

**BURKINA FASO**  
*Unité – Progrès - Justice*

-----  
**MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE ET SUPERIEUR**

-----  
**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**

-----  
**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN SCIENCES DE LA  
SANTÉ (UFR/SDS)**

-----  
**SECTION PHARMACIE**



Année : 2011-2012  Thèse N° : 72

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES JEUNES EN  
MATIERE D'IST/VIH/SIDA DANS LES ETABLISSEMENTS SECONDAIRES  
DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 16 Mai 2012 à 9h 00 par

**TRAORE Sié Moussa**

Né le 20 février 1985 à Orodara (Burkina Faso)

**POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN PHARMACIE  
(Diplôme d'Etat)**

**Directeur de thèsePrésidente du jury**

Pr. Ag. Fatou BARRO / TRAORE Pr. Rasmata OUEDRAOGO / TRAORE

**Co-directeur de thèseMembres du jury**

Dr. Jean- Baptiste ANDONABA Pr. Ag. Fatou BARRO / TRAORE

Dr. Hervé TIENO

Dr. Joseph Aimé BIDIGA



















### **A ma grande mère BARRO Ouè**

Les mots peuvent trahir quand on veut exprimer ses sentiments. Je prie que Dieu vous garde encore longtemps en vie pour que vous puissiez jouir des fruits de ce travail.

Vos prières et vos bénédictions sont les plus attendues dans ma carrière de pharmacien.

### **A mon père TRAORE Amadou (in memorium)**

J'ai tellement voulu que vous assistez à ce jour mémorable, mais Dieu vous a rappelé plutôt auprès de nous. C'est aussi cela la volonté divine. Merci pour tout ce que vous avez eu à faire pour moi, repose en paix et que le paradis soit votre demeure.

### **A ma mère BARRO Awa**

Je ne saurais jamais vous remercier, car vous avez toujours souhaité que je sois un homme travailleur et assidu au travail et par vos conseils me voilà au terme de mes études.

Retrouvez dans ce travail nos remerciements les plus sincères.

Que Dieu vous garde à côté de nous pour que vous puissiez récolter les fruits de l'arbre que vous avez planté.

### **A mes sœurs et frère**

Abibata, Madiara, Alimatou, Orokia, Aziz. J'espère vous avoir inspiré le goût des longues études, travaillez bien à l'école mes petits chéris.

**A mes oncles et tantes : Massa, Natogoma, Tiémoko, Baba, Bintou Roseline Djeneba, Kadiatou, Sidiki, Adama, Lassina, Drissa.**

Merci pour vos soutiens multiformes. Acceptez ce travail qui est le fruit de votre dévouement mais aussi de tous les efforts consentis pour ma modeste personne ; que toute la famille trouve ici mes sincères remerciements.

**Au Dr. THIOMBIANO Adama.**

Je ne saurais jamais vous remercier pour tout ce que vous avez eu à faire pour moi et encore du soutien que vous m'apportez pour ma réussite dans cette vie.

Que Dieu exhausse vos vœux et vous couronne de succès et d'une longue vie.

**A mes amis et promotionnaires : Thomas, Boureima, Apollinaire, Jérôme, Viviane, Alfred : soyons solidaires dans la vie professionnelle.**

**A ma chérie ONADJA Aïssa Michelle**

Merci pour tout ce que tu fais pour moi et d'avoir été compréhensive quand il le fallait. Puisse Dieu nous garder ensemble pour toujours.



Tous nos remerciements vont à l'endroit :

- du **Pr Ag. Fatou TRAORE/BARRO**
- du **Dr Jean- Baptiste ANDONABA**
- de tous mes cousins et cousines
- de **DIALLO Idrissa**
- de **CISSE Adama**
- de mes amis **Louis, Maxime, Yacouba, Innocent, Abdoulaye, Pierre, Salif, Kader, Serge**
- de **Monsieur YAMEOGO Jean Luc**
- de l'ensemble du personnel de la pharmacie GOULMOU
- des proviseurs, surveillants et l'ensemble des élèves ayant participé à l'étude.
- de tous mes enseignants du primaire, du secondaire et de l'UFR/SDS.



## **A notre maître et présidente du jury**

**Le Professeur Rasmata OUEDRAOGO / TRAORE**

**Vous êtes :**

- Professeur titulaire en bactériologie – virologie à l’UFR/SDS de l’Université de Ouagadougou
- Chef de service des laboratoires du CHUP-CDG
- Directrice du Laboratoire National de Référence Rougeole
- Chef de département des sciences biologiques appliquées.
- Présidente du Conseil d’Administration du CNTS
- Chevalier de l’Ordre Nationale
- Chevalier des palmes académiques

**Cher maître,**

C’est pour nous un privilège et un grand honneur de vous voir présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons eu le grand honneur de bénéficier de vos enseignements fort enrichissant en troisième et quatrième année de pharmacie qui nous ont beaucoup émerveillés et de votre encadrement lors de notre stage externe.

Votre simplicité et votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître aimé et respecté.

Nous ne doutons pas que vos immenses connaissances sur la question nous permettrons de parfaire ce travail.

Nous vous prions d'accepter cher maître, notre sincère reconnaissance et notre respectueuse considération.

Que le Dieu Tout Puissant vous guide et vous protège chaque instant de votre vie.



**A notre maître et directeur de thèse**

**Le Professeur Agrégé Fatou BARRO / TRAORE**

**Vous êtes :**

- Maître de conférences agrégé en Dermatologie Vénérologie à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou
- Chef de service de médecine et spécialité médicale de l'Hôpital National Blaise COMPAORE

**Cher maître,**

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail.

Vos qualités humaines et surtout votre rigueur scientifique ont fait de vous un maître apprécié de tous.

Vous avez cultivé en nous l'esprit du travail bien fait, la méthode et la précision. Nous sommes très fiers d'avoir été parmi vos étudiants.

Soyez infiniment remercié pour tout ce que vous faites pour nous.

En espérant avoir été à la hauteur de la tâche que vous nous avez confiée, recevez avec ce travail, cher maître, le témoignage de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

Puisse l'éternel vous bénir et vous combler au delà de vos attentes.

**A notre maître et co-directeur de thèse**

**Le Docteur Jean Baptiste ANDONABA**

**Vous êtes :**

- Vous êtes dermatologue- vénérologue au CHU Sourou SANOU (chef de service de dermatologie Vénérologie)
- Enseignant chercheur à l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA)

**Cher maître,**

Nous vous remercions d'avoir donné réponse favorable à suivre ce travail malgré vos multiples occupations. Votre simplicité et votre rigueur scientifique sont entre autre des qualités que nous avons découvert en vous.

Soyez assuré cher maître, de notre profond respect.

Que Dieu vous guide et vous assiste dans toutes vos activités.

**A notre maître et juge**

**Le Docteur Hervé TIENO**

**Vous êtes :**

- Maître assistant en médecine interne à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou
- Médecin interniste au CHU-YO
- Ancien interne des hôpitaux de Ouagadougou

**Cher maître,**

Nous sommes honorés de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail malgré vos obligations que nous savons multiples.

Votre encadrement de qualité, votre rigueur scientifique et votre abord facile sont entre autres des qualités que nous avons découvert en vous lors de notre stage de pharmacologie clinique dans le service de médecine interne.

Veillez recevoir cher maître, nos remerciements sincères et notre reconnaissance.

Que Dieu vous bénisse.

**A notre maître et juge**

**Le Docteur Joseph Aimé BIDIGA**

**Vous êtes :**

- Médecin de santé publique
- Coordonnateur du programme sectoriel santé de lutte contre le sida et les IST

**Cher maître,**

C'est un grand honneur pour nous que vous ayez accepté de juger ce travail.

Nos admirons votre combat quotidien dans la lutte contre le VIH/Sida et les IST au Burkina Faso.

Permettez-nous cher maître, de saisir cette occasion pour vous témoigner toute notre estime.

Que Dieu vous bénisse.

**« Par délibération l’UFR/SDS a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu’elle n’attend leur donner aucune approbation ni improbation ».**

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

Ac : Anticorps

ADN : Acide désoxy Ribonucléique

Ag : Antigène

ARN : Acide Ribonucléique

ARV : Antirétroviraux

CDC : Central for Diseases Control

CDV : Conseil Dépistage Volontaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMA : Centre Médical avec Antenne Chirurgicale

CMV : Cytomégalovirus

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

CV : Charge virale

ELISA : Enzyme Linked Immunosorbent Assay

IF : Inhibiteur de la fusion

Ig : Immunoglobine

INTI : Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

INNTI : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

IP : Inhibiteur de la protéase

IST : Infection sexuellement transmissible

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCR : Polymerase Chain Reaction

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PV/VIH : Personne Vivant avec le VIH

Sida : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SP/CNLS-IST : Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le sida et les Infections Sexuellement Transmissibles

TIG : Test Immunologique de la Grossesse

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

VDRL : Venereal Disease Research Laboratory

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau I :</b> Classification des Retroviridae chez l'homme .....	08
<b>Tableau II :</b> Les principaux ARV par classe thérapeutique .....	22
<b>Tableau III :</b> Critères médicaux d'initiation d'un traitement ARV .....	24
<b>Tableau IV :</b> Rythme de suivi et paramètres biologiques nécessaires à mesurer.....	25
<b>Tableau V:</b> Impacts sociaux du VIH/SIDA dans le secteur de l'éducation selon trois scénarios d'évolution de l'épidémie.....	38
<b>Tableau VI :</b> Répartition des élèves par tranche d'âge.....	52
<b>Tableau VII :</b> Répartition des élèves selon les IST citées .....	55
<b>Tableau VIII :</b> Répartition des élèves selon le niveau d'étude et la connaissance des deux IST les plus citées après le VIH/SIDA .....	56
<b>Tableau IX :</b> Répartition des élèves selon les symptômes d'IST cités.....	58
<b>Tableau X :</b> Répartition des élèves selon le sexe et la connaissance des symptômes d'IST .....	59
<b>Tableau XI :</b> Répartition des élèves selon le niveau d'étude et la connaissance des trois symptômes d'IST les plus cités.....	60
<b>Tableau XII :</b> Sources d'information sur le VIH/SIDA .....	62
<b>Tableau XIII :</b> Répartition des élèves selon la connaissance des signes de l'infection par le VIH .....	64
<b>Tableau XIV :</b> Répartition des élèves selon les moyens de prévention cités....	67



**Tableau XV** : Répartition des élèves selon le sexe et le fait d'avoir eu des rapports sexuels .....68

**Tableau XVI** : Répartition des élèves selon la résidence et le fait d'avoir eu des rapports sexuels.....69

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Structure du VIH .....	09
<b>Figure 2</b> : Répartition des élèves en fonction du niveau d'étude .....	53
<b>Figure 3</b> : Répartition des élèves selon la situation matrimoniale .....	54
<b>Figure 4</b> : Répartition des élèves selon la connaissance del'existence du traitement de l'infection par le VIH .....	65
<b>Figure 5</b> : Répartition des élèves selon la connaissance desmoyensde traitement de l'infection par le VIH .....	66
<b>Figure 6</b> : Répartition des élèves selon les raisons de l'usage du préservatif...	70
<b>Figure 7</b> : Répartition des élèves selon les comportements adoptés.....	72

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION- ENONCE DU PROBLEME .....	1
I. GENERALITES .....	5
1.1. RAPPEL SUR L'INFECTION PAR LE VIH.....	5
1.1.1. Historique .....	5
1.1.2. Situation épidémiologique.....	6
1.1.3. Description de l'agent pathogène .....	7
1.1.4. Mode de transmission .....	10
1.1.5. Histoire naturelle de l'infection par le VIH.....	11
1.1.6. Classifications des manifestations cliniques.....	13
1.1.8. Traitement et suivi biologique.....	20
1.1.9. Prévention .....	26
1.2. Généralités sur les IST autres que le VIH/SIDA .....	27
1.2.1. Ecoulements génitaux : urétral ou vaginal .....	27
1.2.2. Ulcérations génitales .....	30
1.2.3. Condylomes ou crête de coq ou végétations vénériennes.....	32
1.2.4. Hépatite virale B .....	33
1.2.5. Autres IST.....	36
1.2.6. Prévention des IST .....	36
1.3. IST/VIH/SIDA et secteur de l'éducation au Burkina Faso.....	37
1.3.1. Impact du VIH/Sida sur le secteur de l'éducation .....	37
1.3.2. Réponses du secteur de l'éducation au problème d'IST/VIH/Sida ..	39
II. OBJECTIFS.....	43
2.1. Objectif général.....	43
2.2. Objectifs spécifiques .....	43
III. MATERIEL ET METHODES .....	45
3. 1. Cadre de l'étude .....	45
3.2. Type et période d'étude.....	46

3.3. Population d'étude .....	46
3.4. Echantillonnage.....	47
3.5. Variables d'étude .....	49
3.6. Aspects éthiques et déontologiques.....	49
3.7. Collecte des données .....	49
3.8. Saisie et traitement des données .....	50
IV. RESULTATS .....	52
4.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	52
4.2. Connaissances en matière d'IST .....	55
4.2.1. Connaissance de l'existence des IST.....	55
4.2.2. Connaissance des IST et niveau d'étude .....	56
4.2.3. Connaissance des symptômes d'IST .....	57
4.3. Connaissances en matière de VIH/Sida.....	61
4.3.1. Connaissance de l'existence du VIH/Sida.....	61
4.3.2. Sources d'information .....	61
4.3.3. Connaissance des voies de transmission du VIH .....	63
4.3.4. Connaissance des signes de l'infection par le VIH .....	63
4.3.5. Connaissance de l'existence du traitement de l'infection par le VIH.....	65
4.3.6. Connaissance des moyens de traitement de l'infection par le VIH ....	66
4.3.7. Connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA .....	67
4.4. Attitudes et pratiques face aux IST/VIH/Sida .....	68
4.4.1. Pratiques sexuelles .....	68
4.4.2. Utilisation systématique du préservatif .....	70
4.4.3. Symptômes d'IST et utilisation des structures de santé .....	71
4.4.4. Pratique du test de dépistage du VIH .....	71
4.4.5. Comportements à moindres risques face au VIH/Sida .....	72
4.4.6. Attitudes vis-à-vis des PV/ VIH .....	72
V. DISCUSSION .....	75

5.1. Contraintes et limites de l'étude.....	75
5.1.1. Cadre de l'étude .....	75
5.1.2. Biais .....	75
5.2. Données sociodémographiques .....	76
5.2.1. Sexe.....	76
5.2.2. Age.....	77
5.2.3. Niveau d'étude .....	77
5.2.4. Situation matrimoniale-résidence.....	77
5.3. Connaissances en matière d'IST/VIH/Sida .....	78
5.3.1. Sources d'information .....	78
5.3.2. Connaissance de l'existence des IST.....	79
5.3.3. Connaissances relatives au VIH/Sida.....	80
5.3.4. Connaissances des IST autres que le VIH/Sida.....	81
5.4. Attitudes et pratiques des élèves face aux IST/VIH/SIDA.....	82
5.4.1. Pratiques sexuelles .....	82
5.4.2. Expérience en ce qui concerne les IST .....	84
5.4.3 Fréquentation des services de santé.....	85
5.4.4. Pratiques à risques.....	85
5.4.5. Pratique du test de dépistage .....	86
5.4.6. Attitudes des élèves envers les PV/VIH.....	86
CONCLUSION .....	89
SUGGESTIONS .....	91
BIBLIOGRAPHIE .....	93

## **INTRODUCTION- ENONCE DU PROBLEME**

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une infection rétrovirale chronique persistante acquise par voie sexuelle, sanguine ou par transmission de la mère à l'enfant [5,26]. Depuis la description des premiers cas en juin 1981 aux Etats-Unis par le Center Disease Control (CDC) d'Atlanta et l'identification de l'agent étiologique en 1983, de nombreuses recherches furent entreprises pour venir à bout de la maladie. Malgré les multiples progrès réalisés dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PV/VIH), le sida continue de défier l'humanité.

Quand aux infections sexuellement transmissibles (IST), elles ont connu un regain d'intérêt depuis le début de la pandémie de l'infection par le VIH ; parce que d'une part, elles constituent des cofacteurs de celle-ci et d'autre part, leur prise en charge adéquate permet de réduire considérablement les nouveaux cas de l'infection par le VIH. Elles constituent avec l'infection par le VIH, un problème majeur de santé publique dans les pays en développement, particulièrement en Afrique, en témoignent les statistiques suivantes : 70 % des nouvelles infections en 2010, 68 % de toutes les personnes vivant avec le VIH. Il en est de même pour les cas de décès dont 70 % dans le monde s'y sont produits [29]. Cette situation s'explique en partie par un certain nombre de comportements à risque qui prédominent dans cette région.

En effet, il est établi que le mode le plus fréquent de la transmission du VIH en Afrique reste le contact sexuel[3]. Il en résulte qu'au fur et à mesure que l'épidémie du VIH continue à se propager et tant qu'il n'existe ni vaccin, ni traitement curatif, la prévention demeure la principale stratégie pour enrayer cette pandémie.

Dans le cadre de cette prévention, plusieurs méthodes ont été proposées et développées à travers le continent comme l'usage systématique et correct des

préservatifs en cas de rapports sexuels avec un partenaire occasionnel, l'abstinence sexuelle chez les non mariés, les relations monogames fidèles, les tests de dépistage, la prévention de la transmission mère-enfant...etc.

Au Burkina Faso, les interventions de prévention ont eu un impact positif qui est la tendance à la baisse du taux de séroprévalence. Malgré cette baisse, notre pays reste en situation d'épidémie généralisée avec une prévalence du VIH estimée à 1,2 % en 2009 [43]. La pandémie n'épargnant aucun secteur d'activité, les statistiques de la campagne de dépistage 2006 menée dans les formations scolaires et universitaires estiment à 1,19% le taux de séroprévalence dans le secteur de l'éducation. A la même période, ce taux est estimé à 1,17% chez les élèves du secondaire avec des variantes spécifiques de 1,38% chez les filles et 1,02 % chez les garçons [25].

