

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO.**

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année Universitaire 2011/2012

N°.....

THESE

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES
COMPORTEMENTALES DES JEUNES DE
15 A 24 ANS FACE AU VIH /SIDA DANS LA
COMMUNE RURALE DE SANGAREBOUGOU**

**Présentée et soutenue publiquement le... /.. / 2012 devant
la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali**

Par: **M. Mamadou Daba COULIBALY**

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

JURY

Président : Professeur Sounkalo DAO
Membre : Docteur Cheick Amadou Tidiane TRAORE
Co-directeur : Docteur Oumar GUINDO
Directeur de thèse : Professeur Samba DIOP

DEDICACES

Au nom d'Allah le Tout Puissant, Le Très Miséricordieux pour m'avoir donné le courage et la santé de mener à bien ce travail.

Je dédie cette thèse :

A mes parents DABA COULIBALY et KOROTOUMOU CAMARA

Les mots me manquent pour traduire ce que je ressens. Chers parents vous vous êtes battus pour que je puisse être dans le futur un homme modèle. Vous m'avez enseigné le coran depuis l'enfance, vous m'avez suivi pas à pas en me comblant de votre amour, Votre dévouement, votre rigueur et votre persévérance m'ont assuré une éducation fondée sur la probité, l'intégrité et la dignité. Vous nous avez toujours souhaités les meilleures études et les meilleures conditions de vie.

Je vous dédie ce travail pour tout l'amour et pour tout le sacrifice consentis pour mon éducation. Que Dieu vous prête longue vie pleine de santé et de bonheur afin que nous puissions profiter longuement de vos conseils et de vos directions.

REMERCIEMENTS

A mes frères et sœurs :

Amidou, Mariam, Sanaba, Aboubacar, Amadou, Hawa
Disponibilité, attention, compréhension, amour, soutien moral, vous avez été exemplaire pour moi en partageant tous mes soucis tout en souhaitant me voir réussir.

A mon père Dr Adama Diokolo Coulibaly

Je n'oublierai jamais votre amour, depuis mon enfance vous m'avez donné votre tendresse votre soutien moral et votre bénédiction. Que Dieu vous protège longtemps et vous comble de bonheur et de santé.

A mes amis :

Feu Mamoudou Kouma, Souleymane Diarra, Bouramassiré Kouma, Sidy Coulibaly, Brehima Sogoba, Youssouf Koné, Malado, Coumba, Seydou, Gallo, Bangouma, vous avez été pour moi des compagnons de lutte. Ensemble nous avons enduré des souffrances et des difficultés. Merci pour votre affection et votre sympathie. A travers ce travail je vous réitère toute ma reconnaissance.

A Dr SOUMARE Modibo

Docteur, votre personnalité m'a toujours fasciné. J'ai tant voulu vous ressembler. Vous m'avez donné l'amour de la Gynécologie-obstétrique par la qualité de vos enseignements et le goût de la recherche.

Cher maître, je ne saurais vous dire la profondeur de mes considérations.

A mon meilleur ami Almamy I. Doumbouya

Depuis la deuxième année médecine nous sommes devenus inséparables. Cher ami, les mots me manquent pour te dire merci car à travers toi j'ai connu le sens du mot amitié. Ton humour, ton amour du prochain et ta bonne éducation n'ont jamais cessé de m'émouvoir. Je prie Dieu pour que notre amitié résiste à tous les obstacles de la vie. Je te souhaite beaucoup de réussite dans la vie.

A mes amis et camarades du lycée à l'internat de la faculté de médecine : Al Hassan Tamba, Al Houssein Tamba, Alhousseiny Coulibaly... L'amitié est un sentiment qui se vit et n'a pas besoin de se dire. Vous êtes ancrés dans mon cœur par tant de choses partagées ensemble.

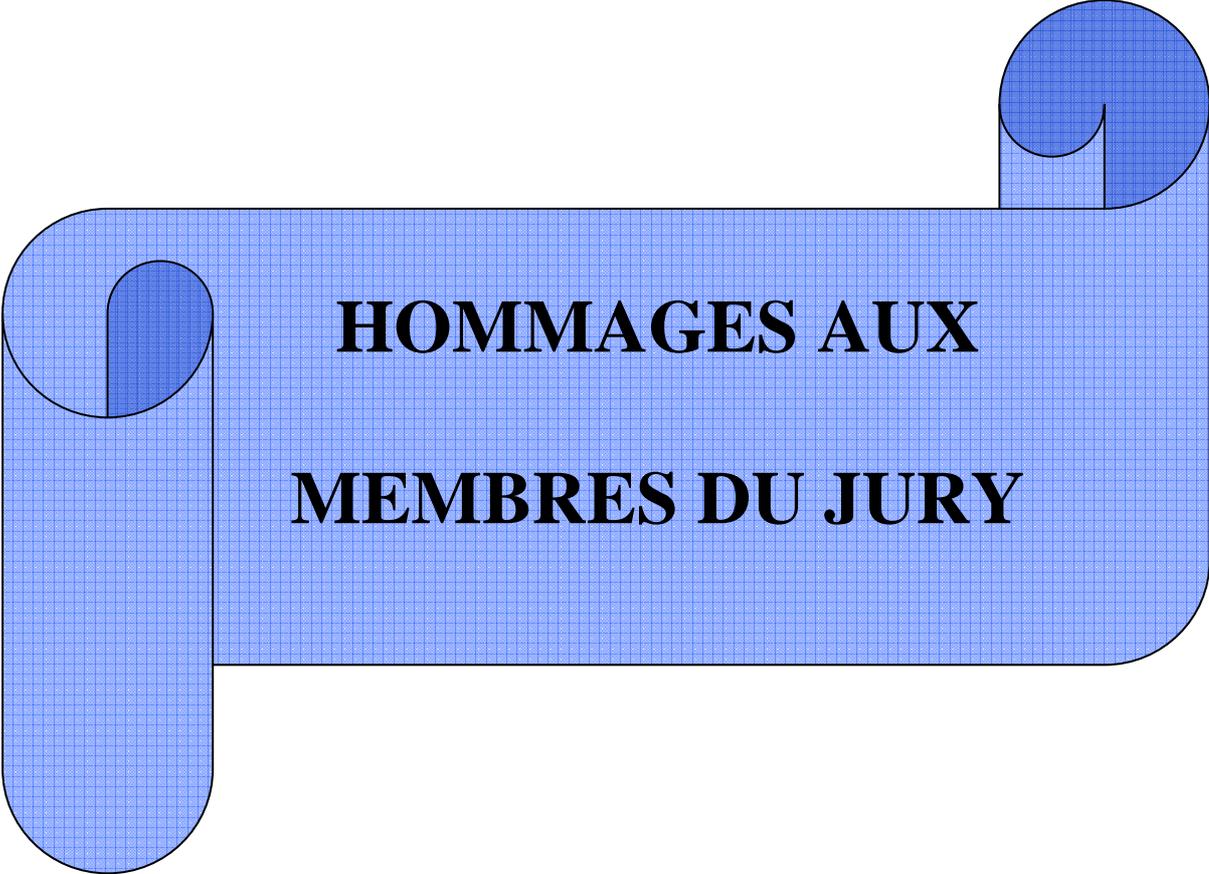
A tous le service de Gynécologie-obstétrique au CSRefCI, de nos chers maitres jusqu'aux étudiants stagiaires (internes et externes).

Le moment est venu pour moi de vous dire merci pour votre encadrement et votre collaboration m'ont aidé d'acquérir cette connaissance.

A tout le personnel du Cabinet Médical "LE SAVOIR"

A tout les membres actifs et sympathisants de la grande famille RASERE

A tout les étudiants de la faculté de médecine et d'odontostomatologie



**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Soukalo DAO

- **Professeur titulaire en maladies infectieuses**
- **Chef de DER en médecine à la FMPOS**
- **Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la FMPOS**
- **Investigateur clinique au centre de recherche et de formation sur le VIH et la tuberculose: SEREFO/FMPOS/NIAID**
- **Président de la SOMAPIT (Société Malienne des Pathologies infectieuses et Tropicales)**
- **Membre de la SAPI (Société Africaine des Pathologies Infectieuses) et SPILF (Société des Pathologies Infectieuses en Langue Française)**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse.

Votre spontanéité et votre ardeur au travail font de vous un exemple pour la jeune génération d'apprenants que nous sommes.

Vos remarques et vos suggestions ont contribué à l'amélioration de ce travail.

Permettez-nous, cher maître, de vous réitérer notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Cheick Amadou Tidiane TRAORE

- **Ancien Médecin chef du centre de santé de référence de Macina**
- **Chevalier du mérite de la santé**
- **Diplômé interuniversitaire(DIU) << organisation et management de systèmes publics de prévention vaccinale des pays en développement>>**
- **Apprenant en Master de Santé publique au DERSP/FMPOS**

Cher maitre,

Vous nous avez marqué des votre abord par votre simplicité, votre gentillesse.

Vous dégagez la joie de vivre, vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Veillez accepté cher maitre nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Samba DIOP

- **Maître de conférences en Anthropologie médicale**
- **Enseignant-chercheur en Ecologie humaine, Anthropologie et Ethique en santé au DER de Santé publique**
- **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique de SEREFO /VIH/SIDA**
- **Responsable du cours <<Anthropologie de la lutte contre la cécité : Aspects sociaux et Ethiques >> Centre Hospitalier Universitaire de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique**
- **Responsable du cours <<Sciences et éthique>> du DEA d'anthropologie, Institut supérieur pour la formation à la recherche appliquée (ISFRA), Université de Bamako**
- **Responsable du cours << Culture et éthique>> du centre d'enseignement virtuel en Afrique, Ecole nationale des ingénieurs (ENI), Université de Bamako.**

Cher maitre,

L'occasion nous est offerte de vous remercier de votre spontanéité, votre générosité, votre modestie, et votre rigueur dans un désir permanent de perfectionnement en tout travail scientifique que nous devons accomplir, car vous êtes vous-même un exemple qui fait de vous un Professeur émérite.

Merci pour toutes les entrevues chaleureuses, merci pour toutes vos critiques, merci pour votre sincérité.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Oumar GUINDO

- **Diplômé de médecine générale**
- **Diplômé de la 3^{ème} promotion Epivac au Benin**
- **Attaché de recherche auprès du MESRS (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique)**
- **Apprenant en Master de Santé Publique au DERSP/FMPOS (Département d'Etude et de Recherche en Santé Publique)**

Cher maître,

Votre cordialité et votre gentillesse nous ont touchées tout le long de ce travail.

Votre abnégation au travail et votre bonne humeur naturelle font de vous un être admiré de tous.

Vos conseils ont su guider à bien ce travail.

ABREVIATIONS

ACTG: *AIDS Clinical Trials Group*

ADN : Acide désoxyribonucléique

ANRS : Agence Nationale de la Recherche sur le SIDA

ARV: Anti Retro Viral

ASA: *American Society of Anesthesiologist*

ATP: Adenosine Triphosphate

AZT: Azidothymidine

CDC: *Centers for Disease Control and Prevention*

CD4: Lymphocytes T4

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

EDS : Enquête démographique de la santé

EFF : Effectif

EIA : Entretien individuel approfondi

ELISA: *Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay*

FG : Focus Group

HTLV: *Human T Cell Leukemia/Lymphoma Virus*

IEC : Information éducation et communication

IMAARV : Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LAV: *Lymphadenopathy Associated Virus*

LIA: *Line Immuno Assay*

NSP : Ne sait pas

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

P : Participant

PCR : Polymérase Chain Réaction

PNLS : Programme National de Lutte Contre le Sida

PVVIH : Personnes vivants avec le VIH

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

RIPA : Radio Immuno Précipitation Assay

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

VIF: *Viral Infectivity Factor*

%: Pourcentage

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	CADRE CONCEPTUEL.....	4
	1. JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	5
	2. HYPOTHESES.....	6
	3. OBJECTIFS	6
	4. GENERALITES.....	7
III.	DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	23
IV.	RESULTATS.....	31
V.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	49
VI.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	56
VII.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	59
	ANNEXES.....	



