

**Ministère des Enseignements Secondaire,
Supérieur et de la Recherche Scientifique**

.....

Université de Bamako

.....

**Faculté de Médecine, de Pharmacie et
D'Odonto –Stomatologie**

République du Mali

.....

Un peuple – Un but – Une foi



Année Universitaire 2008/2009

N°/2009

TITRE

**Comportements sexuels,
connaissances et attitudes des
lycéens face aux IST et VIH/SIDA
dans les écoles secondaires de la
communes III du District de Bamako**

Thèse

**Présentée et soutenue publiquement le .../.../2009 devant la Faculté de
Médecine, de Pharmacie et d' Odonto – Stomatologie (F.M.P.O.S)**

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

PAR

TRAORE Mory Moussa

JURY

Président : Pr Sounkalo DAO

Membre : Dr Saibou MAIGA

Co-directrice de thèse : Dr Moustaph TOURE

Directeur de thèse : Pr Mamadou KONE

« Il n'y a de Dieu que Dieu, le patient, le généreux, pureté à Dieu seigneur du Trône sublime, louange à Dieu seigneur des mondes, je te demande les causes obligatoires de ta miséricorde, les actions qui procurent Ton pardon, la préservation de tout péché, le gain facile de tous les biens et le salut face à tout péché, ne me laisse aucun péché qui ne soit pas absous, ni aucun souci qui ne soit dissipé, ni insatisfait aucun besoin où il y a ton agrément ; ô toi le plus miséricordieux des miséricordieux »

Check Saddik Mohammed Charaf (savant d'el – azahar Egypte)

Le rappel et l'invocation de Dieu : Prière du besoin ; Page 90.

DEDICACE

Je dédie cette œuvre :

A ALLAH

Le Tout Puissant, le Miséricordieux pour m'avoir donné la force, le courage et la santé pour réaliser ce travail.

Au Prophète Mohamed (Paix et Salut de DIEU sur Lui), pour son message clair et précis et sa générosité envers ses disciples.

A mon Père feu TRAORE Abdoulaye

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

Puisse Allah t'accorder le paradis **Firdaws** auprès du prophète Mahomet.

Puisse ce travail te faire plaisir, Papa.

Amen!

A ma Mère TRAORE Awa

Tu es une mère qui a été toujours présente aux côtés de ses enfants. Tu nous as enseigné les règles de la bonne moralité, de l'honnêteté et de la bonne conduite.

Ton souci pour notre réussite n'a pas d'égal.

Je prie le Tout Puissant de te donner longue vie et que nous fassions ta fierté. Qu'il t'accorde une fin heureuse et le paradis à l'issue du jugement dernier.

Amen !

A mes marâtres Djeneba SOGODOGO et Safiatou KONE

Vous n'avez pas manqué de m'entourer de la chaleur familiale nécessaire durant ces longues années passées ensemble.

Je voudrais tout simplement vous dire que les moments passés avec vous m'ont été riches en enseignements. Soyez rassurés de mon entière disponibilité pour partager vos joies, vos soucis et je ne ménagerai aucun effort pour vous voir sourire pendant longtemps. Trouvez ici l'expression de mes sentiments de reconnaissance.

A mes frères et mes sœurs

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

MES REMERCIMENTS:

Mory Moussa Traoré_ thèse de médecine 2008

3

A SAVANE Youssouf :

Les paroles écrites ou prononcées ne suffisent pas pour vous remercier pour tous les efforts que vous avez consentis pour moi.

Vous avez été mon père sans être mon géniteur.

Vous avez été mon frère de lait ou demi frère sans être issu du même utérus que moi ni du même père.

Grâce à vous j'ai jamais su les difficultés que les étudiants rencontrent dans l'élaboration de la thèse.

A travers vous Dieu a parfaire ce travail.

Puisse ALLAH vous récompenser de tout ce que vous avez fait pour moi et qu'il vous accorde longue vie, bonheur, satisfaction éternelle dans toutes vos entreprises et une fin meilleure.

Qu'il vous accorde le paradis.

Amen !

A mes amis Dr Ballo, Dr Dramane, Samaké, Fof, Fatim Sangaré, Ami Traoré, Togo Amagara et soumaïla, Diakité, Dr Diarra Moussa, Dr dembele Mamadou, Dr moumine Traoré, Dr Lemine Dicko, Sissoko, Fomba et Djiguiba.

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

J'ai trouvé en vous l'honnêteté, le bon sens et le courage.

Je vous souhaite beaucoup de réussite dans votre carrière professionnelle.

Au guide spirituel des ancards

Si le VIH est relative à l'expansion de la turpitude, de l'homosexualité, de la liberté sexuelle, de la dégradation des mœurs, de l'effritement des valeurs traditionnelles, vous êtes une solution idéale pour arriver au bout de ce fléau car votre mission " **à l'instar de Socrate**" est de vous fixer au humain comme un taon pour leur exhorter à soigner leur âme. Je voudrais tout simplement vous dire que les moments passés avec vous m'ont été très riches en enseignements. Soyez rassurés de mon entière disponibilité pour partager vos joies, vos soucis et je ne ménagerai aucun effort pour vous voir sourire pendant longtemps. Je prie Le Tout Puissant ALLAH pour Qu'il vous accorde longue vie, bonne fin et soutien éternel dans cette tache si difficile qu'est la votre.

Amen !

A ma fiancé DAO MARIAM

Soyez rassurés de mon entière disponibilité pour partager vos joies, vos soucis et je ne ménagerai aucun effort pour vous voir sourire pendant longtemps.

L'un des apanages de nous autres jeunes gens qui ne savons encore rien de la vie et qui voulons y trouver la réalisation immédiate de nos rêves d'enfants est de rencontrer dans le conjoint l'incarnation de nos mères tout au long de notre vie.

J'espère que tu ne failliras pas à mon espérance au moment du pire.

A tout le corps professoral de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie pour leur amour dans la transmission du savoir ;

A tout le personnel du service de Pédiatrie du CHU-GT particulièrement de la Pédiatrie II ;

Au Dr Touré Safiatou pour tout l'effort consenti, vos conseils. Ce travail est le vôtre. Que DIEU vous récompense. Qu'il vous protège, vous et votre famille.

Amen !

Aux Pr Mamadou Marouf Keita, Pr Toumani Sidibé, Dr Broulaye Traoré ;

Dr Togo Boubacar, Dr Traoré Fatimata Dicko, Dr Coulibaly Hadizatou, Dr Diallo Aminata, Dr Simaga Tati et Dr Diakité Abdoul Aziz pour votre encadrement. A tous mes promotionnaires de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie pour votre esprit de famille et votre compréhension ;

A tous mes collègues internes de la Pédiatrie

A tous les **DES de pédiatrie** pour vos enseignements ;

Nous gardons de vous l'image d'hommes et de femmes ouverts. Nous avons admiré votre esprit d'équipe et votre engouement pour le travail. Recevez ici mes sincères remerciements ;

A tous le personnel du CHU-Gabriel Touré,

Remerciement particulier à tous les élèves, professeurs du lycée et autorités scolaires pour votre soutien dans l'élaboration de cette étude.

A notre Maître et président du jury

Pr DAO Sounkalo

Maître de conférences de maladies infectieuses à la FMPOS

Responsable de l'enseignement de maladies infectieuses à la FMPOS

Enseignant chercheur au programme de recherche et de formation VIH/TB (SEREFO)

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

Vous contribuez cher maître, à son indispensable amélioration

Nous avons toujours apprécié l'étendue de vos connaissances admiré votre simplicité et vos exhortations à la quête du savoir.

Veillez croire, cher Maître à l'expression de notre plus grand respect.

A notre Maître,

Dr Saïbou MAÏGA

Pharmacien titulaire de l'officine privée du point "G"

Chargé de cours en législation à la FMPOS

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant
d'apprécier ce modeste travail malgré vos multiples occupations

Nous admirons beaucoup vos qualités scientifiques et nous sommes
fiers d'être compté parmi vos élèves.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profonde admiration
et de toute notre reconnaissance.

A notre Maître et co-Directeur de thèse

Dr TOURE Moustaph

Diplômé de gynécologie et obstétrique

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako ;

Maître assistant en gynécologie et obstétrique à la F MPOS

Vos qualités sont immenses et n'ont d'égal que notre admiration.

Vous nous avez fait honneur de diriger ce travail.

Nous ne trahirons pas vos espérances.

Trouvez ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et Directeur de thèse

Pr KONE Mamadou

Professeur titulaire dans l'enseignement de la physiologie

Directeur général Adjoint du CNOU

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse, pour la confiance que vous nous avez accordée en nous proposant ce sujet et pour votre aide précieuse dans la réalisation de ce

travail, trouvez ici l'expression de notre gratitude.

Nous avons toujours apprécié l'étendue de vos connaissances, admiré votre simplicité et vos exhortations à la quête du savoir.

Il ne nous reste qu'à vous faire une promesse:

“continuer ce travail qui vient de commencer en marchant toujours dans vos pas“.

SIGLES et ABREVIATIONS

AMAS/AFAS : Association Malienne d'Aide et de Soutien aux PVVIH et Sida /
 Association des Femmes d'Aide et de Soutien aux PVVIH et Sida
ADN : Acide Désoxyribonucléique
ARN : Acide Ribonucléique
CCC : Communication pour le Changement de Comportement
CD4: Cell Differentiation type 4
CDC: Centers for Diseases Control
CHU-GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré
CMV : Cytomégalovirus
Coll : Collaborateurs
CS réf : Centre de Santé de Référence
CSCOM : Centre de Santé Communautaire
CV : Charge Virale
DES : Diplôme d'Etude Spécialisée
EBV : Epstein Barr Virus
EDS/M : Enquête Démographique et de Santé au Mali
ELISA: Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay
FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie
CSLS : conseil supérieur de lutte contre le SIDA
HLA : Human Leucocyte Antigens
HSV : Herpes Simplex Virus
HTLV : Human T-Lymphocyte Virus
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
LAV: Lymphadenopathy Associated Virus
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
ONU: Organisation des Nations Unies
PCR: Polymérase Chain Réaction
PNLS: Programme National de lutte Contre le Sida
% : Pourcentage
PTME: Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH: Personne Vivant avec le VIH
SIDA: Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SIV : Simien Immunodeficiency Virus
STLV : Simien T-lymphocyte virus
TME : Transmission mère enfant
UNICEF : United Nation International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
VIH : Virus de l'Immunodéficiency Humaine

Sommaire

Pages

I-Introduction	1
Objectifs.....	6
II-generalites.....	7
III-methodologie.....	36
IV-resultats.....	40
V- Discussions.....	59
VI-conclusions et recommandations.....	66
VII-references bibliographiques.....	69
VIII-annexes.....	75



I-Introduction

Le SIDA « syndrome d'immunodéficience humaine » a été identifié il y a 26 ans ; depuis, l'épidémie a successivement orienté nos réflexions sur tous les aspects de notre société ; les institutions politico économiques, la famille, l'éducation, le monde des affaires, la justice, l'armée, le gouvernement, les municipalités ; elle a eu également un impact profond sur la science, la médecine et la santé publique. De part son association avec le sexe, le sang, les drogues et la mort le sida réveille, des sentiments primaires de peur et ressuscite des interdits. Sa transmission sexuelle et sa longue période de latence font que le sida a modifié notre réflexion sur l'amour et la sexualité. [52]

L'épidémie du VIH/SIDA représente à 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, où nous sommes [51].

L'infection par le VIH est due à ce jour à deux rétrovirus de la famille des Lentivirus dont le VIH1 isolé en 1983 par Luc Montagnier et Coll du département de rétro virologie de l'institut Pasteur de Paris, ainsi que R. GALLO et Coll et le VIH 2 isolé en 1985 par BARIN et Coll.

Le SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), conséquence de l'infection par le VIH a été décrit pour la première fois aux Etats-Unis au début des années 1980. Depuis, cette infection est devenue une pandémie ne connaissant plus de frontière, de peuple, de race, ni de religion, faisant d'elle un véritable problème de santé publique dans les pays les plus affectés [55].

En fin 2007, l'ONU/SIDA estimait à 33,2 millions, le nombre de personnes infectées par le VIH. Selon le même rapport, 2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans vivaient avec le VIH/SIDA ; 330000 en sont décédés et 420000 ont été nouvellement infecté [43].

L'Afrique subsaharienne reste la zone la plus touchée par la pandémie car, bien que l'Afrique ne compte que 10% de la population mondiale, c'est là que naissent 90% des enfants infectés par le VIH [33]. Le risque de transmission est de 30% à 40% chez un enfant né d'une mère séropositive en Afrique [42].

.Au Mali le premier cas de SIDA a été diagnostiqué en 1985 dans le service de gastro-entérologie de l'hôpital GABRIEL TOURE par l'équipe du professeur ALY GUINDO [15] ; depuis cette date, l'infection par le VIH ne cesse de croître comme dans le reste du monde.

Au Mali, les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée en 2006 dans la population générale adulte au cours de l'enquête démographique et de santé (**EDSIVM**), ont montré une baisse du taux de prévalence du SIDA de 1,7% à 1,3% faisant du Mali un pays à faible prévalence. La prévalence la plus élevée est observée dans le district Bamako avec (2,0%) suivie 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% [37].

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.

De nombreuses études ont démontré le rôle des IST comme facteurs favorisant la survenue de l'infection par le VIH [11-28-49]. Ces IST restent un problème de santé publique majeur.

Il est scientifiquement établi qu'un traitement correct et systématique et la prévention des IST ainsi que le changement de comportement peuvent faciliter la lutte contre le VIH/SIDA dans les populations concernées [46-11-24-48].

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 [26-44]. En absence d'un traitement efficace du sida ou d'un vaccin, la prévention contre l'infection par le VIH repose essentiellement sur la communication pour le changement (**CCC**) dans le but de changer le comportement sexuel des jeunes. 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 :

- ✓ Du Programme National de lutte contre le Sida (**PNLS**) ;

✓ Du conseil supérieur 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 [44]. Parmi les adultes de 15 et plus, les jeunes ont représenté 40% des nouvelles infections en 2006. [47]

L'adolescence est d'une grande actualité comme le sont les problèmes qui en sont spécifiques, problèmes surtout de santé étant donné qu'il s'agit d'une période d'immaturation physique, d'activité intense durant laquelle l'adolescent a tendance à adopter un modèle adulte et ceci est prédominant sur le plan comportemental

Cette tranche d'âge représente les forces vives des nations africaines. La perte en ressources humaines est inestimable, elle pourrait retentir dramatiquement sur le développement économique de ces pays. Les victimes qui ont coûté le plus cher à la nation en éducation et en formation ; ces cadres du système sur lesquels le pays a réalisé un investissement lourd, disparaissent avant même d'avoir pu contribuer à la prospérité de la nation.

Les énormes pertes en coût social qu'elle engendre justifient le caractère prioritaire des campagnes de lutte contre l'épidémie chez ces jeunes. [52]

Etant donné la vulnérabilité de ces jeunes à l'infection, et les interactions multiples entre IST et SIDA il est important d'analyser les informations disponibles sur le VIH de même réfléchir sur les méthodes de prévention et les critères au traitement.

La modernisation de la vie amène les jeunes des deux sexes à poursuivre les études jusqu'à 25 ans voire plus. Au cours de cette période, ils ont des rapports sexuels occasionnels et fréquents avec un ou plusieurs partenaires.

La finalité de tels rapports à risque est le nombre croissant de grossesses non désirées, d'avortements clandestins et leurs complications, avec un accent particulier à l'heure actuelle sur le VIH/SIDA. Selon de nombreux auteurs, le développement de la pandémie du VIH serait une question de comportement, de connaissance et d'information.

Il est donc nécessaire de discuter ouvertement des questions sexuelles si l'on veut offrir aux jeunes une prévention efficace du VIH.

Ce sont les jeunes eux-mêmes qui sont les meilleurs prestataires des interventions de prévention destinées à leurs pairs et c'est pourquoi ils ont un rôle important à jouer dans la conception, l'exécution, et l'évaluation des programmes de prévention du VIH à l'intention des jeunes.

Les interventions conduites dans le domaine de l'éducation devraient permettre de recenser les connaissances acquises à ce jour, de comprendre ce qui motive le comportement des jeunes et d'encourager l'adoption d'attitude propre à freiner l'expansion et à limiter l'effet dévastateur de l'épidémie chez ces jeunes scolaire ou universitaire de nos jours **''comme faisant partir de l'élite intellectuelle appeler à diriger le reste de la population vers un mieux être pour ne pas dire vers le développement''**.