Quand aux autres IST, les statistiques de 2007 de la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) du Ministère de la Santé indiquent que la tranche d'âge comprise entre 15 à 29 ans est la plus touchée avec 58% des cas d'ulcérations génitales, 48% des cas d'écoulement urétral et 71% des cas d'écoulement vaginal [25]. Etant donné que l'OMS définit comme jeunes, les personnes de la tranche d'âge de 15 à 24 ans, nous constatons que c'est la population jeune qui est alors la plus exposée à ces infections. Cette vulnérabilité des jeunes au VIH/Sida et aux IST s'explique entre autre par leur comportement sexuel à risque et par le manque d'information juste sur ces infections et les services de prévention.

De tout cela, il convient de mener une lutte acharnée contre les IST/VIH/SIDA en milieu jeune du fait d'une part, de la vulnérabilité de cette tranche d'âge aux IST et d'autre part, du rôle prépondérant que doivent jouer les jeunes dans le développement et l'avenir du pays.

Dans le but donc de contribuer à cette lutte, nous avons mené cette étude en milieu éducatif dont l'objectif principal était de décrire les connaissances et les attitudes des jeunes scolaires face aux IST et au VIH/SIDA.





## I. GENERALITES

### 1.1. RAPPEL SUR L'INFECTION PAR LE VIH

#### 1.1.1. Historique[17]

C'est le 5 juin 1981 que le centre américain « Center for Disease Control » CDC rapporte quelques cas d'une forme rare de pneumonie qui touche spécifiquement des jeunes hommes homosexuels (3 cas avaient été révélés en 1981). En 15 jours seulement 31 cas identiques ont été recensés. On sait très peu de chose de la maladie qu'on dénomme, entre autre « *gay syndrome* », *Gay Related Immune Deficiency (GRI)*. A la fin de cette même année, on sait que la maladie provoque une immunodéficience et qu'elle se transmet par voie sexuelle et sanguine. On sait également qu'elle ne touche pas seulement les homosexuels mais également les utilisateurs de drogues injectables et les personnes transfusées.

En 1982, plusieurs chercheurs à travers la planète commencent à se mobiliser car la maladie sort des frontières américaines. En France, la maladie est observée chez des hémophiles transfusés ; ce qui laisse croire que l'agent infectieux est un virus. Le nom de AIDS (SIDA en français) est utilisé pour la première fois par le scientifique Bruce Voeller.

En mai 1983, dans la revue « Science », l'équipe de Jean-Claude Chermann de l'Institut Pasteur décrit pour la première fois le virus responsable de la maladie, qu'on nomme « *Lymphadenopathy Associated Virus* » ou LAV (futur VIH-1). Après quelques mois de recherche, les chercheurs démontrent le lien de causalité entre ce virus et la maladie ; on travaille également sur un test de dépistage. Les premiers travaux sur la transmission possible du virus chez des chimpanzés sont entrepris. Les premières directives quant à des relations sexuelles sécuritaires sont données par divers organismes en santé publique.

En 1985, on isole un deuxième virus à partir d'un patient originaire de l'Afrique de l'Ouest, le LAV-2 (futur VIH-2) ; cette année allait aussi permettre la commercialisation d'un test de dépistage de la maladie du LAV-1.

En 1986, la communauté scientifique adopte le nom de VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine). La première thérapie à l'AZT est disponible mais elle demeure coûteuse et très toxique.

C'est en 1988 que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) proclame le 1<sup>er</sup> décembre comme journée mondiale du sida.

### **1.1.2. Situation épidémiologique**

#### **➤ Dans le monde**

Selon le rapport ONUSIDA 2011 sur l'épidémie mondiale du Sida, on estime à 34 millions [31,6 – 35,2 millions] le nombre de personnes vivant avec VIH dans le monde en fin 2010, soit une hausse de 2,10 % par rapport à 2009 où ce taux était 33,3 millions. Le nombre de nouvelles infections par le VIH pour la même période est estimé à 2,7 millions [2,4 – 2,9 millions] contre 2,6 millions en 2009 ; et les cas de décès étaient estimés à 1,8 millions [1,6 – 1,9 millions] [28].

#### **➤ En Afrique subsaharienne**

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus durement touchée par le VIH. En 2010, près de 68 % de toutes les personnes vivant avec le VIH y résidaient, une région qui ne représente que 12 % de la population mondiale. Elle est également à l'origine de 70 % des nouvelles infections en 2010. Cependant, les épidémies de VIH dans la région Afrique subsaharienne sont stables ou reculent et le

nombre de décès liés au Sida est en baisse de 20 % dans la région. Cela est du, en partie, à l'accès du traitement antirétroviral [28].

### ➤ **Au Burkina Faso**

En l'absence de données validées en 2011 pour le Burkina Faso, il ya lieu de rappeler que le rapport ONUSIDA 2010 avait estimé la prévalence moyenne de l'infection par le VIH dans la population adulte à 1,2 % [1,0 – 1,5 % ] en 2009.

Les autres données sont les suivantes : 110 000 personnes vivant avec le VIH, 93 000 adultes vivant avec le VIH dont 56 000 femmes, 7 100 décès dus au Sida, 140 000 enfants estimés orphelins du fait du Sida.

### **1.1.3. Description de l'agent pathogène**

#### ➤ **Définition et classification**

Le VIH appartient à la famille des *Retroviridae* qui se définissent par leur structure mais aussi par leur mode de réplication. Ce sont des virus à ARN, qui vont, grâce à l'enzyme qu'ils transportent, la transcriptase reverse ou transcriptase inverse, avoir leur génome retranscrit en ADN viral qui peut alors s'intégrer dans l'ADN chromosomique de la cellule hôte sous le nom de provirus. Ce cycle de réplication est commun aux *Retroviridae* [5].

La famille des *Retroviridae* est subdivisée en trois sous-familles contenant plusieurs espèces capables d'infecter les espèces animales : les *Oncovirinae*, les *Spumavirinae* et les *Lentivirinae* à laquelle appartiennent les VIH.

**Tableau I : Classification des *Retroviridae* chez l'homme [5,23]**

Sous -famille	Type	Pathologie associée
<i>Lentivirinae</i>	VIH-1, VIH-2	SIDA
<i>Oncovirinae</i>	HTLV-I	Leucémie T aigue
Paraparésie spastique	HTLV-II	Leucémie à tricholeucocyte
<i>Spumavirinae</i>	HSRV	Pathogénécité inconnue

➤ **Morphologie et structure**

Les particules virales infectieuses du VIH se présentent sous forme sphérique de 90 à 120 nm de diamètre [5,7].

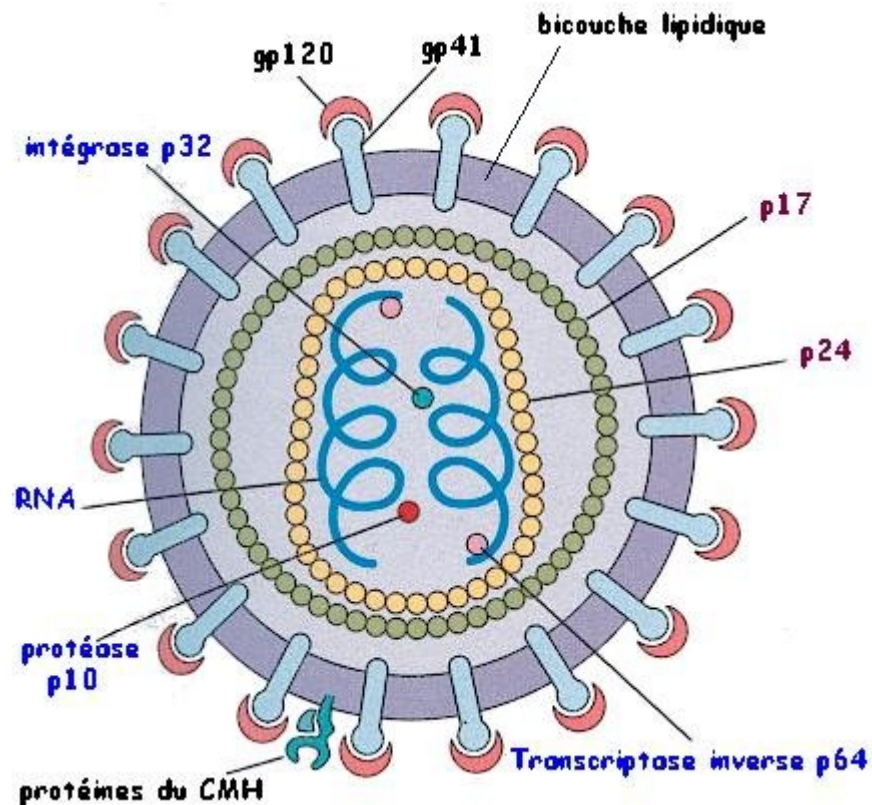
La structure du VIH comporte :

- une enveloppe virale constituée d'une double couche lipidique et de deux sortes de glycoprotéines : gp120 et gp41. La molécule gp41 traverse la bicouche lipidique tandis que la molécule gp120 occupe une position plus externe ; elle joue le rôle de récepteur viral de la molécule membranaire CD4 des cellules hôtes. L'enveloppe virale dérive de la cellule hôte : il en résulte qu'elle contient

quelques protéines membranaires de cette dernière, y compris des molécules du CMH ;

- un corps viral ou nucléocapside, qui inclut une couche de protéine p17 et une couche plus profonde de protéines p24 ;

- un génome constitué de deux copies d'ARN simple brin associées à deux molécules de transcriptase inverse (p64) et à d'autres protéines enzymatiques (protéase p10 et intégrase p32).



**Figure 1 :Structure du VIH-1[48]**

#### **1.1.4. Mode de transmission**

Le virus a été isolé dans du sang, du sperme, des ganglions, des sécrétions vaginales, du plasma, de la salive, de l'urine, des larmes et du lait. Cependant, l'élément déterminant de la transmission est représenté par la porte d'entrée : muqueuses génitales et rectales, voie parentérale et voie materno-fœtale [3].

##### **➤ La transmission sexuelle**

La transmission sexuelle de l'infection par le VIH est le mode de contamination le plus fréquent. Cette transmission peut s'effectuer lors des rapports hétérosexuels ou homosexuels avec une personne infectée. Ainsi les rapports vaginaux, anaux ou buccaux sont tous concernés avec un moindre degré pour ce dernier. Bien que certains facteurs aient été identifiés comme augmentant le risque de contamination, un seul contact est suffisant.

Les facteurs favorisant l'infection sont les suivants:

- transmission légèrement plus importante de l'homme à la femme,
- épisodes d'infections sexuellement transmissibles,
- pratique de la sodomie,
- état avancé et gravité de la maladie.

##### **➤ La transmission sanguine**

Ce mode de transmission concerne particulièrement les hémophiles, les transfusés et les usagers de drogues injectables par échange de matériel d'injection probablement contaminé. Les professionnels de santé sont aussi concernés, bien que plus rarement [12].

### ➤ **La transmission mère-enfant**

La transmission mère-enfant du virus peut survenir *in utero* dans les dernières semaines de la grossesse, et au moment de l'accouchement. En l'absence de traitement, le risque de transmission du virus d'une mère infectée à son enfant varie entre 25 à 45% pour le VIH-1. Le risque de transmission est plus marqué en fin de grossesse (5-10%), au moment de l'accouchement (10-20%) et au cours de l'allaitement (10-20%). Le risque de transmission est moindre avec le VIH-2 (<5%) [27].

### **1.1.5. Histoire naturelle de l'infection par le VIH [3, 12]**

L'infection par le VIH se caractérise par quatre phases successives dont la durée varie d'un individu à l'autre :

- la primo-infection
- la phase asymptomatique
- le pré-sida, forme intermédiaire
- le sida déclaré.

### ➤ **La primo-infection**

La primo-infection par le VIH intervient normalement entre une à quatre semaines après le contact contaminant; la moyenne se situant à dix jours après l'infection. Elle est caractérisée par une multiplication virale intense avec dissémination virale qui précède le développement des réponses immunes ayant pour objectif de contrôler au maximum l'infection. Lors de cette phase aiguë, le malade présente dans la plupart des cas un syndrome mononucléosique : fièvre, céphalées, sueurs nocturnes, adénopathies (apparition de ganglions indolores à la palpation), douleurs articulaires ou musculaires, fatigue, mal de gorge. Tous



ces symptômes sont très fréquents dans de nombreuses infections rhinopharyngées, et il n'y a pas de diagnostic différentiel clinique. Le seul diagnostic qui est envisageable à ce stade est un diagnostic biologique, avec recherche des antigènes p24.

➤ **La phase asymptomatique**

C'est la période qui suit la primo-infection. D'une durée variable (en moyenne de 7 à 10 ans), elle ne se manifeste par aucun signe particulier. La personne infectée est apparemment en bonne santé et ne souffre d'aucun symptôme physique. Cette phase correspond à la période durant laquelle le système immunitaire parvient apparemment à contrer les effets du virus ; le sujet infecté est alors séropositif, porteur du virus et d'anticorps anti-VIH permettant le dépistage. La virémie est faible mais la réplication intense ; la présence d'anticorps permet le diagnostic et ne témoigne en aucun cas une guérison ou une protection contre le VIH. Le patient reste alors contagieux toute sa vie.

➤ **La phase pré-sida**

C'est une forme intermédiaire de la maladie où la personne séropositive présente des symptômes rencontrés dans d'autres maladies (l'amaigrissement, l'augmentation du volume des ganglions, les diarrhées, la fièvre, etc) ; mais persistant, et qui n'ont pas d'autres explications que l'infection par le VIH.

Des signes biologiques (taux de lymphocytes T4) peuvent orienter l'évolution de la maladie et faciliter la prise en charge précoce.

➤ **La phase sida ou d'immunodépression sévère**

Elle se caractérise par la survenue d'infections opportunistes (pneumocystose, toxoplasmose, infection à mycobactéries, atteintes viscérales par le cytomegalovirus, etc.) ou de proliférations cellulaires (maladie de Kaposi, lymphome B, cancer du col utérin, etc.). D'un point de vue biologique, la charge

virale est très élevée et la lymphopénie très sévère (taux de lymphocytes T-CD4<sup>+</sup> inférieur à 200/mm<sup>3</sup>), signant la profonde immunodépression.

### **1.1.6. Classifications des manifestations cliniques [32]**

#### **➤ Classification de la maladie à VIH chez l'adulte et l'adolescent (stades cliniques OMS)**

##### **Stade clinique I :**

- asymptomatique
- adénopathie généralisée persistante

##### **Stade clinique II :**

- perte de poids modérée, inférieure à 10% du poids corporel
  - infections récurrentes de voies respiratoires supérieures (sinusite, amygdalite, otite, moyenne et pharyngite)
- zona au cours des cinq dernières années
- chéilite angulaire
- ulcérations buccales récurrentes
- manifestations cutanéomuqueuses mineures (prurigo, dermatite séborrhéique, infection fongique des ongles)

##### **Stade clinique III :**

- perte de poids sévère, supérieure à 10% du poids corporel
- diarrhée chronique inexplicée pendant plus d'un mois

- fièvre persistante (plus de 37,5°C), intermittente ou constante pendant plus d'un mois
- candidose buccale persistante
- leucoplasie chevelue de la cavité buccale
- tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente
- infections bactériennes graves (pneumonie, empyème, pyomyosite, infection ostéoarticulaire, méningite ou bactériémie)
- stomatite ou gingivite nécrosante aigue ou parodontite nécrosante aigue
- anémie ( Hb inférieure à 8g/dl), neutropénie (inférieure à 500 éléments/mm<sup>3</sup>) et/ou thrombocytopénie chronique (inférieure à 50000 éléments/mm<sup>3</sup>)

**Stade clinique IV :**

- syndrome cachectique du VIH
- pneumonie à *Pneumocystis carinii*
- pneumonie bactérienne récurrente
- infection herpétique chronique (bucco-labiale, génitale ou ano-rectale de durée supérieure à un mois, ou viscérale quelque soit le site)
- candidose œsophagienne (ou candidose trachéale, bronchique ou pulmonaire)
- tuberculose extrapulmonaire
- sarcome de Kaposi
- infection à cytomégalo virus (rétinite ou infections d'autres organes)
- toxoplasmose cérébrale
- encéphalopathie à VIH

- cryptococcose extrapulmonaire (y compris méningite)
- infection mycobactérienne non tuberculeuse disséminée
- leuco encéphalopathie multifocale progressive
- cryptosporidiose chronique
- isosporose chronique
- mycose disséminée (coccidioidomycose ou histoplasmosis)
- septicémie récurrente (y compris à Salmonella non typhoïde)
- lymphome cérébral ou lymphomes non hodgkiniens à cellules B
- carcinome invasif du col de l'utérus
- leishmaniose atypique disséminée
  - néphropathie symptomatique associée au VIH ou myocardiopathie symptomatique associée au VIH.