INTRODUCTION

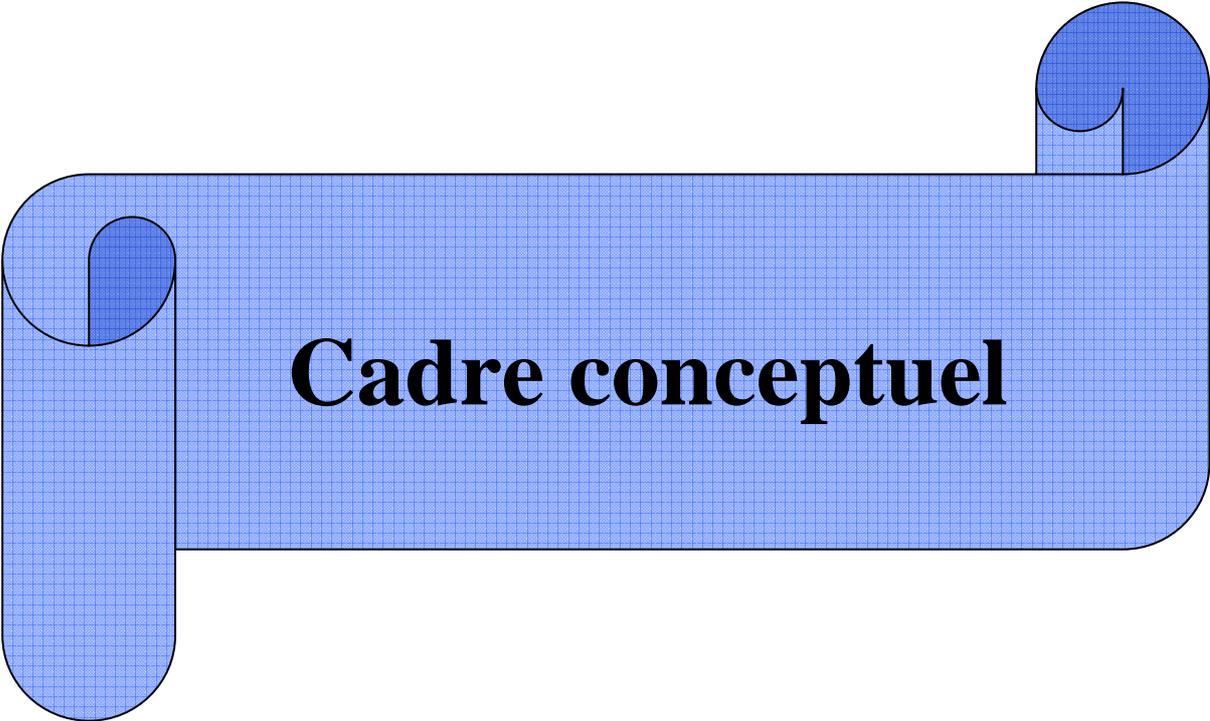
INTRODUCTION

L'infection à VIH est un véritable fléau des temps modernes, le SIDA n'épargne aujourd'hui aucun continent, aucune race, ni aucune classe sociale. Le SIDA devient de plus en plus préoccupant non seulement du fait de l'augmentation du nombre de séropositifs, de l'accroissement important des cas de SIDA, du taux d'hospitalisation et du nombre de décès enregistré dans les hôpitaux. Le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) (en anglais : **AIDS** : *Acquired Immune Deficiency Syndrome*), ou sida, est un ensemble de symptômes consécutifs à la destruction de plusieurs cellules du système immunitaire par un rétrovirus [1, 2]. Le Sida est le dernier stade de l'infection par ce virus et finit par la mort de l'organisme infecté, des suites de maladies opportunistes. On parle en France de sidéen ou sidaïque pour désigner une personne malade du Sida (au Canada, c'est le terme sidatique qui est utilisé) [3]. Il existe plusieurs rétrovirus responsables du sida, chacun infectant une espèce particulière. Le plus connu d'entre eux est le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) infectant l'Homme. Les autres virus sont entre autres : le VIS infectant les singes et le VIF pour le chat.

Depuis 1981 où il a été découvert, le VIH/SIDA continue sa progression pandémique à travers les continents, n'épargnant personne, hommes, femmes, enfants et personnes âgées. Le SIDA est une pandémie et constitue ainsi un problème majeur de santé publique [6]. Selon le rapport mondial 2007 de l'ONU/SIDA [5], sur 33,2 millions de personnes vivant avec le VIH, 22,5 millions vivent en Afrique subsaharienne.

Les résultats de l'EDS-IV 2006 rapportaient que la prévalence de l'infection à VIH au Mali est de l'ordre de 1,3%. La transmission hétérosexuelle est devenue le mode de contamination le plus fréquent du VIH.

Les autres voies de transmission comme la transfusion de sang contaminé, la transmission de mère à l'enfant, les blessures par objets souillés ne sont pas à négliger [7].



Cadre conceptuel

I. CADRE CONCEPTUEL

1. Justification de l'étude :

Des progrès notoires réalisés en matière de prévention et de soins dans certain pays comme le notre, n'ont pas empêché de nouvelles infections au VIH en Afrique Subsaharienne. En Afrique, le Sida tue maintenant chaque année dix fois plus d'individus que la guerre. Ainsi, l'épidémie nous montre sans ambiguïté que les stratégies appliquées rapidement avec courage et détermination, peuvent abaisser les taux d'infection au VIH et atténuer les souffrances des personnes touchées par l'épidémie. La croissance continue de l'épidémie du VIH n'est pas une fatalité ; mais si l'action de lutte ne s'intensifie de manière radicale, les ravages déjà observés sembleront dérisoires par rapport à ce qui nous attend. Sans vouloir paraître mélodramatique, il est difficile de minimiser les effets d'une maladie qui risque de tuer plus de la moitié des jeunes adultes dans les pays en voie de développement.

L'analyse de la situation a confirmé la large prédominance de la transmission hétérosexuelle du VIH. Elle a fait ressortir les déterminants majeurs de la propagation de l'épidémie qui sont des déterminants comportementaux (multi -partenariat sexuel, rapports sexuels occasionnels non protégés et rapports sexuels précoces). Quant aux populations à vulnérabilité particulière, ont été identifiés : les migrants, les chauffeurs routiers et leurs apprentis, les militaires, les prostituées, les jeunes en milieu scolaire, les femmes en âge de procréer, la population carcérale, les personnes vivant avec le VIH.

Hypothèses de recherche :

Les jeunes de 15-24 ans de la commune de Sangarébourgou ont des comportements sexuels à haut risque.

Le niveau de connaissance face au VIH/Sida des jeunes de 15-24 ans dans la commune de Sangarébourgou est insuffisant.

2. Objectifs de recherche :

➤ Objectif général :

Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales des jeunes de 15 à 24ans de la commune rurale de Sangarébourgou face au VIH/SIDA en 2012.

➤ Objectifs spécifiques :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés ;
- Décrire les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales en matière de VIH et du SIDA en milieu rural ;
- Déterminer le niveau de connaissance des jeunes sur le mode de transmission du VIH ;
- Déterminer le niveau de connaissance des jeunes sur la prévention du VIH et du SIDA.

3. Généralités :

A. Définitions [36]

Connaissance : Faculté de connaître, de se représenter, manière de comprendre, de percevoir.

Attitude : Manière dont on se comporte avec les autres.

Comportements : Ensemble des réactions, observables objectivement d'un organisme qui agissait en réponse à une stimulation venue de son milieu intérieur ou du milieu extérieur.

Commune : La plus petite subdivision administrative d'un territoire, administrée par un maire, des adjoints et un conseil municipal.

Historique de l'infection à VIH et des ARV [8]

1952 : premiers cas probables américains d'infection à VIH.

1959 : premier cas rétrospectif européen, un marin anglais mort en 1959 à Manchester (Grande Bretagne) a présenté un tableau clinique évocateur du SIDA.

Premier cas d'infection à VIH identifié chez un Zaïrois.

1982 : En Août la maladie est désignée sous le nom SIDA.

1983 : En Mai, le rétrovirus dénommé LAV est découvert par une équipe française dirigée par le Professeur Luc Montagnier.

1984 : Le 24 Avril, découverte du virus HTLV-III par l'équipe dirigée par Robert aux Etats –unis.

1985 : En Avril à Atlanta, on assiste à la première conférence internationale sur le SIDA.

1986 : Identification du VIH2.

1987 : En Mars, la zidovudine (AZT) devient le premier antirétroviral anti-VIH à obtenir une autorisation de mise sur le marché français en même temps qu'aux Etats-Unis.

1994 : Février, les résultats de l'essai franco-américain ACTG-ANRS 024 démontre l'intérêt d'un traitement par AZT pendant la grossesse, l'accouchement et les premières semaines de vie de l'enfant.

1996 : Juillet, 10^{ème} conférence internationale sur le SIDA à Vancouver (Canada). L'efficacité des trithérapies est confirmée.

2000 : Juillet, 13^{ème} conférence internationale sur le SIDA à Durban (Afrique du Sud), les laboratoires pharmaceutiques ont annoncé des mesures concrètes afin d'aider les pays pauvres.

B. Epidémiologie :

1. Répartition géographique [21]

L'infection à VIH a commencé à se propager à la fin des années 70 et continue de se répandre dans le monde entier.

Les estimations de l'ONU/SIDA ont révélé en 2002, qu'en Inde 4,6 millions de personnes étaient séropositives.

En Décembre 2004, 700 000 indiens adultes avaient besoin d'un traitement ARV.

En 2004, 25 millions d'africains étaient séropositifs, soit 7,7%. Et on estimait les nouvelles infections par le VIH à 14 000 adultes et 2 000 enfants contaminés par jour.

En 2006, l'enquête démographique de la santé au Mali (EDS IV) avait estimé la prévalence globale du VIH/SIDA à 1,3%. On constatait aussi des écarts régionaux sur l'ensemble du territoire : Bamako (2,0%), suivie des régions de Mopti (1,6%), Ségou (1,5%), Koulikoro (1,4 %) et Gao (1,4%), possédaient les taux de prévalence les plus élevés. Par contre, les régions de Kidal (0,6 %), Tombouctou (0,7%), Sikasso (0,7%) et Kayes (0,7%) possédaient les niveaux de prévalence les plus faibles[9].

En 2007, l'Afrique Subsaharienne est restée la région du monde la plus touchée par l'épidémie de SIDA, plus de 2/3, soit 68% de toutes les personnes infectées par le VIH vivaient dans cette région où se sont produits plus de 3/4, soit 76% de tous les décès dûs au SIDA.

On estimait à 1,7 millions, le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2007. Ce qui portait à 22,5 millions, le nombre total de personnes vivant avec le virus. Contrairement à ce qui se passait dans d'autres régions, la majorité de personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne (61%) sont des femmes.

Dans l'ensemble de l'Asie on estime que 4,9 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2007 ; y compris les 440.000 qui ont été nouvellement infectées au cours de l'année écoulée. Environ 300.000 personnes sont décédées de maladies liées au SIDA en 2007[10].

En 2007, on a estimé à 33,2 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde ; soit 16% de moins que l'estimation de 39,5 millions publiée en 2006[5].

Tableau I : Récapitulatif de l'épidémie du VIH/SIDA dans le monde, Décembre 2007 selon ONU/SIDA/OMS [29]

Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA en 2007	
Total :	33,2 millions (30,6- 36,1 millions)
Adultes :	30,8 millions (28,2- 33,6 millions)
Femmes :	15,4 millions (13,9 – 16,6 millions)
Enfants, moins de 15 ans :	2,5 millions (2,2 – 2,6 millions)

Nouvelles infections à VIH en 2007	
Total :	2,5 millions (1,8 –4 ,1 millions)
Adultes :	2,1 millions (1,4 - 3,6 millions)
Enfants, moins de 15 ans :	420 000 millions (350 000-540 000)

Décès dûs au SIDA en 2006	
Total :	2,1 millions (1,9 - 2,4 millions)
Adultes :	1,7 millions (1,6 - 2,1 millions)
Enfants, moins de 15 ans :	330 000 (310 000 – 380 000)

Dans ce tableau, les fourchettes autour des estimations définissaient les limites dans lesquels se situaient les mêmes chiffres, sur la base des meilleures informations disponibles.

C. Notions de virologie fondamentale :

1. Définition des VIH [12]

Aujourd'hui, le VIH est certainement le virus humain le mieux connu. C'est un membre de la famille des rétrovirus. Ces virus sont définis par leur mode de répllication qui passe par une étape de rétro transcription.