Comme les jeunes représentent le plus grand espoir d'inverser le cour de la pandémie nous avons initié cette étude pour évaluer les connaissances et les comportements sexuels des scolaires et universitaires face au VIH/SIDA et qui vise les objectifs suivants :

II-OBJECTIFS

1. Objectif général :

- Etudier les comportements sexuels, connaissances et attitudes des Jeunes lycéens en matière d'IST et VIH/ SIDA en milieu scolaire dans la commune III du district de Bamako

2. Objectifs spécifiques :

- **2-1:** déterminer les caractéristiques sociodémographiques des élèves.
- **2-2 :** déterminer le degré d'information des lycéens sur l'existence des IST et VIH/SIDA
- **2-3 :** déterminer les attitudes des lycéens face aux IST et VIH/SIDA
- **2-4 :** déterminer l'attitude des jeunes lycéens face au dépistage des IST et VIH / SIDA



1-Définition des infections sexuellement transmissibles

Venus, la déesse de l'amour a donné son nom aux maladies transmises lors des contacts ou rapports sexuels. L'ancienne dénomination des maladies vénériennes a été abandonnée au profit de l'appellation de 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.

[62]

Les IST étant nombreuses, notre étude portera sur celle qui par son caractère Incurable, et sa vitesse de propagation dans le monde, constitue ce qu'on pourrait appeler peste du 21^e siècle ; celle qui est devenue un des sujets de Préoccupation les plus en vue d'organismes internationaux de santé de par le monde, et des médias : le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).

2 : Approche explicative de la sexualité des adolescents :

Les moyens pour enrayer l'épidémie - l'éducation et le changement des comportements – sont aussi simples à définir qu'ils sont difficiles à appliquer ; les comportements envers le sexe et la drogue ont des bases physiologiques et des composantes sociales fortement encrées : ils sont difficiles à modifier. Hélas, la connaissance n'entraîne pas toujours un changement de comportement **[52]** : Malgré toutes les stratégies de réduction du risque développé ainsi que la multiplication des messages de sensibilisation sur le VIH, l'infection constitue un véritable problème de santé publique au monde, notamment chez les adolescents. Ils constituent de nos jours la génération la plus importante de notre histoire : pourtant, bien qu'étant la charpente de nos pays, ces derniers demeurent en mêmes temps les personnes les plus vulnérables au VIH.

2-1 : Attitudes des adolescents. [31]

L'adolescence, qui vient du verbe latin adolescere qui signifie croître, est une période de la vie qui suit l'enfance, et qui est comprise entre la puberté et l'âge adulte.

Cette transition entre l'enfance et l'âge adulte est marquée par des transformations corporelles et psychologiques qui causent chez l'adolescent une certaine crise. Ces transformations peuvent induire chez ce dernier un comportement sexuel désordonné, vu le fait qu'il cherche à s'affirmer en tant qu'adulte face à ceux auxquels il est désormais semblable.

__ **du point de vue corporel**, le phénomène essentiel est l'apparition de la fonction de reproduction. Le jeune adolescent subit des transformations avec notamment maturation des cellules reproductrices. Cette maturation se traduit par la présence de spermatozoïdes dans le liquide séminal chez le garçon et par la présence des premières règles chez la fille. Ces transformations s'accompagnent de changements morphologiques : certaines concernent les organes génitaux, d'autres constituant ce qu'on appelle les caractères sexuels secondaires. Cette transformation physique engendre chez l'adolescent une transformation psychologique.

__ **du point de vue psychologique**, l'adolescence est marquée par la réactivation et l'épanouissement de l'instinct sexuel, l'affermissement des intérêts professionnels et sociaux, le désir de liberté et d'autonomie, la richesse de la vie affective.

L'adolescent devient capable d'aimer. Les deux composantes de l'amour que sont l'instinct sexuel et la tendresse s'harmonisent et se fixent sur une personne de l'autre sexe. C'est l'âge par excellence de l'amitié et des sentiments de tous ordres, y compris les sentiments moraux, religieux et esthétiques. L'évolution rapide du monde moderne accentue les crises de l'adolescence. Raison pour laquelle il semble nécessaire d'informer les adolescents sur les risques qu'ils encourent en affichant un comportement qui peut nuire à leur avenir et à celui de leur nation. Ils doivent être susceptibles de changer d'attitudes et d'adopter pour celles qui mènent à un comportement à moindre risque.

2-2-approches explicatives de la sexualité des adolescents en milieu urbain [41].

Plusieurs approches explicatives ressortent des travaux sur les comportements sexuels des adolescents. Il s'agit notamment des approches socioculturelles, économiques, institutionnelles et psychologiques. Les études réalisées en milieu urbain africain se sont d'avantage orientées vers les deux premières.

2-2-1 : Approche socioculturelle

L'approche socioculturelle se fonde sur le fait qu'on ne peut pas "désocialiser" l'activité sexuelle. Elle accorde un rôle central à la construction sociale et culturelle, sans laquelle aucun désir ne peut apparaître et s'exprimer. Ainsi, selon lui, les comportements sexuels et les circonstances dans lesquelles a lieu l'activité sexuelle sont déterminés par les normes et les valeurs socioculturelles en matière de sexualité. Une des expressions de cette approche est la thèse selon laquelle l'activité sexuelle des jeunes en milieu urbain s'expliquerait par la "désorganisation sociale", la faiblesse du contrôle social ou le relâchement des mœurs en matière de sexualité. Cette thèse fait partie de la théorie générale de la modernisation, qui se fonde sur l'affaiblissement des structures traditionnelles et le relâchement du contrôle des aînés sur les cadets. Les comportements nouveaux qui en résultent sont plus orientés vers la responsabilité familiale.

__ les travaux de H. Pagezy (1991) sur le contexte socioculturel de la sexualité dans une région forestière enclavée du Zaïre, caractérisée par la prédominance des interdits de relations sexuelles montrent que : « la détérioration des conditions économiques et du réseau de communication... a certainement été un facteur freinant la diffusion du VIH/SIDA dans les régions enclavées. »

S'il est vrai que les sociétés enclavées sont privées d'infrastructures et d'équipements modernes (télévision, Internet, radio, DVD, roman pornographiques...), cette affirmation montre que les tabous sexuels constituaient une stratégie de prévention contre les attitudes sexuelles malsaines et désordonnées.

__ culturellement le désir d'avoir des enfants est fortement enraciné chez les individus, à celui-ci s'ajoute le poids de la société qui dicte et conditionne cet aspect de la vie. Le préservatif qui joue ainsi un rôle de contraceptif s'oppose à la possibilité d'avoir des enfants. D'où la difficulté pour la plus part des individus de développer des attitudes favorables au condom.

2-2-2 : approche socioéconomique.

L'approche économique considère les adolescents comme des acteurs dits rationnels. Cette approche se fonde ainsi sur la thèse de "l'adaptation rationnelle" selon laquelle les jeunes s'engageraient aussi dans la sexualité pour atteindre des objectifs bien précis, d'ordre économique ou social. Dans le premier cas, on peut noter les études qui ont insisté sur le fait que les conditions économiques contribuent

à l'engagement des jeunes dans l'activité sexuelle. Ainsi, la satisfaction des pulsions sexuelles peut aussi se faire chez les jeunes garçons en échange de cadeaux, d'habits, de somme d'argent ou d'un travail rémunéré en faveur des jeunes filles. Dans le second cas, se retrouvent les études qui expliquent l'activité sexuelle des jeunes, surtout chez les filles, par le mariage et la fécondité, celle-ci étant en fait une stratégie de l'aboutissement du mariage.

2-2-3 : approche institutionnelle

La dernière approche, la moins représentée en littérature, suppose que l'activité sexuelle des jeunes en milieu urbain serait aussi fonction de l'importance que les décideurs accordent aux lois et programmes les concernant. Notamment l'importance accordée aux législations relatives au mariage, à la vie maritale des parents, à la protection sociale des jeunes et aux services spécifiques aux jeunes dans certaines études antérieures ayant abordé ce sujet.

L'approche psychophysiologique est aussi nécessaire pour mieux appréhender le comportement sexuel.

2-4 : approches psychophysiologiques du comportement sexuel.

Le comportement sexuel est défini comme l'ensemble des actes qui permettent le rapprochement de deux partenaires et leur accouplement. Le comportement sexuel ne se réduit pas à la copulation. L'accouplement est précédé de préliminaire : recherche de partenaires, cour, jeux, contacts et stimulations réciproques. Chez l'homme, W.H.masters et V.E.johnsons (1986) citée par N.silamy (1996) y distinguent quatre phases : excitations, plateau, orgasme, résolution.

Le comportement sexuel est régi par des facteurs internes et externes, intégrés au cours du développement et lors de l'actualisation des comportements par le système nerveux central. Chez l'adulte, les hormones males et femelles jouent un rôle activateur en élevant la réactivité des structures nerveuses qui contrôlent l'expression des comportements.

Parmi les facteurs externes, les messages sensoriels, issus du milieu ou du partenaire, assurent une double fonction. D'une part, ils élèvent la réactivation générale de l'organisme et déclenchent, dans certains cas, la sécrétion des gonadolibérines hypothalamiques.

D'autre part, ils orientent les comportements sexuels vers des objectifs spécifiques : « tel est le cas des stimuli d'appel et d'identification ou des stimuli émis au cours de l'accouplement par chaque partenaire et qui servent à synchroniser leur comportement respectifs.

Tous les étages du système nerveux, de la moelle au télencéphale participent au contrôle des comportements sexuels, mais, spécialement l'hypothalamus sensible aux hormones sexuelles, recevant des informations du mésencéphale, du système limbique et du cortex préfrontal, l'hypothalamus, est un centre d'intégration des messages hormonaux et sensoriels. Il peut aussi déclencher par voie nerveuse des segments de comportement sexuel tels que l'érection ou l'éjaculation.

Nous constatons que le comportement sexuel est très fortement modelé par l'éducation, la culture, le socio économique et le psychophysiologique.

2- 3-environnement et comportement. [41]

Nous abordons ce chapitre dans l'optique de savoir s'il pourrait exister un lien entre environnement et attitude sexuelle face au VIH/SIDA. Son intérêt porte sur la mise en évidence de l'influence de l'environnement (intérieur et extérieur) sur la formation des attitudes défavorables à la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA.

Dans la mesure où le SIDA pose un problème très complexe en psychologie : celui du comportement sexuel et que Freud (1985) place la sexualité au centre de toutes les conduites de l'adolescent.

Nous considérons l'environnement de l'adolescent comme l'ensemble des stimulations susceptible d'agir sur son comportement et sur son activité psychique. Ces stimulations peuvent être internes (biologiques, physiologiques, psychologiques) ou externes (sociales, culturelles, institutionnelles, économiques,...). Dans cet ensemble de stimulations, seules celles d'ordre sexuel nous intéresseront.

2-3-1 : le point de vue maturationniste

Le maturationniste soutient que la croissance d'un sujet dépend d'une programmation interne indépendante de l'environnement extérieur, des circonstances et des stimulations externe à l'organisme. Ce terme s'oppose aux acquisitions résultants des interactions avec le milieu, tels que l'apprentissage, l'imitation. La maturation permet de rendre compte de l'ordre et du moment d'apparition de certaines conduites en cours chez une espèce donnée.

__l'approche maturationniste

L'approche maturationniste ne considère pas comme exclusif le rôle de la programmation héréditaire, ce qui signifie qu'il n'y a jamais une totale indépendance vis-à-vis des stimulations externes. Les travaux de Gesell et Wallon (1914) s'inscrivent dans ce courant. Pour eux, l'existence d'un ordre séquentiel fixant l'apparition des comportements est le reflet d'une programmation interne, semblable au processus de croissance physique. Pendant l'adolescence, nous sommes parfois surpris de constater l'éclosion et l'émergence de certains comportements (sexuels) qui ne sont que le résultat de la maturation. Gesell a mis en évidence le rôle de la maturation et l'inutilité des apprentissages précoces dans le domaine moteur par la méthode du Jumeau Témoin (les enfants soumis au pot). Pour les systémiques, le comportement est l'expression des interactions entre l'organisme et le milieu.

2-3-2. Le point de vue interactionniste

La perspective psycho écologique permet de constater que le comportement humain est fonction du milieu.

L'interaction entre l'organisme et le milieu est comprise dans sa perspective la plus courante telle qu'on la retrouve chez les interactionnistes. Pour eux le comportement est la résultante de l'interaction organisme et milieu. D'où l'opération suivante :

$$C = f(O, E) \text{ où}$$

C = comportement f = fonction

E = environnement O = organisme

Le comportement est dans cette opération, une variable dépendante qui est fonction de l'environnement extérieur ou de l'organisme ou de l'interaction entre les deux. La perspective interactionniste repose sur l'idée fondamentale selon laquelle l'environnement et la personne s'influencent permanemment.

Dans la perspective psychosociale, l'environnement est compris comme un champ d'interaction au centre duquel se noue l'action sociale.

C'est dans cette optique que Rocher (1968 : 37) recourt à Lewin (1975) dans sa théorie du champ et écrit : « **La psychologie de Lewin replace l'interaction des personnes dans son environnement total, social sans doute mais aussi biologiquement physique. Les états somatiques des personnes, les objets qui les entourent ou qu'elles manipulent, font partie de la situation globale de l'action sociale et peuvent l'influencer de façon notable** ». Nous comprenons donc qu'il existe une interdépendance entre l'environnement (intérieur et extérieur) et le comportement. Nous pouvons en déduire qu'il existe également une interdépendance entre les stimulations sexuelles de l'environnement et le comportement (attitude) sexuel des personnes.

Dans la ville de Bamako, les adolescents en pleine maturation établissent des contacts, entretiennent des relations (unilatérales ou bilatérales) qui vont leur permettre d'élaborer de nouvelles opinions, de nouveaux jugements, de nouvelles cognitions susceptibles de conditionner la formation de leurs attitudes sexuelles.

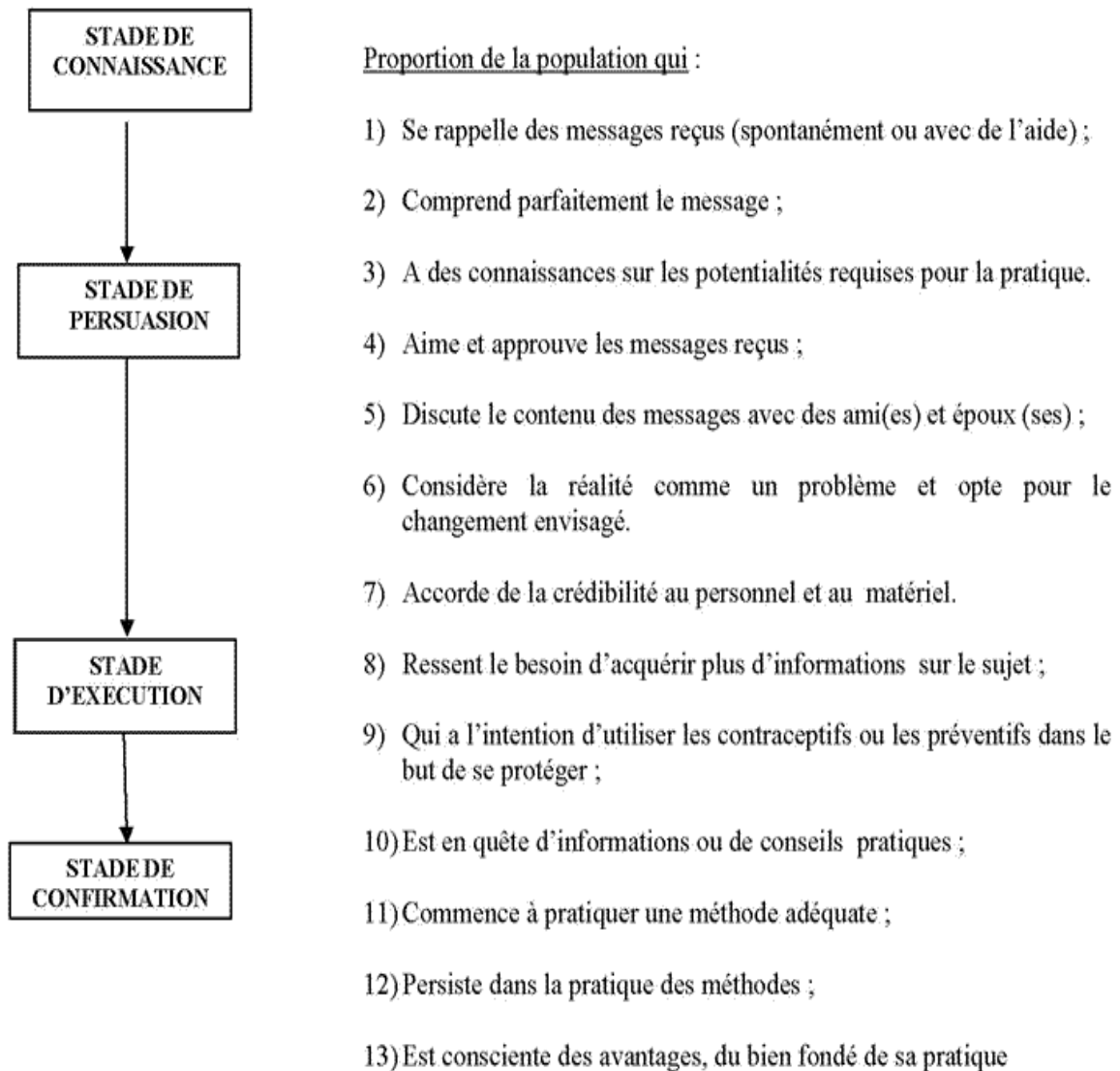
Nous avons donc convenu que l'environnement modèle le comportement. Le point de vue maturationniste confirme l'apport de l'organisme sur les conduites des personnes. Celui des interactionnistes confirme l'apport des stimulations extérieures. Après ces propos sur l'environnement, intéressons-nous maintenant à la notion de résistance au changement d'attitude.