➤ **Classification pédiatrique en stades cliniques de l'OMS**

**Stade clinique I :**

- asymptomatique
- lymphadénopathie généralisée persistante

**Stade clinique II :**

- hépato-splénomégalie
- prurigo
- verruques planes extensives

-molluscum contagiosum extensif

-onychomycose

-manifestations cutané- muqueuses mineures y compris les mycoses, les infections virales et les dermatoses chroniques

-tuméfaction persistante de la parotide

-infections chroniques ou récurrentes des voies aériennes supérieures (otites moyennes, sinusites chroniques, amygdalites)

-zona

-ulcères récurrentes de la bouche

-érythème gingival linéaire

### **Stade clinique III :**

-malnutrition modérée inexplicée, ne répondant pas au traitement standard

-diarrhée inexplicée persistante (> à 14 jours)

-fièvre inexplicée persistante (>37,5°C intermittente ou constante) supérieure à 1 mois

-candidose buccale(en dehors de la période néonatale)

-leucoplasie chevelue

-gingivites ou périodontites nécrotiques aiguës

-pneumonie bactérienne grave récurrente

-pneumonie interstitielle lymphoïde

-maladie pulmonaire chronique liée au VIH, y inclus bronchiectasies

-tuberculose pulmonaire

-tuberculose ganglionnaire

-anémie inexplicée (Hb <8g/dL), et /ou neutropénie (<750 éléments/mm<sup>3</sup>) et/ou thrombocytopénie chronique (<50.000 éléments/mm<sup>3</sup>)

#### **Stade clinique IV :**

-perte de poids grave inexplicée ou malnutrition sévère ne répondant pas au traitement standard

-pneumonie à *Pneumocystis jiroveci*

-infections bactériennes sévères multiples et récurrentes (non compris la pneumonie)

-herpes simplex chronique (orolabial ou cutané>1 mois ou viscéral quelque soit la localisation)

-tuberculose extrapulmonaire

-maladie de kaposi

-candidose œsophagienne(ou trachéale, bronchique, pulmonaire)

-toxoplasmose cérébrale (chez les enfants>1 mois d'âge)

-encéphalopathie à VIH

-rétinite à CMV ou autres infections à CMV (chez les enfants > 1mois d'âge)

-cryptococcose extrapulmonaire (y compris la méningite à cryptococcose)

-toute mycose endémique disséminée (histoplasmosse extrapulmonaire, coccidiomycose)

-cryptosporidiose chronique

- isosporose chronique
- mycobactérioses non tuberculeuses disséminées
- lymphomes (cérébral ou à cellule B non hodgkinien)
- leuco encéphalopathie multifocale progressive(LEMP)
- néphropathie symptomatique ou cardiomyopathie liées au VIH.

### **1.1.7. Diagnostic biologique de l'infection par le VIH [5, 7]**

On distingue deux approches différentes, mais complémentaires dans la démarche diagnostique de l'infection par le VIH.

#### **1.1.7.1. Les méthodes directes**

A partir de produits pathologiques, ces méthodes visent à révéler et à identifier le virus lui-même et/ou ses constituants (antigène, ADN, ARN).

##### **➤ La PCR (Polymerase Chain Reaction)**

Elle permet de détecter la présence du génome viral dans les lymphocytes du sang circulant (ou d'autres éléments biologiques) grâce à un système qui copie plusieurs fois l'ADN intégré, s'il est présent en rendant ainsi visibles certaines parties par amplification.

##### **➤ La détection de l'antigène p24**

L'antigène p24 est la protéine majeure de la capsid du VIH, elle est présente dans le sang entre le 15<sup>ème</sup> et le 25<sup>ème</sup> jour après la contamination. Elle est mise en évidence par une technique d'immunocapture où l'anticorps anti p24 fixé va capter l'antigène libre du sérum. Les anticorps anti p24 produits vont se fixer à l'antigène pour former des complexes Ag-Ac qui sont éliminés.

### ➤ **La culture du virus**

Elle permet l'isolement du virus par la mise en culture de lymphocytes infectés. C'est une technique longue et difficile, réservée aux laboratoires spécialisés.

#### **1.1.7.2. Les méthodes indirectes**

Ces méthodes recherchent la réponse immunitaire humorale de l'organisme, en détectant la présence d'anticorps circulants dirigés contre les protéines virales.

### ➤ **Les tests ELISA**

Ils sont basés sur une technique immuno-enzymatique qui permet la détection des anticorps anti-VIH en mettant à profit la propriété des protéines à se fixer sur un support tel que le papier, le verre ou le plastique en milieu alcalin tamponné. C'est une méthode sensible et spécifique qui se fait en deux temps : d'abord la formation d'un complexe Ag-Ac, puis la réaction enzymatique permettant la mise en évidence du complexe ; la lecture se fait par spectrophotométrie.

### ➤ **Les tests rapides**

Ils sont basés sur le même principe que les tests ELISA. Ils font appel à une agglutination ou à une absorption du complexe Ag-Ac sur une membrane puis à une coloration visible à l'œil nu. Ils permettent la détection d'anticorps anti-VIH en 15 à 30 minutes.

### ➤ **Le Western Blot (WB) ou Immunoblot**

C'est une technique qui combine électrophorèse et précipitation des protéines. Les protéines virales séparées par électrophorèse sont transférées sur une membrane de nitrocellulose qui les calque et les présente aux Ac spécifiques de chaque protéine. Le test est positif lorsqu'on a une réactivité vis-à-vis de deux protéines env, plus une protéine gag ou une protéine pol. C'est une méthode très



spécifique mais son emploi est limité dans les pays à ressources limitées en raison de son coût élevé.

### **1.1.8. Traitement et suivi biologique**

#### **➤ Les médicaments antirétroviraux (ARV) [27]**

Les médicaments ARV sont des molécules virostatiques qui inhibent essentiellement l'activité d'enzymes indispensables à la réplication du VIH (la transcriptase inverse, l'intégrase et la protéase) sans le détruire. Ce sont des médicaments dont la prescription optimale exige la connaissance des molécules, de leurs effets secondaires, des combinaisons thérapeutiques et des conditions exigées pour l'obtention de meilleurs résultats.

Le traitement par les ARV vise à :

- augmenter la durée de vie des porteurs du VIH ;
- améliorer leur qualité de vie,
- restaurer leur immunité,
- diminuer le risque de la transmission du VIH,
- rendre la charge virale indétectable et le plus longtemps possible.

Les ARV sont divisés en plusieurs classes selon leurs mécanismes d'action :

- les inhibiteurs de la transcriptase inverse ; ils sont subdivisés en deux sous-classes :
  - ✓ les inhibiteurs nucléosidiques et les inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI ou IN) qui bloquent la transcriptase inverse par compétition avec les nucléosides naturels ;

- ✓ les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI ou INN) qui agissent directement par fixation sur le site catalytique de la transcriptase inverse du VIH1. Ils sont inactifs sur le VIH2 ;
- les inhibiteurs de la protéase(IP) : ils empêchent l'assemblage des protéines virales nouvellement synthétisées par fixation sur le site catalytique de la protéase ; bloquant ainsi son activité protéolytique. Cela conduit à la production de virions immatures non infectieux et donc à l'interruption du cycle viral par inhibition de la phase post-traductionnelle de la réplication. Ils sont inactifs sur les cellules infectées de façon chronique, contrairement aux inhibiteurs de la transcriptase inverse ;
- les inhibiteurs de l'intégrase : ils empêchent l'insertion covalente ou l'intégration du génome du VIH dans le génome de la cellule hôte par inhibition de l'activité catalytique de l'intégrase ;
- les inhibiteurs de la fusion(IF) : ils bloquent la fusion entre la membrane virale et la membrane de la cellule cible empêchant ainsi l'ARN viral d'entrer dans la cellule cible par inhibition du réarrangement structural de la gp41 du VIH1.

**Tableau II : Les principaux ARV par classe thérapeutique [27]**

Classe	Présentation
Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (IN) ou (INTI)	Zidovudine (AZT)
	Lamivudine (3TC)
	Didanosine (DDI)
	Stavudine (D4T)
	Abacavir (Abc)
	Zalcitabine (DDC)
	Emtricitabine (FTC)
Inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse	Delavurdine (DLV)
	Ténofovir (TDF)
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INN) ou (INNTI)	Efavirenz (EFV)
	Névirapine (NVP)
Inhibiteurs de la protéase (IP)	Indinavir (IDV)
	Nelfinavir (NFV)
	Ritonavir (RTV)
	Saquinavir (SQV)
	Fosamprénavir (FPV)
	Atazanavir (ATV)
	Darunavir (DRV)
Inhibiteurs de la fusion	Enfuvirtide (T20)
Inhibiteurs de l'intégrase	Raltégravir (RAL)

### ➤ Modalités de mise sous traitement

Il n'est pas souvent aisé de déterminer avec certitude le moment exact où il faut débiter un traitement par les ARV, cependant un consensus semble établi en ce qui concerne l'adulte et l'adolescent.

Le tableau ci-dessous définit les critères médicaux d'initiation d'un traitement ARV.

**Tableau III : Critères médicaux d'initiation d'un traitement ARV [27]**

Stades cliniques OMS	CD4 disponibles	CD4 non disponibles
I II	Traiter si $CD4 < 350/mm^3$	Ne pas traiter
III IV	Traiter quelque soit le taux de CD4	Traiter

Le traitement inclus deux schémas thérapeutiques : un schéma thérapeutique de première ligne et un schéma thérapeutique de seconde ligne.

- Schéma thérapeutique de première ligne : la combinaison thérapeutique recommandée est l'association de trois ARV (trithérapie) de deux classes d'ARV différentes :
  - ✓ combinaison « 2 IN + 1 INN » : indiqué uniquement en cas d'infection par le VIH1

- ✓ combinaison « 2 IN + 1 IP » : indiqué en cas d'infection par le VIH2, de coinfection de VIH1 et VIH2 ou dans certaines conditions avec le VIH1 tel que changement de protocole.
- Schéma thérapeutique de seconde ligne : il est indiqué en cas d'échec thérapeutique avec la première ligne. Le passage de la première ligne à la deuxième ligne fait appel à un nouveau protocole thérapeutique associant au moins trois nouveaux médicaments dont un médicament d'une nouvelle classe [27].

L'efficacité du traitement se juge sur le plan biologique par :

- ✓ la diminution de la charge virale qui devient indétectable après 1 à 3 mois de traitement
- ✓ la remontée progressive du nombre de lymphocytes T CD4.

### ➤ **Suivi biologique**

Il comporte des paramètres biologiques non spécifiques (NFS, transaminases, etc) et des paramètres spécifiques (numération des CD4, charge virale).

Trois types de bilans sont prévus : le bilan initial, le bilan complémentaire au bilan initial ou au bilan de suivi non ARV pour une mise en route du traitement (bilan pré-thérapeutique) et le bilan de suivi sous ARV.

Le tableau IV montre le rythme de suivi et les paramètres biologiques nécessaires à mesurer.



### **1.1.9. Prévention**

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

#### **➤ Prévention de la transmission sexuelle**

Les campagnes de prévention destinées au grand public visent à :

- l'abstinence sexuelle avant le mariage ;
- la fidélité mutuelle ;
- l'usage systématique et correct du préservatif à chaque rapport sexuel avec un partenaire occasionnel ;
- le renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST ;
- l'abandon de comportement à risque.

#### **➤ Prévention de la transmission sanguine**

Les moyens sont connus en milieu de soins :

- le port des gants ;
- l'utilisation de matériel à usage unique ;
- la stérilisation du matériel de soins réutilisable ;
- le stockage du matériel souillé dans des récipients hermétiquement fermés, suivi d'une incinération ;
- la promotion de la sécurité transfusionnelle.

A domicile et dans certaines professions (coiffeurs, tatoueurs, etc), les règles d'hygiène élémentaires doivent être respectées.

## ➤ **Prévention de la transmission mère-enfant**

La transmission périnatale est un des modes importants de transmission du VIH/SIDA dans les pays en développement. Des programmes ont été lancés dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne où on recommande l'allaitement maternel total pendant 6 mois et le traitement par les ARV des mères et des enfants pendant l'allaitement. La « quasi-élimination » de la transmission mère-enfant est désormais possible.

## **1.2. Généralités sur les IST autres que le VIH/SIDA**

Les IST peuvent être la cause d'un écoulement urétral ou vaginal, d'ulcérations génitales, d'excroissances au niveau des organes génitaux.

### **1.2.1. Ecoulements génitaux : urétral ou vaginal**

#### **1.2.1.1. Infection à *Neisseria gonorrhoeae***

##### ➤ **Clinique [3,12]**

Le gonocoque entraîne une urétrite aiguë chez l'homme avec des brûlures urétrales et une sécrétion urétrale purulente. Chez la femme, son caractère fréquemment asymptomatique entraîne une sous-estimation du portage. La maladie est en effet insidieuse entraînant des leucorrhées jaunes et abondantes par atteinte du col utérin. L'infection ano-rectale ou proctite gonococcique est rencontrée chez l'homosexuel masculin et la femme.

A partir de l'atteinte génitale (urètre, col utérin), mais aussi canal anal, pharynx, le germe peut se propager localement le long des muqueuses entraînant chez la femme endométrite, bartholinite, péri hépatite, péritonite et chez l'homme, prostatite, épидидymite. Les septicémies sont rares, cause d'arthrite ou de dermatite, exceptionnellement d'endocardite, de péricardite, de méningite.



### ➤ **Diagnostic [3]**

La recherche du gonocoque fait appel à la coloration au bleu de méthylène ou de Gram sur le prélèvement urétral, vaginal, l'endocol par écouvillonnage qui met en évidence à l'examen direct des diplocoques intracellulaires à Gram négatif associés à des polynucléaires neutrophiles. La recherche fait également appel à la culture sur milieux spéciaux avec antibiogramme et à la détection de production de bêta-lactamases ; puis à la recherche de *N. gonorrhoeae* par PCR en particulier sur le premier jet d'urine, couplée à la recherche de *Chlamydia trachomatis* (PCR multiplex) permet de dépister les sujets asymptomatiques.

#### **1.2.1.2. Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* [3]**

##### ➤ **Clinique**

Elle entraîne une urétrite subaigüe avec écoulement peu abondant chez l'homme. Chez la femme, c'est un syndrome inflammatoire pelvien (salpingite) qui peut se compliquer de douleurs chroniques, de grossesses extra-utérines et d'infertilité tubaire. Des complications néonatales sont possibles chez les enfants.

##### ➤ **Diagnostic**

Le diagnostic repose sur les tests directs sur frottis et ELISA, la détection des antigènes par réaction immunologique, sur la culture cellulaire et sur la PCR. La PCR peut être faite sur les urines (premier jet, pas de miction depuis au moins 2 heures), par écouvillonnage ou par prélèvement au niveau de l'endocol.

### 1.2.1.3. Traitement des écoulements génitaux [31]

Le traitement syndromique recommandé en présence est celui qui associe le traitement de la gonococcie et celui de la chlamydie, car les deux germes en cause coexistent souvent chez le même patient.

Le traitement est la ciprofloxacine 500mg comprimé (1 comprimé en prise unique) + doxycycline 100mg comprimé (1 comprimé deux fois par jour pendant 7 jours).

Si partenaire enceinte ou allaitante, le traitement est la ceftriaxone 250mg en intramusculaire en prise unique + érythromycine 500mg comprimé (1 comprimé 4 fois par jours pendant 7 jours).

La non-efficacité du traitement doit faire rechercher une autre cause d'écoulement génital :

- trichomonose à *Trichomonas vaginalis*, protozoaire à transmission sexuelle exclusive ; à traiter par metronidazole 2g en prise unique, éventuellement renouvelée à 10 jours d'intervalle ;
- les candidoses génitales, qui entraînent chez la femme un prurit, des leucorrhées classiquement blanchâtres et chez l'homme une balanite pouvant se compliquer d'urétrite. Le traitement fait appel aux azolés : une ovule chez la femme le soir au couché pendant 3 jours, puis en crème en application locale chez l'homme.

## 1.2.2. Ulcérations génitales [3, 12,31]

### 1.2.2.1. Chancre syphilitique

La première infection à évoquer devant une ulcération génitale est le chancre syphilitique dû à *Treponema pallidumpallidum*.

#### ➤ Clinique

L'incubation est de trois semaines en moyenne. L'ulcération est souvent unique, indurée, avec des adénopathies multiples, indolores, fermes, non inflammatoires.

Le chancre syphilitique correspond, dans l'histoire naturelle de la maladie à la syphilis primaire, qui, non traitée, évolue vers la syphilis secondaire (roséole, syphilides).Après une phase de latence de longue durée (en moyenne 15 ans), cette phase évolue vers la syphilis tertiaire dans 15% des cas environ (syphilis tertiaire bénigne avec lésions cutanéomuqueuses et osseuses ou grave avec atteinte cardio-vasculaire et/ou neurologique).

#### ➤ Diagnostic

Le diagnostic repose sur l'examen direct de la sérosité obtenue par raclage du fond du chancre qui met en évidence les tréponèmes au microscope à fond noir. Il repose également sur la sérologie qui se positive dans les 15 jours après l'apparition du chancre (VDRL à J15, TPHA à J10) et sur la PCR (PCR multiplex : *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi*, HSV2).

#### ➤ Traitement

Le traitement repose sur la benzathine-pénicilline en intramusculaire à la dose de 2,4MUI en dose unique. En cas d'allergie à la pénicilline, d'autres antibiotiques doivent être utilisés : doxycycline 200mg/jour en 2 prises ou érythromycine 2g/jour en 2 prises chez la femme allaitante ou enceinte ;ces deux médicaments étant prescrits pendant 14 jours.

### 1.2.2.2. Chancre mou

Le chancre mou est une maladie vénérienne due à *Haemophilus ducreyi* ou bacille de Ducrey. Il est fréquent en zone tropicale.

#### ➤ Clinique

L'incubation est brève, en moyenne de 2 à 5 jours. L'aspect est le plus souvent évocateur : ulcérations uniques ou multiples, ovalaires, de 5mm à 1,5cm, à bords décollés, avec présence d'un double liseré jaune et rouge. Le fond est recouvert d'un enduit puriforme, la base est empâtée, non indurée. Le chancre mou, spontanément indolore, est douloureux à la pression et à la palpation. Les lésions d'auto inoculation sont caractéristiques de l'infection et siègent en général au niveau des cuisses. Les adénopathies satellites sont toujours présentes, de siège inguinal, et ont un caractère inflammatoire. En l'absence de traitement et chez les malades n'observant pas de repos, l'adénopathie va évoluer vers la suppuration et la fistulisation : c'est le bubon chancrelleux.