De leur matériel génétique, ces virus sont constitués de molécules d'ARN identiques. Cette étape indispensable à la multiplication du virus est possible grâce à une enzyme présente dans le virus : la transcriptase inverse.

2. Classification des VIH [13]

Il existe trois catégories de rétrovirus classés selon la pathogénie et leurs divergences génétiques : les Oncovirus, les Lentivirus et les Spumavirus.

Les VIH sont rattachés à la catégorie des Lentivirus. Ces derniers provoquent des maladies à évolution lente. Les Oncovirus sont souvent associés aux tumeurs ou à des leucémies. Les Spumavirus, quant à eux, sont considérés jusqu'à présent comme non pathogènes pour l'hôte.

3. Modes de transmission [15, 16,17]

Les principaux modes de transmissions sont aujourd'hui connus. Il s'agit de :

- **la transmission par voie sexuelle** : elle se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccales, génitales ou rectales, lorsqu'elles sont en contact avec les sécrétions sexuelles ou le sang contenant le virus en présence d'une porte d'entrée.
- **La transmission par voie sanguine** : elle concerne principalement les professionnels de santé en milieu de soins et en laboratoire victimes d'accidents d'exposition au sang, les toxicomanes par voie IV, les hémophiles, les transfusés et secondairement certaines professions exposées telles que : coiffeurs, exciseuses traditionnelles etc.

- **La transmission verticale** : elle survient surtout au moment de l'accouchement, mais elle peut survenir in utero dans les semaines précédant l'accouchement [14]. Elle peut survenir après l'accouchement, au cours de l'allaitement au sein.
- **Autres modes de transmission [19]** : En dehors du sang, du sperme, des sécrétions vaginales et du lait, le VIH a été isolé dans de nombreux liquides biologiques et notamment dans le liquide céphalorachidien, le liquide pleural, et le liquide broncho alvéolaire. Le virus a aussi été retrouvé dans la salive, les larmes, les urines, mais en raison de la faible concentration virale et de la présence éventuelle de composants inactivant le virus, le risque de transmissibilité est considéré comme nul.

4. Impact démographique et socio-économique du Sida dans les pays en développement :

➤ **Impact démographique :**

Le Sida constitue la principale cause de décès des adultes en Afrique subsaharienne. Les conséquences démographiques sont très significatives sur ce continent [20] et dans l'ensemble des pays à fort niveau de prévalence.

Le Sida a effacé plusieurs décennies de progrès en matière d'espérance de vie à la naissance, ramenant les indicateurs au niveau des années 1940.

Selon l'ONU/SIDA [21], l'espérance de vie moyenne en Afrique subsaharienne est de 47 ans alors qu'elle serait de 62 ans sans le Sida.

L'Afrique australe est particulièrement touchée ; Au Botswana, la diminution atteindrait près de 35 ans (de 60 ans en 1990-1995 à 37 ans en 2000-2005).

Le VIH/Sida affecte particulièrement les populations actives. En Afrique de l'Est, les taux de mortalité des individus âgés de 15 à 49 ans seront, en 2010, compris entre 2,4 et 5% selon les pays. Sans le Sida, ils seraient compris entre 0,1 et 0,6% [22].

➤ **Impact sur les systèmes de santé :**

L'épidémie de Sida a un effet sur le secteur de la santé : elle accroît la demande des secteurs de services de santé et simultanément, elle affecte le personnel de santé.

La proportion de lits hospitaliers occupés par des personnes vivants avec le VIH dans les pays d'Afrique de l'Est varie de 30% à 80% [23] et la Banque Mondiale estime que le nombre de lits nécessaires pour les malades du Sida excède le nombre total de lits disponibles au Swaziland en 2004 et en Namibie en 2005.

Dans le même temps, les personnels des systèmes de santé sont également concernés par le VIH : au Malawi et en Zambie, les taux de morbidité et de mortalité chez ces professionnels ont été multipliés respectivement par 5 et 6[31].

➤ **Impact sur l'éducation :**

Contrairement à d'autres pathologies, le Sida ne touche pas les seules couches les moins instruites et les plus défavorisées de la population. Le secteur de l'éducation, le plus important secteur public des pays en développement, est particulièrement concerné. Le Sida affecte la demande aussi bien que l'offre d'éducation [32]. L'enjeu est ici essentiel : il a trait à la capacité des Etats à faire face à l'épidémie à long terme.

➤ **Impact sur la sécurité alimentaire et la nutrition :**

L'agriculture est, particulièrement dans les pays en voie de développement, un secteur à forte intensité de main-d'œuvre.

Les activités agricoles nécessitent une importante quantité de ressources humaines durant les périodes de semis ou de récolte. Le secteur agricole est donc particulièrement affecté par le Sida.

Ce sont non seulement les ménages affectés qui sont menacés dans leur survie, mais c'est également la sécurité alimentaire des pays qui est compromise [33]. Selon la F.A.O [34], l'épidémie anéantit les progrès des 40 dernières années en matière de développement agricole et rural.

5. Les aspects de lutte :

A. Les organisations de lutte contre le Sida :

Les acteurs impliqués dans la lutte contre l'infection VIH/Sida sont entre autres les associations, les ONG, les Etats, les organismes internationaux... Les activités de ces organismes sont sponsorisées par les bailleurs de fonds sur le plan mondial dont, entre autres, ONU/SIDA et le fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme.

B. Les actions de lutte sur le plan national [35]

Le Mali dans sa politique nationale de lutte contre le Sida, s'est engagé dans une initiative d'accès aux antirétroviraux (ARV).

L'initiative Malienne d'accès aux antirétroviraux (IMAARV) est un outil de mise en œuvre de la politique nationale de prise en charge des personnes vivants avec le VIH (PVVIH) exécutée dans le cadre du plan stratégique du programme national de lutte contre le Sida PNLS 2001-2006 adopté par le gouvernement. Elle renforce les activités de la commission de prise en charge médicale, psychosociale et transmission mère – enfant dont elle constitue une des composantes.

a. Les objectifs de l'IMAAVR :

- Améliorer la qualité de vie des personnes vivantes avec le VIH/Sida
- Améliorer la prise en charge thérapeutique des PVVIH et proposer des traitements prophylactiques (dans le cadre de la prévention, de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et des accidents d'exposition au sang) en rendant accessibles les ARV.

b. Les stratégies :

- Satisfaire les conditions préalables à l'utilisation des ARV,
- Améliorer les capacités thérapeutiques des ARV,
- Assurer la bonne gestion des ARV et des réactifs,
- Assurer une sélection rigoureuse des patients à traiter en fonction des critères bio cliniques et socio-économiques dans un souci d'équité,
- Assurer la pérennisation de l'accès aux ARV,
- Evaluer les résultats obtenus grâce aux projets de recherche accompagnateurs,
- Améliorer la capacité d'intervention du secteur social,
- Evaluer périodiquement L'IMAAVR

6. Les conditions de transmission du virus [14]

Le virus est présent dans les liquides biologiques de l'organisme de personnes atteintes.

a) une quantité importante de virus :

- chez toutes personnes : dans le sang
- chez l'homme : dans le sperme, le liquide séminal (qui s'écoule au début de l'érection).

- chez la femme : dans les sécrétions vaginales, le lait. Le virus peut se transmettre par ces liquides. Ce pendant, il faut qu'il y ait une quantité et concentration de virus importantes pour qu'il y ait contamination. Il n'y a donc aucun risque de transmission dans les activités de la vie quotidienne : embrasser, serrer la main, partager des objets (verres, Vaisselle ...) et dans les lieux publics (piscine, toilettes...).

b) une porte d'entrée :

- Muqueuse (les muqueuses sont les membranes qui tapissent les parois internes des cavités naturelles de l'organisme : bouche, vagin, rectum ... Lors de rapports sexuels non protégés.
- Voie sanguine.
Transmission en cas d'utilisation d'une seringue usagée pour une injection par voie intraveineuse.
- Transmission la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement, l'allaitement au sein.
- Voie cutanée.
En cas de blessure avec un objet souillé de sang contaminé.

D. Notions d'Histoire naturelle, Classification et Diagnostic

1. Histoire naturelle :

Le terme histoire naturelle désigne l'ordre habituel prévisible dans lequel se déroulent les manifestations cliniques et biologiques de l'infection VIH. Grâce aux nombreuses études de cohortes mises en place dès le début de l'épidémie, cette histoire naturelle est aujourd'hui bien connue.

L'évolution de la maladie a connu de nombreuses modifications du fait de l'introduction de plus en plus précoce des traitements ARV efficaces capables d'influencer le cours de l'infection.

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

- La primo-infection ou phase aiguë (dure quelques semaines).
- la phase chronique (plusieurs années).
- la phase finale symptomatique (durée indéterminée).

2. Définitions du Sida et diagnostic clinique :

En l'absence de traitement, la quasi-totalité des patients infectés par le VIH évolue vers le sida, phase ultime de la maladie. La durée d'évolution vers le Sida a semblé être de deux ou trois ans au début de la pandémie, mais est plutôt de l'ordre de dix ans, ainsi que l'ont montré des études faites en Ouganda [37]. Les raisons de la latence de l'apparition de la maladie demeurent inexplicables de façon satisfaisante.

Un certain nombre de patients ne développent pas le SIDA, même sans traitement : ce sont les asymptomatiques à long terme dont un sous-groupe est composé de contrôleurs du VIH (estimés à 1 % des séropositifs) ; leur dénombrement rendu plus difficile depuis le développement des antirétroviraux a pu faire l'objet de contestation.

Il existe deux classifications pour décrire la progression de l'infection VIH, fondées sur les manifestations cliniques et les anomalies biologiques.

Classification en stades cliniques proposée par l'OMS [24,25]

Stade clinique 1

- Patient asymptomatique.
- Adénopathies persistantes généralisées accompagnées de fièvre

Stade clinique 2

- Perte de poids inférieure à 10 % du poids corporel.
- Manifestations cutaneomuqueuses mineures (dermite séborrhéique, ulcérations buccales récurrentes).
- Zona au cours des cinq dernières années.
- Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures.

Stade clinique 3

- Perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel.
- Diarrhée chronique inexplicée pendant plus d'un mois.
- Fièvre prolongée inexplicée pendant plus d'un mois.
- Candidose buccale (muguet).
- Leucoplasie chevelue buccale.
- Tuberculose pulmonaire dans l'année précédente.
- Infections bactériennes sévères (pneumopathies par exemple).

Stade clinique 4

- Pneumocystose.
- Toxoplasmose cérébrale.
- Maladie de Kaposi.
- Lymphome.
- Mycobactériose atypique généralisée, et plus généralement toute affection grave apparaissant chez un patient infecté par le VIH, ayant une baisse importante de son immunité (taux de CD4 inférieur à 200/mm³).

Classification CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) modifiée en 1993

Cette classification est hiérarchique et historique [4], c'est-à-dire qu'une fois le patient a atteint une classe, lorsque les signes cliniques ont disparu, il conserve cette classe. Par exemple un patient classé B, ne pourra plus passer dans la catégorie A, même si les signes cliniques de la classe B ont disparu.

Catégorie A

- Séropositivité aux anticorps du VIH en l'absence de symptômes (avant 1993, la séropositivité au VIH asymptomatique ne rentrait pas dans la classification « Sida »).
- Lymphadénopathie généralisée persistante.
- Primo-infection symptomatique.

Catégorie B

Manifestations cliniques chez un patient infecté par le VIH, ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :

- elles sont liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire ;
- elles ont une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection VIH. (Cette catégorie correspond aux stades cliniques 2 et 3 de l'OMS.)

Catégorie C

Cette catégorie correspond à la définition du Sida chez l'adulte. Les critères cliniques sont les mêmes que le stade clinique 4 de l'OMS.

Prévention

Les divers modes de transmission du VIH sont désormais parfaitement connus. Il n'existe, à ce jour, aucune vaccination efficace contre le Sida.

Conseils de prévention :

Lors d'une relation sexuelle, seuls les préservatifs, qu'ils soient masculins ou féminins, protègent du VIH et des principales infections sexuellement transmissibles. Ils doivent être utilisés lors de tout rapport sexuel avec pénétration (qu'elle soit vaginale, anale ou buccale), avec un partenaire séropositif ou dont le statut sérologique est inconnu.