2-4-Les étapes conduisant au changement de comportement.

[31]

Le contrôle du comportement sexuel ou la modification des pratiques consacrées, frappe généralement au cœur de l'identité personnelle et des normes sociales. La sexualité est un aspect peu étudié et mal compris du comportement humain. Il est encore difficile de déclarer la connaissance d'un format propre à un changement de comportement en vue de la prévention des MST/sida et des grossesses non désirées.

Cependant, les moyens par lesquels il est possible d'influencer le comportement, sont de mieux en mieux développés à cette époque. La figure ci-dessous, présente les diverses étapes par lesquelles un sujet pourrait passer, alors qu'il évolue de l'ignorance du problème que pose le VIH/sida vers un changement durable.

Figure 1: Hiérarchie des effets de la communication

2-5 : la résistance au changement d'attitudes [41]

En psychanalyse, la résistance désigne l'opposition à la reconnaissance de l'inconscient. En psychologie, elle désigne « *la propriété d'un phénomène psychologique qui fait qu'il est difficile à modifier* » (H. Bloch et al. 1997 : 1116). La résistance est une notion polysémique qui se rapporte au contexte auquel elle est relative. Il convient de la considérer comme un ensemble d'attitudes manifestes ou latentes à la fois offensives et défensives s'opposant à toute procédure de changement initié au niveau d'un individu ou d'un groupe d'individus. Elle est une "barrière" psychologique secrétée d'une façon consciente ou inconsciente, volontaire ou involontaire, susceptible de bloquer totalement ou partiellement une innovation attitudinale entreprise. En effet, lorsque le moi se sent attaqué dans ses identifications, il tend à refuser de se modifier. Il en va de même lorsqu'il est

menacé, par l'approche du refoulé, mais, dans ce cas, sa résistance fait obstacle au relâchement de la censure et à l'élucidation du rapport à l'inconscient. En outre la résistance tient au désir lui-même quand un bénéfice (plaisir sexuel) est tiré de son accomplissement par la voie de la répétition symptomatique. Dans notre étude sur l'environnement organique, le plaisir sexuel serait lui-même un facteur de résistance au changement d'attitude face au VIH/SIDA.

En général, la résistance à la persuasion est d'autant plus grande que l'attitude est enracinée dans la personnalité de l'individu qu'elle fait partie de son identité personnelle et sociale et qu'elle est partagée par des proches (amis, parents, frères, sœur, voisins, leaders, stars, vedettes), personnes, groupes de référence de l'adolescent. En outre, la résistance du récepteur est renforcée si on l'a exposé à des arguments persuasifs inefficaces. Selon la théorie de la réactance (J. Brehm, 1966) toute tentative persuasive échoue quand elle est ressentie par le récepteur comme une menace pour sa liberté (le cas de la sexualité n'est qu'une résultante du néolibéralisme. Chaque individu veut vivre sa liberté sexuelle). La réaction émotionnelle qui s'ensuit peut même aboutir à un changement voulu (effet boomerang) puisque dans certains cas, le résultat obtenu peut-être l'inverse du résultat escompté.

L'étude du changement d'attitude par communication persuasive, met sans doute trop l'accent sur le changement individuel d'un récepteur isolé de son environnement social habituel et du contexte de société dans lequel se situe l'objet de l'attitude. Notre étude allait un peu plus loin. Elle posait la question de la résistance au changement d'attitudes chez les adolescents en tenant compte de tous les facteurs environnementaux (physique, organique, social). S'il est vrai que l'environnement est un prescripteur de conduite et que la conduite est à l'origine du changement, il serait aussi vrai que l'environnement est un prescripteur de changement ou un renforçateur de la résistance au changement.

Les adolescents se trouvent dans les villes où la proximité physique des objets, lieux et espaces sexuels, la promiscuité, facilitent les contacts de voisinage; rencontres et relations se personnalisent sous l'effet d'imitation et d'identification mutuelles au sein de ce qu'on nomme souvent les "cités-dortoirs". Ainsi, se développent dans les groupes humains, comme dans l'univers des objets, une situation d'ouverture et de communication comportementales, une forte présence de régulation automatique et globale. La radiodiffusion, l'Internet et plus encore la télévision constituent bon gré, mal gré, une source considérable de connaissances et d'influences qui se superposent en la débordant à l'éducation familiale et scolaire. Elles sont un facteur d'information et de stimulation. Elles peuvent être la meilleure ou la pire des choses selon l'usage qu'on en fait, ce qui paraît être généralement le cas de toute application technologique (Internet, câblage, télévision...).

2-5-1 : Adolescence et résistance au changement d'attitudes face aux messages sur le SIDA. [31]

Les messages de sensibilisation sur le SIDA sont pour la plupart conçus dans l'optique de persuader la cible à percevoir un problème et à changer de point de vue afin d'adhérer à celui que lui recommande le message.

Ces messages sont d'ordres persuasifs. Des auteurs à l'instar de Montmollin

(1984), MCGUIRE (1969), HOVLAND et al (1953) après de nombreuses études sont arrivés à la conclusion selon laquelle une communication persuasive est synonyme de changement d'attitudes. Pourtant, nous avons constaté le contraire chez les adolescents de la ville de Bamako. Face aux multiples messages de sensibilisation sur le VIH/SIDA et sur les méthodes de prévention, face à toutes les stratégies mises sur pied pour éradiquer ce fléau, les jeunes continuent à avoir des rapports sexuels précoces et non protégés ; à pratiquer le multi partenariat sexuel ; à mettre des tenues extravagantes suscitant le réveil des pulsions sexuelles, à avoir un intérêt particulier pour des films à caractère érotique ; bref, à résister au changement d'attitudes. Tout ceci nous a amené à un certain nombre de questionnements à savoir :

- Qu'est-ce qui peut empêcher les adolescents de changer de comportement alors qu'ils sont sensés le faire face à une communication persuasive ?
- Reçoivent-ils vraiment les messages émis ? si oui pourquoi n'adoptent-ils pas le comportement escompté ?
-

2-6 : les véritables stratégies pour notre génération

2-6-1 : sur l'influence de l'environnement interne et externe [41]

Avec la mondialisation, les attitudes, les comportements et les conduites des adolescents ont radicalement changé. Sur le plan de la sexualité, le changement est remarquable. Le sexe est devenu l'une de leurs préoccupations principales. Dans tous les milieux des adolescents, il est question de sexe. La sexualité est devenue vulgaire. Les rues et cases abondent d'images pornographiques. Les mass médias diffusent des images, des films érotiques d'une manière abondante. La prostitution, le vagabondage sexuel, les aberrations et perversions sexuelles sont pratiqués par les idoles, modèles des adolescents. Les auberges, hôtels, boîtes de nuit à fortes pratiques sexuelles, sont fréquentées par les adolescents. Les vêtements, langage et attitudes des adolescents sont sexistes. Il est très difficile de poser avec succès la question de la lutte antisida dans un pareil environnement. ***Il faut que tout le monde fasse son bain de conscience. Les gouvernements doivent interdire certaines attitudes, pratiques, comportements qui placent les adolescents en permanence dans un état de préparation favorable aux rapports sexuels. Les radios et télévisions doivent sélectionner, contrôler, élaborer leurs programmes en fonction des difficultés sexuelles des adolescents.*** Nous devrions savoir que l'Afrique traverse actuellement une période transitoire, où le tabou est en train d'être levé sur la sexualité. Tous les parents ne sont pas prêts à apporter une éducation sexuelle à leurs enfants. Dans un environnement hyper sexiste comme c'est le cas aujourd'hui, il serait difficile que des adolescents privés d'éducation à la sexualité, à la maîtrise de soi, réussissent leur vie sexuelle.

L'éducation sexuelle ici désigne ***la mise en œuvre des moyens de connaissances et d'épanouissement des qualités humaines liées à la sexualité.*** Elle permettra de découvrir et de développer chez les adolescents les différents aspects de la personne. Elle devrait s'adresser à leurs pouvoirs de vivre en tant qu'êtres sexués, tout au long de leur existence. Elle ne peut être que permanente, car leur sexualité ne se satisfait pas d'un rôle unique, que l'on apprendrait une fois pour toutes. Le problème de l'éducation sexuelle est à prendre

au sérieux en Afrique. La communication, le dialogue sexuels intra familiaux sont presque impossibles. **Il faut former les parents à l'éducation sexuelle de leurs enfants. Nombreux sont ceux qui en font encore un phénomène tabou.** Ce phénomène expose les adolescents privés d'éducation à l'impossibilité de maîtriser la pulsion sexuelle qui est très dense à l'adolescence.

Il est donc indispensable d'orienter l'éducation sexuelle vers l'éducation à la volonté, à la responsabilité. L'adolescent seul peut être libre. Car le progrès de sa cérébralisation a transféré au cerveau supérieur les fonctions du cerveau instinctif animal. Il a toujours des besoins, pulsions, mais il ne trouve pas en lui les automatismes de comportement permettant de les satisfaire correctement. Il peut à volonté déclencher ses besoins sexuels ou les refreiner. Mais pour être vraiment libre, il faut que sa conduite repose sur une décision réfléchie et volontaire. Cette maîtrise de soi passe par une bonne éducation, une bonne préparation, une bonne formation de la connaissance de soi, du plaisir et de la satisfaction sexuelle.

En général, il est admis que l'homme recherche avant tout son plaisir, son bien-être, sa sécurité. Ainsi, il ne demande qu'à éloigner la souffrance, la douleur, la détresse, le stress, l'angoisse. Le changement d'attitude sexuelle est créateur de tension. Du point de vue psychique, le changement d'attitude vis-à-vis de la sexualité créera de nouvelles tensions que les adolescents devraient être capables de gérer. **Pour poser la question de la lutte antisida, il faut au préalable poser celle de la gestion de ces nouvelles tensions. Il faut amener les adolescents à une nouvelle perception, représentation du sexe, de la sexualité, de la procréation et du plaisir sexuel. Il faudra également dans les différentes campagnes de sensibilisation poser la question de la rémunération, de la récompense et de la compensation du déséquilibre dont est victime l'adolescent privé du désir, du besoin, de la satisfaction sexuelle s'il observait les méthodes préventives du VIH /SIDA. Nous devrions créer d'autres sources de satisfaction libidinale dans le but de combler le vide que laisse la privation d'actes sexuels.** Ceci nous permettra de conserver le moi en homéostasie. Pour que les adolescents qui s'abstiennent par exemple n'en fassent plus une souffrance qui pourrait générer une pathologie.

Vu l'ampleur désagréable que prend le VIH/SIDA en milieu jeune, il serait indispensable de penser aux bourses à la virginité, à l'abstinence, à la fidélité et à l'usage permanent du préservatif. Tout en tenant compte du degré de difficultés, de faisabilité, de chaque pratique. Pourquoi ne pas créer dans les lycées, collèges, universités, écoles un club pour les personnes vierges, fidèles. Pour qu'elles ne se sentent plus discriminées, stigmatisées mais qu'elles vivent leur situation avec beaucoup de bonheur et de félicité. Certains messages des journaux peuvent constituer de véritables facteurs de résistance par rapport à l'appréhension que l'adolescent peut en faire.

Le résultat de l'impasse de l'éducation sexuelle actuelle, où un enfant non éduqué est soumis très tôt aux dépravations d'un monde déboussolé avec les spectacles des trottoirs, des cinémas, de la radio et de la télévision, est la généralisation d'une perversion par l'absence d'éducation qui se manifeste dans tous les milieux, les pays, les sociétés, les continents. Les problèmes sexuels des années antérieures nous ont montré de plus en plus le péril dans lequel se trouve la jeunesse

sexuellement active. Il est donc nécessaire dans toute recherche portant sur la lutte antisida de tenir compte des facteurs psychologiques qui peuvent conduire les personnes à la résistance au changement d'attitudes face au VIH/SIDA facteurs (internes et externes) qui favorisent l'adoption des attitudes déviantes face à la sexualité.

2-6-2 : concernant les messages émis [31]

Suggestions : L'augmentation du niveau de sensibilisation au VIH et du niveau de connaissance de ses moyens de transmission et de protection n'a pas toujours été associée à une diminution des comportements sexuels à risque chez les jeunes Bamakois

Pour ce, le gouvernement doit songer, lors de l'élaboration des plans stratégiques de lutte contre le VIH/SIDA, à avoir comme l'un de ses objectifs spécifiques, **l'élimination et l'interdiction de tout comportement ou milieu pouvant placer les adolescents en permanence dans un état de préparation favorable aux rapports sexuels.**

Les stratégies de réduction du risque de contraction du VIH doivent aller au delà de la simple fourniture d'informations. Elles doivent développer tous les aspects de la personne humaine de manière qu'elle dispose des capacités lui permettant d'exploiter toutes sortes d'informations sur le SIDA. Par exemple, dans le cadre de la lutte contre le SIDA, s'il est important de fournir des informations au cours des phases initiales des interventions en matière de changement de comportement et de renforcer cette connaissance sur la base régulière ; l'information à elle seule ne suffit pas pour motiver les individus à changer de comportement. **Les messages suscitant la peur ne sont pas les bienvenus en matière de motivation au changement de comportement.** Des auteurs à l'instar de JANIS (1967) pensent que si la peur domine, elle peut annihiler les efforts de changements plutôt que de les soutenir. L'excès de peur peut amener les individus à refuser de se considérer comme étant dans une situation à risque et à justifier leur position en se référant à d'autres personnes ayant des comportements similaires et ayant survécu. Pour ce, les concepteurs de messages sur le SIDA doivent éviter l'utilisation des mots tels que « plaie », « fléau », ou le fait de montrer des photos des victimes du SIDA émaciées car tout ceci peut amener les adolescents non seulement à mettre en quarantaine les personnes infectées, mais également à nier qu'ils courent eux-mêmes le risque de contracter cette infection.

Les concepteurs de messages doivent également tenir compte des difficultés sexuelles des adolescents, de leur point de vue personnel, avant de concevoir des messages préventifs ainsi que d'élaborer des programmes de lutte contre le SIDA. A cet effet, **ils doivent veiller à ce qu'il y ait rétroaction après chaque émission de message car il ne suffit pas d'émettre plusieurs messages à la fois mais de veiller à ce que ces derniers soient compris et mis en pratique.** Ils doivent par exemple organiser après chaque émission d'une série de messages une descente sur le terrain, interroger et observer des personnes non seulement dans l'optique d'attirer leur attention sur ces messages qui peuvent être passés inaperçus, mais aussi de savoir ce que pensent ceux qui les ont reçus effectivement. Cette opération leur permet également de savoir si le message émis demeure le

même que celui qui a été reçu par les adolescents, savoir si ce dernier n'a pas subi de transformation. Ils sauront également à travers cette investigation si le message émis garde tout son sens. C'est en se basant sur les réponses reçues et sur l'observation des comportements des personnes cibles que ces derniers devront concevoir les prochains messages. Pour de telles opérations, nous pensons qu'il est préférable de procéder par région vu la densité et l'étendue du pays. Il vaut mieux évoluer par palier, plutôt que de vouloir sensibiliser tout le monde en même temps, pour finalement, ne réussir à sensibiliser personne.