#### ➤ Diagnostic

Il repose sur l'examen direct qui met en évidence des bacilles à Gram négatif à coloration bipolaire et sur la PCR. Ces bacilles siègent au nombre de 10 à 20 à l'intérieur des polynucléaires.

Il faut toujours penser à un chancre mixte, d'où la réalisation systématique d'une sérologie syphilitique.

### ➤ **Traitement**

Le traitement fait appel à la doxycycline, 200mg/jour en 2 prises pendant 7 jours ou à l'érythromycine, 2g/jour en 2 prises pendant 7 jours.

En l'absence de diagnostic de certitude, il faut traiter en première intention à la fois un chancre syphilitique et un chancre mou par la doxycycline ou l'érythromycine pendant 14 jours.

### **1.2.3. Condylomes ou crête de coq ou végétations vénériennes [12,31]**

#### ➤ **Clinique**

Les condylomes sont dus à des virus appartenant au groupe des papillomavirus. Il existe plus de 70 types de virus. Aussi appelés papillomes ou « crête de coq », les condylomes sont une infection virale sexuellement transmissible qui se manifeste sous forme de lésions localisées dans les régions génitale et anale tant chez l'homme que chez la femme.

Ces excroissances ressemblent à des verrues et apparaissent sur, ou à proximité de la vulve, dans le vagin ou l'anus, sur le col de l'utérus, ainsi que sur le pénis. Elles peuvent être uniques ou multiples, petites ou grosses, et parfois se regrouper pour donner un aspect en « chou-fleur ». Sur le col de l'utérus, elles se présentent plutôt sous forme de taches blanchâtres.

#### ➤ **Traitement**

Le but du traitement est d'éliminer les condylomes génitaux visibles et de réduire la quantité de virus, ce qui aide l'organisme à combattre l'infection.

Il existe plusieurs traitements qui peuvent être éventuellement associés :

- traitement médicamenteux : il s'agit d'un traitement local (à base de crème ou de pommade), qui utilise des anticancéreux (fluorouracile, podophyllotoxine) ou des immunomodulateurs (imiquimod) ;
- traitement chirurgical, qui vise à retirer les excroissances par un traitement au laser, cryothérapie, ou une électrocoagulation.

Le choix du traitement est basé sur le type de lésion et la localisation. Le traitement des condylomes est souvent long et doit absolument être mené sur l'ensemble des partenaires sexuels atteints.

#### **1.2.4. Hépatite virale B [3,37]**

##### **➤ Classification et structure**

Le virus de l'hépatite B appartient à la famille des Hepadnavirus. Il s'agit d'un virus à ADN constitué d'une capsidite et d'une enveloppe.

L'antigène HBs correspond à l'enveloppe virale. La capsidite virale est associée à deux spécificités antigéniques, l'antigène HBc et l'antigène HBe. Le virion complet infectant est composé de l'enveloppe entourant la capsidite. A l'intérieur de la capsidite, se trouve l'acide nucléique viral, ainsi que deux enzymes : une ADN-polymérase et une protéine kinase.

##### **➤ Transmission**

Le virus de l'hépatite B a les mêmes modes de transmission que le VIH ; essentiellement sanguine, sexuelle et de la mère à l'enfant.

## ➤ Evolution

Selon le profil évolutif, on distingue plusieurs formes d'hépatites virales B :

- la forme aiguë commune ou asymptomatique : dans cette forme, l'évolution est généralement bénigne, avec en quelques semaines normalisation des transaminases, disparition de l'antigène HBs qui témoigne de l'arrêt de la réplication virale et apparition des anticorps anti-HBs protecteurs signant la guérison définitive.

Les autres formes aiguës :

- ✓ Les formes cholestatiques prolongées ou à rechute. Leur évolution est identique à celle des hépatites communes.
- ✓ Les formes aiguës sévères : dans ces formes, l'atteinte hépatite est importante avec un taux de prothrombine inférieur à 50% ; le malade doit être hospitalisé pour surveillance.
- ✓ Les hépatites fulminantes : elles sont rares et se définissent par un taux de prothrombine inférieur à 30% et la survenue d'une encéphalopathie au cours des deux premières semaines de l'ictère. Les troubles de la conscience aboutissent rapidement au coma. Ils s'associent à un syndrome hémorragique cutanéomuqueux et à une hypoglycémie. Le syndrome de cytolyse est très intense.

L'évolution, en l'absence de transplantation hépatique, est mortelle dans 80% des cas en quelques jours voire en quelques heures.

- les formes chroniques : dans 10% des cas, l'infection persiste avec portage de l'antigène HBs, supérieur à six mois. Il est particulièrement fréquent chez les sujets immunodéprimés et chez les nouveau-nés.

### ➤ **Diagnostic biologique**

Le diagnostic étiologique est sérologique, le virus de l'hépatite B n'étant pas cultivable. Le virus est constitué de trois entités antigéniques (Ag HBs, Ag HBc et Ag HBe) auxquelles correspondent trois types d'anticorps (anti-HBs, anti-HBc et anti-HBe) ; seuls les anticorps anti-HBs sont protecteurs.

Au cours de l'hépatite aiguë, l'Ag HBs est mis en évidence dans le sérum un à trois mois après la période présumée de contamination ; les anticorps anti-HBc, une à deux semaines après l'apparition de l'Ag HBs. L'Ag HBe est associé à la réplication active du virus ; il constitue un argument important en faveur d'une contagiosité accrue du sujet.

### ➤ **Traitement**

Dans les formes aiguës, aucune thérapeutique n'est efficace.

Le traitement des autres formes est essentiellement symptomatique : traitement de l'œdème cérébral, lutte contre l'hypoglycémie et le collapsus, contrôle de la diurèse, de l'équilibre hydro-électrolytique et des troubles de la coagulation. La transplantation hépatique peut être proposée en présence d'une confusion ou d'un coma et d'un facteur V inférieur à 30%.

Un traitement antiviral (interféron alpha) est indiqué dans les formes chroniques actives biologiquement et histologiquement avec présence d'une multiplication du virus objectivée par la présence de l'Ag HBe et d'ADN du virus dans le sérum. Le traitement a pour objectif d'interrompre la multiplication virale afin de stopper l'hépatite chronique et d'empêcher son évolution vers la cirrhose.



## ➤ **Prévention**

Les moyens de prévention sont les suivants :

- les mesures d'hygiène ou d'isolement
- le dépistage obligatoire de l'Ag HBs et des anticorps anti-HBc chez les donneurs de sang et lors des dons d'organes et aussi au 6<sup>ème</sup> mois de grossesse
- la vaccination contre l'hépatite B utilisant l'Ag HBs.

### **1.2.5. Autres IST**

- l'hépatite C due au virus de l'hépatite C ;
- l'herpès génital ;
- les candidoses génitales dues aux levures du genre *Candida* ;
- les morpions ou poux pubiens ;
- la lymphogranulomatose vénérienne ou maladie de Nicolas et Favre due a *Chlamydia trachomatis*.

### **1.2.6.Prévention des IST**

Les modalités de lutte contre les IST consistent en :

- une prévention primaire portant sur les comportements sexuels à moindre risque : usage des préservatifs, abstinence sexuelle ou fidélité
- une prévention secondaire : prise en charge curatives des IST, incluant une prise en charge du ou des partenaires sexuels, sur le dépistage de l'infection à VIH/SIDA mais aussi des hépatites virales B et C dans la prise en charge des groupes à risques particuliers (professionnel(le)s du sexe et leurs clients, homosexuels ...etc).

### **1.3. IST/VIH/SIDA et secteur de l'éducation au Burkina Faso**

#### **1.3.1. Impact du VIH/Sida sur le secteur de l'éducation**

Le VIH/Sida constitue avec les autres IST, le paludisme, les carences alimentaires, les parasitoses, l'anémie, les problèmes d'acuité visuelle et bucco-dentaire, des affections qui entravent l'épanouissement physique, social et psychoaffectif des acteurs de l'éducation, compromettant l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement auxquels notre pays a souscrits.

Les orphelins du sida et les séropositifs sont victimes de discrimination qui a pour conséquence une diminution de leur fréquentation scolaire, se traduisant sous forme d'absences, d'abandons mais aussi d'échecs ou de retard scolaire.

La qualité de l'offre en matière d'éducation reste un dilemme pour l'ensemble des apprenants. En 2004, le taux de séroprévalence des enseignants était de 2,7%(enquête virus). Ce taux était légèrement supérieur à la moyenne nationale qui était de 2,3% [25].En effet par la maladie et le décès de ces enseignants, il s'ensuit une pénurie d'enseignants qualifiés qui obligent ainsi à recruter du personnel souvent moins qualifiés en remplacement de ces derniers.

De façon récapitulative, le tableau V donne une idée de l'impact du sida sur l'éducation selon trois scénarios d'évolution de l'épidémie du VIH élaboré par Boily et al.



Partant des données de 1997, ces scénarios simulent l'incidence, tant au plan humain que financier, de l'infection par le VIH dans le secteur de l'éducation sur la période 2005-2010. Parallèlement, ils font des projections sur les efforts supplémentaires à consentir pour combler ces déficits provoqués par la pandémie.

La difficulté de l'institution scolaire à faire face aux problèmes des IST/VIH/Sida (discrimination et réduction de l'offre) et aux problèmes matériels rencontrés par les familles fait que les orphelins et les enfants vulnérables se retrouvent dans la rue.

Les conséquences à court et moyen terme, pour ces enfants sont, la criminalité, la délinquance, l'accroissement du nombre d'enfants de la rue et la prostitution qui touche particulièrement les filles.

### **1.3.2. Réponses du secteur de l'éducation au problème d'IST/VIH/Sida [4,25]**

Dans le domaine des IST et du VIH/Sida, des actions essentiellement préventives, sont engagées par le secteur de l'éducation ; parmi lesquelles on peut citer :

- l'existence d'un comité ministériel de lutte contre les IST/VIH/Sida et la mise en place de cellules relais aux niveaux central et déconcentré ;
- la création depuis 1993, d'un programme d'éducation en matière de population. C'est un programme dont la mission consiste à l'introduction des questions de population dans les programmes de formation des écoles primaires, secondaires et professionnelles ainsi que dans la formation des enseignants du primaire et des conseillers pédagogiques en la matière. Ainsi les programmes d'enseignement que reçoivent les élèves abordent divers

thèmes relatifs aux questions de population. Le thème de santé de la reproduction notamment le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles, a été intégré de façon transversale dans toutes les disciplines scolaires du niveau primaire et secondaire. Ce programme inclut l'éducation sexuelle dans le curriculum de formation en vue de promouvoir une « sexualité responsable » ;

- l'existence de services sociaux scolaires dans certains établissements secondaires ;
- la formation de quelques encadreurs pédagogiques et enseignants dans la lutte contre les IST/VIH/Sida ;
- la formation de pairs éducateurs dans certains établissements secondaires avec l'appui d'acteurs de la société civile ;
- l'organisation des campagnes de dépistage gratuit du VIH en milieu scolaire et universitaire et au profit du personnel de l'éducation.





## **II. OBJECTIFS**

### **2.1. Objectif général**

Analyser les connaissances, attitudes et pratiques en matière d'IST/VIH/Sida des jeunes des établissements d'enseignement secondaire de la ville de Ouagadougou .

### **2.2. Objectifs spécifiques**

1. Déterminer le niveau de connaissance en matière d'IST/VIH/Sida des élèves des établissements d'enseignement secondaire de la ville de Ouagadougou ;
2. Déterminer les sources d'information des élèves des établissements d'enseignement secondaire de la ville de Ouagadougou ;
3. Décrire les pratiques à risque des élèves des établissements d'enseignement secondaire de la ville de Ouagadougou ;
4. Décrire les habitudes de vie sexuelle des élèves des établissements secondaire de la ville de Ouagadougou
5. Décrire les attitudes des élèves vis-à-vis des PV/VIH.





### **III. MATERIEL ET METHODES**

#### **3. 1. Cadre de l'étude**

##### **➤ Le Burkina Faso**

Situé dans la boucle du Niger, au cœur de l'Afrique occidentale, le Burkina Faso est un pays enclavé qui couvre une superficie de 273 187 km<sup>2</sup>. Entre 1996 et 2006, la population du Burkina Faso a connu un accroissement annuel moyen de 3,1% contre 2,4% entre 1985 et 1996, et 2,7% entre 1975 et 1985. Sa population était estimée à 14 017 262 habitants en 2006. L'âge moyen de 21,8 ans et l'âge médian de 15,5 ans attestent la jeunesse de la population. [18]. Le Burkina Faso est divisé en 45 provinces regroupées en 13 régions.

Il est confronté à la désertification, à la détérioration des termes d'échange et à la mondialisation de l'économie. Ces difficultés constituent un frein important à son développement économique et social. L'activité économique est dominée par l'agriculture et l'élevage qui occupe 80% de la population [19].

La situation sanitaire du pays est caractérisée par une morbidité et une mortalité élevées. Celle-ci sont dues aux maladies endémo-épidémiques comme le paludisme, le VIH/Sida, les parasitoses intestinales et à la malnutrition.

##### **➤ La ville de Ouagadougou**

Ouagadougou est la capitale administrative et politique du Burkina Faso. Elle couvre une superficie de 518 Km<sup>2</sup>. En 2006, sa population a été estimée à 1 475 223 habitants [18]. Elle est subdivisée en trente (30) secteurs regroupés en cinq (05) arrondissements : l'arrondissement de Baskuy, de Bogodogo, de Boulmiougou, de Nomgremassom et de Signoghin. Elle abrite deux (02) Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), quatre (04) Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA), six (06) centres médicaux, treize (13) Centres de Santé et

de Promotion Sociale (CSPS), douze (12) dispensaires, trois maternités isolées, le sous secteur sanitaire privé [20] et l'Hôpital National Blaise COMPAORE.

### ➤ **Les établissements d'enseignement secondaire de la ville de Ouagadougou**

La ville de Ouagadougou est l'une des plus favorisées du point de vue des infrastructures scolaires et détient une des plus fortes concentrations en établissements du pays. En effet, elle regroupait 364 établissements d'enseignement secondaire à la rentrée scolaire 2010-2011. Parmi ces 364 établissements, 270 étaient des établissements d'enseignement secondaire général avec seulement 17 qui étaient publics. Les autres établissements étaient privés, confessionnels ou associatifs. Parmi les établissements d'enseignement technique et professionnel, au nombre de 94, seuls 06 étaient publics [9].

### **3.2. Type et période d'étude**

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive qui s'est déroulée sur une période de deux mois allant du 16 avril au 15 juin 2011.

### **3.3. Population d'étude**

Notre étude a porté sur les élèves des établissements d'enseignement secondaire de la ville de Ouagadougou.

#### ➤ **Critère d'inclusion**

Conformément à la définition de la jeunesse selon l'OMS, ont été retenus les élèves âgés de 15 à 24 ans fréquentant un établissement d'enseignement secondaire de la ville de Ouagadougou.

➤ **Critère de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans l'étude, tous les élèves ayant refusé de donner leur consentement et ceux dont l'âge n'est pas compris entre 15 à 24 ans.

### **3.4. Echantillonnage**

➤ **Taille de l'échantillon**

La taille minimale N de l'échantillon a été calculée pour une prévalence estimée d'élèves ayant une bonne connaissance de 50% et une précision de 6% avec un risque d'erreur  $\alpha=5\%$ .

$$N = d [ e^2 . P . Q ] / i^2; \quad \text{où :}$$

N = taille minimale de l'échantillon

d = coefficient de correction de l'effet du plan expérimental, sa valeur était fixée à 2

e= écart réduit pour le risque  $\alpha=5\%$  (loi normale) ; sa valeur était de 1,96

P= proportion d'élèves ayant une bonne connaissance ; sa valeur était fixée à 50%

Q=1-P

i= précision désirée ; soit i=6%

La taille minimale de l'échantillon ainsi calculée était de 533 élèves. Cette taille minimale a été ajustée de 13% correspondant à des cas de non réponses attendues. Ainsi, nous avons retenu une taille d'échantillon de 602 élèves.

### ➤ **Tirage de l'échantillon**

Nous avons effectué un échantillonnage en grappe avec :

- au premier niveau, le choix des établissements par un tirage systématique en respectant un pas de sondage égale à 10, à partir de la base de données de la Direction Régionale des Enseignements Secondaire et Supérieur du Centre sur les lycées et collèges de la ville de Ouagadougou durant l'année 2007-2008. Ainsi, 22 établissements ont été choisis et repartis par arrondissement proportionnellement au nombre d'établissements de chaque arrondissement ; soit 04 établissements pour l'arrondissement de Baskuy, 07 pour Bogodogo, 05 pour Boulmiougou, 03 pour Nomgremassom et 03 pour Signoghin.
- au deuxième niveau, le choix de trois classes par échantillonnage aléatoire dans chaque établissement choisi ; puis dans chaque classe retenue, le choix de 09 élèves sur la base d'un sondage systématique dont le principe était d'inclure le premier élève de la liste et de respecter un pas d'échantillonnage qui est calculée en fonction de l'effectif de la classe. Pour un effectif de X élèves dans une classe, le pas d'échantillonnage était donc  $X/9$  ; soit y.  
Nous avons donc choisi le premier élève de la liste et tous les  $1+y$  ;  $1+2y$  ;  $1+3y$  ... etc, jusqu'à obtenir les 9 élèves de la classe.

Tout élève choisi dont l'âge n'est pas compris entre 15 à 24 ans était systématiquement remplacé par l'élève suivant de la liste qui répond à ce critère.

Dans certaines classes, 10 élèves ont été enquêtés par cette méthode, soit au total 08 classes.

### **3.5. Variables d'étude**

Les variables étudiées concernaient surtout les données sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'étude, situation matrimoniale, résidence), le niveau de connaissance sur les IST/VIH/Sida et les comportements adoptés.