L'usage du préservatif permet une diminution du risque d'infection [38, 39,40]

La circoncision est une stratégie additionnelle (associée à la prévention et à l'usage du préservatif) de réduction des risques mise en place les zones qui connaissent une épidémie généralisée du virus (prévalence supérieure à 3%) et où sa transmission est essentiellement hétérosexuelle[41]. Ces zones étant, à quelques exceptions près, toutes situées en Afrique subsaharienne [42] des programmes de circoncision des hommes comme moyen de réduction des risques y ont été initiés [43].

Dans le reste du monde, et plus particulièrement dans les pays développés, la prévalence de l'infection étant faible et sa transmission concentrée sur certains groupes à risque plus élevé d'exposition, la circoncision comme prévention du sida n'a pas d'efficacité démontrée [44,45].

3. Diagnostic biologique :

Il est fondé sur la détection des anticorps sérique anti-VIH. Dans certaines conditions comme la primo-infection ou chez le nouveau né de mère séropositive pour le VIH, il est nécessaire de recourir à d'autres méthodes diagnostiques telles que la détection d'antigènes viraux circulants, la détection du matériel génétique à partir de plasma ou de cellules infectées ou encore la détection de virus par co-culture lymphocytaire (diagnostic direct).

3.1. Diagnostic indirect

3.1.1. Tests de dépistage

La détection des anticorps anti-VIH repose sur la réalisation et la revisualisation d'une réaction antigène –anticorps entre les anticorps sériques du sujet infecté et les antigènes viraux produits en laboratoire.

Les méthodes de référence pour la visualisation de cette réaction sont actuellement les méthodes immunes enzymatiques de type ELISA.

On distingue des ELISA de première, deuxième et troisième génération.

3.1.2. Tests de confirmation

a) Le Western Blot

C'est la technique de référence. Les protéines virales sont séparées par électrophorèse avant d'être transférées sur une membrane de nitrocellulose. Les anticorps dirigés contre chacune des protéines sont détectés sur ce support par une réaction immuno-enzymatiques qui matérialise la protéine sous forme de bande colorée.

b) La RIPA (Radio immuno précipitation assay)

C'est une technique difficile à standardiser, réservée aux laboratoires spécialisés et agréés.

c) Les tests de confirmation de deuxième génération

Encore appelés line immuno assay <LIA>, ces tests utilisent des protéines recombinantes et /ou des peptides synthétiques des VIH.

3.2. Diagnostic direct

3.2.1. Détection de l'antigène p24

Les méthodes ELISA commercialisées détectent essentiellement la protéine p24 du VIH -1. La positivité de la réaction peut être confirmée par un test de neutralisation qui permet d'exclure un possible faux positif. La recherche d'antigène p24 dans le sérum est aujourd'hui essentiellement indiquée chez le nouveau né de mère séropositive pour le VIH-1 et lors d'une suspicion de primo-infection.

3.2.2. Amplification génique

La PCR ou (polymérase Chain réaction) permet de détecter de faibles quantités plasmatiques d'ADN du VIH. L'intérêt de la PCR est de détecter de très faibles quantités de virus alors que les anticorps spécifiques ne sont pas encore dosables. Il permet également de rechercher le VIH dans les différents tissus ou cellules et de quantifier la charge virale.



Méthodologie

II. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude a été menée dans la commune rurale de Sangarébourgou, cercle de Kati, région de Koulikoro. La particularité de cette commune est liée au fait qu'elle fait frontière avec le District de Bamako à travers la commune I.

La commune rurale de Sangarébourgou se présente comme suite :

- **Sur le plan historique** : créée par la Loi n°96-059 du 04 Novembre 1996 portant création des communes au Mali, la commune rurale de Sangarébourgou est issue de l'ex arrondissement de Kalabancoro, cercle de Kati, région de Koulikoro.
- **Sur le plan géographique** : avec une superficie de 20,60 km², est limitée à l'Ouest et au Nord par la commune I du District de Bamako, au Sud par la commune de Moribabougou et à l'Est par les communes rurales de Dialakorodji et Safo.
- **Sur le plan démographique** : avec une population estimée à 57 209 habitants en 2009 selon le RGPH. Les trois villages de la commune sont peuplés comme suit : Sangarébourgou (3 7493 habitants), Seydoubougou (4 615 habitants) et Sarambourgou (15 101 habitants) qui est le chef-lieu de la commune.

La population est répartie comme suite : 52% des femmes, 48% d'homme dont 49.5% de moins de 18 ans et 50.5% de plus de 18 ans.

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

La commune inter -urbaine de Sangarébourgou est un dortoir pour la population de Bamako.

Les principales religions sont : l'Islam (80 à 85 %), la religion Chrétienne et enfin l'Animisme qui tend vers la disparition. Les relations entre les différentes religions sont bonnes.

- **Sur le plan accessibilité** : La commune rurale de Sangarébourgou est d'accès facile en saison sèche, mais par contre en période hivernal les routes sont difficilement praticables à cause des effets des eaux de ruissellement.

La commune est desservie journallement par le transport en commun (Bus et Muni Bus). L'activité économique de la commune est basée sur le secteur primaire et secondaire. L'Agriculture et l'Elevage occupent la première place parmi les activités de la commune.

2. Population d'étude :

Notre étude a porté sur les jeunes de 15 à 24 ans de la commune de Sangarébourgou de tout sexe confondu.

3. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive.

4. Critères d'inclusion :

- Toute personne dont l'âge est compris entre 15-24 ans, résidant dans la commune rurale de Sangarébourgou pendant la période d'étude(ou enquête) et ayant accepté de participer à notre l'étude.

5. Critères de non inclusion :

- Toute personne dont l'âge est inférieur à 15 ans et supérieur à 24 ans ;
- Toute personne refusant de participer à l'étude ;
- Toute personne résidant dans une autre localité

6. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée dans la commune rurale de Sangarébourgou d'Octobre 2011 à Juin 2012.

7. Echantillonnage :

7.1. Analyse quantitative :

L'échantillonnage était aléatoire .Nous avons procédé à un tirage au sort de trois cent quatre vingt et quatorze(394) sujets suivant la formule :

$$N=P.Q (u.\alpha/e)^2$$

P=Taux en pourcentage

Q=1-P selon la formule **P+Q=1**

$$u.\alpha=1.96$$

$$e=0.05$$

Selon l'EDSIV 2006 on a deux valeurs de P à savoir :

Chez les hommes : P= 88,5% ce qui donne **N=177=N1**

Chez les femmes : P=85,9% ce qui donne **N=217=N2**

Enfin on applique la formule **N=N1+N2=394**

Donc la taille de l'échantillon est de 394 sujets

Les trois cent quatre vingt et quatorze(394) sujets ont été sélectionnés dans certains établissements scolaires, grins ainsi que dans des familles selon le critère suivant :

- Nous avons donné des fiches d'enquêtes aux élèves âgés de 15 à 24 ans dans l'école fondamentale 2^{ème} cycle de Sangarébourgou et dans les trois lycées de Sangarébourgou à savoir : le lycée Mamadou Beye, le lycée Fraternité et le lycée Fodé Bengaly Camara ;
- De mêmes les personnes de 15 à 24 ans dans vingt cinq familles choisi au hasard ont été questionnées à travers des fiches d'enquêtes ;
- Enfin les personnes de 15 à 24 ans de divers grins ont été questionnées a travers les fiches d'enquêtes.

7.2. Analyse qualitative :

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

- Tous les EIA et les groupes de discussions se sont déroulés dans la commune rurale de Sangarébourgou

8. Considérations éthiques et déontologiques :

En termes d'éthique, nous avons exigé un consentement verbal des participants à l'étude. Un questionnaire fut élaboré à l'intention des candidats dans ce sens.

Dans le cadre de l'obtention du processus de consentement éclairé, on a approché les jeunes de 15 à 24 ans en leur fournissant toutes les informations relatives à la recherche, ses objectifs, la méthodologie adoptée et le devenir des résultats de l'étude. Ainsi, nous avons expliqué aux participants que ce travail est une étude de recherche dans le cadre de l'obtention d'un Doctorat en Médecine.

La recherche a été décrite, les risques qu'il est raisonnable de prévoir ainsi que les bénéfices escomptés. On note qu'il n'y avait aucun risque encouru par les participants.

Vu son caractère anonyme, la participation à l'étude n'a exigé aucune compensation puisque le caractère volontaire de l'étude a été mis en relief.

Les participants avaient le droit d'abandonner à tout moment et le retrait ou le refus de participation n'entraînait aucune pénalité.

Le principe et le degré de confidentialité ont été mis en relief. En outre, les noms des personnes à contacter pour des informations relatives à la recherche ont été révélés aux participants.

Les autorités administratives informées de l'enquête ont donné leur accord.

9. Traitement et analyse des données :

Les données recueillies ont été saisies sur le logiciel Microsoft World 2007 et analysées sur IBM SPSS Statistics 19.

10. Tableau II: Variables étudiées

Variable	Nature	Unité	Technique de collecte
Age	Quantitative	Année	Interrogatoire
Sexe	Qualitative		Interrogatoire
Situation matrimonial	Qualitative		Interrogatoire
Niveau d'instruction	Qualitative		Interrogatoire
Profession	Qualitative		Interrogatoire
Résidence	Qualitative		Interrogatoire
Entendu parler du Sida	Qualitative		Interrogatoire
Evitement du VIH	Qualitative		Interrogatoire
Moyen d'évitement évoqué	Qualitative		Interrogatoire
Transmission par piqure de moustique	Qualitative		Interrogatoire
Partage de nourriture	Qualitative		Interrogatoire
Abstinence	Qualitative		Interrogatoire
Port du condom	Qualitative		Interrogatoire
Fidélité	Qualitative		Interrogatoire
Transmission mère-enfant	Qualitative		Interrogatoire

Transmission interhumaine Possibilité de porteur sain	Qualitative		Interrogatoire
Source d'information	Qualitative		Interrogatoire
Connaissance d'un endroit où on peut faire le dépistage du Sida	Qualitative		Interrogatoire
Consentement d'héberger un proche ou un parent séropositif dans leur foyer	Qualitative		Interrogatoire
Manière et motifs d'hébergement d'un parent ou une personne séropositive dans son foyer	Qualitative		Interrogatoire
Raison du refus d'héberger	Qualitative		Interrogatoire
Garder son statut secret	Qualitative		Interrogatoire
Avoir effectué un test de dépistage	Qualitative		Interrogatoire
Etre disposé à faire le test	Qualitative		Interrogatoire
Motif d'acceptation	Qualitative		Interrogatoire
Motifs de refus	Qualitative		Interrogatoire
Age du premier rapport	Quantitative	Année	Interrogatoire
Utilisé le condom au dernier rapport sexuel	Qualitative		Interrogatoire

11. Tableau III : Diagramme de GANTT (chronogramme de la thèse)

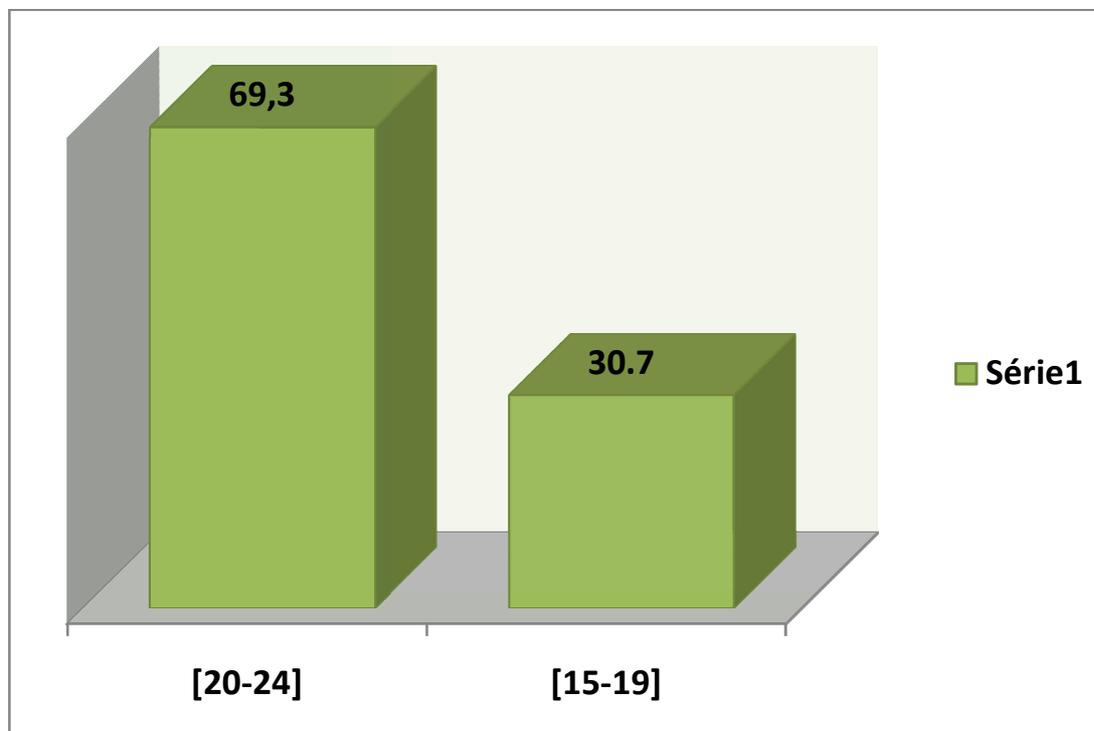
Période d'examen	Octobre à Novembre 2011	Décembre 2011 à Janvier 2012	Février à Avril 2012	Mai à Juin 2012
Activités				
Recherche bibliographique	+			
Elaboration du protocole	+	+		
Collecte des données		+	+	
Rédaction du draft			+	+
Correction Pr. Samba Diop	+	+	+	+
Correction Dr. GUINDO		+	+	+
Correction Dr. TRAORE				+
Correction Pr. DAO				+



Résultats

III. RESULTATS

A. Analyse quantitative :



Graphique 1 : Répartition des sujets selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de 20 – 24 ans a été la plus représentée dans notre étude avec 69,3% des sujets.