Le gouvernement, ainsi que tous ceux qui mettent sur pied les messages sur le SIDA, doivent aussi **veiller à ce que ces messages soient véhiculés par des personnes affichant un comportement sexuel rationnel**. Ces personnes, qu'elles soient musiciennes, acteurs de feuilletons télévisés, éducateurs, doivent être pour les jeunes gens, des modèles. **L'éducation sexuelle faite par les parents doit être encouragée**, car nombreux sont les adolescents qui se plaignent de n'avoir jamais eu l'occasion de discuter de leur sexualité avec leurs parents. Il deviendrait nécessaire de présenter aux parents le bien fondé de cette éducation pour l'avenir de leurs enfants.

Nous constatons en fin de compte que les biais perceptifs des messages de sensibilisation sur le sida par les adolescents sont aussi l'une des causes de leur résistance au changement d'attitudes face au SIDA, même s'il en existe d'autres. Ainsi, dans un monde comme le notre où sévit le VIH/SIDA, le psychologue est l'une des personnes à mesure d'amener la jeunesse de notre pays à vivre sans être infectée, en menant une vie saine et en adoptant un comportement sexuel à moindre risque. Pour mieux y parvenir, il doit amener le gouvernement ainsi que tous ceux qui mettent sur pied les communications et toutes autres mesures d'éradication du SIDA à comprendre que **l'essentiel n'est pas de multiplier le nombre de messages à diffuser, mais de s'intéresser à la stratégie mise sur pied pour le faire**. Le fait de **cibler des personnes qui mènent une vie exemplaire pour la transmission de ces messages**, le fait d'**interdire à tous ceux qui, ne faisant pas preuve d'un bon exemple pour la jeunesse de notre pays, s'hasardent à transmettre des messages sur le SIDA juste à des fins pécuniaires**, le fait de prendre en considération les conditions physiques dans lesquelles s'effectuent les échanges, la position dans l'espace ou le lieu de rencontre, le fait de **concevoir des messages en tenant compte des points de vue des adolescents** et en tenant compte de la période qu'ils traversent et des difficultés liées à la traversée de cette période, sont autant d'éléments qui peuvent travailler le psychique des jeunes gens et les prédisposer à prendre en considération les messages émis sur le SIDA. Cette prise en considération étant synonyme de changement d'attitudes. Tout ceci, mis en jeu, pourra être un pas dans la lutte contre le VIH/SIDA.

3 : le SIDA :

3-1 : 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 des communautés d'homosexuel par le Docteur Gohlieb et collaborateurs entre octobre 1980 et Mai 1981 par le Docteur Pozalki [19].

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 [39-40]. Ensuite, en 1984, le même virus fut identifié par Robert Gallo qui l'appela H.T.L VIII [19-20].

En 1986, un deuxième rétrovirus humain (LAV III) causant le SIDA fut isolé à l'institut Pasteur chez les malades d'origines ouest Africaine hospitalisés à l'hôpital Claude Bernard de Paris [8]. Ce même virus fut retrouvé par M. Essex et appelé HTL VIV la même année [16].

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

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

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

- En 1996, les tri- thérapies se développent.

3-2 : Epidémiologie de l'infection par le VIH :

3-2-1 : Situation de l'infection par le VIH dans le monde :

Selon les estimations de l'ONU SIDA en 2007, 33,2 millions de personnes vivent avec le VIH-SIDA depuis le début de la pandémie dont 15,4 millions de femmes et 2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans. Le nombre de nouveau cas en 2007 s'élevait à un total de 2,5 millions de personnes dont 2,1 millions d'adultes et 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 .[**43**]

3-2-2 : Afrique et SIDA :

En 2007, dans le monde, un peu plus de 33,2 millions d'adultes et enfants sont porteurs du VIH ; 94 % de cette population vit dans les pays en développement (22,5 millions en Afrique subsaharienne qui reste la région la plus touchée ; comparativement à 2006 où ce nombre était estimé à 24,7 millions) [**43, 47**].

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 [**43**].

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.

3-2-2-1 : le Mali

Les données les plus récentes pour le **Mali**, recueillies au cours d'une Enquête démographique et de santé en 2006, pourraient aussi indiquer un recul de l'épidémie. La prévalence nationale du VIH chez l'adulte y est estimée à 1,2% en 2006, ce qui est inférieur aux chiffres enregistrés lors d'une enquête analogue en 2001, qui avait estimé la prévalence nationale du VIH chez les adultes à 1,7% (2% parmi les femmes et 1,3% parmi les hommes) Ici encore, la mortalité pourrait contribuer au déclin de la prévalence. Parmi les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales, la prévalence était de 3,4% en 2005, soit analogue à celle relevée les années précédentes [**43**]

Le taux de prévalence élevée est observé dans le district Bamako avec (2,0%) suivi par 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 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% [**37**].

a _ les déterminants majeurs de la propagation de l'infection à VIH/SIDA**Tableau I: déterminants médicaux**

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

Sources : EDS Mali__ rapport de synthèse 95_96

Tableau II : déterminants socioculturels

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

Sources : EDS Mali__ rapport de synthèse 95_96.

Tableau III: déterminants environnementaux et économiques

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

Sources : EDS Mali__ rapport de synthèse 95_96.

Tableau N° IV : Déterminants comportementaux

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

Sources : EDS Mali _rapport de synthèse 95_96

3-3 : Agent Pathogène [12-21-30-50] :

Le virus d'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus appartenant à la famille des Rétroviridae, et aux sous familles 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 (out lier)

Ils regroupent un nombre limité de variantes très éloignées 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 macrophagique.

Le récepteur macrophagique

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

3-3-1 : 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 »

3-3-2 : Organisation génétique [12-21]

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

3-3-3 : Variabilité génétique [34-37] :

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.

3-3-4 :- Réplication virale [18] :

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 trans-membranaire 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 intégrée est alors transcrit en ARN. Les copies de l'ARN du génome ainsi que les ARN messagers migrent alors vers le cytoplasme où ces derniers sont traduits en protéines grâce aux ribosomes. La protéine et l'ARN viral sont assemblées pour donner des structures sphériques qui bourgeonnent à la surface de 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.

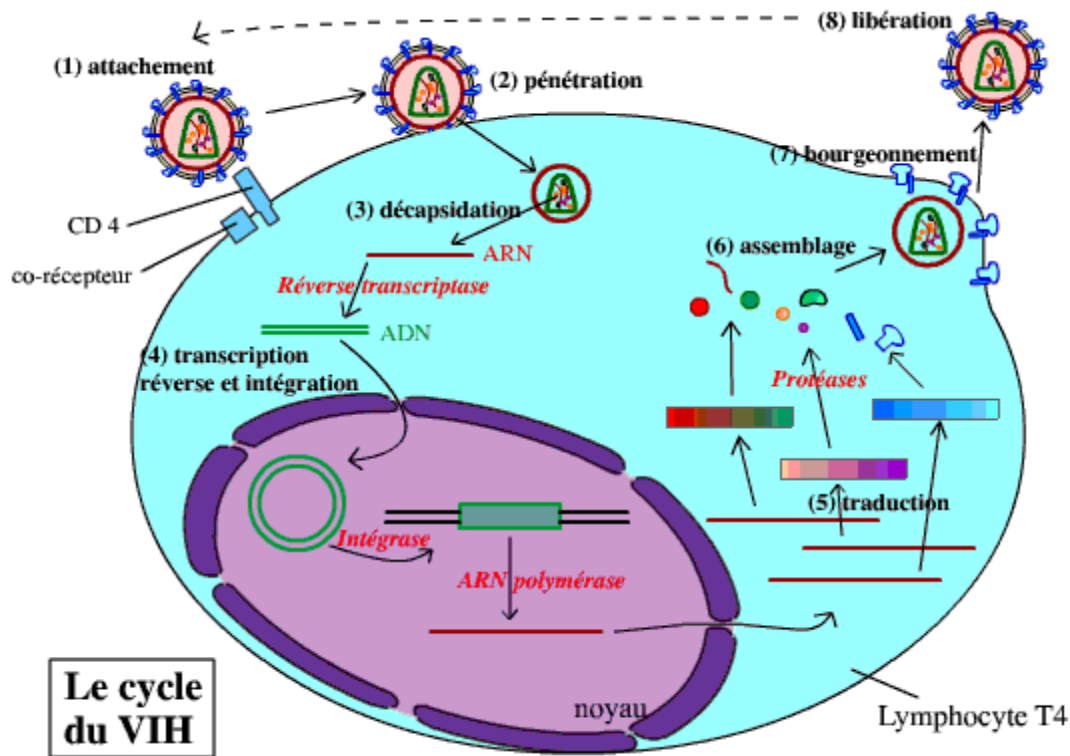


Figure 1 : image du cycle de réplication virale [26]**3-4 : Mode de transmission :**

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 de virus. Le virus a également été isolé dans les sécrétions vaginales, la salive, les urines, les larmes et le lait maternel [17].

3-4-1 : 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 [22]. Cela est dû à des facteurs socio-économiques tels que la pauvreté et l'augmentation sans cesse croissante de la prostitution. Elle s'effectue par l'intermédiaire des muqueuses buccales, vaginales ou rectales lorsqu'elles rentrent en contact avec des sécrétions sexuelles ou du sang contenant du virus.

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

La pénétration anale multiplie ce risque par trois [29].

Mory Moussa Traoré_ thèse de médecine 2008

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 [29].

3-4-2 : Transmission sanguine :

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

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

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

Ce mode de transmission concerne essentiellement les consommateurs de drogues injectables par voie intraveineuse. Il représente aux Etats-Unis la deuxième voie de contamination après celle des relations sexuelles entre homosexuels [29]. Au 1^{er} février 1988 ; 17 % des 50 000 cas signalés par le CDC d'Atlanta étaient représentés par des hétérosexuels utilisateurs de drogues [4], 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 [52] lors de scarifications, de circoncisions et d'excisions.

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

- **La transmission par transfusion sanguine** : les premiers cas de SIDA furent décrits

En 1982 aux Etats-Unis chez les hémophiles après les homosexuels [7].

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

3-4-3- 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 % [25].

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

3-4-4 - 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 de virus présent dans ces liquides et de la présence éventuelle de composants inactivant les virus.

Pour ces liquides, le risque de transmission est théorique et les cas anecdotiques publiés ne permettent pas d'écarter la possibilité de souillure du liquide concerné par le sang. La possibilité de transmission par les insectes hématophages a été écartée [3].

3-5 : Les manifestations cliniques du VIH [51-59] :

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 à 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 immunosuppression modérée avec une baisse progressive des lymphocytes T4. Un syndrome de lymphadénopathie chronique est fréquent. Puis la lymphopénie T4 s'aggrave, l'Immuno- dépression devient sévère, apparaissant les infections opportunistes et les atteintes du SIDA.

Classification OMS 1990 :

Classification en stade clinique : [36]

Stade clinique 1 :

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

Stade clinique 2 :

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

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

Stade clinique 3 :

- Amaigrissement de plus de 10 % du poids corporel de base,
- Diarrhée inexpliquée 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 :

Mory Moussa Traoré_ thèse de médecine 2008

- Syndrome de cachexie du VIH,
- Pneumocystose pulmonaire,
- Toxoplasmose cérébrale,
- Criptosporidiose avec diarrhée de plus d'un mois,
- Cryptococcose extra pulmonaire
- Cytomegalovirose autre qu'hépatique, splénique ou ganglionnaire,
- Virose herpétique cutanéomuqueux depuis plus ou viscérale,
- Leuco encéphalopathie multifocale progressive,
- Mycose profonde endémique généralisée (histoplasmosse, coccidioïdomycose),
- 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 V : classification selon les critères cliniques et biologiques :

Lymphocyte s Totaux en Mm ³	Lymphocyte s CD4/ mm ³	Stade clinique			
		1	2	3	4
> 200	> 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 VI : 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 Présence d'au moins 2 signes majeurs associés à au moins 1 signe mineur		Enfants (inf. à 13 ans) Présence d'au moins 2 signes majeurs associés à au moins 2 signes mineurs	
Signes Majeurs :	- perte de poids sup. à 10 % en 1 mois, - diarrhée chronique sup. à 1 mois, - fièvre prolonge sup. à 1 mois.	Signes Majeurs	- Fièvre récidivante sup à 1 mois, - candidose buccale récidivante, - infection pulmonaire récidivante.
Signes Mineurs	- Toux chronique sup. à 1 mois Lymphadénopathie généralisée, Infection herpétique, - Fatigue permanente, - Sueurs nocturnes, - Candidose buccale ou vaginale, - Herpes génital récurrent, - cancer du col agressif	Signes Mineurs	- Diarrhée chronique sup à 1 mois - Perte de poids, retard de croissance, - Lymphadénopathie généralisée, - Toux chronique sup à 1 mois - Tuberculose extra pulmonaire - Pneumocystose pulmonaire, - infection maternelle à VIH confirmée

Tableau VII : catégories selon les nouvelles classifications et définitions du SIDA, 1993

Catégorie A Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C : -infection VIH asymptomatique -lymphadénopathie généralisée persistante -primoinfection symptomatique	Mois ; -infection à CMV (autre que foie, rate ou ganglions) ; -rétinite à CMV (avec altération de la vision) -encéphalopathie due au VIH. -infection herpétique, ulcères chroniques supérieures à un mois, ou bronchiques, pulmonaires ou œsophagiennes ;
--	---

<p>Catégorie B : Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -angiomatose bacillaire ; Candidose oropharyngée ; Candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement ; -dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ ; -syndrome constitutionnel : fièvre (>38.5%) ou diarrhée supérieure à un mois ; -leucoplasie chevelue de la langue ; -zona récurrent ou envahissant plus d'une dermatose ; -purpura thrombocytopénique idiopathique ; -Salpingite, en particulier lors de complication par des abcès turbocompressés ; -neuropathie périphérique. <p>Cette catégorie est hiérarchique, c'est-à-dire qu'un sujet classe dans les catégories B ne peut passer dans la catégorie A lorsque les signes cliniques ont disparu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -histoplasmosse disséminée ou extra pulmonaire ; -isosporidiose intestinale chronique (supérieure à un mois) ; -sarcome de kaposi ; -lymphome de burkitt ; -lymphome immunoblastique ; -lymphome cérébral primaire ; -infection à mycobacterium avium ou kansaii, disséminée ou extra pulmonaire ; -infection à mycobacterium tuberculosis, quelque soit le site (pulmonaire ou extra pulmonaire) -infection à mycobactéries, identifiée ou non, disséminée ou extra pulmonaire ; -pneumonie à pneumocystis jiovanii ; -pneumopathie bactérienne récurrente ; Leuco encéphalopathie multifocale progressive ; -septicémie à salmonelle non typhi récurrente -toxoplasmosse cérébrale ; -syndrome cachectique dû au VIH.
<p>Catégorie C : Cette catégorie correspond à la définition du SIDA chez l'adulte. lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classe définitivement dans la catégorie C :</p> <ul style="list-style-type: none"> -candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire ; -candidose de l'œsophage ; Cancer invasif du col -coccidioidomycose disséminée ou extra pulmonaire ; -cryptococcose extra pulmonaire, -cryptosporidies intestinale supérieure à un 	

Classification de Bangui :



1-cadre et lieu d'étude

Notre enquête a été menée dans le district de Bamako. Nous avons choisi de façon aléatoire les huit établissements d'enseignement secondaire général que couvrent la commune 3 (lycée Askia ; lycée technique ; lycée notre dame du Niger ; lycée Alfred garçon ; lycée Hampathé bah ; lycée Tieba Traoré ; lycée Sabil el Nadja ; lycée Bah Aminata Diallo). Quatre de ces lycées sont publiques (Askia ; Alfred garçon ; technique ; Bah Aminata Diallo) ; semi publique (notre dame) ; et trois privées (Hampathé Bah ; Tieba Traoré ; Sabil el Nadja).

Mory Moussa Traoré_ thèse de médecine 2008

Ils couvrent la commune 3 avec le lycée notre dame (Quartier du fleuve) ; lycée Sabil el Nadja (dravela Bolibana) ; lycée Hampathé Bah (Ouolofobougou Bolibana) ; lycée Tieba Traoré (Badialan) et les lycées Askia, Bah Aminata Diallo, Alfred garçon et technique au centre commercial ; deux lycées exclusivement féminin et six mixtes. L'intérêt d'un tel choix est de savoir s'il peut exister une différence dans les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes scolaires de la commune 3 à différents statuts sociaux et ceux des autres communes du district de Bamako.