### **3.6. Aspects éthiques et déontologiques**

Une demande a été adressée au Directeur régional des enseignements secondaire et supérieur du centre qui a marqué son accord pour la réalisation de l'étude. Aussi, nous avons obtenu l'accord écrit des responsables des établissements scolaires choisis ainsi que le consentement verbal des élèves de ces établissements. L'étude a été menée dans le respect des règlements intérieurs des différents établissements.

Les élèves ont été rassurés quant au caractère anonyme et confidentiel des informations recueillies.

### **3.7. Collecte des données**

Dans les établissements, les responsables ont été chargés d'informer les élèves trois jours avant chaque collecte. La durée de chaque séance de collecte a été estimée à 45 minutes voire une heure. Au début de chaque séance, le responsable de l'établissement nous a présenté aux élèves et leur a demandé leur sincère collaboration. Après la présentation, nous avons expliqué aux élèves le bien fondé de l'étude et les différents items. Après la lecture des différents items, les élèves ont été invités à remplir les fiches d'enquête. Lorsqu'il s'est

posé des problèmes de compréhension, nous avons donné des éclaircissements afin de faciliter le remplissage des fiches.

A la fin de la séance, nous avons vérifié le remplissage correct des fiches et nous avons remercié les élèves pour leur disponibilité et pour leur participation à l'étude.

### **3.8. Saisie et traitement des données**

Nos données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi Info du CDC d'Atlanta dans sa version 3.5.1 ; puis les proportions ont été comparées en utilisant le test de chi carré ( $X^2$ ) avec un seuil de significativité à  $p < 0,05$ .

Pour la construction des tableaux et des graphiques, Microsoft Office Excel 2007 a été utilisé.





## IV. RESULTATS

Nous avons interrogé 602 élèves âgés de 15 à 24 ans et inscrits dans un établissement d'enseignement secondaire de la ville de Ouagadougou.

### 4.1. Caractéristiques sociodémographiques

#### ➤ Sexe

Sur les 602 élèves interrogés, 321 (53,3%) étaient des filles et 281(46,7%) étaient des garçons, soit un sex-ratio de 0,87.

#### ➤ Age

Le tableau VI montre la répartition des élèves par tranche d'âge avec des intervalles de 2 ans

**Tableau VI: répartition des élèves par tranche d'âge**

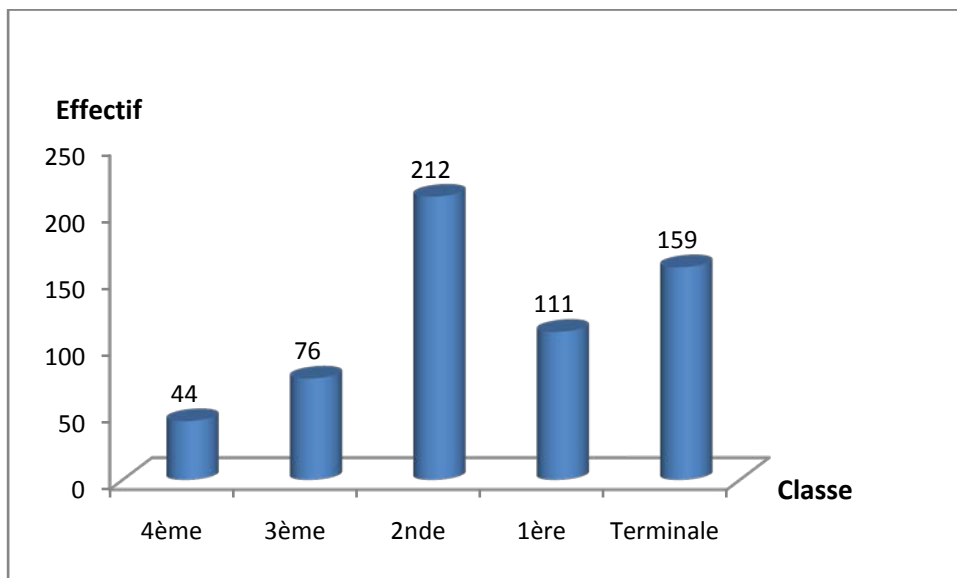
Age (ans)	Effectif	Pourcentage (%)
15-16	59	9,8
17-18	220	36,5
19-20	215	35,7
21-22	84	14
<b>Total</b>	<b>602</b>	<b>100</b>

La moyenne d'âge était de 18,83 ans avec un écart-type de 1,9 ans. Chez les filles, elle était de 18,93 ans contre 18,71 ans chez les garçons.

### ➤ Niveau d'étude

La classe de seconde était la plus représentée avec un effectif 212 élèves soit 35,2%.

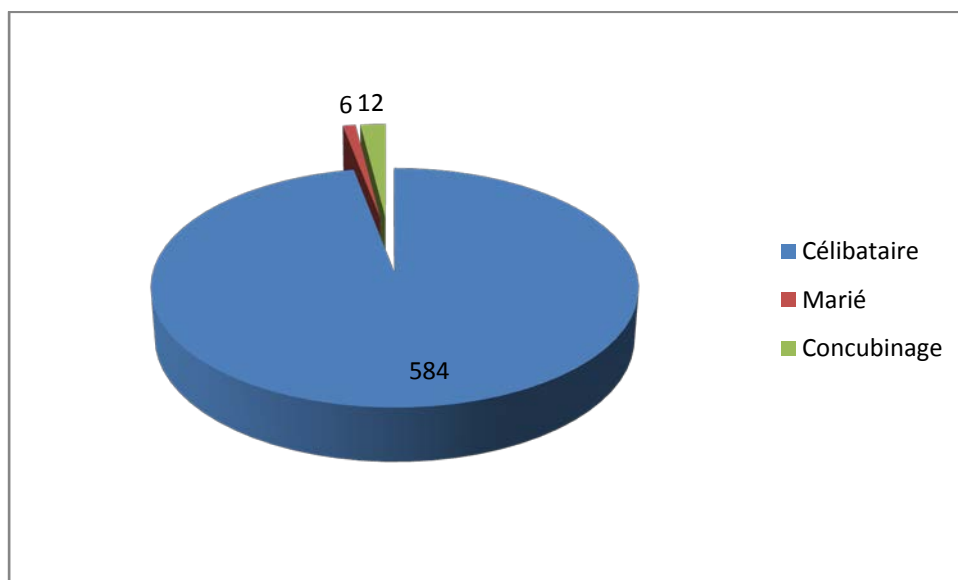
La figure 2 montre la répartition des élèves en fonction du niveau d'étude.



**Figure 2 : répartition des élèves en fonction du niveau d'étude**

### ➤ Situation matrimoniale et résidence

Dans notre étude, le statut matrimonial des élèves était déterminé à travers trois situations: célibataire, marié et concubinage.



**Figure 3:répartition des élèves selon la situation matrimoniale.**

Cinq cent quatre vingt quatre sur 602 élèves étaient célibataires, soit 97%.

Les six élèves mariés étaient tous des filles et parmi les douze élèves qui vivaient en concubinage, trois étaient des garçons.

Par ailleurs, la majorité des élèves (soit 83,4%) vivait avec leurs parents tandis que 13,6% vivaient chez des tuteurs, 1,7% résidaient seuls et 1,3% vivaient avec leur conjoint.

## 4.2. Connaissances en matière d'IST

### 4.2.1. Connaissance de l'existence des IST

Tous les élèves enquêtés ont déjà entendu parler des IST. Le tableau VII illustre les pathologies citées par les élèves comme IST.

**Tableau VII: répartition des élèves selon les pathologies citées comme IST**

<b>Pathologies citées comme IST</b>	<b>Pourcentage de répondants affirmatifs(%)</b>
<b>VIH/Sida</b>	99,7
<b>Syphilis</b>	77,9
<b>Blennorragie</b>	70,1
<b>Hépatite B</b>	39,7
<b>Hépatite C</b>	21,3
<b>Trichomonose vaginale</b>	15,8
<b>Chancre mou</b>	10,5
<b>Herpès génital</b>	10
<b>Condylome</b>	2,5
<b>Candidose génitale</b>	0,9
<b>Hernies</b>	0,7
<b>Chlamydirose</b>	0,4
<b>Hémorroïdes</b>	0,3

La hernie et les hémorroïdes ont cependant été citées comme IST respectivement par 0,7 % et 0,3 % des élèves.

#### 4.2.2. Connaissance des IST et niveau d'étude

Le VIH/Sida était connu par tous les élèves quelque soit le niveau d'étude, exception faite chez les élèves de la classe de 4<sup>ème</sup>, chez qui sa connaissance était de 95,5 %. Le tableau VIII montre la répartition des élèves selon le niveau d'étude et la connaissance des deux IST les plus cités après le VIH/Sida.

**Tableau VIII : répartition des élèves selon le niveau d'étude et la connaissance des deux IST les plus cités après le VIH/Sida**

Classe	Pourcentage (%)	
	Gonococcie	Syphilis
4 <sup>ème</sup>	22 (50)	16 (36,4)
3 <sup>ème</sup>	46 (60,5)	53 (69,7)
2 <sup>nde</sup>	153 (72,2)	174 (81,8)
1 <sup>ère</sup>	80 (72,1)	93 (83,5)
Terminale	121 (76,1)	133 (83,7)
P	0,004	0,0000

La connaissance de ces deux IST était significativement proportionnelle au niveau d'étude des élèves.

#### **4.2.3. Connaissance des symptômes d'IST**

La proportion d'élèves ayant déclaré ne pas connaître du tout de symptômes d'IST était de 7,3%. Cette proportion était de 5,9 % chez les filles et 8,9 % chez les garçons.

Elle était plus élevée chez les élèves des classes de 4<sup>ème</sup> et de 3<sup>ème</sup> avec respectivement 15,9 % et 8,1 %.

Parmi ceux qui ont cité spontanément quelques symptômes ; les plaies sur le sexe, les démangeaisons et les écoulements génitaux étaient les plus fréquemment mentionnés.

Le tableau IX illustre la répartition des élèves selon les symptômes d'IST cités.

**Tableau IX:répartition des élèves selon les symptômes d'IST cités.**

<b>Symptômes d'IST</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Plaies sur le sexe</b>	495	82,2
<b>Démangeaisons sur le sexe</b>	407	67,6
<b>Écoulements vaginaux</b>	278	46,2
<b>Écoulements urétraux</b>	252	41,9
<b>Gonflements douloureux des testicules</b>	210	34,9
<b>Douleurs abdominales basses</b>	204	33,9
<b>Brûlures mictionnelles</b>	173	28,7
<b>Crête de coq</b>	51	8,5

Les plaies sur le sexe, les démangeaisons sur le sexe et les écoulements génitaux étaient les symptômes les plus mentionnés.

➤ **Sexe et connaissance des symptômes d'IST**

Le tableau X donne la répartition des symptômes d'IST connus selon le sexe.

**Tableau X:répartition des élèves selon le sexe et la Connaissance des symptômes d'IST**

<b>Symptômes d'IST</b>	<b>Filles (%)</b>	<b>Garçons (%)</b>	<b>p</b>
<b>Plaies sur le sexe</b>	273 (85)	222 (79)	0,053
<b>Démangeaisons sur le sexe</b>	231 (72)	176(62,6)	0,016
<b>Ecoulements vaginaux</b>	154 (48)	124 (44,1)	0,37
<b>Ecoulements urétraux</b>	125 (38,9)	127 (45,2)	0,13
<b>Douleurs abdominales</b>	122 (38)	82 (29,2)	0,02
<b>Gonflements douloureux des testicules</b>	95 (29,6)	115 (40,9)	0,004
<b>Brûlures mictionnelles</b>	95 (29,6)	78 (27,7)	0,27
<b>Crête de coq</b>	26 (8,1)	23 (8,2)	0,97
<b>Ne connaît aucun signe</b>	19 (5,9)	25(8,9)	0,18



En général, les filles étaient les plus nombreuses à connaître les symptômes d'IST. Cette différence est significative dans la connaissance des symptômes suivants : démangeaisons sur le sexe ( $p=0,016$ ), douleurs abdominales ( $p=0,02$ ).

Cependant, certains symptômes comme les écoulements urétraux et les gonflements douloureux des testicules ( $p= 0,004$ ) étaient plus connus des garçons.

### ➤ Niveau d'étude et connaissance des symptômes d'IST

Le tableau XI illustre la répartition des élèves selon les trois (03) symptômes d'IST les plus connus et selon le niveau d'étude.

**Tableau XI : répartition des élèves selon le niveau d'étude et la connaissance des trois symptômes d'IST les plus citées.**

Signes d'IST connus	Niveau d'étude					Terminale(%)p
	4ème (%)	3ème (%)	Seconde (%)	1ère (%)		
<b>Plaies sur le sexe</b>	31(70,5)	63(82,9)	170 (80,2)	90 (81,1)	141 (88,7)	0,049
<b>Démangeaisons sur le sexe</b>	27 (61,3)	51 (67,1)	149 (70,2)	82 (73,8)	121 (76,1)	0,29
<b>Écoulements urétraux</b>	15 (34,1)	29 (38,2)	87 (41)	52 (46,8)	80 (50,03)	0,14

Les élèves qui ont un niveau d'étude élevé connaissaient plus les symptômes d'IST. Cette différence était significative dans la connaissance des plaies sur le sexe ( $p=0,049$ ).

### **4.3. Connaissances en matière de VIH/Sida**

#### **4.3.1. Connaissance de l'existence du VIH/Sida**

Tous les 602 élèves enquêtés ont déclaré avoir déjà entendu parler du VIH/SIDA.

Parmi eux, 601 croyaient à son existence, contre un(01) qui affirmait le contraire. Ce dernier, âgé de 18 ans, était de sexe féminin et fréquentait la classe de première.

#### **4.3.2. Sources d'information**

Concernant les sources d'information sur les IST, nous avons récapitulé les réponses suivantes :

**Tableau XII:sources d'information sur les IST**

<b>Sources d'information</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Télévision</b>	520	86,4
<b>Radio</b>	482	80,1
<b>Cours</b>	459	76,2
<b>Agents de santé</b>	421	71,3
<b>Les amis</b>	417	69,3
<b>Les parents</b>	389	64,4
<b>Les théâtres</b>	380	63,1
<b>L'église</b>	110	18,3
<b>La mosquée</b>	39	6,50

Les medias étaient cités par plus de 80 % des élèves comme étant le canal par lequel ils ont entendu parler des IST suivi des cours (76,2 %).

Par ailleurs, les informations données sur le sida ont été jugées bonnes pour 89,5 % des enquêtés ; elles étaient mauvaises pour 0,7 % et insuffisantes pour 9,8 %.

#### **4.3.3. Connaissance des voies de transmission du VIH**

Tous les élèves enquêtés connaissaient au moins une voie de transmission du VIH. Les voies de transmission les plus citées étaient la transmission sexuelle (98,7%), la transmission materno-fœtale (82,9%) et la transmission sanguine (78,6%).

La transmission du VIH par piqûre de moustique a été citée par 12 % des élèves tandis que 0,3% d'entre eux pensaient plutôt à une origine mystique.

#### **4.3.4. Connaissance des signes de l'infection par le VIH**

Le tableau XIII illustre la répartition des élèves selon les signes de l'infection par le VIH connus par les élèves.

**Tableau XIII:répartition des élèves selon la connaissance des signes de l'infection par le VIH.**

<b>Signes de l'infection par le VIH</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Taches sur la peau</b>	142	23,6
<b>Amaigrissement</b>	300	49,8
<b>Chute des cheveux</b>	82	13,6
<b>Diarrhée</b>	265	44
<b>Zona</b>	5	0,80
<b>Toux</b>	58	9,6

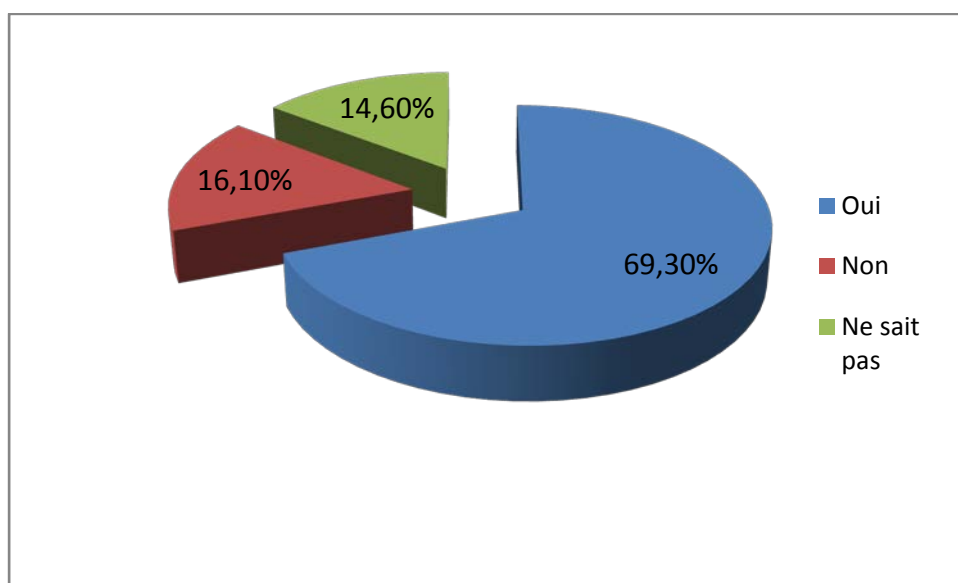
La majorité des élèves enquêtés (96,7 %) savait qu'une personne en bonne santé apparente pouvait être porteuse du virus du sida ; 94,5 % d'entre eux savaient que la personne vivant avec le VIH était appelée « séropositif ».

Cependant, 57,6 % (soit 347 élèves sur les 602 interrogés) ont pu citer au moins un signe de l'infection par le VIH.

L'amaigrissement et la diarrhée ont été les signes les plus cités.

#### 4.3.5. Connaissance de l'existence du traitement de l'infection par le VIH

La figure 4 donne la répartition des élèves en fonction de la réponse à la question de la possibilité du traitement de l'infection par le VIH.