Tableau IV : Répartition des sujets selon le sexe

Sexe	Effectifs	%
Masculin	220	55,8
Féminin	174	44,2
Total	394	100

Le sexe masculin a été le plus représenté dans notre étude avec 55,8% des sujets.

Tableau V : Répartition des sujets selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectifs	%
Célibataire	265	67,3
Marié	118	29,9
Divorcé	6	1,5
Veuf (ve)	5	1,3
Total	394	100

Les célibataires étaient majoritairement représentés dans notre étude avec 67,3%

Tableau VI : Répartition des sujets selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	%
Secondaire	141	35,8
Non scolarisé	131	33,2
Primaire	63	16,0
Supérieur	59	15,0
Total	394	100

Dans notre étude 35,8% des sujets avaient un niveau d'étude secondaire.

Tableau VII : Répartition des sujets selon la profession

Profession des sujets	Effectifs	%
Elève	71	18,0
Ménagère	60	15,2
Commerçant(e)	54	13,7
Ouvrier	46	11,7
Aide ménagère	45	11,4
Apprenti chauffeur	40	10,2
Menuisier	18	4,6
Infirmier	15	3,8
Chauffeur	14	3,6
Secrétaire	12	3,0
Sage femme	11	2,8
Policier	8	2,0
Total	394	100

Les élèves étaient majoritairement représentés dans notre étude avec 18% des sujets.

Tableau VIII : Répartition des sujets selon le fait d'avoir entendu parlé du Sida

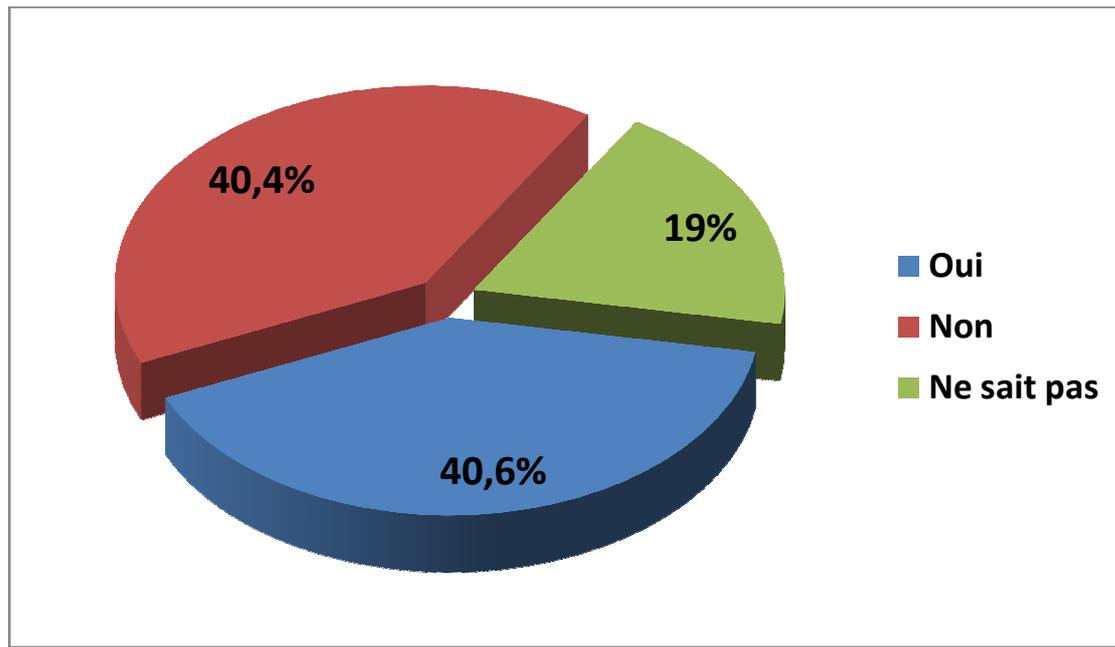
Entendu parler du sida	Effectifs	%
Oui	394	100

Tous les sujets enquêtés ont entendu parler de Sida soit 100%.

Tableau IX : Répartition des sujets selon leur connaissance de la transmission du VIH/Sida par piqure de moustiques.

Transmission par piqure de moustique	Effectifs	%
Non	247	62,7
Oui	90	22,8
Ne sait pas	57	14,5
Total	394	100

La majorité des sujets pensent que le VIH/Sida ne se transmet pas par piqure de moustique (62,7%).



Graphique 2 : Répartition des sujets selon leur connaissance de la transmission du VIH/Sida par partage de nourriture.

La transmission du VIH/Sida par le partage de la nourriture a été le plus évoqué dans 40,6% des cas.

Tableau X : Répartition des sujets selon leur connaissance de la transmission mère-enfant

Transmission mère-enfant	Effectifs	%
Non	187	47,5
Oui	105	26,6
Ne sait pas	102	25,9
Total	394	100

Dans notre étude 47,5% des sujets ne connaissaient pas la transmission mère –enfant du VIH/Sida contre 26,6% des sujets.

Tableau XI : Répartition des sujets selon leur source d'information sur le VIH/SIDA

Source d'information	Effectifs	%
Télévision	234	59,4
Radio	108	27,4
L'école	25	6,3
Ami/parents	14	3,6
Journaux	13	3,3
Total	394	100

La source d'information la plus évoquée sur le VIH/Sida a été la télévision dans 59,4% des cas.

Tableau XII : Répartition des sujets selon leur connaissance sur la prévention du VIH/Sida par l'abstinence sexuelle.

Abstinence	Effectifs	%
Oui	346	87,8
Ne sait pas	29	7,4
Non	19	4,8
Total	394	100

La prévention du VIH/Sida par l'abstinence sexuelle a été évoquée dans 87,8% des cas.

Tableau XIII : Répartition des sujets selon leur connaissance sur la prévention du VIH/Sida par le port de condom.

Port du condom	Effectifs	%
Oui	302	76,6
Non	92	23,4
Total	394	100

La prévention du VIH/Sida par le port de condom a été évoquée dans 76,6% des cas.

Tableau XIV : Répartition des sujets selon leur connaissance sur la prévention du VIH/Sida par la fidélité.

Fidélité	Effectifs	%
Oui	290	73,6
Ne sait pas	56	14,2
Non	48	12,2
Total	394	100

La prévention du VIH/Sida par la fidélité a été évoquée dans 73,6% des cas.

Tableau XV : Répartition des sujets selon leur avis d'héberger un proche ou un parent séropositif dans leur foyer

Avis d'hébergement	Effectifs	%
Non	322	81,7
Oui	52	13,2
Ne sait pas	20	5,1
Total	394	100

Dans notre étude 81,7% des sujets n'étaient pas d'accord pour héberger un proche ou un parent séropositif dans leur foyer.

Tableau XVI : Répartition des sujets selon leur avis par rapport à l'éviction du VIH/Sida.

Eviction du VIH /SIDA	Effectifs	%
Oui	282	71,6
Ne sait pas	96	24,4
Non	16	4,1
Total	394	100

Dans notre étude 71,6% des sujets étaient d'accord qu'on peut éviter le VIH/Sida.

Tableau XVII : Répartition des sujets selon le fait qu'une personne séropositive doit garder son statut secret

Garder statut secret	Effectifs	%
Non	321	81,5
Ne sait pas	37	9,4
Oui	36	9,1
Total	394	100

Dans notre étude 81,5% des sujets pensaient qu'une personne séropositive doit garder son statut secret.

Tableau XVIII : Répartition des sujets selon le fait d'avoir effectué le test de dépistage du VIH/Sida

Avoir effectué un test de dépistage	Effectifs	%
Non	365	92,6
Oui	29	7,4
Total	394	100

Dans notre étude 92,6% des sujets n'avaient pas effectué le test de dépistage du VIH/Sida contre 7,4% des sujets.

Tableau XIX : Répartition des sujets ayant effectué le test de dépistage selon leur conseiller

Conseiller	Effectifs	%
Agent de santé	21	72,5
Ami/parent	5	17,2
Une personne séropositive	3	10,3
Total	29	100

L'agent de santé était le conseiller le plus cité par la majorité de nos sujets avec 72,5% des cas.

Tableau XX : Répartition des sujets selon le fait d'être prêt à effectuer le test de dépistage du VIH/Sida.

Etre prêt à faire le test de dépistage	Effectifs	%
Non	187	51,3
Oui	145	39,7
Ne sait pas	33	9,0
Total	365	100

Dans notre étude 51,3% (N=187) des sujets n'étaient pas prêts à faire le test de dépistage du VIH/Sida contre 39,7%(N=145).

Tableau XXI : Répartition des sujets selon les motifs de dépistage du VIH/Sida

Motif de dépistage	Effectifs	%
Connaitre son statut sérologique	119	82,0
Pouvoir se traiter précocement	19	13,1
Pour se rassurer	4	2,8
Eviter de transmettre la maladie à autrui	3	2,1
Total	145	100

Connaitre son statut sérologique a été le motif le plus évoqué pour effectuer le test de dépistage du VIH/Sida avec 82% des cas.

Tableau XXII: Répartition des sujets selon les motifs de refus de dépistage du VIH/Sida

Motifs de refus	Effectifs	%
Par crainte de connaitre son statut séropositif	112	59,9
Par crainte d'être infecté par le test (acte)	28	15,0
N'a pas envie	26	13,9
Refus du partenaire	15	8,0
Confiance en soi	6	3,2
Total	187	100

Vouloir ignorer son statut sérologique a été le motif le plus évoqué par 59,9% des sujets de ne pas effectuer le test de dépistage du VIH/Sida.

Tableau XXIII : Répartition des sujets selon l'âge du premier rapport sexuel

Age du premier rapport sexuel	Effectifs	%
> 20ans	147	37,3
< 20ans	140	35,5
Pas fait de rapport	107	27,2
Total	394	100

Dans notre étude 37,3% des sujets ont eu leur premier rapport sexuel après vingt ans, et 35,5% des sujets affirment de ne jamais eu de rapport sexuel.

Tableau XXIV : Répartition des sujets selon l'utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel

Utilisé le condom au dernier rapport sexuel	Effectifs	%
Non	176	69,3
Oui	78	30,7
Total	254	100

Les 69,3% des sujets n'avaient pas utilisé un condom lors du dernier rapport sexuel.

Tableau XXV: Répartition des sujets selon les motifs de port du condom lors du dernier rapport sexuel

Motifs port du condom	Effectifs	%
Veut éviter IST/SIDA	27	34,6
Veut éviter à la fois	21	26,9
Veut éviter la grossesse	17	21,8
IST/Sida et grossesse		
Pas confiance dans le partenaire	13	16,7
Total	78	100

Vouloir éviter les IST/Sida était le motif le plus évoqué de port de condom lors du dernier rapport sexuel avec 34,6% des cas.