2-type d'étude

Il s'agit d'une enquête transversale, descriptive, à passage unique basée sur un sondage exhaustif des jeunes scolaires de 15 à 24 ans, régulier, inscrits pour l'année académique 2007-2008 et présente au moment de l'enquête sur leurs connaissances, attitudes et comportement sexuelle en matière d'infections sexuellement transmissibles et SIDA.

3-période d'étude

L'étude a duré 1 mois allant du 01 février au 5 mars 2008, période où nous étions disponible pour mener à bien l'enquête mais aussi C'est la période où les élèves sont stables.

4-population d'étude

Elle était constituée par les élèves adolescents âgés de 15 à 24 fréquentant les établissements secondaires de la commune 3, du district de Bamako.

4-1 : critères d'inclusion :

- être élèves dans l'un des établissements sus cités
- être âgé d'au moins 15 ans et d'au plus 24 ans
- accepter volontiers de répondre aux questionnaires

4-2 : critères de non inclusion

- 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'acceptant pas de façon volontaire l'enquête.

5 : instruments de travail :

Pour les besoins de cette étude, nous avons élaboré des questionnaires individuels qui ont été soumis aux enquêtés. Chaque questionnaire comportait les sections principales :

- o les caractéristiques socio- démographiques des enquêtés,
- o connaissances sur les IST/SIDA,
- o sources d'informations sur les IST/SIDA,
- o l'activité sexuelle des enquêté,
- o sur le préservatif,
- o opinion sur l'introduction de l'enseignement de la sexualité à l'école

- o comportements sexuels à risque,
- o dépistage du VIH/SIDA.

6-Aspect éthique

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 reçu l'autorisation de l'administration (directrice de l'académie d'enseignement secondaire de la rive et les proviseurs) et le consentement éclairé verbal de chaque élève. Au cours de l'interview, les zones d'ombres identifiées étaient éclairées à la fin du questionnaire. Les questionnaires étaient individuels et l'enquête garantissait le secret.

7-Echantillonnage.

7-1 : base de sondage :

Elle est constituée par la liste des élèves de 15 à 24 inscrits par classe et par sexe pour l'année académique en cours.

7-2 : procédure de tirage :

Elle a été effectuée par un sondage systématique aléatoire de 300 adolescents sur l'effectif total des élèves de 15 à 24 ans et inégalement reparti entre les différents établissements.

7-3 : technique de collecte des données :

S'est effectuée sous forme d'interview confidentielle.

7-4 : collecte et analyse des données :

La saisie a été effectuée sur le logiciel Word et l'analyse sur le logiciel de statistique spss

8-Définitions opérationnelles des nouveaux termes et concepts :

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

- ✓ **Connaissances** : l'ensemble des idées ou des informations partielles, complètes ou utile sur le VIH / SIDA
- ✓ **Attitudes** : manière d'être à l'égard des autres face qu VIH / SIDA.
- ✓ **Comportement sexuel** : manière de se conduire sexuellement face aux IST/ SIDA
- ✓ **Comportement à risque** : tout comportement qui expose celui qui l'adopte ou d'autre risque de contracter une infection à VIH ou une IST, par exemple les relations sexuelles sans protection.

- ✓ **Education sexuelle** : éducation conçue pour faire mieux comprendre les aspects biologiques, socioculturels, psychologiques, spirituels et ethniques du comportement sexuel humain.
- ✓ **Programme d'éducation sanitaire scolaire** : cours ou ensemble de cours conçus pour atteindre des buts et objectifs sanitaires partiels tels que la prévention du SIDA et les IST.
- ✓ **Jeunes** : l'OMS définit les jeunes comme des individus se situant entre les âges de 15 à 24 ans.
- ✓ **Partenaires sexuel (les)** : toute fille ou garçon avec qui l'élève a des rapports intimes ; qu'il y ait ou non des rapports sexuels.
- ✓ **Une stratégie de santé publique** : consiste à identifier les individus qui courent un risque particulièrement élevé de transmettre une IST (noyau de transmission).
- ✓ **Incidence** : apparition de nouveaux cas d'une maladie déterminée au sein d'une communauté et au cours d'une période donnée.
- ✓ **Morbidité** : écart, subjectif ou objectif, par rapport à l'état de bien – être physique ou mental, qu'il soit dû à une maladie ; à un traumatisme ou à une invalidité.
- ✓ **Population exposée** : ensemble des personnes qui risquent de contracter une maladie déterminée (par exemple au cours d'une poussée épidémique).
- ✓ **Prévalence** : cas existants (d'une maladie déterminée) dans une communauté et à un instant donné. (lorsqu'on précise une période d'observation, le paramètre correspondant est désigné sous le nom de prévalence au cours d'une durée déterminée).
- ✓ **Proportion** : définie de façon théorique par la fraction $a/(a+b)$, a et b représentant le nombre d'éléments de 2 ensembles disjoints. (l'ensemble b peut être constitué de plusieurs sous – ensembles, dont chacun est disjoint par rapport à l'ensemble a)
- ✓ **Rapport** : définie du point de vue théorique par la fraction a/b , a et b désignant le nombre d'éléments de deux ensembles disjoints (ce rapport étant habituellement représenté sous la forme de $1 : b/a$, qui se lit : « un sur b/a »)
- ✓ **Taux** : paramètre mesurant la « vitesse » de propagation de certains événements (par exemple le taux d'incidence d'une maladie donnée mesure la « vitesse » avec laquelle de nouveaux cas se produisent dans la communauté considérée)
- ✓ **Santé** : défini par l'OMS comme « un état de complet bien – être physique, mental et social, et, (...) « pas seulement (par) une absence de maladie ou d'infirmité » (constitution de l'OMS)



Notre série a porté sur 300 adolescents inégalement repartis parmi les lycées de la commune III du district de bamako. Les adolescents de sexe féminin étaient prédominants (55,0%). la moyenne d'âge étaient de 16 ans avec des ages extrêmes de 15 ans et 23 ans. la tranche d'âge de 15 à 19 ans a été la plus représentée soit 86,6 % des enquêtés. Les célibataires ont constitué 95% de l'échantillon et résidaient pour la plupart avec parents **(82%)**.

A-Caractéristiques socio démographiques

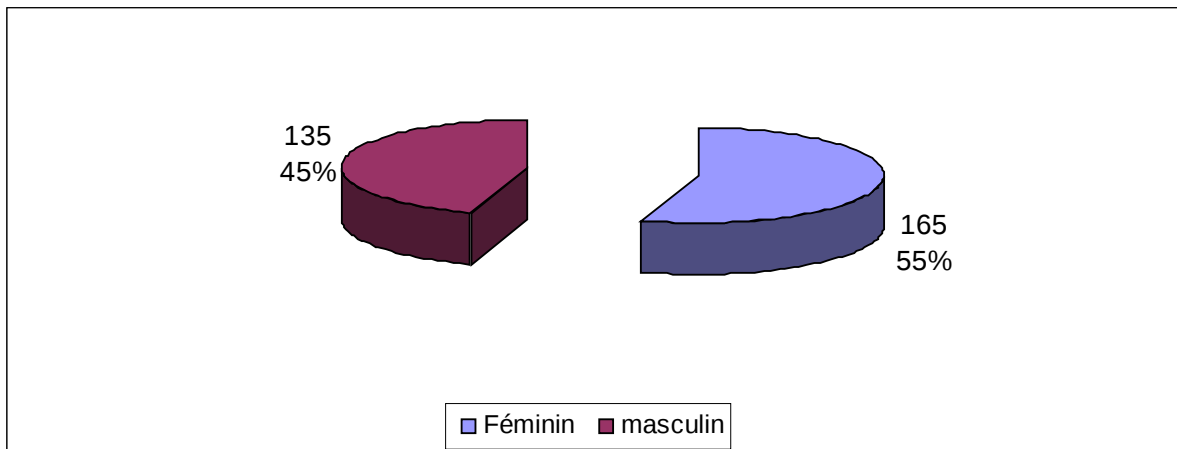


Figure 2I: répartition selon le sexe

Les filles étaient majoritaires dans l'échantillon 55% contre 45 % pour les garçons

Tableau VIII : répartition selon l'âge

Age	fréquence	%
15	38	12,7
16	63	21,0
17	58	19,3
18	65	21,7
19	36	12,0
20	26	8,7
21	8	2,7
22	4	1,3
23	2	0,7
total	300	100

L'âge minimum des élèves était de 15 ans et l'âge maximum 23 ans

Tableau IX : répartition selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	fréquence	pourcentage
15-19ans	260	86,6
20-23ans	40	13,4

total	300	100,0
-------	-----	-------

La tranche de 15 à 19 ans a été la plus représentée soit 86,6 % des enquêtes

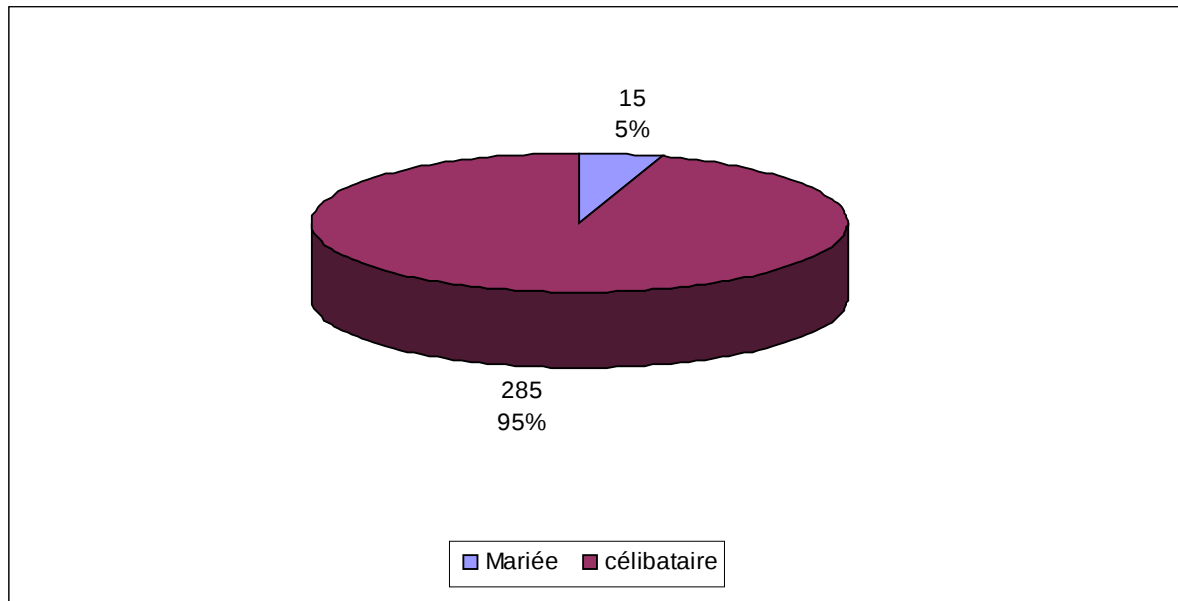


Figure 3 : répartition selon le statut matrimoniale

Les célibataires ont constitué 95,0 % de notre échantillon

Tableau X : répartition selon la résidence

Résidence	fréquence	%
Avec les deux parents	211	70,3
Chez un tuteur	44	14,7

Avec la mère seul	21	7,0
Avec le père seul	14	4,7
<i>seul</i>	10	3,3
<i>total</i>	300	100,0

Environ le cinquième de l'échantillon des adolescents ne vivaient pas en famille (18%)

B : Infections sexuellement transmissibles

1-connaissance

Tableau XI : répartition des élèves enquêtés ayant entendu parler des IST

Elèves ayant parlé d'IST	fréquence	%
Oui	295	98,3
Non	5	1,7
total	300	100

La majorité des élèves soit 98,3 % ont entendu parler des IST

Tableau XII : répartition selon les exemples d'IST

Exemple d'IST	fréquence	%
VIH/SIDA	295	98,3
chaudepisse /gonococci e	58	19,3

Chancre mou	20	6,7
Syphilis	16	5,3
bilharziose	9	3

Le VIH a été l'IST la plus connue par les élèves, 98,3 % suivi de la gonococcie ou chaude de pisse (19,3%).

Tableau XIII : répartition selon les signes d'IST

Signes d'IST	fréquence	%
Aucun signe	227	75,67
Brulure mictionnelle	15	5
Perte blanche	14	4,66
Diarrhée	10	3,33
Démangeaison génitale	9	3
Algie pelvienne	8	2,67
Prurit génital	7	2,33
Bouton	5	1,67
amaigrissement	3	1

Dans 75,67% des cas les adolescents n'ont pu citer aucun signe d'IST

Tableau XV : répartition la croyance à l'existence du SIDA

Existence du SIDA	fréquence	%
oui	279	93,0
non	21	7,0

total	300	100,0
-------	-----	-------

Une minorité des élèves enquêtés, soit 7,0% ont affirmé ne pas croire à l'existence du SIDA

Tableau XVI : répartition selon la raison de la non croyance à l'existence du SIDA

Raison de la non croyance	fréquence	%
Invention des occidentaux pour empêcher les noirs de se multiplier	15	5,1
Je n'ai jamais vu de sidéens	4	1,3
Je crois que c'est un projet pour s'enrichir	2	0,6
total	21	7,0

Les avis sont divergents quant au motif de cette non croyance.
 5,1 % croyaient que c'est une invention des occidentaux ;
 0,6 % à un projet pour s'enrichir par contre 1,3 parce qu'ils n'ont jamais Vu de sidéens.

Tableau XVII : répartition selon la première source d'information sur les IST/SIDA

Sources d'information	fréquence	%
causerie	100	32,7
Télévision	95	31,6
Ecole	42	14,0
Théâtre	13	4,9

Agents de santé	19	6,3
Parents	10	3,3
Autres	1	0,3
total	300	100

La première source d'information pour les enquêtes était la causerie (32,7%), suivi de la télévision .les parents venaient derrière avec seulement 3,3%.

Tableau XVIII : répartition selon la source la plus crédible

Sources d'information	fréquence	%
causerie	68	22,7
Télévision	66	22,0
Agents de santé	56	18,7
Parents	52	17,3
Ecole	31	10,3
Autres	2	0,7
total	300	100,0

La causerie était la source la plus crédible citée par la majorité des élèves soit 22,7 % suivi de la télévision (22,0%), les agents de santé (18,7 %) et des parents (17,3%).

Tableau XIX : répartition selon les voies de transmission

Voies de transmission	fréquence	%
Voies sanguines (objets tranchants et transfusion)	199	72,7

Rapports sexuels non protégés	134	54,7
Meres enfants	65	21,7
Moustiques	56	18,7
aucune	101	33,7
total	300	100,0

Une proportion importante des élèves (33,7) n'ont pu citer aucune voie de transmission.

Tableau XX : répartition selon les méthodes de prévention

Méthodes de prévention	fréquence	%
Préservatif	265	88,3
fidélité	222	74,3
Abstinence	221	73,7
aucune	56	18,7

Le préservatif a été la méthode la plus connue des adolescents (88,3%) ; 18,7 % n'ont pu citer aucune méthode contraceptive.

Tableau XXI: répartition selon qu'ils pensent qu'une personne en bonne santé apparente peut être porteur du virus

Personne en bonne santé porteur virus du sida	fréquence	%
oui	279	93,0

non	21	7,0
total	300	100

Dans 93,0% des cas les adolescents savaient qu'une personne en pleine santé apparente peut être porteur du virus.

Tableau XXII : répartition selon qu'ils pensent être à l'abri du SIDA

Pense être à l'abri du sida	fréquence	%
Oui	211	70,3
Non	89	29,7
total	300	100,0

Plus de la moitié des enquêtés soit 70,3 % croyaient qu'ils sont à l'abri du sida

Tableau XXIII: répartition selon l'enseignement de la sexualité à l'école

Enseignement de la sexualité à l'école	fréquence	%
Oui	280	93,3

Non	20	6,7
total	300	100

La quasi-totalité des enquêtes 93,3 % étaient favorables à l'enseignement de la sexualité

Tableau XXIV: répartition selon le niveau d'introduction de la sexualité à l'école

Niveau d'introduction de la sexualité à l'école	fréquence	%
Second cycle	149	49,7
Lycée	108	36,0
Premier cycle	43	14,3
total	300	100,0

Le second cycle est le mieux adapté pour cet enseignement pour 49,7% des élèves

Tableau XXV : répartition selon l'entretien sur la sexualité avec les parents

Parler de sexualité avec les parents	fréquence	%
Non	209	69,7
Oui	91	30,3

total	300	100,0

Plus de la moitié des adolescents 69,7 % n'ont eu aucune information sur la sexualité de la part de leur parent

Tableau XXVI : répartition selon le sujet tabou entre parents et enfants

Sujet tabou entre parents et enfants	fréquence	%
non	250	83,3
oui	50	16,7
total	300	100,0

La majorité des élèves soit 83,3 % ont affirmé que la sexualité ne doit pas rester un sujet tabou entre enfants et parents.