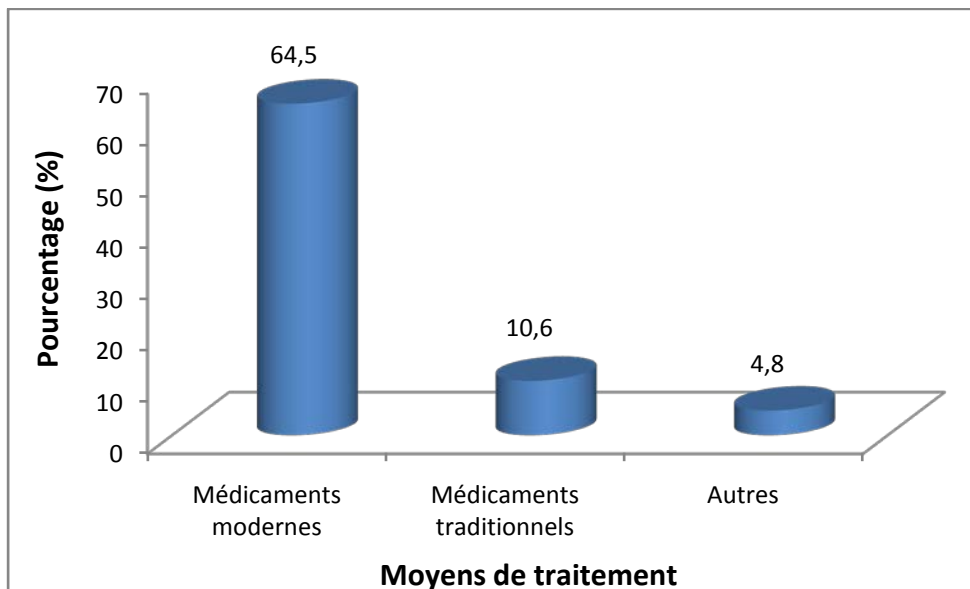


**Figure 4 : répartition des élèves selon la connaissance de l'existence du traitement de l'infection par le VIH**

La majorité des élèves (69,3 %) affirmait être au courant de l'existence de traitement de l'infection par le VIH.

#### 4.3.6. Connaissance des moyens de traitement de l'infection par le VIH

La figure 5 montre la répartition des élèves selon la connaissance des moyens de traitement de l'infection par le VIH.



**Figure 5:** répartition des élèves selon la connaissance des moyens de traitement de l'infection par le VIH

Les médicaments modernes ont été les moyens de traitement les plus cités (64,5 %). Les autres moyens (4,8 %) étaient essentiellement constitués par les prières spirituelles (4,6%) et le retour à des rites et coutumes (0,2%).

#### 4.3.7. Connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA

Tous les élèves enquêtés disaient connaître au moins un moyen de prévention de l'infection par le VIH. Ces différents moyens sont résumés dans le tableau XIV.

**Tableau XIV:répartition des élèves selon les moyens de prévention cités**

<b>Moyens de prévention</b>	<b>Effectif</b>	<b>pourcentage (%)</b>
<b>Usage du préservatif</b>	513	85,2
<b>Fidélité à un seul partenaire</b>	408	67,8
<b>Eviter le contact direct avec le sang</b>	358	59,5
<b>Abstinence sexuelle</b>	563	93,5
<b>Eviter les objets tranchants déjà utilisés</b>	305	50,6
<b>Eviter les piqûres de moustiques</b>	18	3%
<b>Dépistage</b>	5	0,8

L'abstinence sexuelle a été le moyen de prévention le plus cité (93,5 %) suivi de l'usage du préservatif et de la fidélité.



## 4.4. Attitudes et pratiques face aux IST/VIH/Sida

### 4.4.1. Pratiques sexuelles

#### ➤ **Expérience sexuelle**

Dans notre étude, 55% des élèves (soit 331 élèves) avaient déjà eu des rapports sexuels. L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 17,23ans avec des extrêmes de 14 à 23 ans. Il était de 17 ans chez les garçons et 17,5 ans chez les filles avec respectivement des âges extrêmes de 14 à 23 ans et 14 à 22 ans.

#### ➤ **Sexe et expérience sexuelle**

Le tableau XV montre la répartition des élèves selon le sexe et le fait d'avoir eu des rapports sexuels.

**Tableau XV : répartition des élèves selon le sexe et le fait d'avoir eu des rapports sexuels**

<b>Sexe</b>	<b>A eu des rapports sexuels</b>		<b>Effectif total</b>
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	
<b>Masculin</b>	158 (56,2%)	123 (43,8%)	281
<b>Féminin</b>	173 (53,9%)	148 (46,1%)	321
<b>Total</b>	331 (55%)	271 (45%)	602

$$X^2=0,329 \quad ddl=1 \quad p=0,58$$

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la distribution de l'activité sexuelle selon le sexe ( $p > 0,05$ ).

➤ **Résidence et expérience sexuelle**

Le tableau XVI montre la répartition des élèves selon la résidence et le fait d'avoir eu des rapports sexuels.

**Tableau XVI: répartition des élèves selon la résidence et le fait d'avoir eu des rapports sexuels**

Lieu de vie	A eu des rapports sexuels		Effectif total
	Oui	Non	
<b>Chez les parents</b>	266(53%)	236(47%)	502
<b>Chez un tuteur</b>	49(59,8%)	33(40,2%)	82
<b>Seul</b>	8(80%)	2(20%)	10
<b>Avec conjoint(e)</b>	8 (100%)	0(0%)	8
<b>Total</b>	331 (55%)	271(45%)	602

$X^2 = 10,6$     ddl=3     $p = 0,015$

La résidence des élèves est associée de façon significative à leur activité sexuelle ( $p < 0,05$ ).

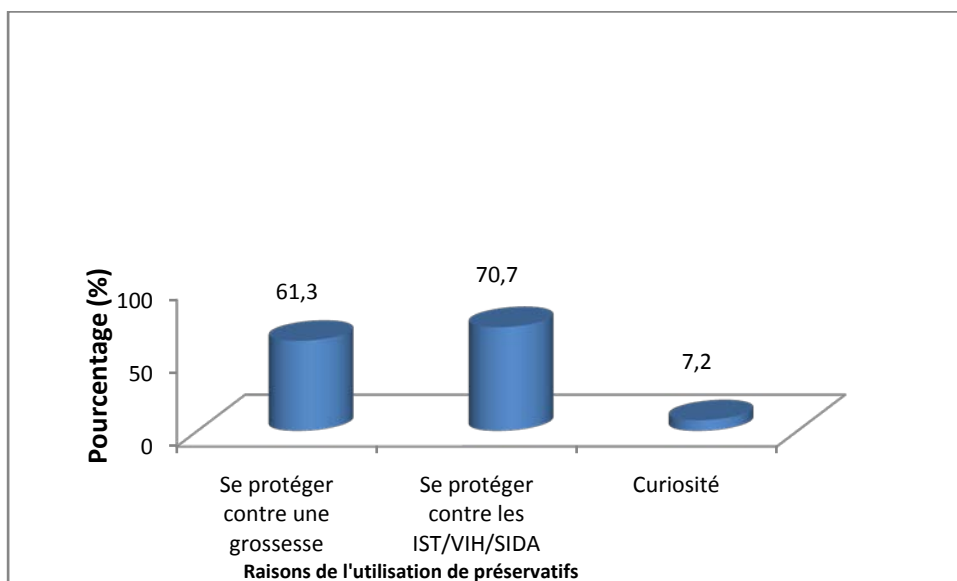
#### 4.4.2. Utilisation systématique du préservatif

Parmi les 331 élèves qui ont déjà eu des rapports sexuels, 193 (58,3%) ont affirmé avoir utilisé le préservatif pour tous les rapports sexuels ; 96 (29%) l'utilisaient occasionnellement tandis que 42 (12,7%) ne l'ont jamais utilisé.

Parmi ces élèves ayant eu des rapports sexuels, 91 soit 27,5 % n'avaient pas utilisé de préservatif au cours du dernier rapport sexuel.

##### ➤ Raisons de l'utilisation du préservatif

Les raisons évoquées pour l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels étaient multiples. La figure 6 donne les proportions d'élèves en fonction des raisons de l'usage du préservatif lors des rapports sexuels.



**Figure 6:** répartition des élèves selon les raisons de l'usage du préservatif

### ➤ **Raisons de la non utilisation du préservatif**

Selon les enquêtés, la non utilisation du préservatif était essentiellement due à la fidélité au partenaire (57,1%), le refus du partenaire sexuel lorsqu'il était proposé (19%), le fait qu'il réduit le plaisir sexuel(7,4%) et le désir d'avoir un enfant (1,5%).

### **4.4.3. Symptômes d'IST et utilisation des structures de santé**

Dix sept élèves, soit 13 filles et 4 garçons ont déclaré avoir déjà contracté une IST. Les plaies génitales et les écoulements génitaux ont été les symptômes les plus souvent cités. Quatorze de ces 17 élèves, soit 12 filles et 2 garçons ont eu le réflexe de se rendre dans les structures sanitaires (hôpital, pharmacie) pour se soigner ; par contre un disait avoir consulté un tradipraticien et deux n'avaient consulté personnes et ont attendu que les signes disparaissent.

### **4.4.4. Pratique du test de dépistage du VIH**

Sur les 602 élèves interrogés, 291 (soit 48,3 %) ont déclaré avoir déjà fait le test de dépistage du VIH contre 298 (soit 49,5%), qui pour des raisons assez diverses n'ont pas encore été dépistés ; 13 élèves n'avaient pas répondu à la question.

### ➤ **Motifs de la pratique du test de dépistage**

Les élèves qui ont fait le test de dépistage affirmaient l'avoir fait par curiosité (209 élèves soit 72%), le désir de s'assurer de sa non séropositivité (59 élèves soit 20,3%) et à l'occasion d'un bilan de maladie (23 élèves soit 7,9%).

### ➤ **Motifs de l'absence de dépistage**

La grande majorité des élèves n'ayant pas encore été dépisté ont évoqué les raisons suivantes :

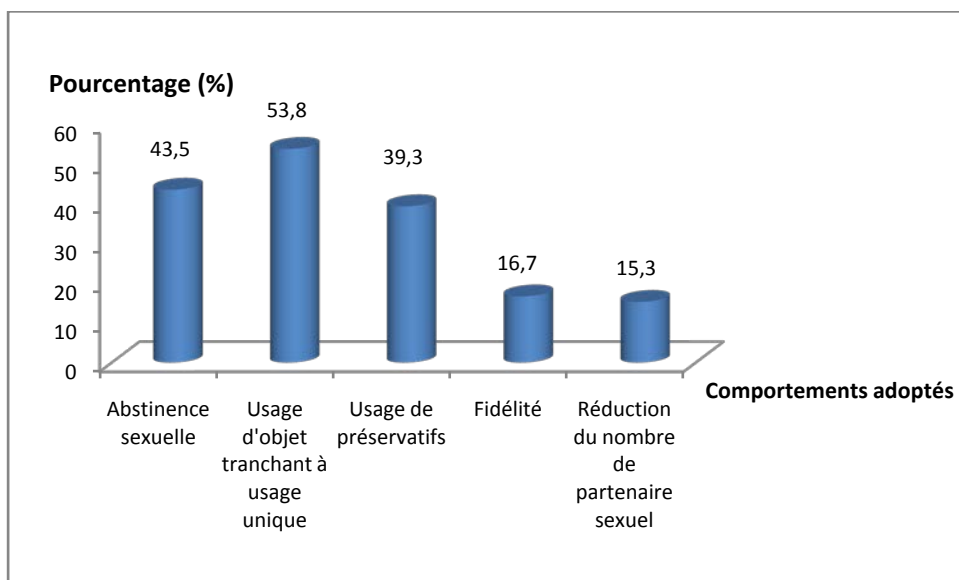
- peur de connaître leur statut sérologique, 164 élèves soit 55%,
- manque de confiance en soi même, 78 soit 26,2%,
- aucun motif, 42 soit 14,4%,

La non réponse à cette question a été observée chez 27 élèves.

#### 4.4.5. Comportements à moindres risques face au VIH/Sida

La presque totalité des élèves (600 soit 99,7%) a affirmé avoir adopté des comportements à moindre risque pour éviter la contamination par le virus du sida.

La figure 7 donne la répartition des élèves selon les comportements adoptés.



**Figure 7:** répartition des élèves selon les comportements adoptés.

#### 4.4.6. Attitudes vis-à-vis des PV/VIH

A l'égard des personnes vivant avec le VIH, 97,7% des élèves ont affirmé avoir adopté une attitude positive, contre 2,3% soit 14 élèves qui disaient que ces dernières devraient être isolées.

Ainsi, 82,7% des élèves pensaient qu'un élève séropositif devrait être autorisé à rester à l'école, 70,4% étaient d'accord que les PV/VIH soient traitées, 66,8% et 53,4% acceptaient respectivement de pouvoir serrer la main et de manger avec une personne vivant avec le VIH.



## **V. DISCUSSION**

Cette étude que nous avons menée auprès des jeunes des établissements d'enseignement secondaire de la ville de Ouagadougou avait pour but de décrire leurs connaissances et leurs attitudes face aux IST et au VIH/Sida et les comportements de prévention adoptés.

### **5.1. Contraintes et limites de l'étude**

#### **5.1.1. Cadre de l'étude**

L'utilisation de la liste des établissements scolaires de l'année 2007-2008 a constitué une limite de notre étude.

La spécificité du milieu scolaire, qui est une institution d'éducation et de formation, et le lieu de prédilection pour les actions de sensibilisation sur la santé en général, et en particulier la santé de la reproduction ; nos résultats ne peuvent donc pas être généralisés à tous les jeunes, souvent moins exposés aux messages.

#### **5.1.2. Biais**

Le risque de biais bien que difficilement contournable a été minimisé par :

- la mise en confiance des élèves par une explication détaillée et une réponse aux questions posées,
- le caractère anonyme du questionnaire,
- la présence permanente d'un surveillant assurant la discipline tout au long de l'enquête,
- notre présence et notre disponibilité à fournir des explications si besoin.

La mesure de l'activité sexuelle des jeunes n'est pas une chose aisée car l'intimité est tenue cachée. Nos résultats auraient pu souffrir d'une sous déclaration étant donné que certains élèves seraient réticents à parler de leur



sexualité pour protéger leur vie privée, par crainte d'un jugement de l'entourage. Par contre, d'autres pourraient "sur" déclarer leur activité sexuelle pour donner l'impression d'être en conformité avec les attentes de leur groupe social. Cependant, l'utilisation des fiches d'enquête auto administrées et le maintien de la discipline au cours de l'enquête ont certainement contribué à minimiser ces insuffisances.

## **5.2. Données sociodémographiques**

### **5.2.1. Sexe**

Les deux sexes n'étaient pas proportionnellement représentés ; avec 53,3% pour le sexe féminin et 46,7% pour le sexe masculin ; soit un sex-ratio de 0,87.

Nos résultats sont superposables à ceux de Touré et coll. [46] qui trouvaient que 66,5 % de ces enquêtés étaient de sexe féminin.

Tano-Ve [44] et Kanon [22] ont trouvé une prédominance masculine avec des taux respectifs de 65,5 % de garçons contre 34,5 % de filles à Abidjan et 68 % de garçons contre 32 % de filles à Banfora.

Cette prédominance féminine observée dans notre étude pourrait s'expliquer par :

- les rapports de masculinité par groupe d'âge qui sont en faveur des filles, au-delà de 15 ans dans notre pays [18];
- une prédominance des élèves de sexe féminin âgés d'au moins 15 ans (50,28% contre 49,71%) dans les établissements d'enseignement secondaires de la ville de Ouagadougou [9] ;
- la présence d'un établissement fréquenté uniquement par les filles parmi les 22 établissements.

### **5.2.2. Age**

L'âge moyen des élèves était de 18,83 ans avec un écart-type de 1,9. Chez les filles, il était de 18,93 ans contre 18,71 ans chez les garçons.

Ces résultats sont comparables à ceux du Ministère des Enseignements Secondaire et Supérieur qui donne un âge moyen général de 18,47 ans chez les élèves de la ville de Ouagadougou dont l'âge est compris entre 15 et 24 ans avec 18,44 ans chez les filles et 18,49 ans chez les garçons [9].

### **5.2.3. Niveau d'étude**

Les élèves de la classe de seconde étaient les plus nombreux (212 élèves soit 35,21 %) (figure 2).

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que cette classe pose assez de problèmes à de nombreux élèves qui finissent par la reprendre ; obligeant ainsi les responsables d'établissements à multiplier les salles de classe réservées à ce niveau d'étude.

### **5.2.4. Situation matrimoniale-résidence**

Le statut matrimonial de choix des élèves semble être le célibat (figure 3). Nous notons en outre que la majorité des élèves vivait avec leurs parents. Nos résultats sont superposables à ceux des auteurs suivants :

- Tano-Ve et coll. [44], qui avaient obtenu des résultats de 98,7 % d'élèves célibataires dont 77 % vivaient avec leurs parents et 1,3 % vivaient en union libre dans une étude menée en 2003 dans un lycée d'Abidjan,
- Kanon [22], qui rapportait que 90,7 % de ses enquêtés étaient célibataires avec 79,7 % vivant avec leurs parents dans la ville de Banfora.

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les élèves, par manque de source de revenu, sont obligés de vivre chez leurs parents ou chez un tuteur dont ils dépendent financièrement et socialement.

### **5.3. Connaissances en matière d'IST/VIH/Sida**

#### **5.3.1. Sources d'information**

Le rôle prépondérant des médias (télévision, radio) comme source d'information dans l'acquisition des connaissances, noté dans notre étude (tableau XIII) a également été révélé dans d'autres études [1, 10, 39, 46]. Le rôle des parents demeure parmi les sources les moins utilisées, bien que la majorité des enquêtés vivent en famille. Dans notre contexte, les sujets relatifs à la sexualité demeurent tabous 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 leurs enfants sur la sexualité ou l'ignorance des parents eux-mêmes, car on ne peut transmettre que ce qu'on connaît.

L'école, comme source d'information sur les IST/VIH/Sida, a été citée par 76,2% des élèves. Le programme des Sciences de la Vie et de la Terre (SVT) qui traite du VIH et des IST au secondaire n'est enseigné qu'en dernière année du premier cycle (classe de 3<sup>ème</sup>). Dans notre étude, 80% des élèves étaient au second cycle (figure 2) ; donc avaient franchi la classe de troisième (3<sup>ème</sup>). Nous pouvons donc admettre que l'école joue un rôle important dans l'information en matière d'IST/VIH/Sida.

### 5.3.2. Connaissance de l'existence des IST

Tous les élèves interrogés avaient déjà entendu parler des IST. Le VIH/Sida était l'IST la plus citée.

Nos résultats sont superposables à ceux des auteurs suivants :

- Sidibé et coll. [40], qui dans une étude menée dans un lycée à Bamako, avaient trouvé que le VIH/Sida était l'IST la plus citée par les élèves (97,5%), suivi de la gonococcie (45%) ;
- Konaté et coll. [24] ont trouvé que chacune des lycéennes de la ville de Bamako ont déclaré connaître au moins une IST. Les IST les plus citées ont été le sida, la gonococcie et ces deux maladies en association.
- Guiellaet Woog [16] trouvaient que le sida est connu par la plus part des jeunes aussi chez les garçons que chez les filles (huit jeunes sur 10 en connaissent l'existence) et que les jeunes qui sont allés à l'école sont mieux informés sur le sida que ceux qui n'y sont jamais allés : 94% des garçons et 95% des filles qui sont déjà allés à l'école ont entendu parler du sida contre 80% des garçons et 79% des filles qui n'y sont jamais allés.

La bonne connaissance de l'existence du VIH/Sida par les élèves pourrait s'expliquer par les résultats des grandes campagnes de sensibilisation sur cette pandémie.

Malgré ce bon niveau de connaissance, les médias et l'école, principales sources d'information de nos enquêtés, doivent persévérer dans les campagnes d'informations afin de maintenir ce niveau de connaissance, avec un accent particulier sur les autres IST dont la majorité demeure méconnue de la population étudiée. Ce besoin a été exprimé par les étudiants de l'université du Bénin enquêtés par Sallah [38].

Si les jeunes connaissent l'existence du VIH/Sida, il est encore plus important pour eux de comprendre comment le VIH peut être transmis et quels sont les

moyens efficaces d'en empêcher la transmission, pour prendre des mesures efficaces de protection.

### **5.3.3. Connaissances relatives au VIH/Sida**

Les connaissances générales des élèves enquêtés sur le VIH/Sida étaient assez bonnes aussi bien sur ses modes de transmission et de prévention que sur sa forme la plus complexe à savoir la transmission mère-enfant.

#### **➤ Connaissances des voies de transmission du VIH/Sida**

Le bon niveau de connaissance du VIH/Sida par les élèves traduit par une bonne identification des principales voies de transmission de la maladie. Ainsi, la voie sexuelle était la voie de transmission la plus citée (98,7 %) suivi de la transmission mère-enfant (82,9 %) et de la transmission sanguine (78,6 %).

Dans l'étude de Kanon [22], la voie sexuelle, les transfusions sanguines, les injections et la transmission mère-enfant (48,65 %) ont été cités dans cet ordre comme sources privilégiées de transmission de la maladie.

Cette amélioration de la connaissance de la transmission mère-enfant retrouvée dans notre étude indique une nette amélioration des connaissances en matière de VIH/Sida au cours des années, ce qui tendrait à montrer que les campagnes de sensibilisation obtiennent des résultats.

Cependant, quelques réponses, non admises scientifiquement et parfois aberrantes sont toujours évoquées par nos enquêtés sur la transmission du VIH telles que la transmission par les moustiques (12 %) et la sorcellerie (0,3 %).

#### **➤ Connaissance des signes de l'infection par le VIH**

La connaissance de l'amaigrissement et de la diarrhée, signes les plus cités par les élèves, est certainement due au fait que ces signes sont plus remarquables à un stade avancé de la maladie.

Les élèves dans leur majorité (96,7%) savaient qu'une personne en bonne santé apparente pouvait être porteuse du virus du sida même si leur niveau de connaissance des signes de l'infection par le VIH était faible.

Une nette amélioration de la connaissance de la notion de « séropositif » a été notée ; améliorationsans doute imputable aux efforts des médias, principales sources d'information, en comparaison aux résultats de Kanon en 1990[22], qui montraient que cette notion échappait à la majorité de ses enquêtés du fait d'une non compréhension du terme dont l'usage n'était pas fréquent dans les messages éducationnels diffusés par les médias.

#### ➤ **Connaissance des moyens de prévention de l'infection par le VIH**

Dans notre étude, l'abstinence sexuelle a été le moyen de prévention le plus cité (93,5%).Les résultats des études similaires ont mis en premier plan l'utilisation du préservatif dans la prévention de l'infection par le VIH.

Touré et coll. [46] ont montré que le préservatif était le moyen de prévention le plus cité chez les élèves d'Abidjan, avec 89,2%. Ce taux était de 90 % chez les lycéennes de Bamako enquêtées par Konaté [24] et 93,3 % chez les jeunes scolaires enquêtés par Cissé [10].

Dans notre étude, il y avait plus d'élèves qui n'avaient pas encore eu des rapports sexuels, en comparaison aux élèves des études ci-dessus ; ce qui justifie le choix de l'abstinence sexuelle comme moyen privilégié de la prévention du VIH/Sida chez les élèves de notre étude.

#### **5.3.4. Connaissances des IST autres que le VIH/Sida**

En général, le niveau de connaissance du VIH/Sida est nettement plus élevé que celle des autres IST.

La connaissance des IST et de leurs symptômes chez les élèves était relativement proportionnelle à leur niveau d'étude. Ce résultat est superposable à celui de Guiella [15] qui montrait que le niveau de connaissance des IST était élevé chez les adolescents qui avaient un niveau d'étude plus élevé.

Cette situation pourrait se justifier par le fait que les élèves qui ont un niveau d'étude élevé ont déjà eu de cours théorique sur la santé de la reproduction et en particulier sur les infections sexuellement transmissibles au cours de leur cursus scolaire.

## **5.4. Attitudes et pratiques des élèves face aux IST/VIH/SIDA**

### **5.4.1. Pratiques sexuelles**

#### **5.4.1.1. Expérience sexuelle**

Cette étude révèle une précocité sexuelle des élèves enquêtés. Différentes études menées au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne [10, 15, 22, 33,46] ont noté également la survenue des rapports sexuels à un âge précoce. Cette permissivité sexuelle pourrait s'expliquer par le fait que les parents ont des difficultés réelles à parler de sexualité avec leurs enfants. Ainsi, cette difficulté de communication va amener les enfants à une recherche d'informations sur la sexualité en dehors du cadre familial. C'est ainsi que l'éducation sexuelle va se faire avec le concours de la rue ou des amis qui fournissent des informations plus ou moins erronées et vicieuses sur la sexualité.

Les garçons sont les plus nombreux à déclarer avoir déjà eu des rapports sexuels. Cette situation a été également constatée par d'autres auteurs au Burkina Faso, au Mali et en Côte d'Ivoire [2,11, 22,40]. Elle pourrait se justifier

par une pudeur féminine car les filles en général sont réticentes à parler de leur vie sexuelle par crainte d'un jugement de l'entourage ou à un excès de zèle des garçons dans un but de valorisation d'une virilité naissante.

Par ailleurs, l'âge moyen des garçons au premier rapport sexuel, dans notre étude, était comparable à celui des filles. Dans l'étude de Tano- Ve et coll. [44], il y avait une différence significative ( $p < 0,001$ ) avec 14,5 ans chez les garçons et 16 ans chez les filles, et pour qui l'environnement culturel était plus clément avec les garçons qu'avec les filles qui sont beaucoup plus surveillées.

S'agissant de la résidence, 53 % des élèves qui vivaient avec leurs parents ont eu des rapports sexuels contre 59,8 % et 80 % des élèves vivant respectivement avec un tuteur et seul (tableau XVII). En effet, il est logique de penser que les élèves habitant au domicile familial jouissent moins de liberté quant à l'exercice de ce genre d'activité en comparaison à ceux qui vivent avec un tuteur, encore moins ceux qui vivent seuls ; souvent responsables d'eux-mêmes.

#### **5.4.1.2. Utilisation du préservatif**

Parmi les élèves qui avaient eu des rapports sexuels, 58,3 % utilisaient le préservatif pour tous les rapports sexuels, 29 % l'utilisait occasionnellement tandis que 12,7 % ne l'avait jamais utilisé.

Cette utilisation non systématique du préservatif chez les élèves lors des rapports sexuels, rapportée par notre étude ainsi que par d'autres auteurs [11, 44, 46], reste un noyau à partir duquel l'éducation pour la santé devrait construire ses programmes afin d'identifier les raisons réelles et leurs déterminants socioculturels, gage de son acception et élément essentiel de lutte contre le SIDA.



En plus de la fidélité, la non utilisation du préservatif était attribué au conflit avec le partenaire sous la forme « refus du partenaire de l'utiliser ». Même si cette expression est difficilement analysable par la nature et notre technique de recueil de données, elle renferme à n'en pas douter plusieurs aspects dont l'exploration fournirait des renseignements très importants. Il a été montré [22, 38] que l'usage du préservatif chez les scolaires diminue avec la croissance du sentiment affectif. En effet, "l'amour" qui suppose une confiance en l'autre amènerait de même le non recours aux mesures de protection dont l'usage du préservatif. La psychologie de ce sentimentalisme a bien été perçue par certains spécialistes de la santé, d'où la promotion dans les messages d'information et d'éducation sanitaire de slogan tel que « quand on aime, on protège ».

#### **5.4.2. Expérience en ce qui concerne les IST**

Seulement 2,8% des élèves ont déclaré avoir déjà contracté une IST. Les plaies ou ulcérations génitales et les écoulements génitaux étaient les symptômes les plus cités. Paradoxalement, les filles étaient près de trois fois plus nombreuses que les garçons (4% contre 1,4 %) à avoir déjà contracté une IST même si elles étaient les moins nombreuses à déclaré avoir eu des rapports sexuels.

Ce résultat est comparable à celui de Guiella G. et Woog V. [16] qui rapportaient que les filles étaient plus de quatre fois plus nombreuses que les garçons à avoir une IST avec des proportions respectives de 9% et de 2%.

Cette vulnérabilité des féminine pourrait se justifier par le fait que ces dernières ont en général des rapports sexuels avec des hommes plus âgés qui sont déjà sexuellement actifs.

Les déclarations d'IST constituent un indicateur moins valide que les tests cliniques du fait qu'un certain nombre d'IST ne se manifestent pas

communément par des symptômes perceptibles. Néanmoins, les cas signalés par notre étude peuvent être interprétés comme une estimation brute de la prévalence des IST dans notre population d'étude.

### **5.4.3 Fréquentation des services de santé**

Les services de santé étaient plus fréquentés par les filles qui ont contracté une IST (92,3% des filles) que les garçons (50% des garçons).

Cette différence a été également observée par Guiella [15] lors de l'enquête multi site à Bobo-Dioulasso. Les résultats de cette enquête montrent que, parmi les adolescents qui ont déclaré avoir eu un symptôme d'IST au cours des 12 derniers mois, seuls 43% des filles et 54% des garçons ont cherché à se soigner. Il s'agissait d'automédication dans 33 % chez les garçons. Les filles avaient le plus recours aux structures de santé (73% de celles qui ont eu un symptôme d'IST).

Cela pourrait se justifier par le fait que les filles sont plus réticentes à parler des problèmes sexuels en groupe, et pour des raisons de confiance et de confiance, elles ont le plus souvent recours à un agent de santé. Quand aux garçons, ils ne consultent un agent de santé que lorsqu'ils auront expérimenté sans succès les conseils et autres moyens que les amis les ont fournis.

### **5.4.4. Pratiques à risques**

La connaissance des voies de transmission et des moyens de prévention ne se traduit pas toujours dans les comportements, même si la majorité des élèves disent avoir adopté des comportements à moindre risque. Cela se justifie par l'utilisation irrégulière du préservatif au motif de la fidélité ou qu'il est refusé par le partenaire, bien qu'il ait été cité par 85,2 % de nos enquêtés comme moyen de prévention des infections sexuellement transmissibles y compris le VIH.

Cette situation ajoutée à la faible utilisation des services de santé reproductive accroissent la vulnérabilité des jeunes, les exposant ainsi aux conséquences d'une sexualité de plus en plus précoce et mal contrôlée (infections sexuellement transmissibles y compris VIH/Sida, grossesses précoces, avortements clandestins, abandons scolaires...).

#### **5.4.5. Pratique du test de dépistage**

Le sida est reconnu à l'unanimité comme une réalité pour l'ensemble des élèves. En outre, il fait peur non seulement parce qu'il tue, mais d'avantage de l'absence d'une thérapeutique curative. Malgré cette peur, près de la moitié des élèves ont accepté faire leur test de dépistage au motif de la curiosité de connaître leur statut sérologique.

#### **5.4.6. Attitudes des élèves envers les PV/VIH**

Adopter des attitudes positives envers les malades du sida pourrait rendre les jeunes plus prudents dans leurs propres comportements de protection et de prise de risque d'une part, et d'autre part diminuer les manifestations de stigmatisation envers ces personnes. Ainsi dans notre étude, la plupart des élèves ont affirmé adopter une attitude positive.

Cette attitude positive des jeunes scolaires a été notée également par Touré et coll.[46] qui rapportaient que 64,1% des élèves interrogés pensaient qu'un élève séropositif devrait être autorisé à rester à l'école, 58,9% d'entre eux affirmaient pouvoir serrer la main d'une personne infectée par le virus du sida, 47,3% et 41,4% acceptaient respectivement de manger et de vivre ensemble avec une personne vivant avec le VIH.



## CONCLUSION

Les importants progrès de développement réalisés dans les pays pauvres sont menacés par la contamination de leur population jeune et productive. Ceci pourrait provoquer l'effondrement des économies et l'accroissement de la pauvreté des ménages.

Au Burkina Faso, les connaissances des populations se sont considérablement améliorées au fil des années. Ainsi, tous les élèves enquêtés ont déjà entendu parler du VIH/Sida et connaissent bien ses modes de transmission et les moyens de protection. La syphilis et la blennorragie étaient les plus citées parmi les autres IST avec des proportions respectives de 77,9 % et de 70,1 %.

Cependant cette jeunesse, parvenant difficilement à relier ces connaissances et la perception du risque de contamination, se caractérise par une sexualité précoce et à hauts risques, ce qui l'expose aux IST/VIH/Sida et aux grossesses non désirées. Cela a des conséquences sur leur état de santé et la qualité de leur vie future.

Eu égard à ces conséquences, des efforts doivent être soutenus et même renforcés, avec une amélioration du rôle joué par l'école, pour permettre aux jeunes scolaires de mieux gérer leur sexualité.



## SUGGESTIONS

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

- **Au Président du Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST**
  - Continuer et renforcer les campagnes de sensibilisation des jeunes sur le VIH/Sida et les IST en adaptant les messages aux scolaires.
  
- **Au Ministre des Enseignements Secondaire et Supérieur**
  - Créer un espace d'échange dans les écoles pour les jeunes pour discuter librement de leur sexualité ;
  - Renforcer la formation par les pairs éducateurs qui peut être une alternative à la faiblesse des résultats de celle des enseignants.
  
- **Aux parents**
  - Discuter souvent des questions relatives à la sexualité et aux IST/VIH/Sida avec les jeunes.
  
- **Aux jeunes scolaires**
  - participer pleinement aux campagnes de sensibilisation déjà existant ;
  - fréquenter les centres de prise en charge des jeunes en matière de santé de la reproduction ;
  - s'abstenir sexuellement ;
  - utiliser le préservatif ;
  - accepter les jeunes infectés par le VIH ;
  - adopter des comportements à moindre risque particulièrement pour les élèves vivant seul.





## **BIBLIOGRAPHIE**

1. **Adjahoto Eo, Hodonou Ka, De Souza Ad et coll.** Informations des jeunes en matière de sexualité. Cahiers santé 2000 ; 10 : 195- 9.
2. **Aka B, Yao L, Bamba V, Me Bla H, et al.** Aspects épidémiologiques des IST en milieu scolaire : cas de la ville de Yamoussoukro. Ann dermatol Venereol 2011 ; 138s : 113-39.
3. **Associations des Professeurs de Pathologie Infectieuse et Tropicale.** Maladies infectieuses. Ed E. Pilly, 1993, 671p.
4. **Azoh F.J.** VIH/SIDA et le secteur de l'éducation : impact sur les apprenants ; revue thématique 1993-2002 pour le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Sénégal ; rapport préliminaire Mai 2004 ,13p .
5. **Barré-Sinoussi F.** Virologie fondamentale de l'infection à VIH. Dans : Girard PM, Katlama C, Pialoux G, eds. VIH. 6è Ed Doin, 2004 :3-10.
6. **Bonkougou G.H.** Comportements sexuels à risque des jeunes : cas de l'arrondissement de Baskuy ; mémoire du diplôme d'Etudes Supérieures en soins infirmiers et obstétricaux, année 2003-2004.

7. **Brun-Vezinet F, Wainberg M.** HIV : Structure, multiplication et physiopathologie. Dans : Huraux J-M, Agut H, Nicolas J-C, Peigne-Lafeuille H, eds. Traité de virologie médicale. Paris : ed ESTEM, 2003 : 319-29.
  
8. **Burkina Faso/ Direction des Etudes et de la Planification/Ministère des Enseignements Secondaire et de la Recherche Scientifique :** Annuaire statistique de l'enseignement secondaire 2007-2008. Mai 2008, 368p.
  