Tableau XXVI : Répartition des sujets selon les motifs de refus de port de condom lors du dernier rapport sexuel

Motifs de refus de port du condom lors du dernier rapport sexuel	Effectifs	%
Ne l'aimait pas	73	41,6
Ne savait pas son utilité	43	24,4
Refus du partenaire	34	19,3
Ne sait pas l'utiliser	18	10,2
Désir d'enfant	8	4,5
Total	176	100

Ne pas aimer le condom était le motif le plus évoqué comme refus de port de condom lors du dernier rapport sexuel par la majorité des sujets dans notre étude avec 41,6% des cas.

B. Analyse qualitative :

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

Tous les EIA et les groupes de discussions se sont déroulés dans la commune rurale de Sangarébouyou.

La population cible était tous les jeunes de la commune âgés de 15 à 24 ans.

1. Entretien individuel approfondi

a. Connaissances du VIH/SIDA et perception :

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

b. Pratiques comportementales :

En ce qui concerne les questions liées aux pratiques comportementales, un grand nombre de nos personnes enquêtées préfèrent les rapports sexuels non protégés, comme en témoigne cette pensée de **O.C.** âgée de 23 ans : « Je préfère les rapports sexuels non protégés parce que les préservatifs me gêne et je n'ai pas beaucoup de plaisir avec les préservatifs » une minorité pense le contraire, c'est ce qui ressort de ces propos de **F.D.** âgée de 20 ans : « Lors de mes rapports sexuels avec les hommes, j'exige qu'ils portent des préservatifs, surtout quand je ne connais pas leurs statuts sérologiques »

c. Attitudes :

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

C'est ce qu'exprime **M.D.** âgé de 18 ans en ces termes : « J'utilise les préservatifs lors des rapports sexuels, j'évite de me blesser avec les objets souillés et je suis fidèle à un seul partenaire » par contre une minorité pense qu'en évitant le contact quotidien avec une personne infectée est une bonne attitude de prévention. Comme il ressort de cette opinion de **B.H.** âgé de 23 ans : « j'ai peur de contracter le virus en mangeant ou en dormant dans la même chambre qu'une personne infectée »

2. Groupe de discussions (focus group)

a. Connaissance et perception du VIH/SIDA :

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

(FGI : P1)

Par rapport à la question liée à la connaissance du VIH/SIDA, la majorité des participants de nos groupes de discussions connaissent les modes de transmissions et de préventions de la maladie, comme en témoigne cette pensée d'un participant du groupe de discussion : « Les moyens de transmission que je connaisse sont : la fidélité et l'abstinence car si le couple est fidèle c'est difficile qu'il attrape le Sida et comme moyens de transmission : les objets souillés et les rapports sexuels non protégés » **(FG III : P5)**

b. Pratiques comportementales :

Une proportion non négligeable de nos sujets enquêtés dans le focus group a une faible perception sur le multi partenariat sexuel comme facteur de risque. L'opinion de cette participante la montre : « Je vis actuellement avec quatre (4) hommes différents et j'essaye de fixer un rendez-vous avec chacun d'eux pour que aucun d'entre eux ne soit au courant l'un de l'autre » **(FG II : P1)**

D'autres pensent le contraire comme l'illustre l'opinion de ce participant : « Les personnes qui ont des partenaires sexuels multiples courent un grand risque de contamination au VIH » **(FG V : P3)**

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

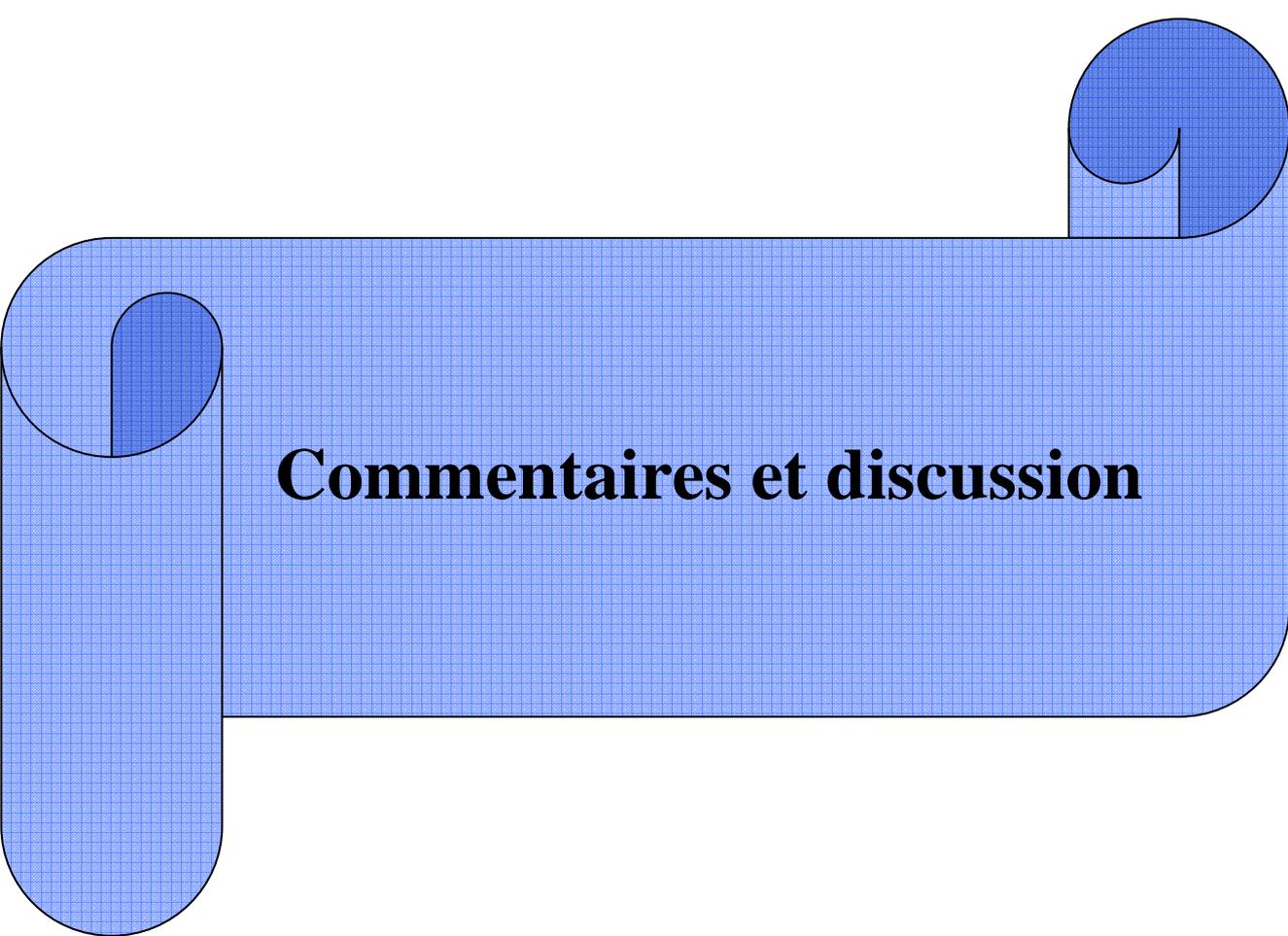
La majorité de nos interlocuteurs connaissaient les services de prévention et d'IEC. C'est ce qu'exprime ce participant d'un groupe de discussion : « Je connais le centre l'éveil, le CESAC et les hôpitaux comme le centre de dépistage du VIH » **(FG II : P4)**

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

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

Un nombre non négligeable de participants des groupes de discussion ont des attitudes de stigmatisations vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA. C'est qui ressort de cette citation : « Moi je me mets à l'écart d'une personne infectée car c'est une maladie qui peut être transmise en mangeant dans le même plat ou en dormant dans la même chambre » **(FG III : P3)**

Contrairement à une minorité qui adopte une attitude solidaire, comme exprime cette pensée de cet intervenant du focus group : « Je vais maintenir notre relation comme avant et si c'est un parent proche je me chargerai de l'entretenir comme s'il n'avait rien » **(FG IV : P4)**



Commentaires et discussion

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Difficultés rencontrées :

Des difficultés de communication ainsi que des déficits d'information ont été notés chez les sujets étudiés, réduisant ainsi la portée de l'étude.

La crainte de certains sujets à parler avec des inconnus, nous a amené à un long dialogue avant d'accepter de coopérer, cela s'explique par le fait que le sexe est considéré dans notre société comme quelque chose de tabou qui relève du domaine privé et personnel.

Certains sujets nous ont réclamé de l'argent sous prétexte que tout ce qui concerne le SIDA est financé à des millions ou de payer le temps qu'ils ont eu à nous consacrer, ces types de sujets n'ont pas été recrutés car la thèse n'était pas financée et je n'avais pas d'argent à leurs proposer, d'autres ont refusé tout simplement car ils pensaient n'avoir aucun intérêt.

2. Sur la méthodologie :

Les objectifs de cette étude étaient d'étudier les connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des jeunes de 15 à 24ans face au VIH/SIDA dans la commune rurale de Sangarébougu.

Un échantillon représentatif des sujets a été tiré au hasard sur la base de stratification des ensembles. Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Word 2007 et analysées par IBM SPSS statistics 19.

L'échantillonnage a été fait de la façon suivante sur la base de stratification des ensembles.

On a tiré au hasard trois cent quatre vingt et quatorze (394) sujets dans les trois quartiers que compose la commune rurale de Sangarébougu.

3. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtes :

3.1. Age et sexe

Les trois cent quatre vingt et quatorze (394) sujets enquêtés dans notre étude résidaient tous à Sangarébougu. La tranche d'âge la plus représentée se situait dans la fourchette des vingt-vingt et quatre ans. En terme de pourcentage, nous avons obtenu 69,3% des sujets. Ce résultat pouvait s'expliquer par la disponibilité de cette tranche de la population à participer à cette étude.

Le sexe masculin a été majoritairement représenté dans notre étude avec 55,8% contre 44,2% des femmes. Ces résultats sont comparables à ceux trouvés par Tchouzou H. T. [28] qui trouve respectivement 51,2% contre 48,8%.

3.2. Profession, situation matrimoniale et niveau d'instruction

Dans notre étude 67,3% des sujets étaient célibataires et 29,9% étaient mariés. Ce résultat est nettement inférieur à ceux trouvés par Haidara M.I. [26] avec 69% des cas. Ce taux pourrait s'expliquer par le fait que les gens ne se marient pas tôt dans notre société.

La profession élève était la plus représentée avec 18% des cas, 35,8% de ces élèves avaient un niveau secondaire ; suivies des ménagères et des commerçants avec respectivement 15,2% et 13,7% des cas.

Dans notre société, les élèves et les ménagères sont les couches socioprofessionnelles les plus nombreuses, cela pourrait expliquer la fréquence élevée du taux de scolarisation dans cette couche de la population.

4. Connaissance en matière de Sida :

Tous les sujets dans notre étude avaient entendu parler de Sida avec comme principale source d'information la télévision dans 59,4% des cas suivi de la radio avec 27,4% des cas.

Comme en témoigne ce propos d'un de nos interlocuteurs dans les groupes de discussion : « Ma première source d'information a été la télé suivi de la radio et enfin bouche à oreille » **(FG I : P1)**

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la majeure partie de nos populations sont informés à travers les mass medias.

Les 71,6% des sujets pensaient qu'il existait un moyen d'éviter le VIH/Sida.

Ces résultats sont contraires à ceux d'EDS IV [30] qui trouve que 88,5 des hommes ont entendu parler de Sida contre 85,9% des femmes dont 46% qui appartiennent au milieu rural pensaient qu'il existait un moyen d'évitement du VIH/Sida.

A propos des moyens de prévention du VIH, l'abstinence, le port de condom et la fidélité étaient les moyens de protection les plus évoqués avec respectivement 87,8%, 76,6%, 73,6%. Ce propos d'un de nos intervenant dans le focus group confirme ce résultat : « Etre fidèle que tu sois homme ou femme dans le couple, porter les condoms avant chaque rapport sexuel, éviter de se blesser avec les objets contaminés sont les moyens de prévention que je connais » **(FG III : P1)**

Ces taux sont supérieurs à ceux de Haidara M.A. [27] qui trouve respectivement 48,3%, 50%, 50,57% des cas. Cette différence des taux pourrait s'expliquer par le fait que la population enquêtée s'informe fondamentalement à travers les mass medias.

