence	Pourcentage
SIDA	232	46
Gonococcie	96	19,8
Syphilis	24	4,8
Hépatites	5	1
Chancre mou	7	1,4
Leucorrhées	36	7
Hémorroïde	33	6,6
Bilharziose	19	3,8
Rougeole	10	2
NSP	150	30
Autres	24*	4,8

*Autres : -Onchocercose (mara), -Prostatite, -Fièvre jaune, -Tuberculose

Le SIDA était le plus cité avec 46 % des cas.

Tableau XVII : Répartition selon les signes d'IST cités

Signes	Fréquence	Pourcentage
Aucun signe	245	49
Amaigrissement	57	11,4
Bouton génital	12	2,4
Brulure mictionnelle	40	8
Diarrhée	22	4,4
Douleur pelvienne	42	8,4
Dyspareunie	9	1,8
Hématurie	9	1,8
Pertes blanches	41	8,2
Plaie génitale	12	2,4
Prurit génital	37	7,4
Autres	2*	0,4

*Autres : -Pollakiurie, -Dysménorrhée

Près de la moitié de nos élèves ne connaissaient aucun signe d'IST, soit 49 % des cas.

Tableau XVIII : Répartition selon les voies de transmission du VIH

Voies de transmission	Fréquence	Pourcentage
Sexuelle	451	90,2
Mère-enfant	127	25,4
Sanguine	103	20,6
Objets tranchants contaminés	72	14,4
Aucune	20	4
Autres	6*	1,2

*Autres : -Moustique, -Fer rouillé, -Piqûre d'insecte

La transmission par voie sexuelle était la plus citée soit 90,2 %.

Tableau XIX : Répartition des élèves selon leur vulnérabilité au SIDA

Vulnérabilité	Fréquence	Pourcentage
Oui	128	25,6
Non	365	73
Ne sait pas	7	1,4
Total	500	100

La majorité des élèves pensaient être à l'abri du SIDA soit 73 % des cas.

Tableau XX : Répartition selon la connaissance des moyens de réduction de la transmission du VIH

Moyens de réduction	Fréquence	Pourcentage
Préservatif	256	51,2
Aucun	75	15
Eviter les objets tranchants souillés	74	14,8
Fidélité	66	13,2
Abstinence	65	13
Sensibilisation	52	10,4
Dépistage	38	7,6
Autres*	9	1,8
Arrêter l'excision	8	1,6
Prise en charge de toutes les PVVIH	5	1
PTME	4	0,8

*Autres : -éliminer toutes les PVVIH, -isoler les PVVIH, -MII, -prière, -éducation à l'école, -gratuité des ARV

Le préservatif à été le moyen le plus cité avec 51,2 % des cas.

Tableau XXI : Répartition des élèves selon la possibilité du portage sain du VIH et des IST

Portage sain	VIH		IST	
	N	%	N	%
Oui	284	56,8	129	25,8
Non	113	22,6	245	49
Ne sait pas	103	20,6	126	25,2
Total	500	100	500	100

Le portage sain du VIH à été approuvé dans 56,8 % tandis que celui des IST a été approuvé dans 25,8% des cas.

Tableau XXII : Répartition des élèves selon la possibilité de la co-infection IST-VIH

Co-infection IST-VIH	Fréquence	Pourcentage
Oui	331	66
Non	149	30
Ne sait pas	20	4
Total	500	100

La co-infection IST-VIH était approuvée dans 66 % des cas.

Tableau XXIII: Répartition selon la connaissance des méthodes de prévention des IST/SIDA

Méthodes de prévention	Fréquence	Pourcentage
Préservatif	448	89,6
Fidélité	113	22,6
Abstinence	73	14,6
Dépistage	31	6,2
Eviter les objets tranchants souillés	60	12
Ne sait pas	22	4,4
Autres*	19	3,8

*Autres : -arrêter l'excision, -utiliser les MII, -non utilisation des mêmes sous vêtements, -faire sa toilette après le rapport sexuel

La méthode la plus citée était le préservatif avec environ 90 %.

Tableau XXIV : Répartition selon que la guérison du SIDA

Guérir	Fréquence	Pourcentage
Oui	162	32,4
Non	259	51,8
Ne sait pas	79	15,8
Total	500	500

Plus de la moitié des élèves pensaient qu'on ne pouvait pas guérir du SIDA soit 51,8 % des cas.

Tableau XXV: Répartition selon le risque d’attraper une IST/SIDA en cas de partenaires multiples

Partenaires sexuels	Fréquence	Pourcentage
Oui	384	76,8
Non	55	11
Ne sait pas	61	12,2
Total	500	100

La majorité des élèves pensait que la multiplicité des partenaires augmente le risque d’attraper une IST/SIDA, soit 76,8 %.

Tableau XXVI : Répartition selon que le préservatif diminue le risque de transmission des IST/SIDA

Diminution du risque	Fréquence	Pourcentage
Oui	402	80,4
Non	50	10
Ne sait pas	48	9,6
Total	500	100

Environ 80 % des élèves pensaient que le préservatif diminue le risque de transmission des IST/SIDA.

Tableau XXVII: Répartition selon les raisons d'utilisation du préservatif par l'homme

Raisons d'utilisation	Fréquence	Pourcentage
Eviter le SIDA	354	70,8
Eviter les MST/IST	204	40,8
Eviter les grossesses non désirées	76	15,2
Ne sait pas	23	4,6

Eviter le SIDA était la raison la plus évoquée de l'utilisation du préservatif par l'homme, soit 70,8 %.

Tableau XXVIII: Répartition selon les sources d'approvisionnement en préservatif

Sources d'approvisionnement	Fréquence	Pourcentage
Pharmacie	316	63,2
Boutique	316	63,2
Centre de santé	90	18
Marché	35	7
Aucune	66	13,2
Autres *	17	3,4

*Autres :-Bars, -Pharmacopée, -Marchants ambulants, -« pharmacies par terre »,
-Centre de dépistage

La pharmacie et la boutique étaient les sources les plus citées avec 63,2 % chacune.

Tableau XXIX : Répartition selon la croyance au SIDA en fonction de la filière

Filière	Croyance au SIDA				Total
	OUI		NON		
	N	%	N	%	
Lettre	316	89,8	36	10,2	352
Science	75	82,4	16	17,6	91
Total	391	88,3	52	11,7	443

Khi-deux= 3,79 ddl= 1 P= 0,05

La croyance au SIDA était respectivement de l'ordre de 89,8% et de 82,4% chez les littéraires et chez les scientifiques.

Statistiquement il n'existait pas de lien entre la croyance au SIDA et la filière.

Tableau XXX : Répartition selon la connaissance d'au moins d'une IST en fonction de la filière

Filière	Connaissance d'au moins d'une IST				Total
	≥ 1 IST		Aucune		
	N	%	N	%	
Lettre	254	64,6	139	35,4	393
Science	72	67,3	35	32,7	107
Total	326	65,2	174	34,8	500

Khi-deux= 0,261 ddl= 1 P= 0,9

Une proportion de 64,6% chez les littéraires contre 67,3% chez les scientifiques connaissait au moins une d'IST.

Statistiquement il n'existait pas de lien entre la connaissance des IST et la filière.

Tableau XXXI: Répartition selon la connaissance d'au moins d'un signe d'IST en fonction de la filière

Filière	Connaissance d'au moins d'un signe d'IST				Total
	≥ 1 signe		Aucun		
	N	%	N	%	
Lettre	204	51,9	189	48,1	393
Science	51	47,7	56	53,3	107
Total	255	51	245	49	500

Khi-deux= 0,605 ddl= 1 P= 0,05

Au moins un signe d'IST était connu par 51,9% des littéraires et par 47,7% des scientifiques. Statistiquement il n'existait pas de lien entre la connaissance des signes d'IST et la filière.

Tableau XXXII: Répartition selon la connaissance des voies de transmission du VIH en fonction de la filière

Filière	Connaissance des voies				Total
	≥ 2 voies		1 voie		
	N	%	N	%	
Lettre	299	80,2	74	19,8	373
Science	94	87,9	13	12,1	107
Total	393	81,9	87	18,1	480

Khi-deux= 3,31 ddl= 1 P= 0,05

Pus de deux voies de transmission étaient connues par 80,2% et par 87,9% respectivement chez les littéraires et chez les scientifiques.

Statistiquement il n'existait pas de lien entre la connaissance des signes d'IST et la filière.

3-ATTITUDES

Tableau XXXIII: Répartition selon l'acceptation volontaire du dépistage du VIH

Acceptation volontaire du dépistage	Fréquence	Pourcentage
Oui	412	82,4
Non	88	17,6
Total	500	100

Plus de 80 % des élèves avaient accepté volontiers le test de dépistage.

Tableau XXXIV: Répartition des élèves selon la réalisation du dépistage du VIH/SIDA

Dépistage du VIH	Fréquence	Pourcentage
Oui	130	26
Non	370	74
Total	500	100

Seulement 26 % des élèves avaient une fois fait leur dépistage.

Tableau XXXV: Répartition des élèves selon la connaissance de leur statut sérologique

Connaissance du statut sérologique	Fréquence	Pourcentage
Oui	115	23
Non	385	77
Total	500	100

La connaissance du statut sérologique était faible, soit 23 % des cas.

Tableau XXXVI: Répartition selon le lieu de dépistage du VIH/SIDA

Lieu	Fréquence	Pourcentage
Hôpitaux/Centres de santé	230	46
Centre l'éveil	59	11,8
CNTS	20	4
Aucun	176	35,2
Autres*	15	3
Total	500	100

*Autres : -ARCAD/SIDA, -CESAC, -Labo FMPOS, -PROFAM, -AMPPF,
-Centre Yelen, -Pharmacie BABEMBA

Près de la moitié des élèves avaient cité comme lieu de dépistage les hôpitaux et les centres de santé, soit 46 %.

Tableau XXXVII: Répartition des élèves selon l'utilisation du préservatif contre la volonté du partenaire

Préservatif utilise	Fréquence	Pourcentage
Oui	412	82
Non	88	18
Total	500	100

La majorité des élèves comptaient utiliser désormais le préservatif même si leur partenaire s'y oppose soit 82 % des cas.

Tableau XXXVIII : Répartition des élèves selon les raisons citées du non utilisation du préservatif par les jeunes

Raisons du non utilisation	Fréquence	Pourcentage
Aucune	147	29,4
Manque de goût sexuel	144	28,8
Non croyance au SIDA	60	12
Autres*	37	7,4
Contient le VIH et/ou autres germes	27	5,4
Dégoût	26	5,2
Précipitation	19	3,8
Choix du partenaire	16	3,2
Confiance au partenaire	14	2,8
Ignorance des IST/MST	12	2,4
Désire d'enfant	11	2,2
Ignorance de son importance	11	2,2
Gêne	10	2

*Autres : Méconnaissance du préservatif, oubli, manque de moyens, insatisfaction sexuelle, banni par la religion, manque d'informations sur le VIH/SIDA, prise de risque.

La raison la plus évoquée était le manque de goût sexuel avec 29 %.

4-COMPORTEMENT SEXUEL

Tableau XXXIX: Répartition des élèves selon qu'ils aient un partenaire sexuel au moment de l'enquête

Partenaire sexuel	Fréquence	Pourcentage
Oui	232	46,4
Non	268	53,6
Total	500	100

Les élèves affirmaient ne pas avoir de partenaire sexuel au moment de l'enquête dans 46,4 %.

Tableau XXXX: Répartition des élèves selon qu'ils aient discuté de sexualité avec leur partenaire

Discuté de sexualité	Fréquence	Pourcentage
Oui	179	77
Non	53	23
Total	232	100

La majorité des élèves sexuellement actifs au moment de l'enquête avait discuté avec leur partenaire de sexualité, soit 77 % des cas.

Tableau XXXXI: Répartition des élèves selon qu'ils aient déjà eu ou non leur première expérience sexuelle

Première expérience sexuelle	Fréquence	Pourcentage
Oui	357	71,4
Non	143	28,6
Total	500	100

La première expérience sexuelle était déjà connue dans 71,4% des cas.

Tableau XXXXII: Répartition des élèves selon l'âge du premier rapport sexuel

Tanche d'âge	Fréquence (N=233)	Pourcentage
< 15 ans	30	13
15 à 18 ans	180	77
> 18 ans	23	10
Total	233	100

L'âge du premier rapport sexuel était compris entre 15 à 18 ans dans 77 % des cas. L'âge moyen du premier rapport sexuel était de 15 ans et les âges extrêmes de 10 et 20 ans.

Tableau XXXXIII: Répartition des élèves selon leur consentement au premier rapport sexuel

Consentement	Fréquence	Pourcentage
Oui	322	90
Non	35	10
Total	357	100

Les élèves étaient consentant au premier rapport sexuel dans 90 % des cas.

Tableau XXXXIV: Répartition des élèves selon leur connaissance du préservatif au moment du premier rapport sexuel

Connaissance du préservatif	Fréquence	Pourcentage
Oui	212	59
Non	145	41
Total	357	100

Le préservatif était connu dans 59 % des cas au moment du premier rapport sexuel.

Tableau XXXXV: Répartition des élèves selon qu'ils aient utilisé le préservatif au premier rapport sexuel

Préservatif utilisé	Fréquence	Pourcentage
Oui	94	26
Non	254	71
Ne sait pas	9	3
Total	357	100

L'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel était seulement dans 26 % des cas.

Tableau XXXXVI: Répartition des élèves selon leur fréquence d'utilisation du préservatif

Fréquence d'utilisation	Fréquence	Pourcentage
Toujours	144	40
Parfois	140	39
Jamais	73	21
Total	357	100

Moins de la moitié des élèves utilisaient toujours le préservatif, soit 40 % des cas.

Tableau XXXXVII: Répartition des élèves selon qu'ils aient eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels (PO)

Rapport sexuel avec PO	Fréquence	Pourcentage
Oui	74	21
Non	283	79
Total	357	100

Les élèves avaient eu des rapports occasionnels dans 21 % des cas.

Tableau XXXXVIII: Répartition des élèves selon l'utilisation du préservatif avec le PO

Préservatif utilisé	Fréquence	Pourcentage
Oui	37	50
Non	37	50
Total	74	100

Le préservatif à été utilisé dans 50 % des cas avec le PO.

Tableau XXXXIX: Répartition des élèves selon le nombre de partenaires déjà fréquentés

Nombre de partenaires	Fréquence	Pourcentage
1	154	43,1
2 à 5	187	52,4
6 à 11	16	4,5
Total	357	100

Plus de la moitié des élèves avaient eu entre 2 à 5 partenaires, soit 52,4 % des cas.

VI-COMMENTAIRES

ET

DISCUSSIONS

1- Méthodologie :

Notre étude a été menée avec succès, cependant nous avons été confrontés à un certain nombre de problèmes dont la mauvaise interprétation de la part de certains élèves malgré les explications données sur le but de l'étude avant le début de l'enquête.

2- Caractéristiques sociodémographiques

La majorité des élèves enquêtés était de sexe masculin (53,8%) [**Tableau I**], les célibataires représentaient 97,4 % [**Tableau III**]. La tranche d'âge de 15 à 18 ans était la plus représentée soit 73,2 % [**Tableau II**]; 92,2 % résidaient à Bamako [**Tableau VI**].

3- Connaissances

Les principales IST citées par nos enquêtés étaient le SIDA (46%) et la gonococcie (19,8%). Les pathologies comme la bilharziose, l'hémorroïde, l'onchocercose « mara », la fièvre jaune et la tuberculose ont été assimilées aux IST [**Tableau XVI**].

Nos résultats sont comparables à ceux de FOMBA.B [2] qui avait trouvé 36,19% pour le SIDA et 29,04% pour la gonococcie. Pour BERTHE [17] 96,6 % des élèves garçons ont cité le Sida et la Gonococcie (65%) ; dans une étude [27], les élèves filles avaient cité le Sida dans 94,9 % et la Gonococcie dans 65%. Une autre étude menée à Banjul (en Gambie) [28] trouvait que 87 % les hommes âgés de 14 à 24 ans ont entendu parler au moins d'une IST. Ainsi le SIDA apparaissait comme l'IST la plus connue.

Les signes d'IST les plus cités par nos élèves étaient la douleur pelvienne (8,4%), les pertes blanches (8,2 %) et la brûlure mictionnelle (8 %) contre 49 % des élèves qui ne connaissaient aucun signe [**Tableau XVII**].

FOMBA [2] avait trouvé 21,9% de pertes blanches, 6,66 % de brûlure mictionnelle contre seulement 4,28% qui ne connaissaient aucun signe. Nous observons ici une nette baisse de la connaissance des signes d'IST par les élèves.

Ceci pourrait s'expliquer par l'accent particulier porté sur la pandémie du SIDA lors des multiples campagnes de sensibilisation.

Les principales voies de transmission citées ont été la voie sexuelle (90,2 %), la transmission mère enfant (25,4), la voie sanguine (20,6 %) et les objets tranchants contaminés (14,4 %) [**Tableau XVIII**]. En comparaison avec les résultats de FOMBA [2], qui avait trouvé la voie sexuelle avec 30,47 %, la voie mère-enfant avec 15,73 %, nous constatons une amélioration de la connaissance des élèves par rapport à ces deux voies de transmission du VIH. Cela pourrait s'expliquer par les multiples campagnes d'I.E.C entreprises par les ONG internationales et par l'Etat à travers les médias.

Le préservatif était le moyen de prévention le plus cité par les élèves soit 89,6%, suivi de la fidélité (22,4%) et de l'abstinence (14,6 %). Le dépistage à été cité par 6,2 % des élèves comme moyen de prévention contre les IST/SIDA [**Tableau XXIII**].

Ces résultats sont comparables à ceux de FOMBA [2] qui avait trouvé le préservatif avec 57,63%, suivi de l'abstinence (30,95%) et de la fidélité (11,42%). Les 6,2 % de nos élèves qui ont cité le dépistage ne sont pas à négliger car cela signifie une prise de conscience de la part des jeunes que le dépistage est nécessaire dans la prévention du VIH.

Les principales sources d'information sur les IST/sida citées par les élèves étaient la télévision (45,8%) ; l'école (21,2%) ; les causeries (8,2%) ; les parents (6,6%) et la radio (6%) [**Tableau XV**].

Une étude réalisée au Burundi en 2001 [18] avait trouvé 49,5% pour la radio ; 5% pour la télé et 6% pour les parents dans la tranche d'âge de 15 à 25 ans.

Selon l'étude d'Amidou [19] les principales sources d'information sur les IST/SIDA pour les élèves étaient : l'école/conférence avec 50%, les médias avec 44,7% ; les parents avec 3,2%. Les parents ont été une source rarement rapportée par toutes les enquêtes.

Le rôle prépondérant des medias comme source d'information dans l'acquisition des connaissances, en matière d'IST/SIDA, noté dans notre étude a également été révélé dans plusieurs études [70-2].

En comparant toutes ces études, il ressort que le rôle des parents comme sources d'information dans l'acquisition des connaissances en matière d'IST/SIDA est faible.

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

Tous nos enquêtés ont entendu parler du SIDA, et plus de la moitié des élèves y croient; la minorité qui n'en croit pas est à prendre en compte à des fins de sensibilisation.

4-Attitudes

Dans notre échantillon, une proportion de 82,4% était prête à faire le test de dépistage [Tableau XXXIII] mais seulement 26% avait déjà fait le test [Tableau XXXIV] et 23% connaissait leur statut sérologique [Tableau XXXV]. FOMBA dans son étude avait trouvé 80% d'acceptation volontaire du test et 20% qui avaient déjà fait le test mais dont le résultat était ignoré [2].

L'étude réalisée au Burundi en 2001 [18] avait trouvé 13,7% de réalisation du dépistage dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans.

Nous observons ici une nette amélioration de la volonté de connaître le statut et de la réalisation du test tout en prenant connaissance du résultat.

Cela pourrait s'expliquer par la vulgarisation des messages de sensibilisation sur le VIH et la gratuité de sa prise en charge.

Les hôpitaux/centres de santé étaient les lieux de dépistage les plus cités soit 46% des cas [Tableau XXXVI]. FOMBA avait trouvé le centre l'éveil comme lieu de dépistage le mieux indiqué. [2]

Plus de 80% de nos élèves comptaient utiliser désormais le préservatif même si leur partenaire s'y oppose [Tableau XXXVII].

Le manque de goût sexuel était la principale raison du non utilisation du préservatif soit 29% suivi du non croyance au SIDA soit 12% [**Tableau XXXVIII**].

5-Comportements

5-1-De l'activité sexuelle

Dans notre étude, la majorité des élèves enquêtes (357 soit 71,4%) avait déjà eu une première expérience sexuelle [**Tableau XXXXI**]. L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 15 ans et les âges extrêmes de 10 et 20 ans. Plus de la moitié de nos élèves sexuellement actifs soit 52,4% avaient eu entre 2 et 5 partenaires sexuels [**Tableau XXXXIX**].

Parmi les 357 élèves en activité sexuelle, 74 soit 21% ont affirmé avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel [**Tableau XXXXVII**].

Amidou Traoré [19] avait trouvé que 50% des élèves du CFTQ étaient sexuellement actifs, ceux du LDDK et du LFCK l'étaient avec des taux respectifs de 75,5% et 57,4%. L'âge minimum était de 14 ans pour le CFTQ, 11ans pour le LDDK et 12 ans pour le LFCK.

Une étude menée au Burkina Faso [20] indiquait que l'activité sexuelle commence vers 15 ans alors qu'au Niger elle commençait vers 12 ans.

Dans l'étude de B. Touré [22] faite à Abidjan, plus de la moitié des élèves enquêtes (56,1%) avaient déjà eu des rapports sexuels. L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 15,02 ans chez les filles et 15,28 ans chez les garçons. FOMBA avait trouvé que tous les enquêtés en activité sexuelle ont eu au moins deux partenaires sexuels et 26,6 % ont eu plus de 5 partenaires sexuels. [2]

Nous remarquons que nos élèves ont une activité sexuelle précoce dont les causes peuvent être multiples. La principale raison pourrait être le manque de l'éducation sexuelle d'une part au sein des familles et d'autre part à l'école ou les cours ne traitent que de la biologie et de l'anatomie, et ne parlent pas de sexualité en tant que telle.