Tableau XXVII : répartition selon la raison du oui ou du non

Raison du oui ou du non	oui	Non
Les Parents sont les meilleurs conseillers pour maîtriser sa		250

sexualité afin d'éviter le SIDA		
Manque de respect aux parents	25	
Poids de la tradition	23	
Source d'information inefficace	1	
Interdit par la religion islamique	1	
total	300	100,0

Selon 83,3 % des sujets les parents devrait être les meilleurs Conseillers pour réussir sa sexualité.

Tableau XXVIII : répartition selon qu'ils acceptent volontiers de faire un test de dépistage du virus du sida

Accepte le test	fréquence	%
oui	258	86 ,0
non	42	14,0
total	300	100,0

La majorité des élèves soit 86,0 % ont affirmé qu'ils sont prêts à faire un test de dépistage.

Tableau XXIX: répartition selon ceux qui ont déjà fait un test de dépistage

Test déjà fait	Fréquence	%
----------------	-----------	---

non	230	76,7
oui	70	23,3
total	300	100,0

Seulement 23,3% des enquêtes connaissaient leur statut sérologique.

2-Attitudes

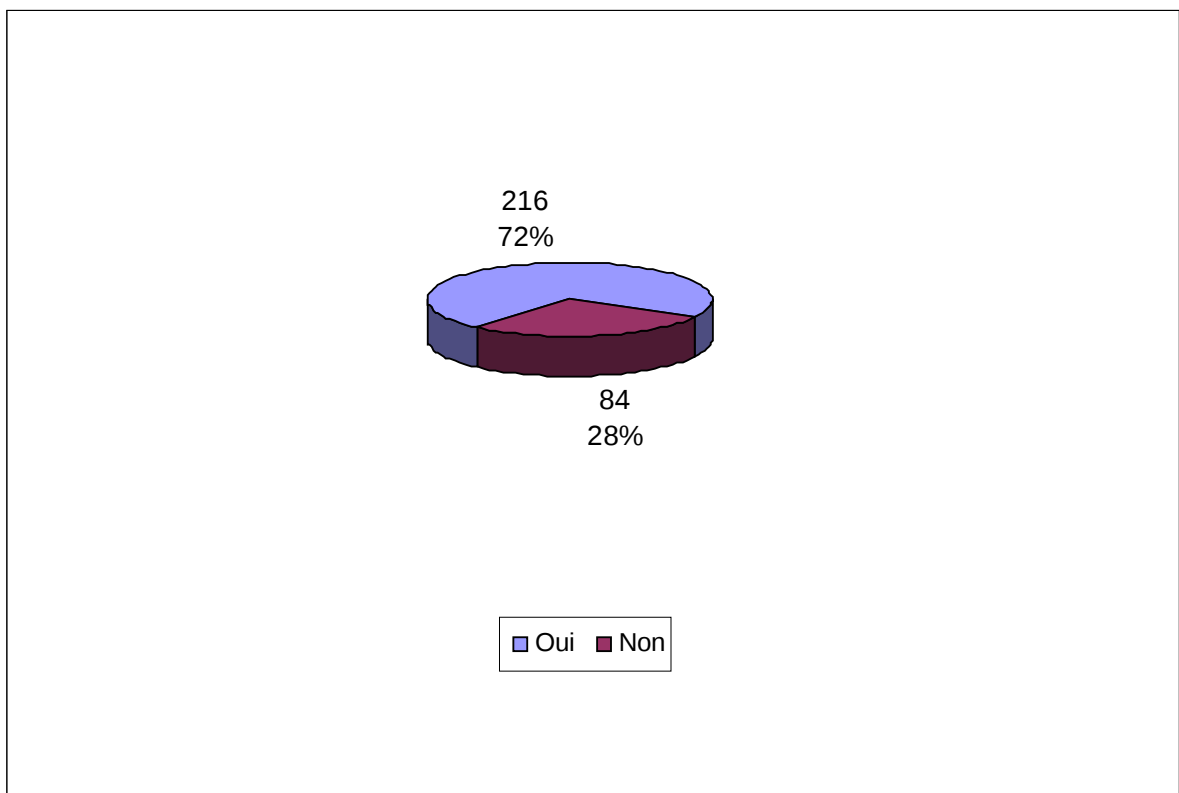


Figure 4 : répartition des élèves ayant eu une première expérience sexuelle.

Plus de la moitié des élèves soit 72,0 % avaient eu une première expérience sexuelle.

Tableau XXX : répartition des adolescents selon l'âge au premier Rapport sexuel

Age (en année)	fréquence	%
8	1	0,5
10	7	3,2
11	3	1,4
12	12	5,6
13	5	2,3
14	15	6,9
15	45	20,3
16	49	22,7
17	24	11,1
18	37	17,1
19	14	6,5
20	4	1,9
total	300	100,0

L'âge minimum était de 8 ans et l'âge extrême 20 ans au moment du premier rapport sexuel

L'âge moyen était de 15,78ans.

Tableau XXXI : répartition selon le contexte du premier rapport sexuel

Contexte	fréquence	%
Curiosité	162	75,0
Contrainte	54	25,0
total	216	100,0

Les 75 % des élèves ont fait leur rapport sexuel par curiosité, de façon volontaire et consensuelle contre 25,0 % qui l'ont fait par contrainte.

Tableau XXXII : répartition selon le nombre de partenaire sexuel fréquenté

.Nombre de	Effectif absolu	%
------------	-----------------	---

partenaires sexuels		
1	95	44,0
2	59	27,3
3	31	14,4
4	12	5,6
5	3	1,4
6	6	2,8
7	5	2,3
8	2	0,9
10	2	0,9
14	1	0,5
total	216	100,0

La presque totalité des adolescents (66 %) ont eu au moins deux partenaires sexuelles

Tableau XXXIII : répartition selon la connaissance du préservatif au moment du premier rapport sexuel

Connaissance du préservative	Effectif absolu	%
Oui	139	64,4
Non	77	35,6
total	216	100,0

Plus de la moitié des enquêtés 64,4 % connaissaient le préservatif au moment du premier rapport sexuel.

Tableau XXXIV : répartition selon l'utilisation du préservatif au moment du premier rapport sexuel

Utilisation du préservative	Effectif absolu	%
Non	131	60,6
Oui	85	39,4
Total	216	100,0

Seulement 39,4 % des adolescents ont utilisé le préservatif au moment du premier rapport sexuel.

Tableau XXXV : répartition selon le rapport sexuel avec un partenaire occasionnel

Partenaire occasionnel	Effectif absolu	%
non	149	
Oui	67	31,0
Non	149	69,0
total	216	100,0

Environ 31,0% des élèves sexuellement actives ont eu des rapports avec des partenaires occasionnels

Tableau XXXVI : répartition selon l'utilisation du préservative avec

le partenaire occasionnel

Utilisation du préservative	Effectif absolu	%
Non	47	70,1
Oui	20	29,9
total	67	100,0

Seulement 29,9 % de ceux qui ont eu des relations avec des partenaires Occasionnels ont utilisé le préservatif

Tableau XXXVII : répartition selon la raison du refus du préservatif

Raison du refus	Effectif absolu	%
Manque de plaisir	148	49,3
Ignorance des conséquences de la non protection	98	32,7
Ne croit pas au sida	32	10,7
Ne discute pas de sexualité avec leurs parents	9	3,0
Le conjoint traite de prostituée	6	2,0
Honte de l'achat	5	1,7
Veulent un enfant du partenaire	2	0,7
total	300	100,0

Le préservatif a été refusé par 49,3 % des adolescents au motif qu'il diminue le plaisir au cours de l'acte sexuel ou qu'il est refusé par le partenaire sexuel (51,7%)

Tableau XXXVIII : répartition selon les élèves qui sont prêt à faire un test de dépistage

Ceux qui acceptent le dépistage	Effective absolu	%
Oui	258	86,0
Non	42	14,0
Total	300	100,0

Les 86% des élèves étaient d'avis à faire de façon volontaire leur test de dépistage

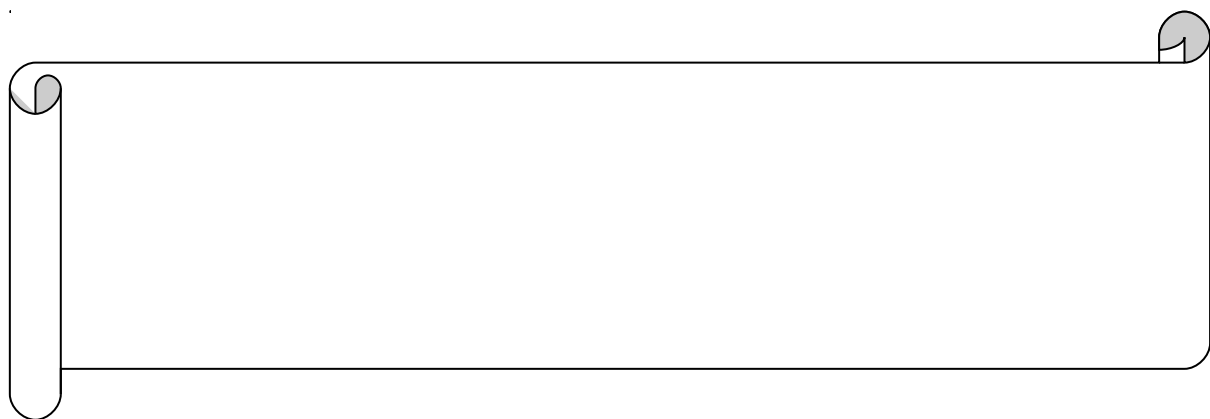
Figure 5 : répartition selon qui ont déjà fait un test de dépistage.

Seulement 23,3 % des enquêtés connaissaient leur statut sérologique

Tableau XXXIX : répartition selon le centre de dépistage connu des élèves

centre	fréquence	%
Centre l'éveil	137	45,7
Cscom	33	11,0
hôpital	15	5,0
CNTS	7	2,3
CSREF	5	1,7
Centre le soleil	5	1,7
INRSP	3	1,0
AFAS-AMAS	1	0,3
AMPPF	1	0,3
Centre boyaba	1	0,3
Clinique eurequa	1	0,3
Génie militaire	1	0,3
Luxembourg	1	0,3
PMI central/Bamako	1	0,3
coura		
Aucune	88	29,3
total	300	100,0

Le centre de dépistage l'éveil a été le plus connu des élèves soit 45,7% des cas



Méthodologie :

Mory Moussa Traoré_ thèse de médecine 2008

Les techniques d'échantillonnage ont toutes pour objet, le choix, dans une population définie que l'on veut décrire, d'un certain nombre d'éléments qui devront présenter les mêmes caractéristiques que la population. L'échantillon est donc le récépissé de la population mère, il en a les mêmes caractéristiques. Pour construire un échantillon qui soit représentatif, on procède soit par un tirage aléatoire, soit par un contrôle de certains critères. Dans cette étude l'échantillonnage au hasard simple est la méthode que nous avons utilisée pour le choix de notre échantillon étant donnée qu'il est celui par lequel tous les échantillons possibles (de mêmes taille) ont la même probabilité d'être choisis et tous les éléments de la population une chance égale de faire partie de l'échantillon. Ne connaissant pas au départ l'effectif exact des élèves, nous sommes limités au vu de sa taille très élevée à 300 sujets inégalement repartis entre les différents établissements.

Limites de cette étude :

De nombreuses difficultés ont été répertoriées au cours de cette étude :

- difficultés d'accès aux intéressés durant les périodes de cours.
- Perte de nombreuses copies de fiches d'enquêtes.

De nombreuses difficultés ont été répertoriées au cours de notre enquête : dans certaines écoles les autorités scolaires par craintes de perturber les cours nous ordonnaient d'expliquer le contenu et l'intérêt de l'étude, de laisser les élèves le remplir à domicile, et de revenir le récupérer les jours suivants.

Nombreux sont ceux qui ne nous ont jamais ramener les copies ; sur 100copies distribuer dans certains établissements nous n'avons pu récupérer qu'une vingtaine.

Caractéristiques socio – démographiques

Cette section porte sur le sexe, l'âge, la situation matrimoniale de même que sur la résidence des enquêtes.

l'enquête s'est déroulée exclusivement à Bamako "la métropole"

Profils des enquêtes

La majorité des adolescents enquêtes était de sexe féminin (**55%**) avec un âge moyen de 19 ans, résidait pour la plus part avec leurs parents (**70,3%**) et en majorité célibataire (**95,0%**).

1-le sexe

Le sexe ratio est en faveur des filles, autrement dit les filles représentent **55,0%** de notre échantillon. Cela ne saurait signifier que le taux de filles au lycée est plus élevé que celui des garçons. Il s'explique plutôt par le fait que l'enquête ait porté sur six lycées mixtes et deux lycées exclusivement féminin et du fait que l'échantillonnage au hasard simple est la méthode que nous avons utilisée dans les lycées mixtes.

2-l'âge

L'âge moyen de nos adolescents est de 19 ans ; avec la tranche de 15 à 19 ans représentée à **86,7%**. Les âges extrêmes sont de 15 à 23 ans bien que l'enquête incluse les 24 ans. Cette moyenne d'âge est liée à notre avis au faite que la majorité des élèves de notre échantillon n'ont pas connu de difficulté scolaire au cour de leur cycle.

Connaissances

1-différentes IST

Les principales IST citées par les élèves des différents sites sont : le sida, la gonococcie et la syphilis et le chancre mou ; les autres IST n'était pas connu des élèves. Certain ont assimilé la bilharziose aux IST. Plus de **46,7%** n'ont pu citer aucun exemple d'IST.

D'autres ont retrouvé des résultats similaires [**6- 53-61-62**].

Ainsi pour Berthe [**6**] 96,6 % des élèves garçons ont cité le sida et la gonococcie (**65 %**) ; et dans celui de Sacko [**53**] .94, 9 % des élèves filles ont cité le sida et la gonococcie.

Au cour de la discussion de groupe menées au Burkina, Mali, Niger [**13**] Les IST les plus citées étaient le sida, la gonococcie, la syphilis, le chancre mou ; et ccertains assimilaient au IST d'autres maladies comme la lèpre, la bilharziose, l'hémorroïde et la lèpre.

Ceci s'explique par l'accent particulier porte sur la pandémie du sida lors des multiples campagnes de sensibilisation.

2-voies de transmission

Dans notre étude la voie la plus citée était la transmission sanguine "objet tranchants et transfusion" (**72,7%**) ; la transmission sexuelle (**54,7%**) ; la transmission materno-fœtale (**21,7%**).

Une minorité des enquêtés **18,7%** prétendaient que les moustiques peuvent aussi transmettre le VIH.

33,7% des jeunes n'ont pu citer aucune voie de transmission.

Berthe [**6**] a trouvé que 99 % des élèves enquêtes estimaient connaître les voies de transmission du VIH et les voies les plus citées étaient les objets tranchants (**99,6%**), rapport sexuel (98,3%). La transfusion sanguine et la transmission mère enfant étaient les moins citées.

Dans l'étude de Maïga (35) en 2000, 88,7% des élèves de Bougouni et 85% des élèves de Sikasso ont cité le rapport sexuel comme principale voie de transmission.

Dans l'étude B. Touré [**61**] menée à Abidjan les voies de transmission les plus citées était ; la transmission materno-fœtale (**99.9%**), la transmission sexuelle (**89,2%**) et la transmission sanguine (**68,7%**).

Ces résultats traduisent que les connaissances générales des élèves sont bonnes.

2-Moyen de prévention

Quant au moyen de prévention ; dans notre étude le préservatif a été le plus cité (**88,3%**) par les adolescents enquêtes, suivi de la fidélité (**74,3%**) et de l'abstinence (**73,7%**).

La majorité des adolescents (**93,0%**) savait qu'une personne en pleine santé apparente pouvait être porteuse du virus.

Ce résultat est similaire à celui de B.Touré [**61**] et a été noté dans d'autre étude

4-sources d'informations

Les principales sources d'information sur les IST/sida citées par les élèves sont la causerie (**32,7 %**) ; les medias "télévisions, radios, journaux" (**31,6%**) ; école/formation (**14,0%**) ; les parents (**3,3%**).

Une étude récente menée par Berthe [6] estimait que les principales sources d'information sur les IST/sida étaient les medias (83,7%), amis (49,6%), et l'école (39,2%). Les conférences, les parents et les agents de santé étaient des sources rares avec respectivement 2,9% ; 2,5% ; 7,5%.

Selon l'étude d'Amidou [62] ; les principales sources d'information sur les IST/SIDA pour les élèves du CFTQ sont : l'école/conférence avec 48,1% ; medias 36,7% ; centre de santé 6,3% ; parents 8,2%.

Pour les élèves du LDDK : l'école/conférence 54,7% ; medias 35,8% ; centre de santé 3,8% ; parents 5,7% et les élèves du LFCK citaient : l'école/conférence 50%, 44,7% pour les medias, centre de santé 3,2% et parents 2,1%. Centre de santé et parents sont les sources rares rapportées par tous les enquêtés.

Le rôle prépondérant des medias comme source d'information dans l'acquisition des connaissances en matière de sexualité noté dans notre étude a également été relevé dans plusieurs études.

En comparant toutes ces études, il ressort que le rôle des parents comme sources d'information dans l'acquisition des connaissances en matière de sexualité est faible, bien que la majorité des enquêtes (**82,0 %**) réside chez leurs parents. Dans notre étude les sujets relatifs à la sexualité demeurent tabou et sont très rarement évoqués en famille entre parents et enfants.

Cette situation comme l'a souligné Adjahoto [1] pourrait s'expliquer par la crainte des parents de polariser l'attention de leur enfants sur la sexualité ou l'ignorance des parents eux-mêmes, car on ne transmet que ce qu'on connaît.

Contrairement aux craintes souvent exprimées et aux stéréotypes courants des recherches poussées n'ont guère trouvé de preuves à l'appui du fait que l'éducation sexuelle entraînerait une augmentation de l'activité sexuelle [45]

La majorité des adolescents enquêtés (99,3%) ont entendu parler de sida mais la minorité qui n'y croit pas est à prendre en compte à des fins de sensibilisation. Dans cette minorité (**0,6%**) ont affirmé que le VIH est une invention des occidentaux en complicité avec nos gouvernements à but lucratif (**5,1%**) ; Pour la limitation des naissances en Afrique afin de pouvoir régner sur eux. Un pourcentage assez important pense être à l'abri du SIDA (**70,3%**). Maïga [35] trouvait dans son étude que 60,6% des élèves de Bougouni pensent être des sujets à risque pour le sida.

Au vu de ces résultats on peut conclure que le VIH au lieu d'être considéré comme la maladie d'autrui suscite la peur chez les adolescents.

5-sexualité

Les lycéens de notre étude ont cités la causerie (**22,7%**) comme source crédible suivi de la télévision (**22,0%**) et des parents (**18,7%**).

30,3% des élèves ont déclaré avoir discuté de sexualité avec l'un de leurs parents. Amidou (54) dans son étude a relevé que 40% d'élève ont eu un entretien sur la sexualité avec leurs parents.

Kodjovi et al [32] ont trouvé au cours de leur étude que plus d'un parent sur dix (**12%**) refusent de parler de sexualité avec leurs enfants.

Des actions de sensibilisations doivent être menées par les parents au sein de leur famille. L'éducation sexuelle faite par les parents doit être encouragée, car nombreux sont les adolescents qui se plaignent de n'avoir jamais eu l'occasion de discuter de sexualité avec l'un de leurs parents. Il deviendrait nécessaire de présenter aux parents le bien fondé de cette éducation pour l'avenir de leur enfants.

Les élèves ont donné leur avis favorable à l'introduction de module sur l'étude de la sexualité dans le programme scolaire (**93,3%**) et surtout au niveau du second cycle (**49,7%**) car selon il est nécessaire pour réussir leur vie sexuelle (**83,3%**).

L'école important canal d'éducation et d'acquisition de connaissance, n'est malheureusement pas utilisée suffisamment pour véhiculer les informations sur la sexualité. Au Mali, malgré la jeunesse de la population et le taux de prévalence du VIH/SIDA le rôle du système éducatif demeure minime dans la lutte contre le SIDA. Bien qu'il existe des cours sur la reproduction en fin de second cycle, ils n'entrent cependant pas dans le cadre d'un programme d'enseignement de la sexualité et de lutte contre le VIH / SIDA et les IST. L'une des clés de la réussite de la lutte contre est sa prévention chez les adolescents à travers une éducation sanitaire précoce, avant la puberté, pour une sexualité saine.

Selon une étude portant sur le comportement sexuel et reproductif des adolescents dans des pays à revenu élevé, plus ils reçoivent les informations, mieux ils adoptent des comportements sexuels sains. Des taux relativement faibles de grossesse et d'infections sexuellement transmissibles chez les adolescents dans des pays comme le Canada, la France et la Suède semblent refléter le succès des programmes d'étude complets, appliqués à l'échelle nationale, couvrant toute une gamme de sujets et présentant des options de comportements sexuels dangereux [44] En Afrique certains pays comme le Nigeria et le Togo ont adopté une approche globale de prévention dans les écoles par la mise en œuvre d'un programme national d'enseignement sur la sexualité.[1 ; 44]

Afin de permettre à l'école d'aider les jeunes à acquérir des comportements sexuels à moindre risque, les autorités compétentes (ministère de la lutte contre le sida et le ministère de l'éducation) devraient élaborer et inclure au programme d'enseignement des modules de formation sur la sexualité et la planification familiale.

Attitudes

Dans notre échantillon, une proportion de 86,6% a accepté de faire leur test de dépistage mais seulement 23,3% l'avait déjà fait. Ce résultat est nettement supérieur à celui de l'étude de B.Touré [61] dans laquelle 69,8% a accepté de faire leur test de dépistage du virus du sida. Le centre de dépistage le mieux connu des élevés est le centre l'éveil.

En comparant ces résultats, on note que le SIDA au lieu d'être considéré comme la maladie d'autrui suscite la peur chez les adolescents. Cette considération qui amenait les adolescents à refuser de se considérer comme étant dans une situation à risque, a justifié leur position en se référant à d'autres ayant des comportements similaires et ayant survécu, à mettre non seulement en quarantaine les personnes infectées, mais également à nier qu'ils courent eux-mêmes le risque de contracter cette infection est en train d'être annihilé. Ils curieux de connaître leur statut mais craignent la dépression et la stigmatisation en cas de résultats positifs.

Comportements

1-de l'activité sexuelle

Dans notre étude, plus de la moitié des élèves enquêtés (216 soit 72%) a déjà eu une première expérience sexuelle. l'âge moyen au premier rapport sexuel est de 15 ans et les âges extrêmes de 8 à 20 ans. 56% des adolescents sexuellement actifs ont eu au moins deux partenaires sexuels.

Parmi les 216 adolescents en activité sexuelle 67 soit 31, % ont affirmé avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnels.

Selon l'enquête CERPOD [9] la quasi-totalité des adultes et personnes âgées au Burkina Faso ; Mali et au Niger, pense que l'intensité de la sexualité des jeunes (15-19 ans) est beaucoup élevée qu'elle ne l'était durant leur jeunesse.

Ce qui confirme cette affirmation d'un planificateur burkinabé : "plus de la moitié des jeunes sont sexuellement actifs" et corrobore le résultat d'Amidou Traoré [62] pour qui 50% des élèves du CFTQ sont sexuellement actifs, ceux du LDDK et du LFCK sont sexuellement actifs avec un taux respectifs de 75,5% et 57,4% ; 83,5% des élèves du CFTQ ; 65% des élèves du LDDK et 72,2% des élèves du LFCK avaient un âge supérieur ou égale à 15 ans lors de leur premier rapport sexuels. L'âge minimum était de 14 ans pour le CFTQ, 11ans pour le LDDK et 12 ans pour LFCK.

L'étude menée au Burkina Faso [14] indiquait que l'activité sexuelle commence vers 15 ans alors qu'au Niger elle commençait vers 12 ans.

Dans l'étude B. Touré [61] faite à Abidjan, plus de la moitié élèves enquêtés (56,1%) a déjà eu des rapports sexuel. L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 15,02 ans chez les filles et 15,28 ans chez les garçons. Tous les enquêtés en activités sexuel ont eu au moins deux partenaires sexuel et 26,6 % ont eu plus de 5 partenaire sexuels.

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'autres parts 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 tel

a- 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. Ainsi les résultats donnent que 75% ont vécu leur premier rapport sexuel de façon libre et volontaire. Par contre 25% l'ont fait de façon non consensuelle (par contrainte)

b-du préservatif

Parmi les 216 adolescents en activité sexuelle, 85 (soit 39,4%) ont affirmé avoir utilisé le préservatif au cours du premier rapport sexuel alors 64,4% le connaissaient déjà comme méthode préventive contre les IST ; tandis que seulement 29,9% de ceux qui ont eu des rapports avec des partenaires occasionnels déclarent avoir utilisé le préservatif au cours de ces rapports.

Selon les enquêtés, les raisons de la non utilisation des préservatifs étaient essentiellement dues au fait qu'ils rendent les rapports sexuels moins agréables (49,3%) et au refus du partenaire lorsqu'il est proposé (51,7%)

Dans l'étude d'Amidou Traoré [62] sur les 1039 jeunes qui ont déjà leur premier rapport sexuel au moment de son enquête, seul 271(soit 26%) déclarent avoir utilisé une méthode contraceptive à cette occasion

Berthe [6] a trouvé que plus de la moitié de son échantillon sexuellement actif 54% ont eu des rapports sexuel occasionnels et parmi eux 56% ont toujours utilisé le préservatif, 24,4 % utilisaient occasionnellement, 19,6% n'ont jamais utilisé le préservatif

Selon l'étude de B. Touré [61] parmi les 338 adolescents en activité sexuelle. 285(84,3%) ont affirmé utiliser le préservatif << de temps à temps >> ; 36(10,7%) ont affirmé les utiliser régulièrement tandis que 17(5%) ne les avaient jamais utilisé. Il est important de noter que la majorité de ces élèves n'ont pas utilisé le préservatif au cours du dernier rapport sexuels

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 [6-61-62] la multiplicité des partenaires sexuels et l'utilisation irréguliers des préservatifs [61-35-53-56] dans nos régions.

En effets bien que la majorité des adolescents enquêtes (88,3%) ait cite le préservatif, comme moyen de prévention, son utilisation reste irrégulière au motif qu'il diminue le plaisir au cours de l'acte sexuel ou qu'il est refuse par le partenaire sexuel.

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

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

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



I- Conclusion

Au terme de cette étude qui a concerné le comportement et l'attitude des adolescents, de la commune III du district de Bamako en matière d'IST/VIH, les adolescents de sexe féminin étaient prédominants (**55,0%**). La moyenne d'âge était de **16 ans** avec des âges extrêmes de **15 ans** et **23 ans**. La tranche d'âge de **15 à 19 ans** a été la plus représentée soit **86,6 %** des enquêtés. Les célibataires ont constitué **95%** de l'échantillon et résidaient pour la plupart avec leurs parents (**82%**).

Nous avons remarqué que la majorité des élèves enquêtés **99,3 %** avaient entendu parler des IST, du VIH/SIDA, des modes de transmission **66,3 %** et des moyens de prévention **82,3 %**.

On note une bonne connaissance des élèves surtout sur le plan de la transmission et de la prévention. La voie sanguine et la voie sexuelle étaient les voies de transmission les plus connues des élèves.

Les sources d'information tant pour les IST et le VIH/SIDA sont représentées par la télévision, la radio, l'école, et les ami(e)s pour l'essentiel.

L'impact de ce savoir sur le comportement peine à s'affirmer, car sur **64,4 %** des élèves qui affirmaient connaître l'existence des préservatifs au moment du premier rapport sexuel seulement **39,4 %** les avaient utilisés. La méthode préventive la plus citée est le préservatif (**88,3%**).

Notre étude fait ressortir le tabou qui règne autour de la question de la non utilisation massive du préservatif. Le préservatif est refusé par **49,3 %** des adolescents au motif qu'il diminue le plaisir sexuel.

L'âge au premier rapport sexuel était précoce dans l'ensemble.

Il se situait entre **8 ans** et **20 ans**.

La presque totalité des élèves sont animés de la volonté de faire leur test de dépistage mais seulement **23%** le connaissait déjà.

La presque totalité des enquêtés (**69,7%**) n'ont jamais eu d'entretien en matière de sexualité avec leurs parents.

Nos enquêtes sont favorables à l'introduction de l'étude de module sur la sexualité dans le programme scolaire au second cycle.

En effet cette étude nous montre qu'ils sont bien informés, mais parviennent difficilement à relier leurs connaissances et la perception du risque de contamination.

II - Recommandations

Aux autorités nationales et internationales

- 1-Renforcer et encourager les cours d'éducation à la vie sexuelle et familiale dans les établissements scolaires ;
- 2-Étendre et accroître les centres d'écoute, d'orientation et de conseil pour les jeunes ;
- 3-Introduire et encourager la communication entre les jeunes et leurs parents dans les programmes de lutte contre le SIDA
- 4-veiller à ce que les messages de sensibilisations soient véhiculés par des personnes affichant un comportement sexuel rationnel.
- 5-veiller à ce qu'il ait rétroaction après chaque émission de messages car il ne suffit pas d'émettre plusieurs messages à la fois mais de veiller à ce que ces derniers soit compris et mis en pratique.
- 6-interdire toutes les émissions de télévisions ou radios qui placent en permanence les jeunes dans un état de préparation favorables aux rapports sexuels.
- 7- encourager les bonnes stratégies religieuses qui peuvent apporter un plus dans la lutte contre le VIH.

Aux personnels de santé, aux ONG :

- 1-Encourager et renforcer la fréquentation des centres de conseil surtout par les jeunes ;
- 2-Accentuer les campagnes de sensibilisation sur les IST/SIDA surtout dans les lieux de regroupement de jeunes.

Aux parents d'adolescents et aux leaders communautaires (religieux, coutumiers et opinions) :

- 1-sensibiliser et encourager les parents à discuter avec leurs enfants des questions relatives à la santé reproductive et aux IST et VIH/SIDA.

Aux adolescents :

- 1-Avoir un comportement sexuel irréprochable ;
- 2-Faire un dépistage précoce et un traitement approprié des épisodes d'IST ;
- 3-Participer et faire participer ses pairs aux séances d'éducation pour la santé partout (école, lieux de loisir...).



1-ADJAHOTO EO, HODONOU KA, DE SOUZA AD et coll.

Information des jeunes en matière de sexualité. Cahiers santé 2000 ; **10** :195-199

Mory Moussa Traoré_ thèse de médecine 2008

2-AGBERE ARD, TCHAGAFOU M, HOUEDJI K et coll.

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

3-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

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

5-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.

6-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 mèd . Bamako, Mali ; 2000 ; 143p

7-CASSUTO J.P-

SIDA et infection par le VIH : Abrégé 2nd éd 1996

8-Clavel F:

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

9- CERPOD : centre d'étude et de recherche sur la population et le développement.
Santé de la reproduction chez les adolescents au Burkina Faso, au Mali, au Niger vol
v n°1, septembre 1996

10-COURTOIS R, MULLETE, MALVY D.:

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

11-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

12-Description du VIH : disponible sur [http : // . w . w . w . / France . com / seb IV / descrip . / ttm](http://www.france.com/seb/IV/descrip./ttm)

13-Djiré M, Gueye, Konaté MK, Sames O

: Santé de la reproduction au sahel : les jeunes en danger. Résultat d'une étude des
cinq pays de l'Afrique de l'ouest. CERPOD, 1996 ; 47p

14-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

15-E .PICHARD; A.GUINDO; G.GROSSETTE, FOFANA Y; MAIGA, B.KOUMARE et coll.

L'infection par le VIH au Mali, Médecine tropicale, octobre-décembre 1988 volume 48,n° 4 pages 345-349

16-ESSEX M.

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

17- Fleury HJA 2eme édition Paris

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

18-Fleury HJA.