9. **Burkina Faso/Directions des Etudes et de la Planification/ Ministère des Enseignements Secondaire et Supérieur :** Annuaire statistique de l'enseignement secondaire 2010-2011. Avril 2011, 336p.
  
10. **Cissé H.** Etude comparative des connaissances, attitudes et pratiques des adolescents scolarisés et non scolarisés en matière d'IST/VIH/SIDA dans la commune de Sikasso ; thèse de doctorat en médecine de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de l'université du Mali, année 2001-2002, 121p.
  
11. **Dembélé N A, Coulibaly S, Cissé A, Coulibaly H, Dao I.** Impact de la connaissance du VIH/SIDA sur le comportement sexuel chez les élèves dans deux établissements scolaires de Sikasso. Programme des subventions ROCARE pour la recherche en éducation, 2009, 39p.

12. **Dolivo M, Henry -Suchet J, Orfila J, EB. F.** Maladies transmises par voie sexuelle, 2è ed. Paris : Ed Masson, 1997, 258p.
13. **Etienne J.** Biochimie génétique et biologique moléculaire, 4è ed. Paris : Ed Masson, 1998 ,503p.
14. **Gentillini M.** SIDA, infection à VIH, aspect en zone tropicale. Ellipses/AUPELF ; 1989 ,332p.
15. **Guiella G.** Santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso : un état des lieux ; Occasional Report New York : The Alan Guttmacher Institute, 2004, N<sup>o</sup>12, 40p.
16. **Guiella G, Woog V.** Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso : résultats de l'enquête nationale sur les adolescents du Burkina Faso 2004, Occasional Report, New York : Guttmacher Institute, 2006, N<sup>o</sup>21, 152p.
17. [http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/071120\\_epiupdate fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/071120_epiupdate_fr.pdf) .  
visité en Avril 2011.
18. **Institut National de la Statistique et du Développement.** Recensement général de la population et de l'habitat(RGPH) de 2006 du Burkina Faso ; résultats définitifs. Juillet 2008, 52p.

19. **Institut National de la Statistique et du Développement.** Profil des régions du Burkina Faso. Décembre 2005, 282p.
20. **Institut National de la Statistique et du Développement.** Annuaire statistique 2007. 435p.
21. **Kamtchoung P, Takougang I, Ngoh N, Yakam I.** La sexualité des adolescents en milieu scolaire à Yaoundé. *Contracept fertl sex* 1997 ; 25 : 798-801.
22. **Kanon S.** Conduites sexuelles à risque d'infections et connaissances du SIDA en milieu scolaire urbain de Banfora (Burkina Faso) ; thèse de doctorat en médecine de l'université de Ouagadougou ; N° 25, 1990-1991.
23. **Kernbaun S.** Le praticien face au SIDA. 2è ed Flammarion médecine sciences, 1996 : 359p.
24. **Konaté F O, Cissé P.** Adolescence et sexualité : cas des lycéennes de Bamako (Mali). *Recherches africaines*, numéro 02-2003, 1<sup>er</sup> décembre 2003.
25. **MESSRS/ MEBA/ MASSN/ MJE.** Orientation stratégique du secteur de l'éducation en matière de lutte contre les IST/VIH/SIDA et d'autres problèmes de santé et de nutrition 2010-2015 ; 2009, 24p.

26. **Michon C.** Infection à VIH. Dans : Bouvenot G, Devulder B, Guillevin L, Queneau P, Schaeffer A, eds. Pathologie médicale. Tome 2. Paris : Ed MASSON ; 1995 :253-274.
27. **Ministère de la santé/Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA.** Normes et protocoles de prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH au Burkina Faso ; 3<sup>ème</sup> édition, février 2009, 140p.
28. **ONUSIDA.** Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA, 2011.
29. **ONUSIDA.** Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA, 2010.
30. **Organisation Mondiale de la Santé/ SIDA N°10.** L'éducation sanitaire à l'école pour la prévention du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles, 1992, 88p.
31. **Organisation Mondiale de la Santé.** Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, 2001, 97p.
32. **Organisation Mondiale de la Santé.** Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent en situation de ressources limitées : vers un accès universel ; recommandations pour une approche de santé publique. 2006, 132p.

33. **Ouédraogo A, Lorenz N, Zina Y.** Sexualité et sida ; études des connaissances, attitudes et pratiques en milieu scolaire à Ouagadougou(1989). Résultats préliminaires, Burkina Faso, Ministère de la santé et de l'action sociale, 1990, 42p.
34. **Ouédraogo C, Woog V, Sondo G.** Expériences d'adolescents en santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso ; mars 2006.
35. **Pilot F.** Etat des connaissances portant sur la grossesse à l'adolescence, module prévention- promotion 2000, direction de la santé publique, Montérégie (Québec).
36. **Programme des Nations Unies pour le Développement.** VIH/SIDA et développement au Burkina Faso, 2003 ,251p.
37. **Quraranta J F, Reboulot B, Cassurto J P.** Hépatites virales. Paris :ed MASSON, 1996 : 110p.
38. **Sallah E, Grunitzky-Bekelé M, Bassibi K et coll.** Comportements sexuels, connaissances et attitudes des étudiants de l'université de Bénin face au SIDA et aux maladies sexuellement transmissibles. Cahiers santé 1999 ; 9 : 101-9.

39. **Seveson LW, Carmels, Varnhagen CK.** A review of the knowledge, attitudes and behaviours of university students concerning HIV/AIDS. *Health promotion international* 1997; 12:61-68.
40. **Sidibé T, Sangho H, Traoré M S, Cissé M et al.** Connaissances et pratiques des élèves d'un lycée de Bamako en matière de contraception et prévention des IST. *Mali Médicale* 2006 ; 21(1) : 39-42.
41. **SP/CNLS-IST.** Enquête de surveillance comportementale relative aux IST/VIH/SIDA au sein des populations desservies pour les sites sentinelles de Koudougou, Manga et Ziniaré. 2008, 65p.
42. **SP/CNL-IST.** Enquête de surveillance de comportements relatifs aux IST/VIH/SIDA au Burkina Faso, volet orpailleurs. 2007, 44p.
43. **SP/CNLS-IST.** Bilan général de la mise en œuvre du plan national multisectoriel de lutte contre le VIH et les IST de l'année 2011, 137p.
44. **Tano Ve A, Gohou K V, Oga AS, Konan D et al.** Pratiques sexuelles des adolescents en milieu scolaire en 2003 à Abidjan. *Cahier santé* 2006 ; 5 (2) : 42-49.
45. **Thiombiano R, KY S, Cheetham N.** Les jeunes se prennent en charge : synthèse du programme de participation communautaire pour la santé reproductive et sexuelle des jeunes au Burkina Faso ; 2006 ,45p.



46. **Touré B, Koffi K, Kouassi G.V, Kokoun E et al.** Connaissances, attitudes et pratiques des collégiens et lycéens d'Abidjan face au VIH/SIDA. *Med Trop* 2005 ; 65 : 346-348.
47. **UNICEF, ONUSIDA, OMS.** Les jeunes et le VIH/SIDA ; une solution à la crise. 2002 : 48p.
48. [WWW.inrp.fr/biotic/immuni/image/structvih.jpg](http://www.inrp.fr/biotic/immuni/image/structvih.jpg). Schéma du VIH. Mise à jour le 14/02/2006, visité en Mars 2011.



## FICHE DE COLLECTE DES DONNES

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

BURKINA FASO

=====

Unité- Progrès -Justice

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE

EN SCIENCES DE LA SANTE (UFR/SDS)

### FICHE DE COLLECTE DES DONNEES

THEME : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES JEUNES EN MATIERE D'IST/VIH/SIDA DANS LES ETABLISSEMENTS SECONDAIRES DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU

#### Consentement éclairé de l'élève

Nous sommes étudiants en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie. Nous effectuons une recherche sur le thème « connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière d'infections sexuellement transmissibles et de VIH/SIDA dans les établissements secondaires de la ville de Ouagadougou » dans le cadre des travaux de notre thèse de doctorat de fin de cycle.

Nous vous demandons de répondre à des questions en rapport avec ses infections. Nous vous rassurons que les informations que vous allez nous fournir seront collectées dans l'anonymat et seront tenues confidentiellement. Votre participation à l'enquête est volontaire.

Nous vous demandons de répondre honnêtement aux questions afin de nous aider à évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes des établissements secondaires de la ville de Ouagadougou en matière d'IST/VIH/SIDA.

Date : /-----/-----/-----/

Fiche No : -----

Code d'établissement : -----

### I-Caractéristiques de l'élève

Age : -----

Sexe : -----

Classe : -----

Situation matrimoniale : célibataire /-----/ ; marié(e)/-----/ ; union libre/-----/ ;

Si célibataire ; avec qui vivez- vous : Vos parents /-----/ ; Un tuteur/-----/ ;

A l'internat/-----/ ; Seul(e)/-----/

### II-Connaissances, attitudes et pratiques en matière d'IST/VIH/SIDA

Q.01-Avez-vous déjà entendu parler des infections sexuellement transmissibles ?

Oui/-----/ ; Non/-----/

Q.02- Si oui, cochez celles que vous connaissez

1-Syphilis/-----/ ; 2-Chancres mou/-----/ ; 3-VIH/SIDA/-----/ ;  
4-Blennorragie ou gonococcie ou chaude-pisse/-----/ ; 5- L'herpès génital/-----/ ;  
6-Condylomes/-----/ ; 7-L'hépatite B/-----/ ; 8-L'hépatite C/-----/ ;  
9-Trichomonoses vaginales/-----/ ; 10-Chlamydie/-----/ ;

11-Autres (citez-les) : -----

Q.03-Pouvez-vous citer quelques signes d'infections sexuellement transmissibles ?(Cochez ceux que vous connaissez)

1-Douleurs abdominales basses/-----/ ; 2- Ecoulements urétraux/-----/ ;  
3-Brûlure mictionnelle/-----/ ; 4- Plaies sur le sexe/-----/ ;

5-Démangeaisons sur le sexe/-----/ ; 6-Ecoulements vaginaux/-----/ ;

7-gonflement douloureux du testicule/-----/ ; 8 - Crête de coq/-----/ ;

9-Autres (citez-les) : -----

10- Ne connaît aucun signe/-----/

Q.04-Peut-on éviter les infections sexuellement transmissibles ?

1- Oui/-----/ ; 2-Non/-----/

Q.05- Si oui, comment ?

1-S'abstenir de tout rapport sexuel jusqu'au mariage/-----/ ; 2-Fidélité à un seul partenaire/-----/ ;3-Utiliser les préservatifs/-----/ ; 4- Eviter le vagabondage sexuel/-----/ ;

5-Autres (citez-les) : -----

Q.06- Peut- on traiter les infections sexuellement transmissibles ?

1- Oui/-----/ ; 2- Non/-----/ (si non, passez à Q.09)

Q.07-Si oui, comment ? (cochez vos réponses)

1- Médicaments traditionnels/-----/ ; 2-Médicaments modernes/-----/

3-Autres (citez-les) : -----

Q.08. Avez-vous déjà contracté un symptôme d'IST ? (si non, passez à Q.11)

1-Oui/-----/ ; 2- Non/-----/

Q.09. Si oui, citez les symptômes que vous avez contractez

-----  
-----

Q.10- A quelle structure avez-vous fait recours ?

1-Les centres de santé/-----/ ; 2-Les pharmacies/-----/ ;

3-Les tradipraticiens/-----/ ;

4-Autres (citez-les) : -----

Q.11- Avez-vous déjà eu un rapport sexuel ?

1- Oui/-----/, 2-Non/-----/ (si non passez à Q.18)

Q.12- Si oui, à quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?

L'âge du 1<sup>er</sup> rapport sexuel/-----/

Q.13. Avez-vous utilisé le préservatif lors de vos rapports sexuels ?

1-Oui/-----/ ; 2-Non/-----/ (si non, passez à Q.17)

Q.14. Si oui, l'avez-vous utilisé lors de votre dernier rapport sexuel ?

1- Oui/-----/ ; 2- Non/-----/

Q.15-Pour quelle(s) raison(s) l'utilisez-vous ?

1-Se protéger contre les infections sexuellement transmissibles /-----/ ;

2-Se protéger contre une grossesse /-----/ ;

3-Par curiosité /-----/ ;

4- Autres /-----/

Q.16- Habituellement, à quelle fréquence vous utilisez le préservatif ?

1-Pour tous les rapports sexuels /-----/ ; 2-Occasionnellement /-----/

Q.17-Pour quelle(s) raison(s) n'utilisez-vous pas le préservatif (pour les non utilisateurs) ?

1-Fidélité au ou à la partenaire/-----/ ; 2-Ne veut pas /-----/ ; 3-Trop cher/-----/ ;

4-Désir un enfant /-----/ ; 5-Refus du ou de la partenaire de l'utiliser /-----/ ;

6- Autres (citez-les) : -----

Q.18-Avez-vous déjà entendu parler du VIH/SIDA ?

1-Oui/-----/ ; 2-Non/-----/ (si non, c'est la fin du questionnaire)

Q.19-Croyez -vous que le VIH/SIDA existe ?

1-Oui/-----/ ; 2-Non/----- /

Q.20-De qui avez-vous entendu parler du VIH/SIDA ? (cochez vos sources d'informations)

- 1-Les ami(e)s/-----/ ; 2-Les parents/-----/ ; 3-Les cours/-----/ ;  
4-Les agents de santé/-----/ ; 5-La radio/-----/ ; 6-La télévision/-----/ ;  
7-La mosquée/-----/ ;  
8-L'église/-----/ ; 9-Les théâtres/-----/ ; 10-Autres (précisez) : -----  
-----

Q.21-Comment appréciez-vous les informations données sur le VIH/SIDA ?

- 1-Bonnes/-----/  
2-Insuffisantes/-----/  
3-Mauvaises/-----/

Q.22-Comment le SIDA se transmet-il ? (cochez les modes de transmission que vous connaissez)

- 1-Rapports sexuels non protégés/-----/ ; 2-Rapports homosexuels/-----/ ;  
3-Transfusion sanguine/-----/ ; 4-Usage d'objets tranchants contaminés/-----/ ;  
5-Transmission mère-enfant/-----/ ;  
6-Causer par les sorciers/-----/ ; 7- Causer par piqûre de moustique/-----/ ;  
8-Autres (précisez) :-----  
9-Ne sait pas/-----/

Q.23-Citez les signes de l'infection par le VIH que vous connaissez :

-----  
-----

Q.24-Selon vous, peut-on éviter le VIH/SIDA ?

- 1-Oui/-----/ ; 2-Non/-----/ ; 3-Ne sait pas/-----/ (si 2ou 3, passez à Q.25)

Q.25-Si oui, par quels moyens ? (cochez les moyens que vous connaissez)

1-S'abstenir de tout rapport sexuel non protégé/-----/ ; 2-Utilisez toujours le préservatif/-----/ ; 3-Fidélité au ou à la partenaire/-----/ ; 4-Eviter le contact direct avec le sang/-----/ ; 5-Abstinence sexuelle/-----/ ; 6- Eviter d'utiliser les objets tranchants déjà utilisés/-----/ ;7-Eviter les piqûres des moustiques/-----/ ; 8-Chercher la protection des guérisseurs traditionnels/-----/ ;

9-Autres (précisez) :-----

Q.26- Qui entre l'homme et la femme est le plus exposé au VIH/SIDA ?

1-Les deux/-----/ ; 2-L'homme/-----/ ; 3-La femme/-----/

Q.27- Une personne en bonne santé apparente peut-elle porter le virus du SIDA ?

1-Oui/-----/ ; 2-Non/-----/

Q.28- Selon vous, peut-on traiter le VIH/SIDA ?

1-Oui/-----/ ; 2-Non/-----/ ; 3-Ne sait pas/-----/ (si 2 ou 3, passez à Q.26)

Q.29-Si oui, par quels moyens ?

1-Médicaments modernes/-----/ ; 2-Médicaments traditionnels/-----/ ;

3-Autres (citez-les) : -----

Q30-Depuis que vous avez entendu parler du VIH/SIDA, avez-vous changé votre comportement pour éviter de contracter la maladie ?

1-Oui/-----/ ; 2-Non/-----/ ; (si non, passez à Q.31)

Q.31-Si oui, qu'avez-vous fait ?

1-Abstinence sexuelle/-----/ ; 2-Usage du préservatif/-----/ ; 3-Réduire le nombre de partenaires/-----/ ; 4-Fidélité au ou à la partenaire/-----/ ;

5-Préférer les objets tranchants à usage unique/-----/ ;

6-Autres (précisez) : -----

Q.32-Avez-vous déjà fait votre test de dépistage ?

1-Oui/-----/ ; 2-Non/-----/



Q.33-Si oui, quelles ont été les raisons de la réalisation du test ?

1-La curiosité/-----/

2- Le désir de s'assurer de sa non séropositivité/-----/

3-Analyse effectuée par suite de maladie/-----/

4-Autres (citez-les) : -----

Q.34-Si non, pour quelles raisons ne l'avez-vous pas encore fait ?

1-La peur/-----/ ; 2-Manque de confiance/-----/ ; 3-Aucun motif/-----/ ;

4-Autres (précisez) : -----

Q.35-Qu'est ce qu'un séropositif ?

1-Quelqu'un qui vit avec le VIH/-----/

2-Ne sait pas/-----/

Q.36-Accepterez-vous d'informer les parents si vous êtes séropositif ?

1-Oui/-----/ ; 2-Non/-----/

Q.37-Comment devons-nous vivre avec les personnes vivant avec le VIH ?

1-Les traiter/-----/ ; 2-Les serrer la main /-----/ ; 3-Manger ensemble/-----/ ;

4-Poursuivre les cours si élève/-----/ ; 5-Les isoler/-----/

MERCI DE VOTRE PARTICIPTION A L'ENQUETE