5-2-Du contexte du premier rapport sexuel

Le contexte du premier rapport sexuel est un indicateur clé du risque potentiel de contraction d'une MST et marque de façon psychologique le jeune. Ainsi nous avons demandé aux jeunes le caractère volontaire ou non volontaire de leur premier rapport sexuel et les résultats montrent que 90% ont fait leur premier rapport sexuel de façon consensuelle contre 10% qui l'ont fait par contrainte [Tableau XXXXIII]. FOMBA avait trouvé 68,33% d'acceptation volontaire contre 31,67% d'acceptation par contrainte lors du premier rapport sexuel. [2]

Nous observons ici une nette diminution du caractère contraignant lors des actes sexuels. Cela pourrait s'expliquer par une réelle augmentation de la curiosité de découvrir l'acte sexuel.

5-3-Du préservatif

Seulement 26% des élèves ont affirmé avoir utilisé le préservatif au cours du premier rapport sexuel contre 71% qui ont affirmé ne pas l'avoir utilisé [Tableau XXXXV], alors que 59,% le connaissaient déjà comme méthode préventive contre les IST [Tableau XXXXIV].

La moitié des élèves (50%) qui ont eu des rapports avec des partenaires occasionnels déclare avoir utilisé le préservatif au cours de ces rapports [Tableau XXXXVIII].

Selon les enquêtés, les raisons de non utilisation des préservatifs étaient essentiellement le fait qu'ils rendent les rapports sexuels moins agréables (29%), le non croyance au SIDA (12%) et une éventuelle contamination du VIH par les préservatifs (5,4%) [Tableau XXXVIII].

Dans l'étude d'Amidou Traoré [19], 39,2% des élèves sexuellement actifs du CFTQ déclaraient avoir utilisé le préservatif à cette occasion.

FOMBA avait trouvé 65,95% d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel et avec seulement 29,9% de son utilisation lors des rapports sexuels avec les partenaires occasionnels. [2]

L'étude Evac jeune [21] menée à Lomé révélait que sur les 1039 jeunes qui avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels au moment de l'enquête, seul 271(soit 26%) déclaraient avoir utilisé une méthode contraceptive à cette occasion. Les garçons étaient légèrement plus nombreux que les filles (30% contre 23%) à adopter un tel comportement lors du premier rapport sexuel.

Différentes études menées au mali, mais aussi ailleurs en Afrique subsaharienne, ont noté la survenue des premiers rapports sexuels à un âge jeunes pendant l'adolescence [22-23-17-24], la multiplicité des partenaires sexuels et l'utilisation irréguliers des préservatifs [22-25-26-19] dans nos régions.

En effets bien que la majorité des adolescents enquêtés (89,6%) aient cité le préservatif, comme moyen de prévention [Tableau XXIII], son utilisation reste irrégulière au motif qu'il diminue le plaisir au cours de l'acte sexuel.

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

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

Ainsi, malgré les efforts de sensibilisation sur le VIH/SIDA et les IST, un comportement sexuel sain n'est pas encore adopté au sein de cette population jeune.

VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1-Conclusion :

Au terme de cette étude nous avons abouti aux conclusions suivantes :

- Les élèves pensaient que le Sida n'existe pas dans 10,4% des cas.
- Le SIDA a été l'IST la plus citée avec 46%, suivi de la gonococcie avec environ 20% des cas. Les autres IST étaient moins connues.
- La voie sexuelle était la voie de contamination la plus évoquée avec environ 90% suivie de la transmission mère-enfant (25,4%) puis de la voie sanguine (20,6%).
- Le préservatif était la méthode de prévention la plus évoquée avec environ 90% suivi de la fidélité avec 22,6% des cas mais seulement la moitié avait utilisé le préservatif au cours des rapports sexuels occasionnels.
- Le manque de goût sexuel a été la raison la plus évoquée du non utilisation du préservatif par les jeunes.
- Les 82,4% des enquêtés ont accepté de faire de façon volontaire leur test de VIH.
- Seulement 23% des élèves enquêtés connaissaient leur statut sérologique/VIH ; les Hôpitaux/Centres de santé étaient le lieu de dépistage le plus cité soit 46% des cas.

2-Recommandations

Au ministère de la santé

- Etendre la mise en place de centres des jeunes pour la prise en charge de leurs problèmes sanitaires.
- Rendre disponibles et à la portée de tous les jeunes des centres de conseils et de dépistage volontaire

Au ministère de l'éducation

- Mobiliser le système éducatif pour qu'il devienne le moteur d'un programme de prévention et de prise en charge généralisée pour la jeunesse scolarisée ;

- Introduire dans le programme d'enseignement des cours d'éducation sexuelle au sein de tous les établissements fondamentaux deuxième cycle et secondaires ;
- Assurer une formation continue des enseignants dans le domaine des IST.

Aux parents

- Lever le tabou sur le sexe auprès des jeunes en discutant de sexualité avec eux.
- Contribuer à l'éducation sexuelle des jeunes en les informant sur les dangers liés aux IST-SIDA

Aux adolescents et jeunes adultes

- Participer pleinement aux campagnes d'information, d'éducation et communication (IEC) organisées sur les IST/SIDA.
- Profiter de chaque occasion pour s'informer et informer ses pairs.
- Faire le dépistage volontaire du VIH pour connaître son statut sérologique.
- Eviter les comportements à risque en utilisant le préservatif.

VII-REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1-ONU SIDA le point sur l'épidémie du SIDA 2004

2-FOMBA Bouba : connaissances, attitudes et pratiques des jeunes lycéens face aux IST VIH/SIDA dans les écoles secondaires de la commune I du district de Bamako. Thèse, Med, Bamako, 2009 ,74p

3-ONUSIDA publication de quelques chiffres sur le VIH

www.who.int consulté le 07/10/10

4-MINISTERE DE LA SANTE/ CELLULE DE COORDINATION DU COMITE SECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Compétence en counseling en matière de VIH/SIDA, Manuel de référence Août 2006 Page : 2

5-Montagnier L :

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

6-ONUSIDA rapport sur l'épidémie mondiale .Genève, 2002, p231

7-Della Betta- Fiel. M. NLLAGAM, ISLAM.M

La lutte contre les IST un fardeau mondial et un défi à la prévention Aids cap/ USAID 1997 ; 5-15

8-Institut royal des tropiques : Relever les défis du VIH/SIDA et des MST

Aids/SAF Aids/OMS 1995. 5-7

9-OVER M.PIOT; HIV Infection and sexually transmitted diseases in diseases control priorities in developing countries Washington. Oxford University 1993; 5-25

10-HolmES K.K Delay P Crohen M.S;

La lutte contre les MST une priorité en santé publique 1995; 9-13

11-ONUSIDA baisse des taux d'infection à VIH associée à l'évolution des comportements sexuels en Thaïlande 1998 ; 1-2

12-ONUSIDA/OMS les principes directeurs applicables à la surveillance des IST et VIH dans le monde 199-1-15

13-hitchcock p; fransenl;

Preventing HIV infections. Lessons from wanga and Rakai the lancet 1999:353:503-514

14-ONU SIDA/OMS le point sur l'épidémie du sida, Genève, 2006

15-CHOQUET .M, LEBOUX S.

Adolescents enquête Nationale Analyses et prospectives – France 1994 .344 p.

16-ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE AU MALI-EDSM IV
DNS. Mali Mars 2008.

17-BERTHE : Connaissances, attitudes et comportements pratiques des adolescents du lycée ASKIA MOHAMED en matière de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et du SIDA. Thèse méd. Bamako, Mali ; 2000 ; 143p

**18- ENQUETE SOCIO COMPORTEMENTALE SUR L'INFECTION
PAR LE VIH/SIDA AU BURUND**

<http://www.grandslacs.net/doc/2966.pdf> consulté le 27/05/11

19-Amidou TRAORE : Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes de moins de vingt ans face aux IST/SIDA. Thèse Pharm Bamako 2006, 91p

20- Direction nationale de la santé publique, programme national de lutte contre le SIDA :

La prise en charge syndromique des MST. Manuel d'appui 1997; p 4 et p 8

21-Kodjovi Kouwanou, Patrice Muka Hirwa : Enquête évaluation du centre des jeunes de l'ATBEF à Lomé «Evac jeune 1 »

Connaissances, attitudes et pratiques sexuels des jeunes de Lomé focus on young adultes et URD, SFPF, Juin 2000 P27

22-Touré B et collaborateurs

Connaissances attitudes et pratiques des collégiens et lycéens d'Abidjan face au VIH/sida. Méd. trop 2005 ; 65 :346-348

23-Maïga : Connaissance, attitudes et comportements sexuels en matière de MST/SIDA en milieu scolaire à l'EN de Bougouni et lycée Monseigneur Didier De Montclos de Sikasso. These Med Bamako 2000

24-AGBERE ARD, TCHAGAFU M, HOUEJJI K et coll.

Utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes femmes de Lomé (Togo). Sante 2003 ; 13 :243-251.

25-BA MG, SANGARE M, MOREIRA P et coll:

Connaissance, pratique et perspectives de la contraception chez les adolescentes. Med Afr Noire 1999 ; 46 :300-302.

26-COURTOIS R, MULLETE, MALVY D:

Comparaison des comportements sexuels de lycéens congolais et français dans le contexte du SIDA. Santé 2001 ; 11 :49-55

27-Sacko D : Connaissance attitudes et pratiques des adolescents du lycée Bah Aminata DIALLO en matière de planification familiale, des maladies sexuellement transmissibles et du SIDA

Thèse Med : Bamako, 139 P 2000

28-Kane T T Buyscher R, Tunde T T

Grossesse de l'adolescent et contraception dans l'agglomération de Banjul Pope Sahel Août 1990 (2ème Edition) N° 13 P 28 – 34

29-Bebear C et Latrille.Mycoplasmes.In : le Minor L et Veron M.

Bactériologie Med Paris : Flammarion 1989 :1088-1097

30-Caumes E.M. Javier

Syphilis. Encycl. Méd. chir. maladies infectieuses 1994

31-De Babeyrac B, Dupon M, Bebaérac

Infection à chlamydia maladies infectieuses. Encycl. Med chir 8-037-A -10 -12-670 B -20, Paris 13 P

32-E.pilly

Malades infectieuses ; mont morency 16ème Ed oct. 1997 605 P

33-Fowke KR; Nagel Kerke NJ; kimani

Resistance to VIH, infection among persistency sero negative prostates in Nairobi, Kaya Lancet. 1996; 348; 1347-1351

34-Gaudin OG .Infection humaine à mycoplasmes ; maladies infectieuses 1989; Paris Encycl med chir

35-Peloux Y bactéries inhabituelles IN : le Minor L et Veron M Bactériologie médicale Paris : Flammarion 1989 ; 545-52

36-Geniaux M.Baccino E. Soutoul JH.

Maladies sexuellement transmissibles « chez la femme, la mère, la mineur ».