Virologie humaine paris Masson ,2000; 928p

19-Gallo R-C:

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

20-Gallo R-C:

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

21-17 Gentilini M:

Medicine tropical Paris Flammarion 1993; 928p

22-GLUMECK N; MASCART-LEMOINEF, DEMAVBEUGE J:

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

23-hitchcock p; fransenl;

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

24-Holmes K.K Delay P Crohen M.S;

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

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

26-[http:// www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/SIDA/images/cycle.swf](http://www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/SIDA/images/cycle.swf)

27-institut national de la statistique (INS)-

Enquête démographique et de santé 1998-1999.ministère de la santé publique/INS, Abidjan, Cote d'ivoire, 2000.

28-institut royal des tropiques : Relever les défis du VIH/SIDA et des MST

Aids /SAF Aids/OMS 1995. 5-7

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

30 : Jossay, M donadien y le SIDA

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

31-Koagne Takamgno Agnès ;

Communication et attitudes face au VIH/sida.

Essai de compréhension de la résistance au changement d'attitudes face au VIH/SIDA

Sidanet, 2007,4(3) :985

32-Kodjovi kouwanou, patrice Muka Hirwa :

Enquête évaluation du centre des jeunes de l'ATBEF à Lomé « Evac jeune 1 »

Connaissance, attitudes et pratiques sexuels des jeunes de Lomé focus on Young adultes et URD, sfpf, juin 2000 p27

33- KONE N.

Bilan de cinq année de en charge des enfants nés de mères séropositives dans le service du CHU Gabriel Touré.

Thèse de med 2005 page : 2

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

35-Maïga :

Connaissance, attitudes et comportements sexuels en matière de MST/SIDA en milieu scolaire à l'EN de Bougouni et lycée Monseigneur De montclos de SIKASSO. Thèse Med Bamako 2000

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

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

37: 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

38-Modieli M-Z.: surveillance epidemiologique du VIH/SIDA : cas de la surveillance sentinelle 2002 au Mali

Thèse pharm, FMPOS 2004-106p-19 Bamako

39-Montagnier L:

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

40- Montagnier L :

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

41-Noumbissie Claude Désiré

Environnement et attitude face au VIH/SIDA

« Stimulations sexuelles » de l'environnement et résistance au changement d'attitudes face au VIH/SIDA

Sidanet, 2007,4(6) :1016

42- OMS/UNICEF.

Manuel pour la prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection à VIH chez l'enfant

Janvier 2004 Page : 5

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

44-ONU SIDA rapport sur l'épidémie mondiale .Genève, 2002, pp231

45- ONU SIDA rapport sur l'épidémie mondiale .Genève, 2006 pp154

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

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

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

49-OVER M.PIOT; HIV

Infection and sexually transmitted diseases in diseases control priorities in developing countries Washington. Oxford University 1993; 5-25

50-Peeters Mulanga—Ka Beyac, Deleporte E.

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

51-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

52-Rosenheim M et A.I Touangaporo

SIDA et infection à VIH : aspect en zone tropicale

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

53-Sacko D

Connaissances 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, Mali 2000 ; 139p

54-SALAH ED, GRUNITZKY-BEKELE M, BASSABI K ET Coll.

Comportements sexuels, connaissances et attitudes des étudiants de l'université du Bénin (Togo) face au sida et aux maladies sexuellement transmissibles. Santé1999 ;

55-Sanogo M : enquête sero épidémiologique sur l'infection par les VIH/SIDA au CESAC de 2001 à 2003.

These pharm, FMPOS, 2004-86p, 65 Bamako

56-Sanogo S. A

Connaissance, attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes en matières d'IST/SIDA en milieu scolaire dans le district de Bamako

Thèse de med, FMPOS, Bamako, mali, 2006 n° 101

57-Siboulet A

La résistance du gonocoque aux antibiotiques peut-elle expliquer la recrudescence actuelle des MST ? Méd. Afr Noire 1991 ; 38 :77-80

58-Siboulet A, coulaud JP ; Basset A, Bohbot JM.

Blennorragie gonococcique. Maladies sexuellement transmissibles paris Masson ; 1991

59-Starm w ; Turck M :

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

60-Svenson LW, Carmel S, Varnhagen CK-

A review of the knowledge, attitudes and behaviours of university students concerning HIV/AIDS. Health promotion international 1997; 12:61-68

61-Touré B et collaborateurs

Connaissances attitudes et pratiques des collégiens et lycéens d'Abidjan face au VIH/sida

Méd. trop 2005 ; 65 :346-348

62-Traoré Amidou

Connaissances, attitudes comportementales des jeunes de moins de vingt ans face aux IST/SIDA

Thèse pharm, Bamako, Mali, 2006 n° 67

63-Yao Ke- Appréciation des connaissances, attitudes et pratiques sexuelles des étudiants face aux IST et VIH/sida. Thèse. Méd. Abidjan, côte d'ivoire, 2001, n° 2998

ELEVE

Bonjour /bonsoir, je m'appelle.....et je suis un enquêteur.

Mory Moussa Traoré_ thèse de médecine 2008

Nous menons une enquête initiée par l'UNICEF et le HCNLS dans le district de BAMAKO.

L'objectif de cette enquête est d'explorer les connaissances, attitudes et comportements des élèves en matières des infections sexuellement transmissibles (IST), VIH/SIDA avant l'exécution d'un programme d'enseignement des IST/VIH/SIDA dans les écoles pour réduire l'impact de ces maladies chez les élèves. À la vue de cela, j'aurai besoin de te poser quelques questions. Le contenu de cet entretien restera confidentiel, personne ne saura que c'est toi qui as donné ces réponses. L'enquête garantit le secret. Le présent questionnaire est individuel et a un but purement scientifique. En répondant correctement à ces questions posées, vous contribuez à l'évolution de la science au service de l'homme.

Est-ce que je peux continuer ? /_ / 1=oui 2=non

Si oui, continuez l'interview

Si non mettre fin à l'interview et remercier.

Numéro du questionnaire: /_/_/_/_/_/ date de l'enquête /_/_/

/_/_/_/

Site d'enquête : **commune 3**

ID de l'élève: /_/_/_/ ans) : ___/___

Age (15_24

Sexe: Masculin : /_/_/ **Etablissement :** _____ **classe :**

/_/_/_/

Féminin : /_/_/

Résidence: /_/_/ 1-vous résidez avec les deux parents

2-vous résidez avec le père seul

3-vous résidez avec la mère seule

4-vous résidez chez un tuteur

5-vous résidez tout seul

Connaissances sur la sexualité et les IST/SIDA

A- sexualité

Q1 : Avez-vous entendu parler de sexualité en général ? /_/_/ 1=oui 2=non

Q2 : quelles sont vos sources d'information sur la sexualité ? /_/_/

1=causerie 2=Radio 3=Télévision 4=Théâtre 5=école 6=parents 7=Agent de santé

8=Autres :

Q3 : parmi vos sources, quelle est celle qui vous semble la plus crédible ? /_/_/

Q4 : Avez-vous l'habitude de parler de sexualité avec l'un de vos parents ? /_/_/ **1=oui 2=non**

Q5 : A quel niveau d'étude avez-vous entendu parler de sexualité pour la première fois ? /_/_/

1=premier cycle 2=second cycle 3=lycée

Q6 : Aimerez vous qu'on enseigne la sexualité à l'école ? /_/_/ **1=oui 2=non**

Q7 : Si oui, à quel niveau d'étude ? /_/_/ **1=premier cycle 2=second cycle 3=lycée**

Q8 : Selon vous, la sexualité doit elle rester un sujet tabou entre parents et enfants ?/___/

Si oui, pourquoi.....

Si non, pourquoi.....

B : infection sexuellement transmissibles et VIH/SIDA

1=oui 2=non

Q1 :avez-vous entendu parler de maladie qu'on peut attraper par les rapports sexuels : /___/

Q2 :Avez-vous entendu parler de SIDA ?/___/

Selon vous existe-t-il ?/___/

Sinon,
pourquoi _____

Q3 : Quelle a été votre première source d'information sur les IST/ SIDA ?/___/

1=parents 2=école 3=professionnel de santé 4=Ami(e)
5=Association/organisme 6=télévision 7=Radio 8=journal
9=partenaire 10=causerie 11=Autres.....

Q4 : Si vous avez entendu parler d'IST, citer quelques exemples ?/___/

a-

b-

c-

Q5 : citer quelques signes d'I ST :

a-

b-

c-

Q6 : pouvez citer quelques voies de transmission du VIH/SIDA ?

a-

b-

c-

Q7 : pensez-vous être à l'abri des MST/SIDA ?/___/

Q8 : pouvez vous citer quelques méthodes de prévention contre les IST/SIDA ?

a-

b-

c-

Q9 : Une personne qui a l'aire en bonne santé peut avoir le SIDA ?/___/

C- Attitudes

Concernant les propositions suivantes, répondre par oui ou non

1=oui 2=non

Q1 : consentez vous pour subir et recevoir le test de dépistage du VIH ?/___/

Q2 : Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH ?/___/

Si oui avez vous obtenu les résultats de ce test ?/___/

Q3 : pouvez vous citer un endroit où on fait le dépistage du VIH ?/___/

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

Préciser : **centre de dépistage volontaire** : /___/ **CSCOM** : /___/ **CSref** : /___/

Laboratoire d'analyse : /___/

D- Comportements et pratiques

1-contact sexuel

Q1 : est ce qu'il vous est arrivé d'avoir un contact sexuel / ___/ **1=oui 2=non**
3=pas de réponse

Si oui, quel âge aviez vous (au premier rapport sexuel) 1=âge en
année/___/___

Si non _____ **Q16** *2=je ne me rappelle*
plus/___/

Q2 : vous avez fait votre premier rapport sexuel:/___/

1=par curiosité 2=par contrainte

Q3 : combien de partenaire avez-vous déjà fréquenté ? **1 nombre/___/**
2- je ne sais pas/___/

Q4:Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. /___/

Q5 : si oui, avez-vous utilisé le préservatif avec ce partenaire occasionnel ?

2- du préservatif ou condom

1=oui 2= non

Q 6: connaissez-vous le préservatif au moment de votre premier rapport sexuel ?/___/

Q7 :Avez-vous utilisé le préservatif au cours de votre premier rapport sexuel ?/___/

Q8 : selon vous pourquoi tous les jeunes n'utilisent pas le préservatif ?.....

2-FICHE SIGNALETIQUE

Noms : TRAORE

Prénoms : MORY MOUSSA

Numéro de téléphone : 00223 66 90 16 11

00223 78 22 76 13

E-mail : [morymoussa @ yahoo .fr](mailto:morymoussa@yahoo.fr)

TITRE : comportements sexuels, connaissances et attitudes des jeunes lycéens face aux IST et VIH/SIDA dans les établissements d'enseignement secondaire de la commune III du district de Bamako.

Année de soutenance : 2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

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

Secteur d'intérêt : santé publique, maladies infectieuses

RÉSUMÉ • Nous avons mené du 01 février au 05 mars 2008 une étude transversale, descriptive à passage unique dans 8 établissements du district de Bamako. Cette étude avait pour objectif général de décrire les comportements sexuels, connaissances et attitudes des adolescents en milieu scolaire face au VIH/sida. Les adolescents de sexe féminin étaient prédominants (55 %). La moyenne d'âge était de 19 ans avec des âges extrêmes de 15 ans et 23 ans. La majorité des adolescents, 98,3%, avait déjà entendu parler du sida et les connaissances sur le sida étaient bonnes. Le préservatif était le moyen de prévention le plus cité (88,3 %). Ils étaient 216 soit 72 % à avoir déjà eu des rapports sexuels. Cependant, l'utilisation irrégulière du préservatif a été évoquée par la majorité des adolescents enquêtés qui étaient en activité sexuelle.

MOTS-CLÉS • Adolescent - Connaissance - Attitudes - Pratiques - VIH/sida - Sexualité.

2 -PUT DESCRIPTIVE**Names:** TRAORE**First names:** MORY MOUSSA**Phone number:** 00223 66 90 16 11

00223 78 22 76 13

E-mail: [morymoussa @ yahoo. fr](mailto:morymoussa@yahoo.fr)

Thesis title: knowledge, attitudes and convenient behavioural of the young high school students facing the IST - VIH/SIDA in the secondary establishments of the common III of the district of Bamako

Year of oral examination for thesis: 2009**City of oral examination for thesis:** Bamako**Country of origin:** MALI**Place of deposit:** Library of the faculty of medicine, pharmacy and odonto - stomatology of Bamako.**Sector of interest:** public health, infectious illnesses,

ABSTRACT • from February 1st, we conducted a descriptive transversal survey with a single data collection phase in 13 schools in Abidjan, Ivory Coast. The purpose of the study was to evaluate the awareness, attitudes, and practices of teenagers with regard to HIV/AIDS. Most respondents (66.5 %) were female. Mean age was 16.32 years (range, 13 to 19 years). Most respondents Stated that they had heard about AIDS and demonstrated good factual knowledge. The most frequently mentioned method of prevention was condom use (89.2%). A total of 338 (56.1%) had already experienced sexual intercourse. However most sexually active respondents stated that they did no always use condoms.

KEY WORDS • Teenager - Knowledge - Attitudes - Practices - HIV/AIDS - Sexuality

Objectif:

It was about a transverse, prospective and descriptive survey to unique passage that lasted 1 active month of **February 1st to March 05, 2008** in the eight establishments of secondary education of the township 3 of the district of Bamako. The population of survey was constituted by the teenage pupils aged of 15 to 24 years. This survey had for general objective to describe the knowledge, attitudes and sexual behaviors of the teenagers in school environment facing the IST and VIH/sida

Methodology:

The survey was based on an exhaustive poll of the school youngsters of 15 to 24 years, regular, written down for the academic year 2007-2008, present (e) at the time of the investigation and having given their verbal illuminated consent to participate in the investigation on their knowledge, attitudes and sexual behavior concerning infection sexually transferable and AIDS. A questionnaire has been managed has each of the participants in order to collect some information on the knowledge of the IST and VIH/SIDA as well as on the sexual behavior.

Results:

The teenagers of feminine sex were predominant (55,0%). the average of age was of 16 years with extreme ages of 15 years and 23 years. the age group of 15 to 19 years was the more represented either 86,6% of them investigated. The bachelors constituted 95% of the sample and resided for most with parents (82%). The majority of the teenagers, 99,3%, had heard to speak already of the IST. The VIH is the most known IST either, 53, 7% but 46,7% were not able to mentioned no example of IST. The blood way (cutting objects and transfusion) was the most quoted transmission way either, 72,7%. Talk and the television were the most quoted sources of information with respectively 32,7% and 31,6%. The parents came behind with only 3%.

Few parents debated sexuality with their children (30, 3%)

As for the prevention, the condom was proposed by 88,3% of the pupils.

However, the use irregular of the condom has been evoked by the majority of the teenagers investigations in activities sexual

Only 7% of the teenagers didn't believe in the AIDS. It is an invention of the western against the African demography for 5, 1%

Those that affirmed to have had some sexual intercourse were of 72%.

The minimum age to the first sexual intercourse was of 8 years and the extreme, 20 years. Among them investigated only sexually active 39, 4% used the condom during their first sexual intercourse whereas 64, 4% knew it before this report

As for the context of the first sexual intercourse, 75% made it by curiosity, in a voluntary and consensual way. With regard to the sexual intercourse with the occasional partners 19,1% of the pupils had practiced it and 82,2% among them had not used a condom at the time of these sexual acts. The quasi-totality of the investigations 93, 3% was favorable to the teaching of the sexuality the school and to the level of the second cycle, for 49, 7%. The majority of the pupils is 86% affirmed that they are ready has make a test of tracking but only 23, 3% knew their statute serologique. The center of most known tracking of the pupils was the center" the awakening ". The teenagers knew that a person in full obvious health can be carrier of the virus is 93% of the investigations

Indeed this survey shows us that they are informed well, but arrive with difficulty to join the knowledge and the perception of the contamination risk.

Numerous difficulties have been listed during this survey:

- Difficulties of access to the concerned persons during the periods of course.
- Loss of numerous copies of cards of investigations.

Numerous difficulties have been listed during our investigation: in some schools the school authorities by fears of disrupt the courses ordered us to explain the content and the interest of the survey, to let the pupils fill it at home, and to come back to recover it the following days. Numerous are those that have bring back us the copies never; on 100copies not to distribute in some establishments us was able to recovers that about twenty. It is what explains this number so minimal for so much establishment.

Key words: adolescent - knowledge - attitudes- convenient - VIH/sida -sexuality- common III- Bamako

SERMENT D'HYPPOCRATE

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 race, de parti ou de classe 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 condisciples si j'y manque.

Je Le Jure !