Dans notre étude 62,7% des sujets enquêtés pensaient que le VIH et du Sida ne se transmet pas par piqure de moustique contre 22,8% et 14,5% n'avaient aucune idée sur ce mode de transmission. Tandis que la transmission par partage de nourriture a été majoritairement évoquée avec 40,6% des sujets contre 40,4% des cas.

C'est ce qui illustre cette pensée d'un de nos personnes interrogées dans les groupes de discussion : « Moi je me à l'écart d'une personne infectée car c'est une maladie qui peut être transmis en mangeant dans le plat ou en dormant dans la même chambre » **(FG III : P3)**

Ces résultats sont contraires à ceux trouvé par Haidara M. A. [27] qui trouve respectivement 62,2% contre 19,8% des cas. Cette différence pourrait être du à un déficit de communication face au VIH/Sida dans cette couche de la population enquêtée.

Dans notre étude 47,5% des sujets ne connaissaient pas la transmission mère –enfant du VIH/Sida contre 26,6% des sujets et 25,9% des sujets n'avaient aucune idée sur ce mode de transmission. Une proportion de nos sujets interrogés dans les groupes de discussion a une idée sur ce mode de transmission. C'est ce qui ressort de cette opinion: « Je crois que le rapport sexuel non protégé constitue un grand facteur de risque, la transmission mère à l'enfant, l'enfant peut grandir avec le VIH et s'il fait un rapport sexuel non protégé il peut contaminer son partenaire » **(FG I : P3)**

La méconnaissance de cette voie de transmission pourrait être du à un déficit de sensibilisation des populations par l'agent de santé face à la transmission verticale.

5. Attitudes et pratiques comportementales :

Dans notre étude, une grande proportion de nos sujets enquêtés n'était pas consentent d'héberger un proche ou un parent séropositif dans leur foyer.

C'est ce que confirme **B.H.** âgé de 23 ans dans un EIA : « j'ai peur de contracter le virus en mangeant ou en dormant dans la même chambre qu'une personne infectée »

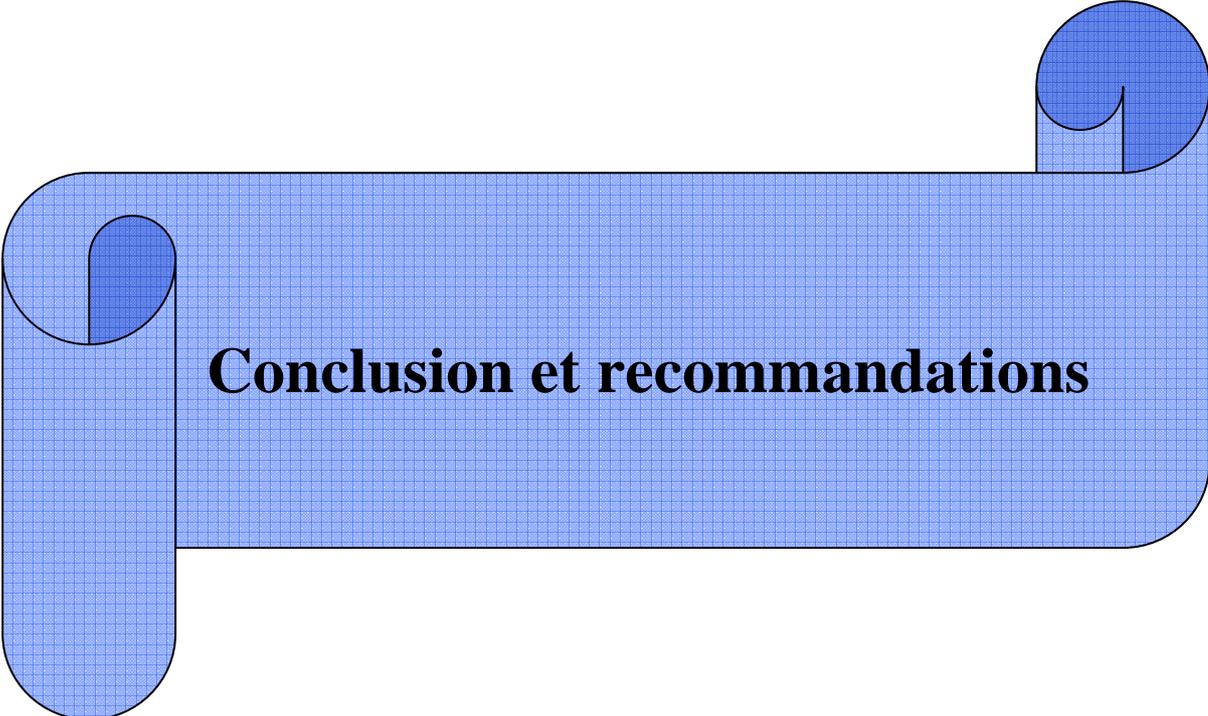
Les 92,6% des sujets enquêtés dans notre étude n'avaient pas effectué le test de dépistage du VIH/Sida contre 7,4% des sujets et 39,7% parmi eux étaient prêt à effectuer le test de dépistage du VIH/Sida et Connaitre son statut 3sérologique a été le motif le plus évoqué par 82% des cas. Ces résultats sont comparables à ceux trouvé par Haidara M. A. [27] qui trouve respectivement 38% et 81,6% des cas.

Les 51,3% des sujets n'étaient pas prêts à faire le test de dépistage du VIH/Sida et vouloir ignorer son statut sérologique a été le motif le plus évoqué par 59,9% des sujets.

Ces taux élevés de refus pourraient être dûs en grande partie à la méconnaissance du processus de test et à la non sensibilisation de ces jeunes gens. La description du processus de test pourrait améliorer l'acceptabilité et la démystification de celui-ci.

Dans notre étude 37,3% des sujets ont eu leur premier rapport sexuel après vingt ans, parmi eux 69,3% n'avaient pas utilisé un condom lors du dernier rapport sexuel et ne pas aimer le condom était le motif le plus évoqué avec 41,6% des cas. Comme en témoigne cette pensée de **O.C.** âgée de 23 ans dans un EIA : « Je préfère les rapports sexuels non protégés parce que les préservatifs ne gêne et je n'ai pas beaucoup de plaisir avec les préservatifs »

Contrairement aux 30,7% des sujets qu'avaient utilisés le condom lors du dernier rapport sexuel, vouloir éviter les IST/Sida était le motif le plus évoqué par 34,6% des cas. Ce taux élevé de refus du port du condom pourrait s'expliquer par le fait qu'il n'y a pas de communication entre les jeunes (hommes et femmes) et leurs parents par rapport à la sexualité d'une part et d'autre part à une fausse perception du goût et du plaisir sexuel chez ces jeunes.



Conclusion et recommandations

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

1. Conclusion :

Le but de notre étude était d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes de 15 à 24 ans face au VIH/SIDA dans la commune rurale de Sangarébougu.

Au terme de cette l'étude nous avons noté que les jeunes ont une connaissance moyenne sur les modes de transmission du virus, les maladies transmissibles et les moyens de prévention. Toutefois on notait une persistance de croyances erronées (40,6% des questionnés continuent à penser que le virus peut éventuellement se transmettre en mangeant dans le même plat avec une personne infectée).

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

La transmission verticale c'est-à-dire de la mère à l'enfant reste de nos jours méconnue par les jeunes.

Cette méconnaissance doit être prise en compte et corrigée car la transmission mère- enfant du VIH constitue le mode de transmission quasi-exclusif des enfants infectés.

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

2. Recommandations :

a/ Au Ministère de la Santé :

-Créer des centres d’alphabétisation d’écoute et d’animation pédagogique en matière de prévention contre les IST/VIH - Sida dans les centres urbains et ruraux au Mali.

-Former les agents socio-sanitaires dans les outils d’information et de communication en matière de prévention des IST/VIH - Sida à l’endroit de la jeune population.

-Initier l’éducation sexuelle dans les familles, les établissements étatiques et privés.

b/Aux personnels sanitaires :

-Adopter la méthode de l’approche participative et concertée en matière de prévention des IST/VIH-Sida en visant particulièrement les populations jeunes.

-Diversifier les outils de communication (leur nature et leur contenu) en ciblant les jeunes populations.

c/A la population générale :

-Intensifier d’avantage les campagnes d’I.E.C en matière du VIH/Sida.

-Améliorer la fréquentation des centres d’écoute et de communication en matière des IST/VIH.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- 1) (fr) **Anne Decoster**, « Classification des Retroviridae (Rétrovirus) - Lentivirus », décembre 2004, p. 2 du document PDF. Consulté le 2 juillet 2010
- 2) (fr) **Jean-Marie Huraux, Henri Agut, Anne-Marie Fillet, Vincent Calvez, Vincent Thibault, Agnès Gautheret-Dejean, Anne-Geneviève Marcelin, Claire Deback**, « Virologie - Rétrovirus humains » sur Faculté de médecine Pierre-et-Marie-Curie, 5 février 2008, p. 114 du document PDF. Consulté le 2 juillet 2010.
- 3) **sidéen sur le Wiktionnaire**
- 4) **CDC (Centers for Disease Control and Prevention)**. 1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults
- 5) **ONUSIDA**
Le point sur l'épidémie de SIDA : février 2007 3p
- 6) **ELKHOULY AE., YOUSEF RT.**
Antibacterial efficiency of mercurials. J Pharm sci 1974; **63**:681-685
- 7) **[http:// www.invs.sante.fr/publications/2003/vih_sida_n1/](http://www.invs.sante.fr/publications/2003/vih_sida_n1/)**
rapport_vih_sida_n1.pdf. Surveillance du VIH/SIDA en France rapport n°1-2003 Consulté le 05/07/07
- 8) **Willy Rosenbaun**. Chronologie infection à VIH in impact médecin-général infection à VIH 2001 ; **16** : 201-205
- 9) **L'enquête préliminaire** de EDS IV au Mali. 2006 ; **37p**
- 10) **Mairie bamako.africa-web.org /finances .htm** Consulté le 04/02/08

- 11) **<http://www.Who.org>**. Cinquième rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA en fin 2007. Consulté le 03/02/2007
- 12) **ONUSIDA**

Le point sur l'épidémie de SIDA. 2007 ; **15p**
- 13) [http:// www.aids.info.ch](http://www.aids.info.ch). VIH et SIDA. Consulté le 06/05/2008
- 14) **http://www.1santé.com/dossier/sida_vih2.htm**. Consulté le 05/02/08 Informations fondées scientifiques SIDA ; Information suisse. Consulté le 07/09/07
- 15) **SISSOKO M.**

Complications rénales au cours du VIH et traitement par les ARV. Thèse Med, Bamako, 2005, n°37
- 16) **ZOUNGRANA J.**

VIH et manifestations neuropsychiatriques. Thèse Med, Bamako, 2005, n°19
- 17) **Infection à VIH et SIDA. In:**

CMIT, ed. E Pilly Montmaron CY: 2M2 ed; 2006; **89.1:482p**
- 18) **AFNOR** (Association Francophone de normalisation)

Mars 1981 **NFT 72-101**
- 19) **Florence Lot**

Epidémiologie : situation actuelle et tendances

In: P.-M. Girard, Ch. Katlama, G. Pialoux. VIH edition 2004: 46, 50.
- 20) **Pison G.** Le Sida va-t-il entraîner un recul de la population de l'Afrique au sud du Sahara. Population et Sociétés 2002 ; 385 : 1-4.

21) **ONU-Sida.** Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/Sida-2002. Genève : ONU-Sida, 2002.

22) **Freire S. HIV/AIDS affected household:** statut and temporal impacts. In: coriat B, Moatti JP, Souteyrand Y, Dumoulin J, Flori YA, eds. Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries. Issues and challenges.

Paris: ANRS, collection Sciences sociales et Sida, 2003.

23) **Haacker M.** the economic consequences of HIV/AIDS in Southern Africa. Washington; IMF Working Paper, International Monetary Fund, 2002/ 40 p.

24) **IMAARV** (Initiative Malienne d'Accès aux antirétroviraux).