Grenoble, 3 nov. 1993 Méd. Mal Infect 1994, 24 (N°4 bis) pages 403 à 96

37-Kachapia L

The HIV / Aids epidemic in Malawi International Nursing Keview 1998; 45 (6): 179 – 1781

38-Nozais JP Datry A Danis M: trichomonose vaginale;traité de parasitologie medicale Paris prodct 1996;307-308

39-Orfila J chlamidiales .In : le Minor L et Veron M. Bactériologie Médicale. Paris Flammarion, 1989 ; 1072 – 87

40-Pillot J, Daguét G, Peloux Y, Dupoue YP et Berche P.

Spirochetes In : le Minor L et Veron M, Bactériologie Médicale. Paris : Flammarion 1989 ; 1021 – 1057

41-Ramjee G; karim SS; Sturn AW.

Sexually transmitted infections among sex workers in Kwazulu natal South Africa Sexually transmitted diseases. 1998; 25: 346 – 9

42-Quinn T.C, Wawer M.J; Sewankambo N et al Viral load and heterosexual transmission of human Immunodeficiency virus type 1; IN England J Med 2000; 353: 513 – 514

43-Siboulet. A : La résistance du gonocoque aux antibiotiques peut-elle expliquer la recrudescence actuelle des MST ? Med Af Noire 1991 ; 38 : 77 – 80

44-Siboulet A, coulaud JP ; catalan F ; Basset A, Bohbot JM.

Blenorragie gonococcique. Maladies sexuellement transmissibles Paris Masson ; 1991

45-Traoré Y A : Etude de la prévalence des MST / VIH et facteurs de risque de l'infection par le VIH dans les six communes du district de Bamako à propos de 551 cas ; thèse Med ; Bamako.2000

46-ANNE LA PORTE, FLORENCE LOT

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

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

48-Clavel F:

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

49- ESSEX M.

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

50- Fleury HJA 2eme édition Paris

Virologie humaine paris Masson 2^{ème} édition paris Masson 1997 ; 195

51-Fleury HJA.

Virologie humaine paris Masson ,2000; 928p

52-Gallo R-C:

Detection, isolation and continuous production of cytophatic retrovirus from patients,with AIDS and Arcs. Science 1984; 224; 497P

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

54-Gentilini M:

Medicine tropical Paris Flammarion 1993; 928p

55-[http: // documentation.ledmed.org/igm/html/doc 10797.html](http://documentation.ledmed.org/igm/html/doc_10797.html)

56: in: [www. Yahoo encyclopedie.fr/SIDA](http://www.yahoo.encyclopedie.fr/SIDA)

57-Jossay, M donadien y le SIDA

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

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

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

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

60-Montagnier L:

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

61-Montagnier L :

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

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

63-Peeters Mulanga-Ka Beyac, Deleporte E.

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

64-Pilly E : maladies infectieuses 15^{ème} édition paris 1996 ; 453

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

65-Rosenheim M et A.I Touangaporo

SIDA et infection à VIH : aspect en zone tropicale

Paris : méd. Trop, éd ELLIPSES. AUPELF 9 :101-109

66-Siboulet A, coulaud JP ; catalan F ; Basset A, Bohbot JM.

Blennorragie gonococcique. Maladies sexuellement transmissibles paris Masson ; 1991

67-Starm w ; Turck M :

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

68-ONUSIDA/OMS: Le point sur l'épidémie de SIDA, Décembre 2009

69-Description.du.VIH: disponible sur <http://www/france.com/sebiv/descrip/ttm>

70-Makan KOUMA : connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée Mamadou SARR relatives à la planification familiale, infections sexuellement transmissibles et SIDA. Thèse, Med, Bamako, 2008 ,92p

IX. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Numéro du questionnaire: /__ / __ / __ /

Date de l'enquête /__ / __ / __ /

Site d'enquête : Commune III

Etablissement : _____ /

Classe / __ / 1=10^{ém} 2=11^{ém} 3=Terminal

Section / __ / 1=Science 2=Lettre

**L'IDENTIFICATION/CARACTERISTIQUES SOCIODEOGRAPHIQUES DE
L'ENQUETE**

Q1-Age :.....(en.année).

Q2-Sexe / __ / 1=Masculin 2=Féminin

Q3-Résidence / __ / 1=Bamako 2=Kati

99=Autre à préciser.....

Q4-Statut.de.l'enquêté .:/ __ /.....1=Marié.....2=Célibataire

99=Autre (à spécifier).....

Q5- Religion : / __ / 1=Christianisme 2=Islam 3=Animisme

99= Autre (à spécifier).....

Q6-Profession du Père : / __ / 1= Commerçant 2= Artisan 3=Fonctionnaire

4=Ouvrier 5= Cultivateur 6= Autres à préciser.....

Q7-Niveau de scolarisation du père : / __ /

1=Alphabétisé en langue locale 2=Ecole primaire + alphabétisation en langue locale

3=Ecole primaire (préciser le nombre d'année)..... 4=Ecole coranique/Medersa

88= Ne sait pas 99=Autre à préciser.....

Q8-Profession de la mère : / __ / 1= Commerçante 2= Ménagère 3=Fonctionnaire

5= Autres à préciser

Q9-Niveau de scolarisation de la mère : / __ / 1=Alphabétisé en langue locale

2=Ecole primaire + alphabétisation en langue locale 3=Ecole primaire (préciser le nombre d'année)..... 4=Ecole coranique/Medersa

88= Ne sait pas

99=Autre à préciser.....

Q10-Ethnie / __ / 1= Bamanan 2= Soninké 3= Malinké 4=Peulh 5=Sonrhäi

7=Senoufo 9=Kassonké 11=Autres à préciser

II CONNAISSANCE EN MATIERE D'IST/ SIDA

Q11-Avez-vous entendu parler de maladie qu'on peut attraper par les rapports sexuels (MST/IST) : /___/ 1=Oui 2=Non

Q12-Avez-vous entendu parler de SIDA ?/___/ 1=Oui 2=Non

Q13-Croyez-vous à l'existence du sida ? 1=Oui 2=Non 88=Ne sait pas

Sinon, pourquoi.....

Q14-Quelle a été votre première source d'information sur les IST/ SIDA ?/___/

1=parents 2=école 3=agent de santé 4=Ami(e) 5=Association/organisme 6=télévision

7=Radio 8=journal 9=partenaire 10=causerie

99=Autres (à préciser).....

Q15-Si vous avez entendu parler d'IST, citer quelques exemples ?

Q16-citer quelques signes d'IST :

Q17-pouvez citer quelques voies de transmission du VIH/SIDA ?

Q18-pensez-vous être à l'abri des IST/SIDA ?/___/ 1=Oui 2=Non

Q19-Que peut-on faire pour réduire la transmission du VIH/SIDA ?

Q20-Peut-on être infecté par le virus du sida sans manifester les signes ? /___/

1=Oui 2=Non 88=Ne sait pas

Q21-Peut-on avoir une IST sans manifester les signes ? /___/

1=Oui 2=Non 88=Ne sait pas

Q22-Une personne qui a une IST ne peut-elle avoir aussi le SIDA ? /___/

1=Oui 2=Non

Q23-pouvez vous citer quelques méthodes de prévention contre les IST/SIDA ?

Q24-Peut-on guérir du sida si on se fait soigner très tôt ? /___/

1=Oui 2=Non 88=Ne sait pas

Q25-Plus on a des partenaires sexuels, plus le risque d'attraper une IST / virus du sida est grand /___/ 1=Oui 2=Non 88=Ne sait pas

Q26-L'utilisation de condom diminue les risques de transmission de sida /___/ 1=Oui 2=Non 88=Ne sait pas

Q27-L'utilisation de condom diminue les risques de transmissions des IST /___/ 1=Oui 2=Non 88=Ne sait pas

Q28-Pourquoi pensez-vous qu'un homme doit porter un préservatif pendant le rapport sexuel ?

Q29-Quelle sont les sources d'approvisionnement en préservatif que vous connaissez ?

III- Attitudes

Q30-Consentez-vous pour subir et recevoir le test de dépistage du VIH ?/___/ 1=oui 2=non

Q31-Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH ?/___/ 1=oui 2=non

Si oui avez vous obtenu les résultats de ce test ?/___/ 1=oui 2=non

Q32-pouvez vous citer un endroit où on fait le dépistage du VIH ?/___/ 1=oui 2=non

Si oui, indiquer l'endroit (écrire le nom).....

IV-COMPORTEMENT SEXUEL :

Q33-Avez-vous présentement un partenaire sexuel ? /___/ 1=Oui 2=Non

Si oui, vous est il arrivé de parler avec votre partenaire de sexualité en général ? /___/

1=Oui 2=Non

Q34-Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? /___/ 1=Oui 2=Non

Si oui, quel âge aviez-vous pour la première fois ?

1. Age /___/ 2. Je ne me rappelle pas /___/

Q35-Vous avez fait votre premier rapport sexuel: /___/

1=par curiosité 2=par contrainte (obligation)

Q36-Connaissez-vous le préservatif au moment de votre premier rapport sexuel ?/___/

1=oui 2=non

Q37-Avez-vous utilisé un préservatif à votre premier rapport sexuel ? /___/ 1=Oui

2=Non 88=Ne sait pas

Q38-Etes vous prêt à utiliser désormais un préservatif même si votre partenaire s'y oppose ?/___/ 1=Oui 2=Non

Q39-Quelle est votre fréquence d'utilisation du préservatif ? /___/

1= Toujours 2=Par fois 3=Jamais

Q40-Combien de partenaire avez-vous déjà fréquenté ?

1-nombre/___/ 88= je ne sais pas/___/

Q41-Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. /___/

1=oui 2=non

Si oui, avez-vous utilisé le préservatif avec ce partenaire occasionnel ?

1=oui 2=non

Q42-Selon vous pourquoi tous les jeunes n'utilisent pas le préservatif ?.....

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : *DIASSANA*

Prénom : *Koniba*

Tel : *66683043-76131389*

E-mail : *koniba_diassana@yahoo.fr*

Titre de la thèse : Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes lycéens face aux IST VIH/SIDA dans les écoles secondaires de la commune III du district de Bamako.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteurs d'intérêt : Santé publique, Maladies infectieuses.

RESUME :

Notre étude, de type transversal, descriptive, portant sur 500 élèves âgés de 15 à 24 ans s'est réalisée de février à mars 2011 dans trois Lycées de la commune III du district de Bamako. Elle avait pour objectif d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes lycéens de la commune III du district de Bamako face aux IST et VIH/SIDA.

Le SIDA (46 %) et la gonococcie (19,8 %) ont été les plus cités ; 90,2 % des élèves savaient que le SIDA se transmet par voie sexuelle.

La principale source d'information a été la télé avec 45,8 %.

L'utilisation du préservatif (89,6 %) a été le moyen de prévention le plus répandu.

Malgré leur bonne connaissance sur les IST/SIDA les jeunes ont un comportement à risque élevé, pour cela 71% des adolescents n'ont pas eu recours au préservatif lors de leur premier rapport sexuel ; 52,4% ont eu des rapports avec 2 à 5 partenaires.

Parmi eux, 21 % ont eu des rapports avec des partenaires occasionnels dont seulement la moitié a recouru au préservatif avec ce partenaire

L'âge minimum au premier rapport sexuel était de 15 ans.

Mots clés : Jeunes, Connaissance, Attitude, Pratique, IST, VIH/SIDA.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le Jure !