Plan d'action, Atelier, Bamako, Janvier 2001

25) **ONUSIDA**

Analyse situationnelle de la discrimination et stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA en Afrique : de l'ouest et du centre : considérations éthiques et juridiques.

Rapport ; Français ; Abidjan ONUSIDA. Equipe inter pays pour l'Afrique de l'ouest et du centre ; 2002-05 ; **47p.**

26) **Haidara M. I.**

Connaissances et attitudes des clients masculins des coiffeurs de la ville de Bamako face au VIH/SIDA. Thèse Med, Bamako, 2008 ; p.66

27) Haidara M. A.

Connaissances, attitudes et pratiques comportementales liées aux VIH-Sida chez les aidants sociaux dans le district de Bamako : le capital expérientiel de l'exode rural dans la prévention des IST et VIH-Sida. Thèse Med, Bamako, 2007 ; p.88, 89,90

28) Tchouzou H. T.

Evaluation des connaissances, comportements et attitudes à risque de l'infection à VIH/SIDA dans la population carcérale de la maison d'arrêt de Bamako. Thèse Med, Bamako ,2008 ; p. 78

29) <http://www.who.org>. Cinquième rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA en fin 2007. Consulté le 03/02/2007

30) Ministère de la santé/Direction nationale de la santé.

Enquête démographique de santé Mali IV (EDS IV/MALI), 2006.

31) VIH, Pierre-Marie Girard,

christine Katlama et Gilles Pialoux ; édition doin 2004.

32) Whiteside A. HIV/AIDS,

health and education. In:Forsythe S, ed. State of the Art, AIDS and Economics. IAEN, 2002: 24-9.

33) Barnett T, Whiteside A. AIDS in the 21st century :

disease and globalization. London: Palgrave-MacMillan,2002.

34) Organisation des Nations Unies pour l'Afrique et le développement.

Impact du VIH/Sida sur les systèmes d'exploitation agricole en Afrique de l'ouest. Rome : FAO, 1997.

35) P.N.L.S – Plan d'action IMAARV. Bamako (Mali) : 5-7.

36) Dictionnaire : Grand Robert ; p.70, 75, 144

- 37) **(fr) HIV-1 infection in rural Africa:** is there a difference in median time to AIDS and survival compared with that in industrialized countries?
- 38) **A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted HIV.**, Social science & medicine
- 39) **The effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV.**, Family planning perspectives
- 40) **Syndromic management of sexually-transmitted infections and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda:** a community randomised trial., Lancet
- 41) **« Nouvelles données sur la circoncision et la prévention du VIH : conséquences sur les politiques et les programmes »** [PDF], consultation technique de l’OMS et de l’ONUSIDA
- 42) **« HIV estimates with uncertainty bounds 2009 »** [xls], ONUSIDA, 2010, carte réalisée à partir des données d’ONUSIDA.
- 43) **« La circoncision, moyen peu coûteux de prévention du sida »**, dans *Nouvel Obs*, 21 juillet 2010 [texte intégral] dépêche Reuters
- 44) **Le Conseil national du sida français :** Rapport sur la circoncision : une modalité discutable de réduction des risques de transmission du VIH, 24 mai 2007
- 45) **Voir, « Position des organismes de santé »**

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Questionnaire d'entretien

Le présent questionnaire est un travail qui entre dans le cadre des recherches concernant l'élaboration d'une thèse doctorale en médecine à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS). Il ne pourra en aucun cas vous porter préjudice.

Critère : Etre âgé de 15 à 24ans

Nous vous remercions pour votre entière collaboration !

1. Date : __/__/2012 **2. N° fiche :** /_____/

3. Langue d'entretien : /___/ 1=Bambara 2=Français

5. Consentement : /___/1=accepter 2=refuser 3=retrait de l'étude

I/ Les caractéristiques socio – démographiques :

6. Age : /_____/ ; **7. Sexe :** /_____/ 1=masculin ; 2=féminin

8. Régime matrimonial : 1=célibataire 2=marié-e 3=divorcé-e 4=veuf (e)

9. Niveau d'instruction : 1=non – Scolarisé 2=Primaire 3=Secondaire
4=Supérieur

10. Profession : 1=Commerçant 2=Etudiant 3=Elève 4=Boucher
5=Secrétaire 6=Chauffeur 7=Apprenti chauffeur 8=Ménagère 9=Aide-
ménagère 10=Menuisier 11=Policer 12=Médecin 13=Infirmier
14=Sage-femme 99=Autre à préciser :.....

11. Résidence : /_____/

II/Connaissances :

**12. Avez-vous entendu parler d'une maladie appelée Sida ? /___/ 1=oui ;
2=non**

13. Peut-on l'éviter ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

14. Si oui, comment faire pour l'éviter (ou s'en protéger) ? (Cochez une seule case en choisissant celle qui correspond au canal d'information la plus pertinente pour vous /___/

1. S'abstenir complètement de rapport sexuel
2. Utiliser des condoms chaque fois qu'on a des rapports sexuels
3. Limiter rapport sexuel avec un partenaire/rester fidèle à un seul partenaire
4. Eviter de partager rasoirs/lames
5. Eviter de partager nourriture avec quelqu'un atteint de Sida
6. Chercher protection des guérisseurs traditionnels
99. Autre : (à préciser) :.....

15. Peut-on contracter le virus du Sida par piqûre de moustiques ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

16. Peut-on contracter le virus du Sida en partageant la nourriture avec quelqu'un atteint de Sida ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

17. Est-ce qu'on peut se protéger du virus du Sida en s'abstenant complètement de rapport sexuels ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

18. Peut-on se protéger du virus du Sida en utilisant un condom à chaque rapport sexuel? /___/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

19. Est-ce qu'on peut se protéger du virus du Sida en limitant les rapports sexuels avec un seul partenaire ou rester fidèle à un seul partenaire ? /___/

1=oui ; 2=non ; 88=NSP

20. Pensez-vous que le virus qui cause le Sida peut être transmis de la mère à l'enfant ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

21. Avez-vous personnellement connu quelqu'un qui a le virus du Sida ou qui serait décédé du Sida ? /___/ 1=oui ; 2=non

22. Est-ce qu'une personne apparemment en bonne santé peut être porteuse du virus du sida ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

III/ I.E.C (information, éducation et communication)

23. Si vous avez entendu parler de Sida, ou en avez-vous entendu parler ?
(Cochez une seule case en choisissant celle qui correspond au canal d'information la plus pertinente pour vous) /___/

1=Radio ; 2=Télé ; 3=Journaux ; 4=Affiches ; 5=L'école ; 6=Ami/Parents ;
99=Autres : (à préciser).....

24. Connaissez-vous un endroit (service) ou vous pourriez faire un test de dépistage du VIH ? /___/ 1=oui ; 2=non

25. Ou pouvez vous aller pour ce test de dépistage ? (cochez une seule case en choisissant celle correspond au canal d'information la plus pertinente pour vous) /___/

1=Hôpital, 2=Clinique, 3=Pharmacie, 4=Guérisseur,

99=Autre (à préciser).....

26. En sachant qu'une personne ou un parent est séropositif, l'accepteriez dans votre foyer ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

27. Si oui, pourquoi et comment ? /___/

1. Allez manger avec lui, parce que non transmissible par le manger
2. Dormir dans la même pièce, parce que c'est sans danger
3. Laisser vos enfants avec lui est sans risque
99. Autre (à préciser).....

28. Si non, pourquoi? /___/

1. on peut l'attraper en mangeant avec lui
 2. On peut la contracter en dormant dans la même pièce
 3. Sa présence est dangereuse pour les enfants
 4. Simplement n'a pas envie 99.
- Autre :.....

29. Pensez-vous qu'une personne séropositive doit garder son statut secret ?

/___/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

30. Avez-vous effectué un test de dépistage du VIH ? /___/

1=oui ; 2=non

31. Si oui, qui vous la conseille ? /___/

1=parent/Fiancé ; 2=Ami ; 3=Agent de santé ;

99=Autre (à préciser).....

32. Si non, êtes-vous disposé à le faire ? /___/

1=oui ; 2=non ; 88=NSP

33. Si oui, pourquoi ? /___/

1. Veut connaître son statut sérologique
2. pour pouvoir se traiter précocement
3. pour éviter de transmettre la maladie à autrui si je suis séropositif

4. pour se rassurer

99. Autre (à préciser).....

34. Si non, pourquoi ? / ___/

1. Par crainte de connaître son statut séropositif

2. Par crainte d'être infecté par le test (acte)

3. N'a pas envie

99. Autre (à préciser).....

V/Pratiques comportementales :

35. A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel (si vous en avez déjà eu) ? /_____/ Nombre années

36. Avez-vous déjà utilisé le condom ? /___/ 1=oui ; 2=non

37. si oui, pourquoi vous avez utilisé a cette occasion ? (Cochez une seule case en choisissant celle correspond au canal d'information la plus pertinente pour vous) /_____/

1. Veut éviter IST/Sida 2. Veut éviter grossesse

3. Veut éviter à la fois IST/Sida et grossesse 4. Pas confiance dans le partenaire

99. Autre (à préciser) :.....

38. Si non, pourquoi ? Cochez une seule case en choisissant celle correspond au canal d'information la plus pertinente pour vous) /_____/

1. Ne savait pas l'utiliser 2. Ne savait pas son utilité 3. Ne l'aimait pas

4. Refus du partenaire

99. Autre : (à préciser) :.....

Guide d'Entretien Individuel Approfondi

Introduction : Bonjour je m'appelle Je fais cette recherche dans le cadre de ma thèse de doctorat. Nous faisons cette enquête pour mieux comprendre les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes de 15 à 24 ans faces au VIH/SIDA dans la commune. Nous souhaiterions donc connaître vos perceptions, opinions et vécu personnel sur ses questions. Sachez qu'il n'ya pas de bonnes ni de mauvaises réponses, nous aimerons apprendre à travers vous. Vos propos resterons dans la confidentialité, ils ne seront pas étaler sur aucune place publique. Nous aimerons que vous nous donniez des discours francs. Vous êtes libres de participer ou de décider de ne pas participer à l'étude sans aucun préjudice. Vous avez également le droit de vous retirez à tout moment du débat.

I. Récit de vie

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

II. Connaissance du VIH/SIDA et perception

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

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

III. Pratiques comportementales

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

IV. Attitude

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

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

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

Guide d'entretien Focus Group

1. Connaissance et perception du VIH/SIDA

. Existence du Sida

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

2. Pratiques comportementales

. Perception des risques faces à l'infection à VIH

. Facteurs de risques (précocité du premier rapport sexuel, multi partenariat sexuel, pratique socioculturelles néfastes, précarité économique, illettrisme, pratique sexuels à risques, violence)

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

. Connaissance des centres de dépistage et de prise en charge du VIH / SIDA

. Source d'information (radio, télé, bouche à oreille, amis)

. Connaissance des projets et programmes pour la prévention du VIH (sensibilisation, distribution de préservatifs, formation)

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

. Stigmatisation et auto –stigmatisation

. Rejet social

FICHE SIGNALÉTIQUE

Prénom : Mamadou Daba

Nom : COULIBALY

Titre : connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes de 15 à 24 ans face au VIH/Sida dans la commune rurale de Sangarébourgou

Année académique : 2011-2012

Nationalité : Malienne

Ville de Soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Santé publique

Résumé :

La prévention du VIH est très complexe. En effet ces affections ont été toujours considérées comme émanant essentiellement de la volonté céleste qui chercherait à punir les hommes. Dans le souci d'un changement de comportement en matière de protection contre le VIH/Sida nous avons conduit cette étude. Elle avait pour objectif d'étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales des jeunes de 15 à 24ans face au VIH/SIDA. Pour ce faire, nous avons conduit une étude descriptive et transversale qui s'est déroulée du mois d'Octobre 2011 au mois de Juin 2012.

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

L'étude s'est portée sur trois cent quatre vingt et quatorze sujets résidents tous à Sangarébourgou. La tranche d'âge la plus représentée se situait dans une fourchette de vingt-vingt et quatre ans.

L'ensemble de nos jeunes consultés avaient entendu parler de Sida. Nos résultats montrent de façon générale que la majorité des jeunes vivant dans la commune de Sangarébourgou ont une connaissance moyenne sur les modes de prévention et de transmission du virus.

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

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure