

CS-05705

**REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE**  
**UNION - DISCIPLINE - TRAVAIL**

**UFR DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES  
ET BIOLOGIQUES**



---

**Mémoire pour l'obtention du diplôme de Maîtrise  
Professionnalisée de Santé Publique  
Année 2005-2006**

---

**Responsable de la formation  
Pr. KOUADIO LUC**

**EVALUATION DES CONNAISSANCES,  
ATTITUDES ET PRATIQUES SEXUELLES  
DE LA TRANSMISSION DU VIH EN MILIEU  
ESTUDIANTIN**

Soutenu le 30 novembre 2006

**Présentée par :**

|                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <b>Dr AMIN N'Cho Christophe</b> | <b>: (Pharmacien)</b>          |
| <b>Dr DJE-BI Ta Ludovic</b>     | <b>: (Médecin)</b>             |
| <b>Dr SANOGO Abdoulaye</b>      | <b>: (Chirurgien-dentiste)</b> |

**REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE**  
**UNION – DISCIPLINE - TRAVAIL**

**UFR DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES  
ET BIOLOGIQUES**



-----  
**Mémoire pour l'obtention du diplôme de Maîtrise**  
**Professionalisée de Santé Publique**  
**Année 2005-2006**

-----  
**Responsable de la formation**

**Pr. KOUADIO LUC**

**EVALUATION DES CONNAISSANCES,  
ATTITUDES ET PRATIQUES SEXUELLES  
DE LA TRANSMISSION DU VIH EN MILIEU  
ESTUDIANTIN**

Soutenu le 30 novembre 2006

Présentée par :

|                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <b>Dr AMIN N'Cho Christophe</b> | <b>: (Pharmacien)</b>          |
| <b>Dr DJE-BI Ta Ludovic</b>     | <b>: (Médecin)</b>             |
| <b>Dr SANOGO Abdoulaye</b>      | <b>: (Chirurgien-dentiste)</b> |

## **REMERCIEMENTS**

**A**

**ONG CERISE** : Cellule de Recherche et d'Information sur le Sida en milieu Estudiantin

**Mme FOFANA-DIARASSOUBA Aminata** : Chef de service « Actions Sociales » du  
**CROU**

|  |    |
|--|----|
| <b>PLAN DETAILLE</b>   |    |
| <b>ABREVIATION</b>   | 3  |
| <b>LISTE DES TABLEAUX</b>  | 4  |
| <b>INTRODUCTION</b>  | 6  |
| <b>I/ GENERALITES SUR LA LUTTE CONTRE LE SIDA</b>                    | 10 |
| <b>I.1/ ENGAGEMENT INTERNATIONAL</b>                                 | 10 |
| <b>I.1.1/ Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA</b>               | 10 |
| <b>I.1.2/ Objectifs de développement pour le millénaire</b>          | 10 |
| <b>I.2/ ENGAGEMENT NATIONAL</b>                                      | 11 |
| <b>I.2.1/ Ministère de lutte contre le SIDA</b>                      | 11 |
| <b>I.2.2/ Plan intérimaire 2005</b>                                  | 12 |
| <b>I.3/ ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN MILIEU</b>        | 15 |
| <b>UNIVERSITAIRE.</b>  |    |
| <b>I.3.1/ La hiérarchie universitaire</b>                            | 15 |
| <b>I.3.2/ Les associations et ONG</b>                                | 15 |
| <b>I.4/ EVALUATION DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE SIDA</b>        | 16 |
| <b>I.4.1/ Un cadre complet d'évaluation des programmes nationaux</b> | 16 |
| 1.4.1.1/ Évaluation initiale   | 17 |
| 1.4.1.2/ Évaluation en cours d'exécution                             | 18 |
| 1.4.1.3/ Evaluation de l'efficacité : résultats et impact            | 19 |
| 1.4.1.4/ Analyse coût-efficacité                                     | 20 |
| <b>I.4.2/ Problèmes d'attribution des changements observés</b>       | 20 |
| <b>II/ METHODOLOGIE</b>  | 23 |
| <b>II.1/ OBJECTIFS</b>   | 23 |
| <b>II.2/ POPULATION A ENQUETER</b>                                   | 23 |
| <b>II.3/ TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES</b>                       | 23 |
| <b>II.4/ TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES</b>                       | 23 |
| <b>II.4.1/ Saisie informatique</b>                                   | 23 |
| <b>II.4.2/ Indicateurs de l'étude</b>                                | 25 |
| <b>III/ RESULTATS ET DISCUSSION</b>                                  | 25 |

|  |    |
|--|----|
| III.1/ CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON  |    |
| III.2/ CONNAISSANCES SUR LES IST/SIDA  | 26 |
| <b>III.2.1/ Connaissances générales</b>  | 26 |
| <b>III.1.2/ Connaissances sur la transmission du VIH-SIDA</b>  | 27 |
| <b>III.1.3/ Connaissances sur les comportements à risque</b>   | 27 |
| <b>III.1.4/ Niveaux de connaissance</b>  | 27 |
| III.2/ ATTITUDE DES SUJETS FACE AUX IST/SIDA   | 30 |
| <b>III.2.1/ Attitudes d'ordre général</b>  | 30 |
| <b>III.2.2/ Attitudes depuis l'information sur le SIDA</b>   | 33 |
| <b>III.2.3/ Niveaux d'attitudes</b>  | 33 |
| III.3/ PRATIQUES SEXUELLES DES SUJETS  | 34 |
| <b>III.3.1/ Pratiques sexuelles générales</b>  | 34 |
| <b>III.3.2/ Utilisation des préservatifs</b>   | 34 |
| <b>III.3.3/ Pratiques sexuelles depuis qu'on informe sur le SIDA</b>                                     | 36 |
| <b>III.3.4/ Pratiques sexuelles des deux dernières années</b>  | 36 |
| <b>III.3.5/ Niveaux de pratiques sexuelles</b>   | 36 |
| III.4/ DEPISTAGE DU VIH  | 36 |
| III.5/ ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA   | 39 |
| <b>III.5.1/ Activités menées par des structures de lutte contre le SIDA dans le milieu universitaire</b> | 39 |
| <b>III.5.2/ Priorité de la lutte contre le SIDA en milieu universitaire</b>                              | 40 |
| <b>III.5.3/ Canaux de communication et stratégie d'action</b>  | 40 |
| III.6/ BILAN DES NIVEAUX DE CONNAISSANCE, D'ATTITUDE ET DE PRATIQUE SEXUELLE                             | 42 |
| <b>CONCLUSION</b>  | 43 |
| <b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>   | 44 |
| <b>ANNEXE</b>  | 45 |

## **ABREVIATIONS**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>CDV</b>                | <b>: Centres de conseil et de dépistage volontaire</b>                                     |
| <b>CERISE ou ex-CRISE</b> | <b>: l'ONG Cellule de Recherche et d'Information sur le Sida en milieu Estudiantin « »</b> |
| <b>DAP</b>                | <b>: Domaines d'Actions Prioritaires</b>   |
| <b>INSP</b>               | <b>: Institut National de la santé Publique</b>  |
| <b>IST</b>                | <b>: infections sexuellement transmissibles</b>  |
| <b>JST</b>                | <b>: Jeunesse Sans Tabac</b>   |
| <b>MESSI</b>              | <b>: Mouvement Estudiantin pour la Sensibilisation sur le Sida</b>                         |
| <b>MLS</b>                | <b>: Ministère chargé de la lutte contre le Sida ()</b>                                    |
| <b>OMS</b>                | <b>: Organisation Mondiale de la Santé</b>   |
| <b>ONG</b>                | <b>: Organisations Non Gouvernementales</b>  |
| <b>PNLS</b>               | <b>: Programme National de Lutte contre le Sida/MST/Tuberculose ()</b>                     |
| <b>SAJES</b>              | <b>: SAuvons la Jeunesse Estudiantine et Scolaire</b>                                      |
| <b>SIDA</b>               | <b>: Syndrome Immuno Défectaire Acquis</b>   |
| <b>VIH</b>                | <b>: Virus Immunodéficience Humaine</b>  |

## **LISTE DES TABLEAUX**

|                |  |
|----------------|--|
| Tableau I      | : Développement des stratégies et étapes du DAP 1 (les jeunes)   |
| Tableau II     | : Un cadre complet d'évaluation  |
| Tableau III    | : Mesures possibles des résultats ou de l'impact d'un programme  |
| Tableau IV     | : Méthodes possibles d'évaluation (par ordre décroissant de validité)                                  |
| Tableau V      | : Répartition des sujets selon les caractéristiques démographiques                                     |
| Tableau VI     | : Répartition des sujets selon la connaissance générale sur les IST/SIDA                               |
| Tableau VII    | : Répartition des sujets selon la connaissance sur la transmission du SIDA                             |
| Tableau VIII   | : Répartition des sujets selon la connaissance sur comportement à risque                               |
| Tableau IX     | : Evaluation du niveau de connaissance   |
| Tableau X      | : Répartition des sujets selon leurs attitudes   |
| Tableau XI     | : Possibilités d'être infecté par le VIH   |
| Tableau XII    | : Etre gêné pour l'achat de préservatifs   |
| Tableau XIII   | : Informer le ou la partenaire si on a le VIH  |
| Tableau XIV    | : Fréquentation du parent infecté par la maladie   |
| Tableau XV     | : Fréquentation des mêmes endroits   |
| Tableau XVI    | : Obligation d'informer les autres si VIH positif  |
| Tableau XVII   | : Autorisation de travailler pour les personnes infectées  |
| Tableau XVIII  | : Répartition des sujets depuis l'avènement du SIDA  |
| Tableau XIX    | : Appréciation de l'attitude face aux IST/VIH-SIDA   |
| Tableau XX     | : Répartition des sujets selon les pratiques sexuelles   |
| Tableau XXI    | : Type de pratique sexuelle  |
| Tableau XXII   | : Répartition des sujets sur l'utilisation des préservatifs  |
| Tableau XXIII  | : Raisons éventuelles de refus d'utiliser les préservatifs   |
| Tableau XXIV   | : Répartition des sujets selon les pratiques sexuelles depuis que les sujets sont informés sur le SIDA |
| Tableau XXV    | : Répartition des sujets selon les pratiques sexuelles de 2005 à 2006                                  |
| Tableau XXVI   | : Appréciation des pratiques sexuelles   |
| Tableau XXVII  | : Répartition des sujets en fonction de la réalisation du test de dépistage                            |
| Tableau XXVIII | : Répartition des sujets en fonction de l'année de réalisation du test de dépistage du VIH-SIDA        |
| Tableau XXIX   | : Répartition des étudiants en fonction de la possibilité de faire le test de dépistage du VIH         |
| Tableau XXX    | : Répartition des étudiants en fonction des actions à mener pour favoriser le dépistage volontaire     |

- Tableau XXXI : Activités menées par des structures de lutte contre le SIDA dans le milieu universitaire
- Tableau XXXII : Répartition des étudiants en fonction de la satisfaction des structures impliquées dans la lutte contre le VIH-SIDA
- Tableau XXXIII : Répartition des étudiants en fonction du caractère prioritaire de la lutte contre le VIH-SIDA en milieu universitaire
- Tableau XXXIV : Répartition des étudiants en fonction des canaux de communication dans la lutte contre le VIH-SIDA
- Tableau XXXV : Répartition des étudiants en fonction des Suggestion pour la mise en place d'un plan de lutte contre le VIH-SIDA en milieu universitaire
- Tableau XXXVI : Bilan des niveaux de connaissance, d'attitude et de pratique sexuelle

## INTRODUCTION

L'épidémie de VIH/SIDA est la pandémie la plus importante et la plus meurtrière. Elle s'est muée en une véritable tragédie, humaine et sociale, qui fait peser une menace considérable sur la sécurité de l'homme, sur la stabilité politique et sociale ainsi que sur le développement économique. Il est devenu à ce jour, un problème de société menaçant le développement des pays, surtout pauvres. La Côte d'Ivoire n'échappe pas à cette pandémie. En effet, elle est en Afrique de l'Ouest, le pays le plus touché. L'essentiel de la transmission du VIH s'opère en Afrique subsaharienne lors des rapports sexuels. Elle est surtout favorisée par les infections sexuellement transmissibles (IST) qu'elles soient ulcératives ou non [GROSSKURTH H, MOSHA F et al, 1995]. Le risque de contracter le VIH est 2,3 à 13,4 fois plus élevé chez les patients atteints d'IST [Deniaud F, Melman C, 2002]. Avec 69 millions de cas d'IST curables déclarés en 1999, l'Afrique subsaharienne présente la plus forte prévalence : 119 cas pour 1000.

Les connaissances de la population sur les IST et le VIH/SIDA sont variées mais elles sont le plus souvent faibles. Les adolescents, les plus touchés, ignorent ou savent peu sur le VIH/SIDA pour se protéger efficacement de l'infection à VIH. Aussi, le lien entre les IST et le VIH/ SIDA n'est-il pas toujours fait, et la gravité du VIH/SIDA reste mal perçue. Par conséquent, les comportements à risque restent répandus et marqués par la multiplicité des partenaires sexuels, la fréquentation des prostituées, le non port de préservatif, la mauvaise prise en charge des IST encore considérées comme maladies " tabous" ou " honteuses" [Touré, 2003]. Face à la gravité de ce fléau des temps modernes, des mesures efficaces de lutte s'imposent parmi lesquelles, l'accroissement de la sensibilisation sur le VIH/SIDA, le dépistage et la notification des cas de VIH/SIDA, l'amélioration de la prise en charge et le contrôle des IST.

## PROBLEMATIQUE

### *Situation du VIH-SIDA en cote d'ivoire*

Les premiers cas de SIDA, au nombre de deux, ont été diagnostiqués en Côte d'Ivoire en 1985. Le nombre de cas cumulés de SIDA notifiés était 500 en 1987 et 62 000 en 2000.

En 1997, la majorité des cas de SIDA était notée parmi les sujets âgés de 20 à 49 ans, avec une prédominance de la tranche d'âge de 30-34 ans (20 %). Les jeunes de 15 à 24 ans représentaient 18 % de la totalité des cas notifiés. Les adultes jeunes représentent donc les principales victimes.

Par ailleurs, le rapport homme-femme pour les cas notifiés est passé en 1998 de 4,8 hommes pour 1 femme à moins de 1 homme pour 1 femme en 2000. Ce qui traduit une féminisation importante de l'épidémie.

La prévalence du VIH dans la population sexuellement active de 15 à 49 ans est estimée à 6,7% en 2001 et de 7 % en 2003 selon le rapport 2004 de l'ONUSIDA.

Parmi les populations considérées à haut risque pour le VIH, les patients consultant pour une IST dans les dispensaires anti-vénériens d'Abidjan ont une prévalence du VIH relativement élevée. Des études conduites en 1990, 1991 et 1992, ont relevé des taux de prévalence respectifs de 19%, 19,9% et 20,1% [Côte d'Ivoire, 2006]. La séroprévalence parmi les femmes libres qui consultent pour la première fois dans une clinique à Abidjan est passée de 89% en 1992 à 27% en 2002. Certaines interventions telles le dépistage systématique et le traitement des IST ont démontré leur efficacité à travers la réduction de façon considérable de la séro-incidence du VIH et de la prévalence des IST dans cette population à Abidjan.

Dans le secteur de l'éducation, une étude réalisée sur la période scolaire 1996-1997, a donné les résultats suivants :

- 5 instituteurs décédés par semaine scolaire pour cause de SIDA et ayant eu une moyenne de 13 ans d'ancienneté [Côte d'Ivoire, 2006] ;
- Indisponibilité des instituteurs malades du fait du SIDA 24 semaines sur 28 semaines ouvrables avant leur décès.

De 1997-2000, il y a eu en Côte d'Ivoire, au moins 71 655 enfants âgés de 6 à 11 ans qui n'ont pas pu être scolarisés pour cause de VIH/SIDA.

Mais s'agissant de l'administration scolaire et des élèves au niveau de l'enseignement primaire, les données ne sont pas disponibles. De même, la situation du VIH n'est pas encore documentée pour les autres niveaux d'enseignement : secondaire général, universitaire, technique et professionnel.

Cependant, depuis les années 1990, la détermination commune à lutter contre le VIH/SIDA s'est intensifiée. Elle s'est traduite par :

- la création successive au niveau étatique d'un Bureau Central de Coordination de la lutte contre le VIH/SIDA, du Programme National de Lutte contre le Sida/MST/Tuberculose (PNLS) et depuis 2002, d'un Ministère chargé de la lutte contre le Sida (MLS) ;

- la création au niveau de la société civile d'un nombre important d'ONG dans différents secteurs ;
- la mobilisation du secteur privé.

La politique de décentralisation de la lutte contre le SIDA impulsée par le gouvernement à travers le MLS a abouti à l'élaboration de plans stratégiques sectoriels au niveau de l'ensemble des Ministères. Le Ministère de l'Enseignement Supérieur a validé le sien en mai 2004. Ce programme n'a pas encore connu une véritable application dans le milieu universitaire.

### *Situation du VIH-SIDA dans le monde étudiantin*

Le milieu étudiantin reste une population vulnérable face au phénomène du VIH/SIDA. En effet, cette population se caractérise par son extrême jeunesse, sa totale liberté et surtout les difficultés financières liées aux contraintes de la vie étudiantine elle-même : frais d'inscription, documentations, transport, nourriture et fournitures divers. Tout ceci, couplé à la rareté de la bourse d'étude, a fini par créer chez les étudiants, de nouvelles pratiques parmi lesquelles l'on dénombre malheureusement, la prostitution, le multi partenariat sexuel et la toxicomanie. (*ONG CRISE : Enquête socio comportementale sur le SIDA en milieu étudiantin ; JNLS1, nov.92*).

La situation dans les universités en Côte d'Ivoire est critique. Les tabous étant très forts, l'engagement dans la lutte contre le VIH/SIDA s'est faite de façon timide et donc insuffisante au point où les données statistiques font défaut, rendant ainsi difficile voire impossible l'évaluation de l'impact des activités menées jusqu'à ce jour. Aucune étude n'a pu rendre disponible des chiffres spécifiques au milieu universitaire.

Au Cameroun, sur la base des analyses de la situation et de la réponse du Sous-secteur Enseignement Supérieur au VIH/SIDA en 2004, les trois axes prioritaires d'intervention ci-après ont été retenus en raison de leur capacité d'inverser le tendance des IST/VIH/SIDA au sein de la communauté universitaire :

1. la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle ;
2. la prise en charge médico-psychosociale des cas ;
3. la coordination et le suivi des activités.

Les objectifs du présent mémoire se situent dans le contexte de manque de données sur le VIH/SIDA du monde universitaire qui est souvent une préoccupation au cours des réunions de haut niveau.

### *Objectif*

Cette étude a pour objectif principal d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques sexuelles de la transmission du VIH en milieu étudiant en Côte d'Ivoire.

Les objectifs spécifiques sont de :

- mesurer le niveau de connaissance sur les IST/VIH/SIDA ;
- mesurer le niveau d'attitude face aux IST/VIH/SIDA ;
- mesurer le niveau de pratique sexuelle ;
- Identifier les réseaux et les canaux de communication au sein de la communauté.

## I/ GENERALITES SUR LA LUTTE CONTRE LE SIDA

### I.1/ ENGAGEMENT INTERNATIONAL

#### I.1.1/ Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA

La déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA adoptée par la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies en juin 2001 engage les Etats membres et la communauté mondiale à prendre immédiatement des mesures énergiques pour faire face au fléau du sida. Elle prévoit d'atteindre plusieurs objectifs spécifiques, dont la réduction de la prévalence du VIH chez les jeunes des deux sexes, l'élargissement des mesures de prise en charge et de soutien et la protection des droits de la personne [OMS, 2003].

*«D'ici à 2003, établir des objectifs nationaux assortis de délais pour atteindre l'objectif mondial fixé en matière de prévention, soit réduire l'incidence du VIH parmi les jeunes, hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans, de 25 pour cent d'ici à 2005 dans les pays les plus touchés et de 25 pour cent à l'échelle mondiale d'ici à 2010» [OMS, 2003].*

*«D'ici à 2005, veiller à ce qu'au moins 90 pour cent et d'ici à 2010 au moins 95 pour cent des jeunes, hommes et femmes, aient accès à l'information, à l'éducation, y compris l'éducation par les pairs et l'éducation concernant le VIH axés sur les jeunes, et aux services nécessaires pour acquérir les aptitudes requises pour réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH, en pleine collaboration avec les jeunes, les parents, les familles, les éducateurs et les prestataires de soins de santé.» [OMS, 2003].*

*«D'ici à 2005, réduire de 20 pour cent, et d'ici à 2010, de 50 pour cent, la proportion de nourrissons infectés par le VIH en veillant à ce que 80 pour cent des femmes enceintes consultant pour des soins prénatals reçoivent des informations, des conseils et autres moyens de prévention de l'infection à VIH...» [OMS, 2003].*

#### I.1.2/ Objectifs de développement pour le millénaire

Les objectifs de développement adoptés lors du Sommet du millénaire en septembre 2000 visent également l'arrêt de la propagation du VIH/SIDA et une inversion de la tendance actuelle d'ici 2015.

*«Cible 7. D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle.»*

D'autres documents importants, notamment la Déclaration et le Cadre d'action d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses, adoptés lors du Sommet africain témoignent des engagements pris aux niveaux régional et national pour lutter contre cette épidémie [OMS, 2003].

## I.2/ ENGAGEMENT NATIONAL

### I.2.1/ Ministère de lutte contre le SIDA

L'engagement national s'est traduit par la création en Côte d'Ivoire d'un Ministère de lutte contre le SIDA (MLS). Le décret N° 2003-410 du 27 octobre 2003 porte organisation dudit Ministère [Côte d'Ivoire, 2006].

Le MLS est chargé du suivi de la politique du Gouvernement en matière de SIDA et de la mise en oeuvre de la réponse multisectorielle à la pandémie du SIDA.

A ce titre, et en liaison avec les différents départements ministériels intéressés, il a l'initiative et la responsabilité des actions suivantes :

- évaluation de l'impact du VIH/SIDA sur les différents secteurs du développement en collaboration avec l'ensemble des ministères;
- élaboration du plan stratégique national;
- promotion d'une politique de décentralisation de la lutte contre le SIDA en collaboration avec le ministère chargé de l'Administration territoriale;
- suivi et contrôle de la juste application des dispositions du Code du travail aux malades du SIDA;
- renforcement du plaidoyer auprès des décideurs;
- **prévention par l'information, l'éducation et la communication, notamment dans les entreprises, en milieu scolaire et universitaire aussi bien qu'en milieu rural;**
- mobilisation sociale en vue d'une participation communautaire;
- Promotion en encadrement des ONG chargés de la sensibilisation;
- organisation de la journée mondiale contre le SIDA;
- mobilisation des ressources en liaison avec le Ministère en charge des finances;
- suivi des ressources mobilisées aux niveaux des secteurs utilisateurs;
- élaboration et diffusion d'un rapport annuel;
- organisation d'une conférence nationale sur la réponse multisectorielle à la pandémie du VIH/SIDA tous les deux ans.

## **I.2.2/ Plan intérimaire 2005**

Dans le cadre de la politique de réduction de la prévalence du VIH/SIDA, un plan intérimaire 2005 a été élaboré. La prévention demeure l'une des stratégies majeures et doit rester à l'avant-garde de la lutte contre la pandémie. En effet, une bonne prévention permet de réduire les nouveaux cas et du coup la prévalence. C'est dans cette perspective que les huit Domaines d'Actions Prioritaires (DAP) suivants ont été retenus :

### **- DAP 1 : Les jeunes**

**Objectif général** : Réduire l'incidence des IST/VIH/SIDA chez les jeunes.

**Objectif spécifique** : Accroître le niveau de connaissance des jeunes sur les IST/VIH/SIDA.

Le développement des autres éléments (indicateurs, stratégies et étapes) se trouve dans le tableau I ci-dessous.

### **- DAP 2 : Les femmes**

**Objectif général** : Réduire l'incidence des IST/VIH/SIDA chez les femmes.

**Objectif spécifique1** : Accroître le niveau de connaissance des femmes des milieux urbain et rural sur les IST/VIH/SIDA.

**Objectif spécifique 2** : Réduire la dépendance économique de la femme

**Objectif spécifique 3** : Accroître le taux de scolarisation de la jeune fille d'ici fin 2005

**Objectif spécifique 4** : Accroître la proportion des femmes en âge de procréer ayant accès à un service de PTME

### **- DAP 3 : Les professionnels du sexe et leurs partenaires**

**Objectif général** : Réduire l'incidence des IST/VIH/SIDA chez les professionnels du sexe et leurs partenaires.

**Objectif spécifique** :

- Renforcer les Projets PPP existants
- Etendre les Projets PPP à toutes les régions sanitaires

### **- DAP 4 : Les populations mobiles**

**Objectif général** : Réduire l'incidence des IST/VIH/SIDA chez les populations mobiles.

**Objectif spécifique1** : Accroître chez les personnes mobiles la perception du risque de l'infection à VIH/SIDA et des conséquences des IST sur leur santé.

**Objectif spécifique 2** : Accroître l'adoption de comportements sexuels à moindre risque chez les personnes mobiles

**Objectif spécifique 3** : Rendre accessible le dépistage et les soins des IST/VIH/SIDA chez les personnes mobiles.

Tableau I : Développement des stratégies et étapes du DAP 1 (les jeunes)

| Objectifs spécifiques  | Indicateurs   | Stratégies   | Etapes   |
|--|---|--|--|
| Accroître la perception du risque personnel des IST/VIH/SIDA chez les jeunes | Pourcentage des jeunes connaissant au moins deux méthodes de prévention | Création/ Revitalisation des clubs IST/VIH/SIDA dans les écoles  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Identifier les causes de l'inexistence et / ou du non fonctionnement des clubs IST/VIH/SIDA</li> <li>2- redéfinir les orientations et les modalités de fonctionnement de ces clubs</li> <li>3- Apporter un appui dans la mise en oeuvre des activités des clubs de santé</li> </ol>  |
|  |   | Intégration / Renforcement de la formation sur le VIH/SIDA et l'éducation sexuelle dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieure                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1-Evaluer les approches pédagogiques et les supports existants (ECM)</li> <li>2-Elaborer des modules de formation VIH/SIDA pour les élèves, les étudiants et les enseignants en rapport avec leur environnement.</li> <li>3-Intégrer les modules de formation dans la formation initiale des enseignants et dans le programme de formation des élèves et étudiants</li> </ol> |
|  |   | Intégration des méthodes life skills (formation par compétence) dans les écoles  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1- tester les méthodes life skills</li> <li>2-Evaluer les méthodes life skills</li> <li>3- Généraliser les méthodes life skills</li> </ol>  |
|  |   | Renforcement de la promotion de la santé sexuelle et de la santé de la reproduction.   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Réviser les curricula de formation</li> <li>2- Etudier les modalités de généralisation</li> <li>3- Généraliser la santé sexuelle et la santé de la reproduction</li> </ol>   |
|  |   | Développement / Renforcement des réseaux des jeunes (RIJES, RIP/AJ...)<br>ciblant la jeunesse déscolarisée et non scolarisée des milieux urbain et rural | <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Evaluer les réseaux existants de jeunes</li> <li>2-Mettre en place/renforcer les réseaux de jeunes</li> <li>3-Promouvoir les activités d'appui</li> <li>4-Coordonner les activités des réseaux</li> </ol>  |
|  |   | Renforcement/Développement de l'éducation des pairs chez les jeunes déscolarisés et non scolarisés   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Evaluer l'action des pairs éducateurs</li> <li>2- Réviser les manuels pour la formation des pairs éducateurs</li> <li>3- Développer des supports visuels pour les jeunes non scolarisés</li> <li>4- Former/renforcer les pairs éducateurs</li> <li>5-Sensibiliser les jeunes non scolarisés et déscolarisés à travers les pairs éducateurs</li> </ol>                      |
|  |   | Promotion du dépistage volontaire chez les jeunes  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Renforcer les messages sur le dépistage</li> <li>2- Diffuser largement ces messages</li> </ol>   |
|  |   | Facilitation de l'accès aux centres de dépistage du VIH/SIDA   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Faire une cartographie des centres de dépistage existant</li> <li>2- Créer des centres de dépistage</li> <li>3- Sensibiliser les jeunes sur l'existence des centres de dépistage</li> <li>4- Sensibiliser les jeunes au dépistage volontaire</li> </ol>  |
|  |   | Promotion de l'abstinence et de la fidélité.   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Renforcer les messages sur l'abstinence et la fidélité</li> <li>2- Diffuser ces messages</li> </ol>  |
|  |   | Utilisation de déviants positifs   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Identifier les déviants positifs</li> <li>2- Les impliquer dans la diffusion de ces messages</li> </ol>  |

**- DAP 5 : Les Corps habillés et Combattants**

**Objectif général :** Réduire l'incidence des IST/VIH/SIDA chez les Corps habillés et Combattants.

**Objectif spécifique 1 :** Accroître chez les Corps habillés et Combattants la perception du risque de l'infection à VIH/SIDA et des conséquences des IST sur leur santé.

**Objectif spécifique 2 :** Renforcer l'accessibilité au dépistage et aux soins des IST/VIH/SIDA au sein des Corps habillés et Combattants.

**- DAP 6 : Le marketing social du préservatif**

**Objectif général :** Promouvoir l'utilisation des préservatifs dans la population.

**Objectif spécifique 1 :** Accroître de 10% l'utilisation systématique du préservatif chez les jeunes s'engageant dans une relation sexuelle.

**Objectif spécifique 2 :** Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des préservatifs masculin et féminin sur l'ensemble du territoire ivoirien

**- DAP 7 : Les OEV**

**Objectif général :** Réduire l'impact social du VIH/SIDA sur les OEV.

**Objectif spécifique :** Accroître le niveau de connaissance des groupes et communauté sur la problématique des OEV

**- DAP 8 : La sécurité transfusionnelle et des injections**

**Objectif général :** Réduire la transmission du VIH/SIDA par voie sanguine.

**Objectif spécifique 1 :** Améliorer la disponibilité du sang sécurisé

**Objectif spécifique 2 :** Accroître l'utilisation du matériel piquant et/ou tranchant à usage unique par le personnel soignant.

**Objectif spécifique 3 :** Accroître les capacités des structures nationales et régionales de transfusion sanguine.

### I.3/ ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN MILIEU UNIVERSITAIRE.

L'impact multidimensionnel du fléau est de plus en plus perceptible dans tous les secteurs de la vie nationale et plus particulièrement dans les secteurs en charge de l'éducation. Le secteur éducation comporte trois niveaux : l'enseignement primaire, l'enseignement secondaire et l'enseignement supérieur.

L'Enseignement Supérieur représente le niveau le plus élevé du système éducatif en Côte d'Ivoire. Il est animé par des institutions publiques et privées agréées par l'État et couvre une population estudiantine estimée à plus de 80 000 personnes. Les capacités de logements des cités universitaires sont considérablement réduites après la fermeture des deux plus grandes que sont celles de la commune de Yopougon. Sur les quinze cités restantes, la capacité théorique est estimée à 9597 lits individuels [CROU, 2005]. Compte tenu des difficultés de logement liées aussi au phénomène de la guerre survenue depuis le 19 septembre 2002, les cités sont surpeuplées. Grâce à la solidarité africaine, on y rencontre le plus souvent un lit pour trois personnes.

#### **I.3.1/ La hiérarchie universitaire**

Au sein de l'administration universitaire et de la direction du Centre Régionale des Œuvres Universitaire (CROU), il n'existe ni une organisation de lutte contre le SIDA, ni une structure de prise en charge. La prise en charge qui existait au niveau du CROU a été supprimée depuis l'année 2000. De plus, il n'existe pas de répertoire fiable des associations et ONG de lutte contre le VIH-SIDA au niveau de ces deux organes de gestion des étudiants de sorte qu'ils ne jouent pas de rôle de plaidoyer pour elles [Ravaka R, 2005].

#### **I.3.2/ Les associations et ONG**

Les associations et ONG de lutte contre le SIDA ont débuté dans le milieu universitaire depuis 1992 à partir d'une enquête socio comportementale réalisée chez les étudiants. Les comportements à risque constatés chez l'étudiant ont conduit à la création de l'ONG Cellule de Recherche et d'Information sur le Sida en milieu Estudiantin « CERISE ou ex-CRISE » en 1993. Plusieurs autres ONG ont été créées dans le milieu à partir des années 2000. Il s'agit de Campus sans sida, Jeunesse Sans Tabac « JST » (2004), Mouvement Estudiantin pour la Sensibilisation sur le Sida « MESSI » (2002), Notre Afrique (2004), SAuvons la Jeunesse Estudiantine et Scolaire (SAJES). Des associations religieuses présentent dans le milieu universitaire mènent aussi des activités de luttent contre le SIDA [Ravaka R, 2005].

#### I.4/ EVALUATION DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE SIDA [Rehle T, 2001].

L'épidémie de VIH/SIDA continue à se propager dans le monde, surtout dans les régions en développement. La qualité et l'efficacité des actions de prévention menées demeurent cependant des facteurs critiques. Les résultats de plus de 15 années de lutte contre le virus sont variables : si certains pays ont pu démontrer une chute du nombre des nouveaux cas d'infection, on constate ailleurs des taux d'incidence élevés. L'évaluation des programmes de lutte contre le VIH/SIDA est un défi perpétuel. Il faut cependant reconnaître son importance, non seulement pour améliorer les interventions en cours, mais aussi pour aider au succès de futures initiatives. Pour évaluer les actions de prévention, de soins ou d'assistance dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, l'approche décrite par Michael Quinn Patton<sup>1</sup> stipule que le terme évaluation se rapporte à « ...tout effort d'amélioration de l'efficacité humaine basé sur une exploitation systématique de données. Quand on examine et quand on juge résultats et efficacité, on procède à une évaluation. Si cet examen est conduit de façon systématique et empirique grâce à une collecte rigoureuse de données que l'on soumet ensuite à une sérieuse analyse, on peut parler d'étude d'évaluation. (...) L'évaluation est une forme de recherche appliquée ou encore un type de " science d'action ". C'est ce qui distingue l'étude d'évaluation de la recherche fondamentale. (...) Le but de cette recherche appliquée et de l'évaluation est d'informer les parties engagées dans des interventions, d'améliorer leurs décisions et d'exploiter les informations pour résoudre des problèmes humains et sociaux. (...) Une étude d'évaluation se juge à sa capacité à rendre plus efficaces les actions et les interventions humaines et à son utilité pratique pour les décideurs, les responsables de l'orientation des politiques et les autres participants aux efforts d'amélioration du monde. »

Cette approche pragmatique privilégie avant tout les intérêts des utilisateurs, autrement dit des principales parties concernées par le programme et avides d'informations à tous les niveaux, qu'il s'agisse par exemple des donateurs, des autorités du pays hôte ou des agences chargées de l'exécution du projet. Elle exploite les méthodes de recherche socio épidémiologique pour pouvoir améliorer la conception et la mise en oeuvre des programmes de lutte contre le VIH/SIDA [Rehle T, 2001].

##### **I.4.1/ Un cadre complet d'évaluation des programmes nationaux**

Les programmes de lutte contre le VIH/SIDA doivent être évalués à différents stades. Le Tableau II indique l'ensemble des étapes à respecter. Elles constituent un tout. Chaque collecte d'informations est indispensable si l'on souhaite obtenir une image complète du

programme. Aucune d'entre elles ne peut fournir à elle seule les données nécessaires à l'amélioration des résultats ou des politiques en place. L'effort d'évaluation doit faire appel à diverses approches complémentaires et à des méthodes tant quantitatives que qualitatives [Rehle T, 2001].

Tableau II : Un cadre complet d'évaluation [Rehle T, 2001] [Rehle T, 2001].

| Type d'évaluation  | Questions en rapport   |
|--|--|
| Évaluation initiale<br>(influence sur la conception du projet)   | Une intervention est-elle nécessaire ?<br>Qui peut en bénéficier ?<br>Comment faut-il la réaliser ?                              |
| Évaluation en cours d'exécution<br>(suivi des intrants et des extrants ;<br>estimation de la qualité des services) | Les activités se déroulent-elles comme prévu ?<br>Quelle est la qualité des services fournis ?                                   |
| Évaluation de l'efficacité<br>(résultats et impact)  | Quels sont les résultats observés ?<br>Quelle est leur signification ?<br>Le programme a-t-il un effet véritable ?               |
| Analyse coût efficacité<br>(avec examen de la durabilité)  | Faut-il changer ou généraliser les priorités du programme ?<br>Dans quelle mesure faut-il modifier l'allocation des ressources ? |

#### 1.4.1.1/ Évaluation initiale

L'évaluation initiale doit s'effectuer durant la phase de planification (ou de nouvelle planification) d'un programme de prévention, de soins ou d'assistance. Elle permet de cerner des problèmes liés à l'intervention ou à son évaluation avant la véritable mise en route du programme. Cette phase se caractérise par une certaine souplesse et offre aux parties finançant le projet une plus grande liberté de décision. Cette première évaluation examine les besoins d'intervention et fournit les informations utiles à la définition de buts et d'objectifs réalistes pour les actions envisagées. Elle aide les planificateurs du programme à choisir de bonnes stratégies et les conditions de leur mise en oeuvre. Les techniques employées à ce niveau peuvent aussi servir d'outil exploratoire lorsque la situation change durant l'exécution d'un projet. Les méthodes d'évaluation initiale permettent d'éliminer les approches, les plans et les concepts inacceptables ou inefficaces. Face à l'urgence créée par l'épidémie de VIH/SIDA, de nombreux programmes se sont lancés dans des interventions en négligeant de conduire une évaluation préalable sérieuse. Cette lacune s'observe surtout au niveau des actions communautaires destinées à freiner la transmission du virus par voie sexuelle. Dans bien des cas, les interventions sont basées sur des idées étrangères au contexte de vie des populations ciblées. Les articles publiés sur les projets de changement comportemental

fourmillent d'exemples de telles idées. Présentées dans un cadre abstrait, elles semblent convaincantes, mais une fois transposées dans la réalité, elles sont rejetées par les populations visées ou sont incompatibles avec leur mode d'existence. Une meilleure compréhension du problème dès l'origine aurait conduit les planificateurs du programme à refondre leur intervention pour faciliter son acceptation par les groupes ciblés. Cette situation est heureusement en train de changer : de plus en plus, les concepteurs intègrent en effet une phase d'évaluation initiale à leurs projets. L'évaluation initiale a recours à plusieurs techniques pour fournir rapidement des informations pertinentes aux concepteurs du programme :

- ✚ examen des données existantes ;
- ✚ discussions de groupe centrées sur certains thèmes précis ;
- ✚ interviews individuelles en profondeur ;
- ✚ observation participante ;
- ✚ courtes enquêtes quantitatives avec questionnaires structurés.

Les efforts d'évaluation initiale sont souvent critiqués pour leur manque de validité externe. Comme les résultats proviennent d'estimations rapides faites à petite échelle et/ou d'études pilotes, on ne peut pas les généraliser et les projeter sur une population plus importante. Malgré cette limitation, les efforts initiaux permettent en général d'identifier les approches, les conceptions et les idées qui seraient inacceptables ou inefficaces. Il faut cependant ajouter que, même si la phase de planification inclut une évaluation selon les règles, celle-ci ne peut garantir le succès du programme, ne serait-ce que parce que son efficacité dépendra des conditions de sa mise en œuvre [Rehle T, 2001].

#### 1.4.1.2/ Évaluation en cours d'exécution

Une fois l'intervention lancée, il y a lieu de vérifier si les activités se déroulent comme prévu et si les délais et les budgets sont respectés. Cette seconde phase d'évaluation permet de répondre à des questions élémentaires comme : « Quel est le stade de fonctionnement des activités programmées ? » et « Quels sont les services fournis, à qui, quand, à quelle fréquence, pour quelle durée et dans quel contexte ? » L'évaluation doit porter à la fois sur les intrants (ressources de base indispensables, qu'il s'agisse de personnel, de fonds, de matériels ou de temps) et sur les extrants (résultats immédiats, qu'il s'agisse de fournitures distribuées, d'employés formés ou d'unités de prestation produites). Les réponses apportées sont souvent de nature quantitative. Pour bien comprendre le comment et le pourquoi du succès ou de l'échec d'un programme de prévention, il faut aussi obtenir des informations d'ordre qualitatif. L'effort d'évaluation oblige à se rapprocher des sources de données, à connaître tous les détails du programme et à examiner non seulement les effets escomptés, mais aussi les

conséquences inattendues. Une bonne compréhension du déroulement de l'intervention peut aider à expliquer ses résultats. Mais ce type d'évaluation n'est pas conçu pour démontrer l'efficacité d'un programme. L'évaluation en cours d'exécution joue également un rôle important dans un contexte épidémique évolutif. Elle peut en effet servir à améliorer ou à modifier une intervention en apportant les informations nécessaires à l'ajustement des stratégies de fourniture des prestations ou des objectifs du programme. L'évaluation doit s'effectuer tout au long de l'intervention. Il faut recourir à plusieurs méthodes pour jauger les activités. Les évaluateurs peuvent ainsi examiner les documents des services, exiger des rapports réguliers, conduire des entretiens avec des personnes bien informées (informateurs clés) et des interviews à la sortie des dispensaires, ou encore observer directement les activités en se faisant passer pour des clients (« client-mystère »), par exemple dans les centres de traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) ou dans les centres de conseil et de dépistage volontaire (CDV). Ils pourront aussi mener des enquêtes auprès d'échantillons représentatifs pour estimer la zone de couverture du programme ainsi que les obstacles limitant l'utilisation des services [Rehle T, 2001].

#### 1.4.1.3/ Evaluation de l'efficacité : résultats et impact

L'évaluation d'un programme de lutte contre le SIDA requiert presque toujours des mesures quantitatives. Elles permettent de savoir à quel point les objectifs ont été atteints. Ce type d'évaluation sert à répondre aux questions suivantes : « Quels sont les résultats observés ? », « Quelle est leur signification ? » et « Le programme exerce-t-il un effet véritable ? » Pour tenir compte, d'une part, des diverses phases de mise en oeuvre du programme et, d'autre part, du fait qu'au fil du temps de nouvelles cohortes d'âge deviennent sexuellement actives, il est conseillé d'évaluer l'efficacité en distinguant les effets à court ou moyen terme (résultats du programme) des effets à long terme (impact du programme). Le tableau III contient des exemples de paramètres pour ces deux catégories.

Pour bien sélectionner les indicateurs de résultats ou d'impact, on doit d'abord définir soigneusement les buts et les objectifs du programme. Par ailleurs, l'évaluation de l'efficacité repose habituellement sur des valeurs quantitatives. Enfin, comme les interventions multiples et synergiques entraînent plus facilement des changements comportementaux, il conviendra d'éviter que les enquêtes se limitent aux effets d'une action particulière. Leur conception doit permettre de dégager des tendances comportementales au sein de groupes servis par plusieurs programmes. L'évaluation d'une intervention unique se fait en général grâce à des études comparatives, qui sont à la fois rigoureuses et coûteuses.

Tableau III : Mesures possibles des résultats ou de l'impact d'un programme [Rehle T, 2001].

| Résultats du programme<br>(effets à court ou moyen terme)  | Impact du programme<br>(effets à long terme)  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Changement des attitudes vis-à-vis du VIH/SIDA</li> <li>• Évolution des comportements à risque (VIH/SIDA)</li> <li>• Évolution des taux d'IST (ex. : gonorrhée)</li> <li>• Réponse et soutien au niveau social</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persistance de la baisse des comportements à risque (VIH/SIDA)</li> <li>• Évolution des taux de VIH/SIDA</li> <li>• Taux de mortalité due au SIDA</li> <li>• Réduction de la vulnérabilité individuelle ou communautaire ou collective (VIH/SIDA)</li> <li>• Persistance de changements des normes sociales</li> </ul> |

#### 1.4.1.4/ Analyse coût-efficacité

Une analyse coût-efficacité cherche aussi à mesurer les effets d'un programme, mais en leur associant un coût par résultat unitaire (ex. : coût par infection évitée). En comparant les ressources et les conséquences de diverses interventions, les analyses de coûts et les analyses coût-efficacité peuvent aider à fixer les priorités, à allouer les ressources et à concevoir les programmes.

#### 1.4.2/ Problèmes d'attribution des changements observés

Le but ultime de tout programme de lutte contre le VIH/SIDA est de réduire le nombre de nouveaux cas d'infection. L'évaluation des interventions est un processus complexe. D'une part, elle se fait dans un contexte épidémique qui évolue dans le temps. D'autre part, nous ne possédons qu'une compréhension limitée du rôle de divers facteurs comportementaux et épidémiologiques lors du passage au stade endémique. Plusieurs paramètres indépendants des actions de prévention peuvent, dans un contexte donné, contribuer à la stabilisation ou à la chute observée de la prévalence ou de l'incidence du VIH. On peut signaler les paramètres suivants :

- ↓ mortalité, surtout en cas d'épidémie avancée ;
- ↓ effets de saturation au sein des groupes à haut risque ;
- ↓ changements comportementaux spontanés chez les amis ou les parents de personnes touchées par le VIH/SIDA ;
- ↓ courants migratoires ayant un impact sur l'épidémie ;
- ↓ erreurs d'échantillonnage et/ou erreurs de collecte ou d'analyse des données.

Les changements d'incidence ou de prévalence observés résultent-ils vraiment des efforts d'intervention ou plutôt d'une évolution naturelle de l'épidémie ? La réponse est plus difficile à cerner quand le nombre de cas de maladies liés au SIDA croît au point d'influencer directement les comportements. On sait que la tendance séculaire s'oriente alors vers une

réduction spontanée des risques d'exposition au virus. Ainsi, les adolescents ayant un ami ou un parent atteint du VIH/SIDA peuvent d'eux-mêmes opter pour l'abstinence sexuelle ou décider d'employer un préservatif avec leurs partenaires occasionnels. Les programmes de prévention ne représentent qu'un des nombreux facteurs influençant le comportement sexuel humain. Cette question de l'attribution des changements observés a provoqué quelques frictions entre les parties impliquées dans les programmes et les responsables de leur mise en oeuvre sur le terrain. Ce phénomène s'observe surtout dans les pays où l'épidémie est à un stade avancé. Différents critères et différentes perspectives d'évaluation peuvent en effet s'opposer. Du point de vue de la santé publique, il est possible de négliger cette attribution : peu importe de savoir si telle ou telle intervention est à l'origine réelle des changements constatés ; ce qui compte, c'est que les pratiques sexuelles deviennent moins risquées et que, par suite, le nombre des nouveaux cas d'infection recule. Par contre, du point de vue des experts conduisant les analyses coût-efficacité ou des responsables de l'orientation des politiques, cette question de l'attribution revêt une grande importance. Il faut qu'ils sachent les causes de l'évolution des comportements sexuels. S'il est démontré qu'une intervention donnée n'a pas exercé de grand impact, il pourra en effet être envisagé de transférer ses ressources à des projets plus utiles. Dans ce domaine, les programmes de prévention sont soumis à des pressions de plus en plus fortes. Ils doivent déterminer les approches qui offrent les meilleurs rapports coût-efficacité pour chaque population ciblée compte tenu du contexte épidémiologique et des ressources disponibles. L'évaluation de l'efficacité d'une intervention est donc une tâche primordiale ; elle permet de répondre à une question fondamentale : « Le programme a-t-il vraiment un effet ? »

Pour les évaluateurs, la recherche d'un lien de cause à effet entre l'intervention et les résultats ou l'impact observés est une tâche contrariante. Leurs estimations peuvent se faire avec des degrés variables de fiabilité, mais sans certitude absolue. Une règle s'impose ici : plus l'étude est conduite avec rigueur, plus ses résultats gagnent en validité. Selon la conception de l'évaluation, on pourra conclure avec plus ou moins de poids que certains des changements observés sont effectivement attribuables au programme et qu'ils ne résultent pas de l'influence de facteurs externes. Le Tableau IV présente diverses méthodes possibles classées par ordre décroissant de validité. Les méthodes non expérimentales basées sur l'observation et réalisées sans groupe témoin ont été couramment utilisées pour l'évaluation de la cause de changements comportementaux. Si la comparaison de données avant et après une intervention peut permettre, même sans groupe témoin, d'estimer le rendement d'un programme offrant des prestations, il importe de souligner qu'une telle méthode n'est pas la plus convaincante pour

mesurer l'efficacité d'une intervention. Sa nature même est problématique et complique la détermination d'un lien de cause à effet, car elle ne permet pas d'exclure d'autres explications de changements comportementaux survenant dans le temps.

Tableau IV : Méthodes possibles d'évaluation (par ordre décroissant de validité) [Rehle T, 2001].

|  | Méthodes  |
|--|---|
| I Études expérimentales                      | a) Études comparatives randomisées  |
| II Études quasi-expérimentales               | a) Études comparatives non randomisées  |
| III Études d'observation                     | a) Études de cohortes avec contrôles simultanés<br>b) Études de cohortes avec contrôles historiques<br>c) Études cas-témoin |
| IV Enquêtes transversales sans groupe témoin | a) Enquêtes successives dans des populations cibles<br>b) Enquêtes avant et après intervention                              |

Les données tirées de l'évaluation d'une intervention doivent toujours être interprétées avec circonspection. La capacité des évaluateurs est en fait souvent limitée par un manque de temps, de ressources ou de rigueur, ce qui empêche une bonne estimation de l'efficacité réelle. Bien des facteurs prêtant à confusion peuvent jouer sur les résultats, sans compter les multiples biais possibles liés soit à la nature même de l'épidémie de VIH/SIDA, soit aux méthodes de mesure employées, soit encore aux personnes chargées de l'évaluation. Un des problèmes les plus ardues pour les évaluateurs est de savoir si tel ou tel effet mesuré est vraiment la conséquence de l'intervention étudiée. L'analyse des interactions et des multiples influences est un exercice extrêmement difficile. C'est une des raisons pour lesquelles les programmes ont du mal à établir un lien solide entre leurs actions et les résultats observés. A un certain point, ils doivent parfois cesser de s'intéresser à cette question d'attribution pour se consacrer au suivi uniquement des changements en cours.

## **II/ METHODOLOGIE**

Il s'agit d'une enquête transversale de connaissance, attitudes et pratiques menée à l'endroit des étudiants sur la base d'un questionnaire individuel, auto administré.

### **II.1/ OBJECTIFS**

De façon spécifique, l'étude devrait s'intéresser aux aspects suivants :

- les connaissances sur les IST/VIH-SIDA,
- les attitudes face aux IST/VIH-SIDA
- les pratiques sexuelles face aux IST/VIH/SIDA ;
- les canaux de communication.

### **II.2/ POPULATION A ENQUETER**

La population de l'enquête est constituée par les étudiants résidant dans les cités universitaires d'Abidjan. Les cités visitées sont représentées par celles d'Abobo, du Campus de Cocody et de la Riviera II.

L'échantillon de notre étude est constitué de 122 étudiants âgés de 19 à 32 ans des deux sexes, choisis au hasard et de tout niveau universitaire. L'administration du questionnaire (annexe 1) s'est faite par la méthode des pairs éducateurs pour garantir la fiabilité des résultats du 1<sup>er</sup> au 7 novembre 2006.

### **II.3/ DIFFICULTES RENCONTRES**

Des difficultés sont rencontrées au niveau de certains étudiants du fait qu'ils soient en période d'examen et que le questionnaire à remplir soit long.

### **II.4/ TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES**

#### **II.4.1/ Saisie informatique**

La saisie de données et le traitement ont été fait dans Excel.

#### **II.4.2/ Indicateurs de l'étude**

Pour répondre aux objectifs spécifiques, les indicateurs suivants ont été recherchés :

- Caractéristiques des sujets de l'étude ;
- Proportion de sujets selon les degrés de connaissances sur le VIH/SIDA ;
- Proportion de sujets selon les connaissances sur les facteurs à risque de VIH/SIDA ;
- Attitudes et pratiques des sujets face aux IST et au VIH/SIDA ;
- Proportion de sujets utilisant les préservatifs ;

- Proportion de sujets acceptant de travailler dans le même service ou au bureau ou de vivre avec un malade atteint d'IST ou de VIH/SIDA ;

La détermination du niveau de connaissance, des classes de comportement et celles de pratiques a été rendue possible grâce à une pondération des variables en fonction de leur importance [Koffi M, 2004] (Cf. Annexe 2 pour la pondération des variables).

**Connaissance** : Sur la fiche d'enquête, chaque item du chapitre des connaissances sur les IST/SIDA a été coté de 0 à 1 (selon que la réponse était juste ou fausse).

La somme de ces points donnait un total compris entre 0 et 20 points.

Ainsi, un total compris entre :

- 0 et 9 points correspond à un bas niveau de connaissance ;
- 10 et 15 points correspond à un niveau moyen de connaissance ;
- 16 et 20 points correspond à un bon niveau de connaissance.

**Comportement** : Une cotation a été attribuée aux items se rapportant à l'attitude des enquêtés face aux IST/ SIDA (selon que la réponse était positive ou négative). La somme de ces points donnait un total compris entre 0 et 10.

Ainsi un total compris entre :

- 0 et 4 points correspond à un mauvais comportement ;
- 5 et 6 points à un comportement acceptable ;
- 7 et 10 points correspond à un bon comportement.

**Pratiques** : Les items correspondant aux pratiques sexuelles ont été cotés 0 quand il s'agissait de bonnes pratiques ou de 0,5 à 1 point lorsqu'il s'agissait de mauvaises pratiques.

- Un total de points = 0, correspond aux bonnes pratiques
- Un total de points > 0, correspond aux mauvaises pratiques

La pondération des différents items de la connaissance, du comportement et de la pratique bien que restant à valider, a permis de définir des classes nécessaires à l'évaluation des actions à venir de lutte contre le VIH/SIDA.

### III/ RESULTATS ET DISCUSSION

#### III.1/ CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON

Le tableau V montre une population majoritairement de sexe masculin (71,31%) avec un sex-ratio de 2,5. Les étudiants enquêtés résident tous en cité universitaire. Dans la majorité des cas, ils sont célibataires (90%), ne fument pas (86,67%), consomment occasionnellement l'alcool (63,25%). Au nombre des enquêtés 7,56% sont engagés dans des structures de lutte contre le VIH-SIDA et 3,52% font leurs études dans les UFR des sciences de santé.

Tableau V : Répartition des étudiants selon les caractéristiques démographiques

| Caractéristiques                           | n   | Valeurs recherchées  |         |
|--|-----|----------------------|---------|
| 1. Sexe                                    | 122 | Masculin             | 71,31%  |
|  |     | Féminin              | 28,69%  |
| 2. Age (années)                            | 103 | moyenne              | 25      |
|  |     | médiane              | 25      |
|  |     | minimum              | 19      |
|  |     | maximum              | 32      |
| 3. Niveau d'étude                          | 117 | 1 <sup>e</sup> année | 10,26%  |
|  |     | 2 <sup>e</sup> année | 25,64%  |
|  |     | 3 <sup>e</sup> année | 18,80%  |
|  |     | 4 <sup>e</sup> année | 35,90%  |
|  |     | 5 <sup>e</sup> année | 6,84%   |
|  |     | Thèse                | 0,85%   |
| 4. Type d'étude                            | 117 | Sciences de la santé | 3,42%   |
|  |     | *Autres              | 96,58%  |
| 5. Situation matrimoniale                  | 120 | Concubinage          | 10,00%  |
|  |     | Célibataire          | 90,00%  |
| 6. Avoir des enfants                       | 96  | Pas d'enfant         | 82,29%  |
|  |     | 1 enfant             | 12,50%  |
|  |     | 2 enfants            | 4,17%   |
|  |     | 3 enfants            | 1,04%   |
| 7. Tabac                                   | 120 | Oui                  | 13,33%  |
|  |     | Non                  | 86,67%  |
| 8. Alcool                                  | 117 | Pas du tout          | 35,04%  |
|  |     | Occasionnellement    | 63,25%  |
|  |     | Régulièrement        | 1,71%   |
| 9. Engagement dans la lutte contre le sida | 119 | Oui                  | 7,563%  |
|  |     | Non                  | 92,437% |

\*Autres : les autres formations du supérieur autres que celles des sciences de la santé

## III.2/ CONNAISSANCES SUR LES IST/SIDA

### III.2.1/ Connaissances générales

L'appréciation de la connaissance générale des sujets sur les IST/SIDA est résumée dans le tableau VI. Tous les étudiants enquêtés avaient déjà entendu parlé des IST (100%), et du SIDA (100%) à partir de plusieurs canaux dont l'école, les mass média (la Radio, la télévision, la presse écrite), le service médical, les ONG, les amis et la famille. Mais quelques insuffisances ont été notées sur l'existence réelle du VIH/SIDA ; la signification du SIDA ; la contamination du VIH favorisée par le paludisme ; le traitement et la guérison du SIDA.

Ceci montre qu'il est opportun de contrôler le contenu des messages diffusés et de tenir également compte de tous ces préjugés à travers les divers canaux de communication.

Tableau VI : Répartition des étudiants selon la connaissance générale sur les IST/SIDA

| Connaissances générales sur les IST/SIDA                            | n   |                | Valeurs recherchées |
|---|-----|----------------|---------------------|
| 1. Déjà entendu parler des IST                                      | 122 | Oui            | 100,00%             |
|   |     | Non            | 0,00%               |
| 2. Déjà entendu parler du SIDA                                      | 122 | Oui            | 100,00%             |
|   |     | Non            | 0,00%               |
| 3. Le SIDA existe réellement  | 122 | Oui            | 96,72%              |
|   |     | Non            | 0,82%               |
|   |     | Pas de réponse | 2,46%               |
| 4. Signification du SIDA  | 122 | Oui            | 91,80%              |
|   |     | Non            | 0,82%               |
|   |     | Pas de réponse | 7,38%               |
| 5. Le paludisme favorise la contamination par le VIH                | 122 | Oui            | 5,74%               |
|   |     | Non            | 74,59%              |
|   |     | Ne sait pas    | 13,93%              |
|   |     | Pas de réponse | 5,74%               |
| 6. Avoir une IST favorise la contamination par le VIH               | 122 | Oui            | 66,39%              |
|   |     | Non            | 11,48%              |
|   |     | Ne sait pas    | 11,48%              |
|   |     | Pas de réponse | 10,66%              |
| 7. Le VIH peut provoquer la survenue d'autres maladies              | 122 | Oui            | 88,52%              |
|   |     | Non            | 2,46%               |
|   |     | Ne sait pas    | 6,56%               |
|   |     | Pas de réponse | 2,46%               |
| 8. Connaissance de l'existence d'un médicament pour soigner le SIDA | 122 | Oui            | 13,11%              |
|   |     | Non            | 72,13%              |
|   |     | Ne sait pas    | 13,11%              |
|   |     | Pas de réponse | 1,64%               |
| 9. On peut guérir du SIDA   | 122 | Oui            | 11,48%              |
|   |     | Non            | 70,49%              |
|   |     | Ne sait pas    | 17,21%              |
|   |     | Pas de réponse | 0,82%               |

### **III.1.2/ Connaissances sur la transmission du VIH-SIDA**

Le tableau VII montre une bonne connaissance des voies de contamination habituelles du VIH, à savoir l'usage de drogue intraveineuse (80,33%), la transfusion sanguine (96,72%), les rapports sexuels non protégés (98,36%), les objets souillés par le sang (95,08%), la femme enceinte à son enfant (89,34%) et au cours des circoncisions /excisions (95,08%). Ces résultats sont en hausse par rapport à ceux observés à Abengourou à l'exception du chapitre circoncision/excision. A l'inverse, certaines autres occasions de transmissions telles que le lévirat /sororat, au cours des fêtes de retrouvailles sont très différents. Nous avons respectivement au niveau des étudiants enquêtés d'Abidjan et de la population enquêtée à Abengourou, 34,43% contre 86,5% pour le lévirat /sororat et 10,66% contre 55,5% au cours des fêtes de retrouvaille. Les différences observées pourraient être dues aux réalités de chaque milieu.

Par ailleurs, certains préjugés en rapport avec les voies de contamination sont à noter, à savoir : les piqûres de moustique et le port de vêtement d'un malade. Ces résultats montrent que dans l'élaboration des messages de sensibilisation, il faut tenir compte de ces préjugés qui ne favorisent guère les attitudes vis-à-vis du séropositif/malade de SIDA.

### **III.1.3/ Connaissances sur les comportements à risque**

A partir du tableau VIII, on note que la fréquence de connaissance des comportements à risque habituels comme « avoir plusieurs partenaires sexuels » (98,36%), « avoir des rapports sexuels non protégés » (99,18%) est supérieure à ceux observés à Abengourou. Il n'en est pas le cas pour :

- « fréquenter des prostituées » 90,98% contre 91,5%,
- « fréquenter les débits de boissons » 29,51% contre 54%,
- « fréquenter les bars, les hôtels et les night clubs » 46,72% contre 59%,
- « avoir les rapports sexuels en étant sous l'effet de l'alcool » 72,95% contre 88%.

La différence de réponse entre la population estudiantine et la population d'Abengourou nous donne un aperçu sur les comportements observés dans chaque milieu.

### **III.1.4/ Niveaux de connaissance**

La fréquence d'étudiants ayant un niveau de connaissance jugé « bon » (36,07%) sur le SIDA est faible (tableau IX), vu leur niveau d'étude et les différents canaux de communication qui sont à leur portée. Cette fréquence est plus faible que celle observée à Abengourou (41%).

Tableau VII : Répartition des étudiants selon la connaissance sur la transmission du SIDA

| Connaissance sur la transmission du VIH-SIDA                               | n   | Valeurs recherchées |        |
|--|-----|---------------------|--------|
| 1. Par utilisation de drogue intraveineuse                                 | 122 | Oui                 | 80,33% |
|  |     | Non                 | 9,02%  |
|  |     | Ne sait pas         | 3,28%  |
|  |     | Pas de réponse      | 7,38%  |
| 2. En ayant des rapports sexuels non protégés                              | 122 | Oui                 | 98,36% |
|  |     | Non                 | 1,64%  |
| 3. Par piqûre de moustiques  | 122 | Oui                 | 4,10%  |
|  |     | Non                 | 84,43% |
|  |     | Ne sait pas         | 3,28%  |
|  |     | Pas de réponse      | 8,20%  |
| 4. Par des objets souillés par le sang                                     | 122 | Oui                 | 95,08% |
|  |     | Non                 | 0,00%  |
|  |     | Ne sait pas         | 3,28%  |
|  |     | Pas de réponse      | 1,64%  |
| 5. Par la transfusion sanguine   | 122 | Oui                 | 96,72% |
|  |     | Non                 | 0,82%  |
|  |     | Ne sait pas         | 1,64%  |
|  |     | Pas de réponse      | 0,82%  |
| 6. D'une femme atteinte à son futur enfant                                 | 122 | Oui                 | 89,34% |
|  |     | Non                 | 9,84%  |
|  |     | Ne sait pas         | 0,82%  |
| 7. En portant les vêtements d'une personne contaminée                      | 122 | Oui                 | 2,46%  |
|  |     | Non                 | 88,52% |
|  |     | Ne sait pas         | 0,82%  |
|  |     | Pas de réponse      | 8,20%  |
| 8. Au cours des circoncisions/excisions de groupe avec du matériel souillé | 122 | Oui                 | 95,08% |
|  |     | Non                 | 4,10%  |
|  |     | Pas de réponse      | 0,82%  |
| 9. En épousant le femme/le mari d'un parent décédé                         | 122 | Oui                 | 34,43% |
|  |     | Non                 | 32,79% |
|  |     | Ne sait pas         | 24,59% |
|  |     | Pas de réponse      | 8,20%  |
| 10. Au cours des fêtes de retrouvailles                                    | 122 | Oui                 | 10,66% |
|  |     | Non                 | 75,41% |
|  |     | Ne sait pas         | 9,84%  |
|  |     | Pas de réponse      | 4,10%  |

Tableau VIII : Répartition des étudiants selon la connaissance sur comportement à risque

| Connaissance sur les comportements à risque                           | n   | Valeurs recherchées |        |
|---|-----|---------------------|--------|
| 1. Fréquenter les débits de boissons (maquis)                         | 122 | Oui                 | 29,51% |
|   |     | Non                 | 50,82% |
|   |     | Ne sait pas         | 7,38%  |
|   |     | Pas de réponse      | 12,30% |
| 2. Fréquenter les bars, les hôtels et les night club                  | 122 | Oui                 | 46,72% |
|   |     | Non                 | 36,07% |
|   |     | Ne sait pas         | 5,74%  |
|   |     | Pas de réponse      | 11,48% |
| 3. Avoir plusieurs partenaires  | 122 | Oui                 | 98,36% |
|   |     | Pas de réponse      | 1,64%  |
| 4. Avoir des rapports sexuels non protégés                            | 122 | Oui                 | 99,18% |
|   |     | Non                 | 0,00%  |
|   |     | Ne sait pas         | 0,00%  |
|   |     | Pas de réponse      | 0,82%  |
| 5. Fréquenter des prostitués  | 122 | Oui                 | 90,98% |
|   |     | Non                 | 0,82%  |
|   |     | Ne sait pas         | 3,28%  |
|   |     | Pas de réponse      | 4,92%  |
| 6. Se faire couper les cheveux, la barbe avec du matériel du coiffeur | 122 | Oui                 | 84,43% |
|   |     | Non                 | 6,56%  |
|   |     | Ne sait pas         | 6,56%  |
| 7. Avoir des rapports sexuels en étant sous l'effet de l'alcool       | 122 | Oui                 | 72,95% |
|   |     | Non                 | 10,66% |
|   |     | Ne sait pas         | 12,30% |
|   |     | Pas de réponse      | 4,10%  |

Tableau IX : Répartition des étudiants selon leur niveau de connaissance

| Niveau | n   | Fréquence |
|--------|-----|-----------|
| Bon    | 44  | 36,07%    |
| Moyen  | 75  | 61,48%    |
| Bas    | 3   | 2,46%     |
| Total  | 122 | 100,00%   |

## III.2/ ATTITUDE DES SUJETS FACE AUX IST/SIDA

### III.2.1/ Attitudes d'ordre général

Le tableau X permet de faire un certain nombre d'observations chez les étudiants :

- penser ne pas pouvoir être infecté par le VIH : 38,52% contre 36% à Abengourou ;
- la gêne à acheter des préservatifs : 14,75% contre 9,5% à Abengourou ;
- l'arrêt de fréquenter un(e) parent(e) ou ami(e) s'il (elle) a le SIDA.

Quelque soit la réponse de l'étudiant à ces questions, certaines explications ont été données (tableaux XI à XVII).

Il s'agit ici d'une situation qu'il faut prendre en considération dans la lutte contre les IST/SIDA. S'agissant des préservatifs, des études comportementales sur le VIH/SIDA<sup>31</sup> ont montré que leur achat doit demeurer discret pour assurer une couverture efficace.

Tableau X : Répartition des étudiants selon leurs attitudes

| Attitudes d'ordre général   | n   | Valeurs recherchées |        |
|---|-----|---------------------|--------|
| 1. Possibilité d'être infecté par le VIH                                | 122 | Oui                 | 54,10% |
|   |     | Non                 | 38,52% |
|   |     | Ne sait pas         | 1,64%  |
|   |     | Pas de réponse      | 5,74%  |
| 2. Etre gêné pour l'achat des préservatifs                              | 122 | Oui                 | 14,75% |
|   |     | Non                 | 81,15% |
|   |     | Pas de réponse      | 4,10%  |
| 3. Informer son (sa) partenaire si on a le SIDA                         | 122 | Oui                 | 96,72% |
|   |     | Non                 | 0,82%  |
|   |     | Pas de réponse      | 2,46%  |
| 4. Continuer de fréquenter un(e) parent(e)/ami(e) s'il (elle) a le SIDA | 122 | Oui                 | 92,62% |
|   |     | Non                 | 4,10%  |
|   |     | Pas de réponse      | 3,28%  |
| 5. Autoriser les personnes infectées à travailler                       | 122 | Oui                 | 85,25% |
|   |     | Non                 | 3,28%  |
|   |     | Ne sait pas         | 0,82%  |
|   |     | Pas de réponse      | 10,66% |

Tableau XI : Possibilités d'être infecté par le VIH

| Risque d'être infecté           | Libellé  | Fréquence |
|---------------------------------|--|-----------|
| OUI (n=66)                      | Blessure par objets souillés                     | 40,91%    |
|                                 | Mauvais comportements                            | 22,73%    |
|                                 | En cas de rapport sexuel non protégé             | 21,21%    |
|                                 | Transfusion sanguine en cas de maladies          | 13,64%    |
|                                 | Utilisation de la même tondeuse chez le coiffeur | 12,12%    |
|                                 | N'a pas encore fait son test de dépistage        | 7,58%     |
|                                 | Infidélité du partenaire                         | 7,58%     |
|                                 | Tout le monde est exposé                         | 4,55%     |
| Le préservatif peut se déchirer | 4,55%  |           |
| NON (n=47)                      | Je me protège                                    | 76,60%    |
|                                 | Fidélité, un seul partenaire                     | 44,68%    |
|                                 | Conscience de l'existence du SIDA                | 29,79%    |
|                                 | Je veille à la propreté                          | 25,53%    |
|                                 | Foi religieuse                                   | 4,26%     |

Tableau XII : Etre gêné pour l'achat de préservatifs

| Etre gêné pour l'achat de préservatifs | Libellé   | Fréquence |
|--|---|-----------|
| OUI (n=18)                             | Objet de tous les regards en pharmacie          | 50,00%    |
|  | Tout le monde sait qu'il va faire l'amour       | 27,78%    |
| NON (n=99)                             | Utilisation du préservatif comme moyen efficace | 36,36%    |
|  | Protection contre les IST                       | 26,26%    |
|  | Ne pas vouloir tomber malade                    | 17,17%    |
|  | Eviter les grossesses                           | 14,14%    |
|  | La vie n'a pas de prix                          | 10,10%    |
|  | Recommandé par les organismes et ONG            | 6,06%     |
|  | Fidélité réciproque                             | 4,04%     |
|  | C'est naturel comme acheter une cigarette       | 4,04%     |
|  | Abstinence                                      | 3,03%     |
|  | Incitation des autres à faire comme lui         | 2,02%     |
|  | Croyance religieuse                             | 2,02%     |
|  | Planification des naissances                    | 2,02%     |

Tableau XIII : Informer le ou la partenaire si on a le VIH

| Informé le ou la partenaire si on a le VIH | Libellé   | Fréquence |
|--|---|-----------|
| OUI (n=118)                                | Pour ne pas la contaminer                       | 58,47%    |
|  | L'encourager à faire son test                   | 35,59%    |
|  | Mieux vivre, soutien moral, disposition commune | 27,97%    |
|  | Avoir son soutien                               | 4,24%     |
|  | Etre suivi par un médecin                       | 2,54%     |
|  | Pour avoir des enfants non contaminés           | 1,69%     |
|  | Eduquer les autres                              | 0,85%     |
|  | Confiance mutuelle                              | 0,85%     |
| NON (n=1)                                  | Abandonner son partenaire                       |           |

Tableau XIV : Fréquentation du parent infecté par la maladie

| Fréquentation du parent infecté par la maladie | Libellé  | Fréquence |
|--|--|-----------|
| OUI (n=113)                                    | Soutien moral et psychologique                         | 85,84%    |
|  | C'est son parent                                       | 23,89%    |
|  | C'est une maladie que tout le monde peut avoir         | 15,04%    |
|  | Ce n'est pas en le fréquentant que je serais contaminé | 8,85%     |
|  | Eduquer les malades                                    | 0,88%     |
|  | Eviter de stigmatiser le malade                        | 0,88%     |
| NON (n=1)                                      | Peur de contracter la maladie                          |           |

Tableau XV : Fréquentation des mêmes endroits

| Fréquentation des mêmes endroits | Libellé  | Fréquence |
|----------------------------------|--|-----------|
| OUI (n=98)                       | Le malade a le droit de s'épanouir, de vivre comme les non malades | 37,76%    |
|                                  | Pas de transmission par contact physique                           | 32,65%    |
|                                  | Le SIDA est une maladie comme toutes les autres                    | 22,45%    |
|                                  | Soutien moral et absence d'exclusion du malade                     | 19,39%    |
|                                  | Témoignage afin de sensibiliser                                    | 1,02%     |
| NON (n=15)                       | Pour éviter la propagation du virus                                | 26,67%    |
|                                  | Eviter Utilisation d'objets souillés du malade par son entourage   | 13,33%    |
|                                  | Eviter les regards des autres                                      | 13,33%    |
|                                  | Eviter de fréquenter les bars où l'on consomme trop l'alcool       | 6,67%     |

Tableau XVI : Obligation d'informer les autres si VIH positif

| Obligation d'informer les autres si VIH positif | Libellé   | Fréquence |
|---|---|-----------|
| OUI (n=84)                                      | Prise de conscience de la maladie                                   | 32,14%    |
|   | Aide aux malades par des personnes de bonne volonté/prise en charge | 28,57%    |
|   | Précaution pour éviter d'utiliser les objets à risque du malade     | 26,19%    |
|   | Par devoir d'honnêteté morale                                       | 7,14%     |
|   | En cas de réalisation de projets communs                            | 4,76%     |
|   | Pour prouver son affection  | 4,76%     |
|   | Se préserver en cas de rapports sexuel                              | 2,38%     |
| NON (n=28)                                      | Ne peut pas être accepté par tous                                   | 53,57%    |
|   | Que le médecin et les parents les plus proches                      | 17,86%    |
|   | Vie privée du malade  | 7,14%     |

Tableau XVII : Autorisation de travailler pour les personnes infectées

| Autorisation de travailler pour les personnes infectées | Libellé  | Fréquence |
|---|--|-----------|
| OUI (n=104)   | Droit au travail comme tout le monde dans la mesure de ces capacités | 61,54%    |
|   | Pour pourvoir à ses besoins  | 35,58%    |
|   | Faire des travaux moins fatigants                                    | 1,92%     |
| NON (n=4)   | Prise en charge  | 100,00%   |
|   | Beaucoup affectés par la maladie                                     | 25,00%    |
|   | La vie continue  | 25,00%    |

### III.2.2/ Attitudes depuis l'information sur le SIDA

Depuis qu'ils sont informés sur le SIDA, les sujets ont adopté des attitudes conséquentes marquées par plusieurs éléments consignés dans le tableau XVIII. 81,97% des enquêtés ont dit avoir changé de comportement.

Tableau XVIII : Répartition des sujets depuis l'avènement du SIDA

| Attitudes depuis l'information sur le VIH-SIDA | Réponse        | Etudiants (n=122) | Abengourou (n=200) |
|--|----------------|-------------------|--------------------|
| 1. Avoir changé de comportement                | Oui            | 81,97%            |                    |
|  | Non            | 9,84%             |                    |
|  | Pas de réponse | 8,20%             |                    |
| 2. Usage des préservatifs                      | Oui            | 76,23%            | 77,2%              |
|  | Non            | 3,28%             | 22,8%              |
|  | Pas de réponse | 20,49%            |                    |
| 3. Fidélité                                    | Oui            | 58,20%            | 81,4%              |
|  | Non            | 16,39%            | 18,16%             |
|  | Pas de réponse | 25,41%            |                    |
| 4. Abstinence                                  | Oui            | 18,03%            | 44,1%              |
|  | Non            | 50,82%            | 55,9%              |
|  | Pas de réponse | 31,15%            |                    |
| 5. Fréquentation des prostituées               | Oui            | 6,56%             | 19,7%              |
|  | Non            | 66,39%            | 80,3%              |
|  | Pas de réponse | 27,05%            |                    |
| 6. Rapports sexuels pendant les menstrues      | Oui            | 11,48%            |                    |
|  | Non            | 62,30%            |                    |
|  | Pas de réponse | 26,23%            |                    |
| 7. Lévirat ou sororat                          | Oui            | 12,30%            | 22,8%              |
|  | Non            | 55,74%            | 77,2%              |
|  | Pas de réponse | 31,97%            |                    |

### III.2.3/ Niveaux d'attitudes

On note que 68,85% des sujets enquêtés adoptaient des attitudes jugées « bonnes ».

Tableau XIX : Répartition des étudiants selon leur attitude face aux IST/VIH-SIDA

| Attitude   | n   | Fréquence |
|------------|-----|-----------|
| Bonne      | 84  | 68,85%    |
| Acceptable | 17  | 13,93%    |
| Mauvaise   | 21  | 17,21%    |
| Total      | 122 | 100,00%   |

### III.3/ PRATIQUES SEXUELLES DES SUJETS

#### III.3.1/ Pratiques sexuelles générales

Le tableau XX indique que l'âge au premier rapport sexuel chez les enquêtés était en moyenne de 17,4 ans. Cet âge est pratiquement le même que celui observé à Abengourou (17 ans) et dans l'étude réalisée par Touré en 2003 (17, 3 ans) sur les patients atteints d'infections sexuellement transmissibles au dispensaire antivénérien de l'INSP d'Abidjan.

#### III.3.2/ Utilisation des préservatifs

On observe dans le tableau XXII que 95,65% des étudiants enquêtés ont déjà utilisé des préservatifs et 66,96% l'ont utilisé au dernier rapport sexuel. Ces taux sont supérieurs à ceux observés à Abengourou qui sont respectivement 86,5% et 41,8%, ce qui est un signe que les étudiants connaissent bien son utilité. Ces résultats sont cependant à considérer avec prudence car susceptibles de ne pas refléter la réalité. En effet, l'utilisation de préservatif est souvent surestimée par les enquêtés dans un souci de se conformer à une certaine norme sociale. Aussi, bien que reconnu, l'usage des préservatifs est le plus souvent irrégulier. Bien que les taux soient élevés chez les étudiants, le taux de sensation moins agréable du préservatif est pratiquement le même (41,75% chez les étudiants et 41,1% à Abengourou). Les raisons éventuelles d'un refus d'utiliser les préservatifs (tableau XXIII) sont entre autres l'absence de plaisir, la fidélité avec son partenaire (même sans avoir fait son test) et l'allergie au latex.

Tableau XX : Répartition des étudiants selon les pratiques sexuelles générales

| Pratiques sexuelles générales        | n   | Valeurs recherchées |        |
|--------------------------------------|-----|---------------------|--------|
| 1. Age du premier rapport            | 98  | Moyenne (an)        | 17,4   |
|                                      |     | Médiane (an)        | 18     |
|                                      |     | Minimum (an)        | 10     |
|                                      |     | Maximum (an)        | 25     |
| 2. Partenaire sexuel(le) régulier(e) | 112 | Oui                 | 79,46% |
|                                      |     | Non                 | 20,54% |
| 3. Vit sous le même toit             | 91  | Oui                 | 7,69%  |
|                                      |     | Non                 | 91,21% |

Tableau XXI : Type de pratique sexuelle

| Type de pratique sexuelle | n   | Valeurs recherchées |         |
|---------------------------|-----|---------------------|---------|
| 1. Génito-génital         | 107 | Oui                 | 100,00% |
|                           |     | Non                 | 0,00%   |
| 2. Génito-buccal          | 76  | Oui                 | 55,26%  |
|                           |     | Non                 | 44,74%  |
| 5. Génito-anal            | 66  | Oui                 | 12,12%  |
|                           |     | Non                 | 87,88%  |

Tableau XXII : Répartition des sujets sur l'utilisation des préservatifs

| Utilisation de préservatifs                                | n   | Valeurs recherchées |        |
|--|-----|---------------------|--------|
| 1. Avoir déjà utilisé les préservatifs                     | 115 | Oui                 | 95,65% |
|  |     | Non                 | 4,35%  |
| 2. Usage du préservatif avec partenaire au dernier rapport | 112 | Oui                 | 66,96% |
|  |     | Non                 | 33,04% |
| 3. Préservatif rend les rapports moins agréables           | 103 | Oui                 | 41,75% |
|  |     | Non                 | 58,25% |

Tableau XXIII : Raisons éventuelles de refus d'utiliser les préservatifs

| Raisons éventuelles de refus d'utiliser les préservatifs | Libellé                                   | Fréquence |
|--|---|-----------|
| n = 94   | Absence de plaisir/ Avoir plus de plaisir | 49,49%    |
|  | Fidélité                                  | 18,18%    |
|  | Allergie au latex                         | 14,14%    |
|  | Préjugés                                  | 6,06%     |
|  | Croyance religieuse                       | 6,06%     |
|  | Inconscience                              | 5,05%     |
|  | Ne sait pas                               | 5,05%     |
|  | Par vengeance                             | 4,04%     |
|  | Par négligence                            | 4,04%     |
|  | Ejaculation tardive                       | 3,03%     |
|  | Preuve d'amour                            | 3,03%     |
|  | Peu fiable                                | 3,03%     |
|  | Manque d'habitude                         | 2,02%     |
|  | Etat d'ivresse                            | 2,02%     |
|  | Désire de procréer                        | 2,02%     |
|  | Manque de moyens financiers               | 1,01%     |
| Ejaculation précoce                                      | 1,01%                                     |           |

### **III.3.3/ Pratiques sexuelles depuis qu'on informe sur le SIDA**

Depuis que les étudiants ont été informés sur le SIDA selon les résultats du tableau XXIV :

- 9,35% ont des rapports sexuels avec des prostitués contre 3,7% à Abengourou ;
- 69,09% ont eu des rapports sexuels non protégés contre 80,2% à Abengourou ;
- 50% ont eu au moins une fois le préservatif éclaté au cours des rapports sexuels contre 35,1% à Abengourou ;
- 52,34% ont eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ;
- 38,05% ont eu des rapports sous l'effet de l'alcool.

Nos données posent le problème de l'utilisation des préservatifs qui devra faire partie intégrante des structures de lutte à travers des démonstrations.

### **III.3.4/ Pratiques sexuelles des deux dernières années**

Les pratiques sexuelles des deux dernières années 2005 et 2006 (de janvier à novembre) sont, dans l'ensemble, demeurées identiques (tableau XXV). La légère diminution du nombre moyen de partenaire serait due à l'année 2006 qui n'est pas encore achevée.

### **III.3.5/ Niveaux de pratiques sexuelles**

On note que 5,08% (tableau XXVI) seulement des étudiants ont un bon niveau de pratique contre 94,92 % qui ont une mauvaise pratique. Dans l'étude réalisée à Abengourou le taux de bonne pratique est estimé à 3%.

## **III.4/ DEPISTAGE DU VIH**

Le tableau XXVII montre que 40,16% des étudiants enquêtés ont fait le test de dépistage du VIH entre 1996 et 2006 avec un maximum en 2006 (Tableau XXVIII). Sur les 60 étudiants qui ont répondu NON au test de dépistage du VIH, 16,67% refusent toujours la possibilité de faire leur test par peur (tableau XXIX). Les actions à mener pour favoriser le dépistage volontaire sont de faire plus de sensibilisation et de garantir une prise en charge correcte et efficace (Tableau XXX).

Tableau XXIV : Répartition des étudiants selon les pratiques sexuelles depuis que les sujets sont informés sur le SIDA

| Depuis que les sujets sont informés du SIDA                    | n   | Valeurs recherchées |        |
|--|-----|---------------------|--------|
| 1. Avoir eu des rapports sexuels avec les prostituées          | 107 | Oui                 | 9,35%  |
|  |     | Non                 | 90,65% |
| 2. Avoir eu des rapports sexuels non protégés                  | 110 | Oui                 | 69,09% |
|  |     | Non                 | 30,91% |
| 3. Le préservatif a éclaté au cours des rapports sexuels       | 108 | Oui                 | 50,00% |
|  |     | Non                 | 50,00% |
| 4. Avoir eu des rapports sexuels avec partenaires occasionnels | 107 | Oui                 | 52,34% |
|  |     | Non                 | 47,66% |
| 5. Avoir eu des rapports sexuels sous l'effet de l'alcool      | 113 | Oui                 | 38,05% |
|  |     | Non                 | 61,95% |

Tableau XXV : Répartition des étudiants selon les pratiques sexuelles de 2005 à 2006

| Pratique sexuelle                                   | 2005               |         | 2006               |     |         |        |
|---|--------------------|---------|--------------------|-----|---------|--------|
|   | Nombre d'étudiants |         | Nombre d'étudiants |     |         |        |
| 1. Rapport sexuel avec des partenaires occasionnels | 116                | Oui     | 33,62%             | 114 | Oui     | 29,82% |
|   |                    | Non     | 66,38%             |     | Non     | 70,18% |
| 2. Nombre de partenaires occasionnels               | 32                 | Moyenne | 3                  | 32  | Moyenne | 2      |
|   |                    | Minimum | 1                  |     | Minimum | 1      |
|   |                    | Maximum | 8                  |     | Maximum | 8      |

Tableau XXVI : Répartition des étudiants selon leurs pratiques sexuelles

| Pratiques sexuelles              | n   | Fréquence |
|----------------------------------|-----|-----------|
| Bonnes                           | 6   | 5,08%     |
| Acceptables (mais risque existe) | 80  | 67,80%    |
| Mauvaises (risque important)     | 32  | 27,12%    |
| Dangereuses (risque majeur)      | 0   | 0,00%     |
| Total                            | 118 | 100,00%   |

Tableau XXVII : Répartition des étudiants en fonction de la réalisation du test de dépistage

| Test de dépistage du VIH             | n   | Valeurs recherchées |        |
|--------------------------------------|-----|---------------------|--------|
| 1. Test de dépistage réalisé         | 122 | Oui                 | 40,16% |
|                                      |     | Non                 | 49,18% |
|                                      |     | Pas de réponse      | 10,66% |
| 2. Si non, être prêt à faire le test | 60  | Oui                 | 60,00% |
|                                      |     | Non                 | 16,67% |
|                                      |     | Ne sait pas         | 23,33% |

Tableau XXVIII : Répartition des étudiants en fonction de l'année de réalisation du test de dépistage du VIH-SIDA

| Année     | 1996  | 1997  | 1998  | 2000   | 2001  | 2002  | 2003  | 2004   | 2005   | 2006   | Total   |
|-----------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|---------|
| n         | 1     | 1     | 1     | 6      | 3     | 3     | 3     | 8      | 9      | 12     | 47      |
| Fréquence | 2,13% | 2,13% | 2,13% | 12,77% | 6,38% | 6,38% | 6,38% | 17,02% | 19,15% | 25,53% | 100,00% |

Tableau XXIX : Répartition des étudiants en fonction de la possibilité de faire le test de dépistage du VIH

| Etes-vous prêt à faire le test de dépistage | Libellé                              | Fréquence |
|---|--------------------------------------|-----------|
| OUI (n=41)                                  | Savoir son statut sérologique        | 90,24%    |
|   | pour avoir une vie sexuelle rangée   | 9,76%     |
|   | Fatiguer d'utiliser les préservatifs | 2,44%     |
|   | Faire son test avant son mariage     | 2,44%     |
| NON (n=12)                                  | Peur de faire son test               | 100,00%   |
|   | Pas d'intérêt                        | 16,67%    |

Tableau XXX : Répartition des étudiants en fonction des actions à mener pour favoriser le dépistage volontaire

| Action pour favoriser le dépistage volontaire | Libellé  | Fréquence |
|---|--|-----------|
| n = 91  | Faire plus de sensibilisation                          | 50,55%    |
|   | Prise en charge gratuite                               | 14,29%    |
|   | Dépistage gratuit                                      | 8,79%     |
|   | Motiver le CDV par une rémunération                    | 5,49%     |
|   | Garantir un résultat confidentiel                      | 4,40%     |
|   | Autres structures pour faire le test                   | 4,40%     |
|   | Installer des centres dans chaque cité universitaire   | 3,30%     |
|   | Visite dans chaque chambre et encourager les étudiants | 3,30%     |
|   | Exiger le dépistage lors des inscriptions              | 3,30%     |
|   | Trouver le remède                                      | 2,20%     |
|   | Test de sélection pour l'octroi des bourses d'études   | 1,10%     |
|   | Prise de conscience                                    | 1,10%     |

### III.5/ ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA

#### III.5.1/ Activités menées par des structures de lutte contre le SIDA dans le milieu universitaire

Les principales activités de lutte contre le SIDA rapportées dans le milieu universitaire sont essentiellement les campagnes de sensibilisation et le don de préservatifs (tableau XXXI). Même si quelques activités comme la présence de distributeurs automatiques de préservatifs sur certaines cités universitaires sont à encourager, il reste encore beaucoup à faire (tableau XXXII) notamment la sensibilisation.

Tableau XXXI : Activités menées par des structures de lutte contre le SIDA dans le milieu universitaire

| Activités menées par des structures de lutte contre le SIDA dans le milieu universitaire | Libellé                                   | Fréquence |
|--|---|-----------|
| n = 52   | Campagne de sensibilisation               | 53,85%    |
|  | Don de préservatifs                       | 23,08%    |
|  | Conférence                                | 19,23%    |
|  | Film                                      | 19,23%    |
|  | Distribution de gadgets                   | 17,31%    |
|  | Séminaire, débats                         | 11,54%    |
|  | Jeux et concours                          | 7,69%     |
|  | Témoignage                                | 7,69%     |
|  | Documentaire                              | 5,77%     |
|  | Faire du porte à porte                    | 5,77%     |
|  | Prise en charge psychosociale des malades | 3,85%     |
| Ne sais pas  | 3,85%                                     |           |

Tableau XXXII : Répartition des étudiants en fonction de la satisfaction des structures impliquées dans la lutte contre le VIH-SIDA

| Satisfait des prestations des structures | Libellé   | Fréquence |
|--|---|-----------|
| OUI (n=46)                               | Prise de conscience et changement de comportement         | 52,17%    |
|  | présentation de débats sur le VIH                         | 10,87%    |
|  | Parce que le taux a baissé                                | 6,52%     |
|  | Présence d'un distributeur automatique de préservatif     | 4,35%     |
| NON (n=36)                               | Insuffisance de campagnes de sensibilisations             | 27,78%    |
|  | Insuffisance de messages, conférence, spot publicitaires  | 11,11%    |
|  | Taux de prévalence toujours élevé                         | 11,11%    |
|  | Juste pour se faire de l'argent                           | 5,56%     |
|  | Structure peu présente dans les résidences universitaires | 5,56%     |
|  | Ignorance de l'existence de la maladie                    | 5,56%     |
|  | Manque de moyens financiers                               | 5,56%     |
|  | Aucunes informations sur les activités                    | 5,56%     |
|  | Distribution gratuite de préservatifs                     | 2,78%     |
|  | Pas de visite fréquente sur les cités                     | 2,78%     |
| Pas de prise en charge pour les malades  | 2,78%   |           |

### III.5.2/ Priorité de la lutte contre le SIDA en milieu universitaire

Le tableau XXXIII montre que la lutte contre le SIDA en milieu universitaire est une priorité du fait que le milieu soit très exposé, de l'existence manifeste de la prostitution, de la sous-information sur les IST/VIH-SIDA.

### III.5.3/ Canaux de communication et stratégie d'action

Les canaux de communication (tableau XXXIV) les plus rapportés par les étudiants sont par ordre d'importance : les médias, les conférences, les séminaires, les panneaux publicitaires au sein de l'université, les campagnes de porte à porte, la FESCI...

Le tableau XXXV montre les principales actions à mener selon les étudiants. Il s'agit de :

- créer des cellules de sensibilisation dans chaque UFR à différent niveau d'étude ;
- garantir les prises en charges aux étudiants ;
- impliquer les associations dans la lutte contre le VIH-SIDA ;
- distribuer les préservatifs aux étudiants
- mettre en place une cellule universitaire de lutte contre le SIDA ;
- donner la priorité aux enseignants de parler du VIH pendant 10min à chaque cours ;
- créer des centres d'écoute

Tableau XXXIII : Répartition des étudiants en fonction du caractère prioritaire de la lutte contre le VIH-SIDA en milieu universitaire

| Priorité de la lutte contre le SIDA en milieu universitaire | Libellé  | Fréquence |
|---|--|-----------|
| OUI (n=99)  | Milieu très exposé   | 26,26%    |
|   | Prostitution   | 12,12%    |
|   | Garantir une élite future à l'abri de ce syndrome                              | 7,07%     |
|   | S'adonner au sexe  | 5,05%     |
|   | Malgré le niveau intellectuel, peu de personnes sont informées                 | 5,05%     |
|   | Milieu regorgeant différentes personnes  | 5,05%     |
|   | Comportement responsable   | 5,05%     |
|   | Mieux informé la masse estudiantine  | 5,05%     |
|   | Libertinage  | 4,04%     |
|   | Beaucoup d'infection   | 2,02%     |
|   | Pour une bonne hygiène de vie  | 2,02%     |
|   | Pour éviter une contamination de masse   | 2,02%     |
|   | Fréquentation des bars, consommation d'alcool                                  | 1,01%     |
|   | Absence de programme de lutte contre le SIDA dans les programmes universitaire | 1,01%     |
|   | Confier la lutte aux étudiants   | 1,01%     |
| NON (n=5)   | Assez mature pour comprendre l'existence de la maladie                         | 60,00%    |
|   | Besoin de travailler/étudier pour se prendre en charge                         | 40,00%    |
|   | Masse estudiantine suffisamment sensibilisée                                   | 40,00%    |

Tableau XXXIV : Répartition des étudiants en fonction des canaux de communication dans la lutte contre le VIH-SIDA

| Meilleurs réseaux de canaux de communications | Libellé  | Fréquence |
|---|--|-----------|
| n = 81  | Médias   | 29,63%    |
|   | Conférences, séminaires                                      | 23,46%    |
|   | Panneau publicitaire au sein de l'université                 | 17,28%    |
|   | Cellule de sensibilisation au sein des cités universitaires  | 12,35%    |
|   | Faire du porte à porte                                       | 12,35%    |
|   | FESCI  | 11,11%    |
|   | Responsable d'ONG  | 8,64%     |
|   | Distribution gratuite de préservatif en milieu universitaire | 6,17%     |
|   | Administration universitaire                                 | 6,17%     |
|   | Distribution de tee-shirt, casquette de sensibilisation      | 3,70%     |
|   | Spot de sensibilisation par la musique                       | 3,70%     |
|   | Témoignage de certains séropositifs                          | 3,70%     |
|   | Service médical de l'université                              | 3,70%     |
|   | Totty Gueyo Yves   | 2,47%     |
|   | Messages diffusés à travers les cellulaires                  | 2,47%     |
|   | Associations religieuses                                     | 2,47%     |
|   | Causerie avec des séropositifs                               | 1,23%     |
| Enseignants                                   | 1,23%  |           |

Tableau XXXV : Répartition des étudiants en fonction des Suggestion pour la mise en place d'un plan de lutte contre le VIH-SIDA en milieu universitaire

| Suggestion pour la mise en place d'un plan de lutte en milieu universitaire | Libellé   | Fréquence |
|---|---|-----------|
| n = 74  | Création des cellules de sensibilisation dans chaque UFR à différent niveau d'étude | 37,84%    |
|   | Garantir les prises en charges aux étudiants  | 8,11%     |
|   | Impliquer les associations dans la lutte  | 6,76%     |
|   | Don de préservatifs   | 5,41%     |
|   | Mettre en place une cellule universitaire de lutte contre le SIDA                   | 5,41%     |
|   | Priorité aux enseignants de parler du VIH pendant 10min à chaque cours              | 4,05%     |
|   | Création de centre d'écoute   | 4,05%     |
|   | Promouvoir l'abstinence et la chasteté  | 2,70%     |
|   | Projection de films sur le SIDA   | 2,70%     |
|   | Amener les séropositifs à militer dans les ONG                                      | 1,35%     |
|   | présentés sur le campus   | 1,35%     |
|   | Responsables d'ONG  | 1,35%     |
|   | Vente de préservatifs à moindre coût  | 1,35%     |

### III.6/ BILAN DES NIVEAUX DE CONNAISSANCE, D'ATTITUDE ET DE PRATIQUE SEXUELLE

Le bilan des niveaux de connaissance, d'attitude et de pratique sexuelle est résumé dans le tableau XXXVI. L'analyse de ce tableau montre deux principaux groupes d'étudiants qui ont tous une mauvaise pratique sexuelle à savoir :

- premièrement, les étudiants ayant un niveau de connaissance acceptable/moyen, un niveau d'attitude vis-à-vis du VIH-SIDA acceptable/moyen et une mauvaise pratique sexuelle, représenté par ABA et ABM ;
- deuxièmement, les étudiants ayant un bon niveau de connaissance, un bon niveau d'attitude vis-à-vis du VIH-SIDA et une mauvaise pratique sexuelle, représenté par BBA et BBM.

De ce constat, il faut :

- impliquer les autorités universitaires et les enseignants dans la lutte contre les IST/VIH-SIDA en milieu universitaire ;
- créer des cellules de sensibilisation dans chaque UFR et à différents niveaux d'étude ;
- créer des centres d'écoute ;
- former les étudiants au port du préservatif ;
- mettre en place des distributeurs automatiques de préservatifs ;
- mettre en place des CDV.

Tableau XXXVI : Bilan des niveaux de connaissance, d'attitude et de pratique sexuelle

|                    | CONNAISSANCE      | ATTITUDE         | PRATIQUE SEXUELLE                     | n                                     | Fréquence |        |
|--------------------|-------------------|------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------|--------|
| NIVEAU<br>(n= 118) | Bonne (n=34)      |                  | Bonne <i>BBB</i>                      | 2                                     | 1,69%     |        |
|                    |                   |                  | Acceptable (risque existe) <i>BBA</i> | 22                                    | 18,64%    |        |
|                    |                   |                  | Mauvaise <i>BBM</i>                   | 10                                    | 8,47%     |        |
|                    | Bon (n=44)        | Acceptable (n=5) |                                       | Bonne                                 | 1         | 0,85%  |
|                    |                   |                  |                                       | Acceptable (risque existe)            | 3         | 2,54%  |
|                    |                   |                  |                                       | Mauvaise                              | 1         | 0,85%  |
|                    | Mauvaise (n=5)    |                  |                                       | Acceptable (risque existe)            | 3         | 2,54%  |
|                    |                   |                  |                                       | Mauvaise                              | 2         | 1,69%  |
|                    |                   |                  |                                       |                                       |           |        |
|                    | Bonne (n=49)      |                  |                                       | Bonne                                 | 1         | 0,85%  |
|                    |                   |                  |                                       | Acceptable (risque existe) <i>ABA</i> | 33        | 27,97% |
|                    |                   |                  |                                       | Mauvaise <i>ABM</i>                   | 15        | 12,71% |
| Acceptable (n=72)  | Acceptable (n=12) |                  | Acceptable (risque existe) <i>AAA</i> | 10                                    | 8,47%     |        |
|                    |                   |                  | Mauvaise                              | 2                                     | 1,69%     |        |
|                    |                   |                  |                                       |                                       |           |        |
| Mauvaise (n=11)    |                   |                  | Bonne                                 | 1                                     | 0,85%     |        |
|                    |                   |                  | Acceptable (risque existe) <i>AMA</i> | 9                                     | 7,63%     |        |
|                    |                   |                  | Mauvaise                              | 1                                     | 0,85%     |        |
| Mauvais (n=2)      | Bonne (n=1)       |                  | Acceptable (risque existe)            | 1                                     | 0,85%     |        |
|                    |                   |                  | Acceptable (n=1)                      | Acceptable (risque existe)            | 1         | 0,85%  |

NB :

Première lettre : B=Bon niveau de connaissance ; A= niveau de connaissance acceptable ; M=mauvais niveau de connaissance

Deuxième lettre : B=Bon niveau d'attitude ; A= niveau d'attitude acceptable ; M = mauvaise attitude

Troisième lettre : B=Bonne pratique sexuelle ; A= pratique sexuelle acceptable (risque existe) ; M=mauvaise pratique sexuelle

## CONCLUSION

Cette enquête a permis d'obtenir des indications sur la connaissance, les attitudes et les pratiques des étudiants enquêtés sur les cités universitaires. Sur les 122 étudiants enquêtés, 36,07% ont un bon niveau de connaissance, 68,85% ont une bonne attitude et 94,92% ont une mauvaise pratique sexuelle.

Ces résultats pourraient constituer des données de base qui pourront servir à l'élaboration de plan d'action de lutte contre le VIH/SIDA, à la surveillance comportementale des étudiants et à la mesure des effets des actions de prévention au sein de la communauté estudiantine.

Il faudra que le programme de lutte qui sera mis en place par les structures de lutte contre le SIDA présentes dans le milieu universitaire tiennent compte de ces informations pour développer des stratégies capables de permettre aux populations d'appliquer dans leur vie les enseignements qu'ils reçoivent en matière de VIH/SIDA.

En fait, la prévention du SIDA ne devrait pas se "limiter à la fourniture des services, d'informations et de préservatifs ; ces services devraient s'accompagner de changements structurels et politiques qui créent un environnement dans lequel les populations peuvent facilement réduire ou contrôler leur exposition au VIH [OMS, 1999]

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Cameroun (2004). Ministère de l'Enseignement Supérieur & Synergies Africaines contre le sida et les souffrances. Intensification de la lutte contre le VIH/SIDA dans l'Enseignement Supérieur. Séminaire, 20 - 21 JUILLET 2004.

Côte d'Ivoire (2005). Plan Municipal de Lutte contre le VIH-SIDA à Abengourou : Profil communale VIH-SIDA de la commune d'Abengourou, septembre 2005, 72p.

Côte d'Ivoire, Ministère de lutte contre le Sida (2006). Plan intérimaire 2005 de lutte contre le sida en Côte d'Ivoire.

CROU : Centre Régionale des Œuvres Universitaires, 2005.

DENIAUD F, MELMAN C, (2002). De l'appréhension des maladies sexuellement transmissibles à la prévention du VIH- *La presse médicale, Mars*, N°9, 31, 387-392.

GROSSKURTH H, MOSHA F, TODD J et al. (1995). Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania. Randomised controlled trial. *Lancet 1995; 346 ; 530-536.*

KOFFI M (2004). Analyse situationnelle des IST/VIH-SIDA IPS (WA), mars 2004.

OMS (1999). Population et développement de l'Afrique. OMS, juin – juillet, p39.

OMS (Janvier 2003). VIH/SIDA: couverture de certains services de prévention et de soins dans les pays peu développés en 2001

ONG CRISE (1992) : Enquête socio comportementale sur le SIDA en milieu étudiant ; JNLS1, nov. 92

ONUSIDA/OMS, 2004.

RAAVAKA R (2005). Conception d'un projet : journées estudiantines de lutte contre les IST/VIH-SIDA et autres pandémies en Côte d'Ivoire : le monde étudiant s'immobilise. Rapport de stage, ONG CERISE, 2005.

REHLE T, SUSAN H (2001). Aspects conceptuels et cadre général du suivi et de l'évaluation. In REHLE T, SAIDEL T, MILLS S et MAGNANI R. Evaluation des programmes de lutte contre le VIH/sida (prévention, soins, assistance) dans les pays en développement, guide à l'intention des directeurs de programme et des décisionnaires. FHI, USAID, 2001, 276p.

TOURE (2003). Profil des patients atteints d'infections sexuellement transmissibles au dispensaire antivénérien de l'INSP d'Abidjan-Thès.Med.Abidjan, N° 3366/03,2003.

|                      |
|----------------------|
| <b>QUESTIONNAIRE</b> |
|----------------------|

**Exprimez vous librement pour contribuer activement à la lutte contre le VIH/SIDA sur les cités universitaires.**

NB : Selon les cas pour certaines questions, entourez la bonne réponse.

**I/ CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES**

- 1.1/ Sexe : M / F
- 1.2/ Age : .....
- 1.3/ UFR : .....
- 1.4/ Niveau d'étude : .....
- 1.5/ Situation matrimoniale actuelle :
- En union (marié ou en concubinage)
- Célibataire
- Veuf (ve)
- Divorcé(e)
- Séparé(e)
- 1.6/ Si vous vivez avec quelqu'un, êtes-vous en situation de : monogamie / polygamie
- 1.7/ Combien d'enfants avez-vous ? .....
- 1.8/ Est-ce que vous fumez ? OUI / NON
- 1.9/ Est-ce que vous consommez de l'alcool ? Pas du tout/ Occasionnellement / Régulièrement
- 1.10/ Etes vous engagés dans une structure de lutte contre le sida ? OUI / NON
- 1.11/ Si OUI la quelle ? .....

**II/ CONNAISSANCES GENERALES DES IST / VIH SIDA**

- 2.1/ Avez -vous déjà entendu parler des maladies/infections sexuellement transmissibles (MST/IST) ? OUI NON
- 2.2/ Citez les MST (IST) que vous connaissez : .....
- .....
- 2.3/ Avez-vous déjà entendu parler du SIDA ? OUI NON
- 2.3.1/ Si OUI par quel canal ?
- |  |            |       |                          |
|--|------------|-------|--------------------------|
| - les médias :                           | télévision | radio | journaux écrits ou ..... |
| - le service médical                     | OUI        |       | NON                      |
| - les amis                               | OUI        |       | NON                      |
| - la famille                             | OUI        |       | NON                      |
| - au cours d'une réunion, d'un séminaire | OUI        |       | NON                      |
- 2.4/ Selon vous le SIDA existe -t-il réellement ? OUI / NON / ne sait pas
- 2.5/ Que signifie le SIDA ? .....
- .....
- 2.6/ Savez vous que les étudiants font partie des groupes à risque face à l'infection à VIH SIDA ? OUI / NON / ne sait pas
- 2.7/ Est-ce que le paludisme favorise la contamination par le VIH ? OUI / NON / ne sait pas
- 2.8/ Avoir une IST favorise t-il la contamination par le VIH ? OUI / NON / ne sait pas
- 2.9/ Est-ce que le virus du SIDA peut provoquer la survenue d'autres maladies ? OUI /NON / ne sait pas
- 2.9.1/ Si oui les quelles ? .....
- .....
- 2.10/ Par quel moyen peut-on savoir qu'une personne est infectée par le virus du SIDA ?
- Examen de sang/ Examen d'urine/ Examen clinique/ Ne sait pas

- 2.11/ Peut-on vivre longtemps (10 ans) avec le virus du SIDA ? OUI / NON / ne sait pas  
 2.12/ Quelqu'un qui a l'air en bonne santé peut-il avoir le virus du SIDA dans son corps ?  
 OUI /NON / ne sait pas  
 2.13/ Existe-il un médicament pour soigner le SIDA ? OUI / NON / ne sait pas  
 2.14/ Peut-on guérir du SIDA ? OUI /NON / ne sait pas

**III/ CONNAISSANCE SUR LA TRANSMISSION DU VIH**

3.1/ La contamination par le virus du SIDA peut se faire par :

- par utilisation de drogue intraveineuse OUI NON ne sait pas
- en touchant une personne atteinte OUI NON ne sait pas
- en ayant des rapports sexuels non protégés OUI NON ne sait pas
- par des piqûres de moustiques OUI NON ne sait pas
- par des objets souillés par le sang OUI NON ne sait pas
- par la transfusion sanguine OUI NON ne sait pas
- d'une femme enceinte atteinte à son futur enfant OUI NON ne sait pas
- en mangeant avec une personne malade OUI NON ne sait pas
- en utilisant les toilettes publiques OUI NON ne sait pas
- en fumant la cigarette d'une personne malade du sida OUI NON ne sait pas
- en portant les vêtements d'une personne contaminée OUI NON ne sait pas
- au cours des circoncisions/excisions de groupe avec du matériel souillé  
 OUI NON ne sait pas
- en embrassant une personne malade OUI NON ne sait pas
- en épousant la femme/le mari d'un(e) parent(e) décédé(e) : lévirat ou sororat  
 OUI NON ne sait pas
- au cours des fêtes de retrouvailles (fêtes d'ignames, de pâques, bals de fin d'année scolaire,  
 des journées culturelles e sportives OUI NON ne sait pas
- au cours des veillées funèbres OUI NON ne sait pas

**IV/ CONNAISSANCES SUR LES FACTEURS D'EXPOSITION AUX RISQUES DU VIH SIDA**

4.1/ Quels sont les comportements à risque de contamination par le VIH ?

- fréquenter les débits de boissons (les maquis) OUI NON ne sait pas
- fréquenter les hôtels, les bars, les night-clubs OUI NON ne sait pas
- avoir plusieurs partenaires OUI NON ne sait pas
- avoir des rapports sexuels non protégés OUI NON ne sait pas
- fréquenter les prostituées OUI NON ne sait pas
- utiliser les seringues stérilisées dans les infirmeries de quartier OUI/ NON/ Ne sait pas
- utiliser des objets de toilette d'une autre personne OUI/ NON/ Ne sait pas
- se faire couper les cheveux, la barbe chez le coiffeur avec le matériel de ce dernier  
 OUI/ NON/ Ne sait pas
- avoir des rapports sexuels en étant sous l'effet de l'alcool OUI/ NON/ Ne sait pas

**V/ ATTITUDES D'ORDRE GENERAL ET CHANGEMENT DE COMPORTEMENT**

5.1/ Est-ce que vous pensez que vous pouvez être infecté(e) par le virus ? OUI NON

5.1.1/Pourquoi ? (Maximum trois raisons quelque soit la réponse)

.....  
 .....  
 .....

5.2/ Est-ce gênant de voir un médecin quand on croit avoir le sida ? OUI NON

5.3/ Etes vous gêné(e) d'acheter les préservatifs ? OUI NON

5.3.1/ Pourquoi ? (Maximum trois raisons quelque soit la réponse)

5.4/ Faut-il informer sa (son) partenaire si on a le sida ? OUI NON

5.4.1/ Pourquoi ? (Maximum trois raisons quelque soit la réponse)

5.5/ Est-ce que vous allez continuer de fréquenter un(e) parent(e) s'il (elle) a le sida ? OUI / NON

5.5.1/ Pourquoi ? (Maximum trois raisons quelque soit la réponse)

5.6/ Les personnes qui ont le virus devraient-elles aller dans les mêmes endroits que les autres ? OUI / NON

5.6.1/ Pourquoi ? (Maximum trois raisons quelque soit la réponse)

5.7/ Les personnes qui ont le sida devraient-elles être obliger d'en informer les autres ? OUI / NON

5.7.1/ Pourquoi ? (Maximum trois raisons quelque soit la réponse)

5.8/ Est-ce que les personnes infectées doivent être autorisées à travailler ? OUI/ NON

5.8.1/ Pourquoi ? (Maximum trois raisons quelque soit la réponse)

5.9/ Avez-vous changé de comportement depuis qu'on parle de sida ? OUI NON

5.9.1/ Si OUI, quels changements avez-vous opérés ?

- 1/ usage du préservatif \_\_\_\_\_ OUI NON
- 2/ fidélité \_\_\_\_\_ OUI NON
- 3/ abstinence \_\_\_\_\_ OUI NON
- 4/ usage d'objet à usage unique pour soins \_\_\_\_\_ OUI NON
- 5/ non fréquentation des prostituées \_\_\_\_\_ OUI NON
- 6/ pas de rapports pendant les menstrues \_\_\_\_\_ OUI NON
- 7/ éviter d'épouser la femme/le mari d'un(e) parent(e) décédé(e) OUI NON
- 8/ autres (à préciser) ..... OUI NON

5.10/ Avec qui avez-vous parlé du sida ?

- partenaire/conjoint ----- OUI NON Ne sait pas
- mère ----- OUI NON Ne sait pas
- père ----- OUI NON Ne sait pas
- tante/oncle ----- OUI NON Ne sait pas
- frère/sœur ----- OUI NON Ne sait pas
- meilleur(e) ami(e) ----- OUI NON Ne sait pas
- chef religieux ----- OUI NON Ne sait pas

- professeur----- OUI NON Ne sait pas
- autres (préciser) ..... OUI NON Ne sait pas

**VI/ PRATIQUES GENERALES, UTILISATION DE PRESERVATIFS, INFORMATION SUR LE SIDA**

- 6.1/ Votre âge au premier rapport sexuel .....
- 6.2/ Avez-vous un(e) partenaire régulier(e) ? OUI NON
- 6.3/ Si OUI, réside t-il/elle avec vous ? OUI NON
- 6.4/ Combien d'autres partenaires avez-vous ? .....
- 6.5/ Quels sont vos types de pratiques sexuelles ?
- génito-génitale \_\_\_\_\_ OUI NON
  - bucco-génitale \_\_\_\_\_ OUI NON
  - génito-anal \_\_\_\_\_ OUI NON
  - autres (à préciser) .....
- 6.6/ Avez-vous déjà eu des rapports sexuels non protégés avec un(e) partenaire occasionnel(le) ?
- OUI NON
- 6.7/ A combien de temps remonte votre dernier rapport sexuel ? .....
- 6.8/ Avec quel partenaire avez-vous eu ce dernier rapport ?
- partenaire régulier(e) \_\_\_\_\_ OUI NON
  - partenaire occasionnel(le) \_\_\_\_\_ OUI NON
  - prostituée \_\_\_\_\_ OUI NON
- 6.9/ Avez-vous déjà utilisé des préservatifs ? OUI NON
- 6.10/ Utiliser vous le préservatif avec votre partenaire régulier(e) ? OUI NON
- 6.11/ Est-ce que le préservatif rend les rapports agréables ? OUI NON
- 6.12/ Pour quelles raisons quelqu'un refuserait-il d'utiliser les préservatifs ?
- .....
- .....
- .....
- 6.13/ Avez-vous utilisé le préservatif lors de votre dernier rapport ? OUI NON
- 6.14/ Comment juger vous le prix des préservatifs ? Cher Accessible Ne sait pas
- 6.15/ Où les achetez vous souvent ? Pharmacie Boutique Autres (préciser) .....
- 6.16/ A quelle fréquence utilisez-vous les préservatifs avec les partenaires occasionnels (par exemple sur 10 rapports sexuels combien de fois) ? .....
- 6.17/ A quelle fréquence utilisez-vous les préservatifs avec les partenaires réguliers ?
- Toujours De temps en temps Jamais
- 6.18/ Utiliser le préservatif permet-il de prévenir les IST (MST) et le sida ? OUI NON
- 6.19/ Depuis que vous avez entendu parler du sida,
- 1/ avez-vous eu des rapports sexuels avec des prostituées ? OUI NON
  - 2/ avez-vous eu des rapports sexuels non protégés ? OUI NON
  - 3/ avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnel(le)s ? OUI NON
  - 4/ le préservatif a-t-il déjà éclaté au cours des rapports sexuels ? OUI NON
  - 5/ avez-vous déjà eu des rapports sexuels sous l'effet de l'alcool ? OUI NON
- 6.20/ Au cours de l'année 2005, avez-vous eu des rapports avec des partenaires occasionnel(le)s ?
- OUI NON
- 6.20.1/ Si OUI combien en 2005 .....
- 6.21/ Au cours de cette année 2006 (de janvier à novembre), avez-vous eu des rapports avec des partenaires occasionnel(le)s ? \_\_\_\_\_ OUI NON
- 6.21.1/ Si OUI combien en 2006 .....

6.22/ Avez-vous déjà eu une IST/MST cette année ? OUI NON

6.22.1/ Si OUI combien de fois : .....

6.22.2/ Comment avez vous fait pour traiter la dernière fois que vous avez eu une MST/IST ?

- hôpital \_\_\_\_\_ OUI NON
- pharmacie \_\_\_\_\_ OUI NON
- infirmerie de quartier \_\_\_\_\_ OUI NON
- automédication \_\_\_\_\_ OUI NON
- guérisseur \_\_\_\_\_ OUI NON
- un ami \_\_\_\_\_ OUI NON

6.22.3/ Lorsque vous avez eu cette MST/IST, avez-vous informé votre partenaire ? OUI NON

6.22.4/ Les MST/IST sont elles dangereuses ? OUI NON

6.22.5/ Quelles sont les complications des IST/MST que vous connaissez (citer 3 principales) ? .....

**VII/ OPINIONS ET SUGGESTIONS SUR LES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE SIDA DANS LA CITE**

7.1/ Pensez-vous que vous êtes suffisamment informé(e) et sensibilisé(e) sur le sida dans votre milieu ? OUI NON

7.1.1/ Si OUI par qui et/ou quelle structure ?

- |                       |          |                  |          |
|-----------------------|----------|------------------|----------|
| • Mairies             | OUI/ NON | • hôpital        | OUI/ NON |
| • université          | OUI/ NON | • CROU           | OUI/ NON |
| • mass média          | OUI/ NON | • famille/ami(e) | OUI/ NON |
| • ONG à préciser :    | .....    |                  |          |
| • autres à préciser : | .....    |                  |          |

7.1.2/ Quelles sont les activités de sensibilisation et de lutte contre le sida menées par ces structures dans le milieu ? Les énumérer

7.1.3/ Etes vous satisfait(e) des prestations de ces structures impliquées dans la lutte contre le sida dans le milieu ? OUI NON

7.1.3.1/ Pourquoi ? (Maximum 3 raisons quelle que soit la réponse)

7.2/ La lutte contre le sida doit-elle être une priorité pour le milieu universitaire ? OUI NON

7.2.1/ Pourquoi ? (Maximum 3 raisons quelle que soit la réponse)

7.3/ Quels sont les moyens de lutte contre le sida que les autorités universitaires devraient mettre en place ?

- cellule de sensibilisation OUI NON
- facilité la distribution des préservatifs OUI NON
- traiter les personnes malades OUI NON
- autres (à préciser) .....

7.4/ Que faut-il faire pour favoriser le dépistage volontaire ? (Maximum 3 raisons)

.....  
.....  
.....

7.5/ Avez-vous déjà fait un test de dépistage ?            OUI            NON

7.5.1/ Si OUI en quelle année ? .....

7.5.2/ Si NON êtes vous prêt à faire le test de dépistage ? OUI/    NON/    Ne sait pas

7.5.3/ Pourquoi ? (Maximum 3 raisons quelle que soit la réponse)

.....  
.....  
.....

7.6/ Quels sont les meilleurs réseaux et canaux de communication au sein de la population estudiantine pour un changement de comportement ?

.....  
.....  
.....

7.7/ Quelles sont vos suggestions pour la mise en place d'un plan de lutte contre le VIH/SIDA dans le milieu universitaire ? .....

.....  
.....

**ANNEXE 2 : PONDERATION DES VARIABLES DE LA CONNAISSANCE, DU COMPORTEMENT ET DE LA PRATIQUE : Les numéros d'ordre sont identiques à ceux du questionnaire (KOFFI Marcel, 2004)**

**CONNAISSANCES DES IST/SIDA**

|   |                |   |
|---|----------------|---|
| Avez-vous déjà entendu parler des IST ?   | maximum=0.5 pt | - Oui 0.5 pt<br>- Non 0 pt  |
| Citez les IST que vous connaissez   | maximum=1 pt   | - Gonococcie 0,25 pt<br>- Syphilis 0,25pt<br>- SIDA 0,25 pt<br>- Chancre mou 0,25 pt  |
| Avez-vous déjà entendu parler du SIDA ?   | maximum=0.5 pt | - Oui 0.5 pt<br>- Non 0 pt  |
| Le SIDA existe-t-il réellement ?  | maximum=1 pt   | - Oui 1 pt<br>- Non 0 pt  |
| Définition du SIDA ?  | maximum=1 pt   | Correcte 1pt<br>Incorrecte 0<br>Ne sait pas 0   |
| les étudiants font partie des milieux à risque en Côte d'Ivoire ?   | maximum=0.5 pt | - Oui 0.5 pt<br>- Non 0 pt<br>- Ne sait pas 0 pt                                      |
| Est-ce que le paludisme favorise la contamination par le VIH ?  | maximum=0.5 pt | - Oui 0.5 pt<br>- Non 0 pt<br>- Ne sait pas 0 pt                                      |
| Avoir une IST favorise t-elle la contamination par le VIH ?   | maximum=1 pt   | - Oui 1 pt<br>- Non 0 pt<br>- Ne sait pas 0 pt  |
| Le virus du SIDA favorise la survenue d'autres maladies ?   | maximum=1 pt   | - Oui 1 pt<br>- Non 0 pt<br>- Ne sait pas 0 pt  |
| Moyen pour savoir que quelqu'un est infecté par le VIH ?  | maximum=1 pt   | Examen de sang 1pt<br>Examen des urines 0pt<br>Examen clinique 0pt<br>Ne sait pas 0pt |
| Peut on vivre longtemps (10 ans) avec le virus du sida ?  | maximum=0.5 pt | - Oui 0.5 pt<br>- Non 0 pt<br>- Ne sait pas 0 pt                                      |
| Quelqu'un qui a l'air en bonne santé peut-il avoir le virus du SIDA dans son corps ?  | maximum=0.5 pt | - Oui 0.5 pt<br>- Non 0 pt<br>- Ne sait pas 0 pt                                      |
| Existe-t-il un médicament pour traiter le SIDA ?  | maximum=0.5 pt | - Oui 0.5 pt<br>- Non 0 pt<br>- Ne sait pas 0 pt                                      |
| La contamination par le virus du SIDA peut se faire par   |                |   |
| - Drogue I.V. 0,5 pt - Rappports non protégés 0,5 pt  |                |   |
| - Objet souillés 0,5 pt - Transmission mère-enfant 0,5 pt   |                |   |
| - Transfusion de sang 0,5 pt - Circoncision/ excision 0,5pt   |                |   |
| - En épousant la femme / le mari d'un(e)parent (e) décédé(e) 0,5pt  | maximum=5.5 pt | - Oui 0.5 pt<br>- Non 0 pt<br>- Ne sait pas 0 pt                                      |
| - Au cours des fêtes de retrouvailles (fêtes d'ignames, de pâques, au cours des bals de fin d'année scolaire (milieu scolaire, des journées culturelles et sportives 0,5pt - Au cours des veillées funèbres 0,5pt |                |   |
| - Dans les bâtiments inachevés 0,5pt  |                |   |
| - Nuitamment dans les marchés 0,5pt   |                |   |
| Les comportements à risque de contamination par le VIH  |                |   |
| Plusieurs partenaires sexuels 1pt/ Rappports non protégés 0,5 pt  |                |   |
| Seringues dans les infirmeries 0,5pt  |                |   |
| Fréquenter les débits de boissons 0,5pt   | maximum=5 pts  |   |
| Fréquenter les bars, les hôtels et les night clubs 0,5pt  |                |   |
| Objet de toilette 0,5 pt / Coiffeurs 0,5 pt /Rappports sous l'effet de l'alcool 0,5pt / Fréquenter des prostituées 0,5 pt   |                |   |

**EVALUATION NIVEAU DE CONNAISSANCE** : Total > 15 pts : Bon niveau  
 Total de 15 à 10 pts : Niveau moyen  
 Total < 10 pts : Niveau bas

### ATTITUDES FACE AUX IST/VIH-SIDA

|   |                |  |
|---|----------------|--|
| Est- ce que vous pensez que vous-même pouvez être infecté (e) par le virus ?  | maximum 1 pt   | Oui 1 pt<br>Non 0 pt   |
| Est – ce gênant de voir un médecin quant on croit avoir le SIDA ?   | maximum 1 pt   | Oui 1 pt<br>Non 0 pt   |
| Faut-il informer sa (son) partenaire si on a le SIDA ?  | maximum 0,5 pt | Oui 0,5pt<br>Non 0 pt  |
| Est-ce que vous aller continuer à fréquenter un (e) parent (e ) s'il (elle) a le SIDA ?   | maximum 0,5 pt | Oui 0,5pt<br>Non 0 pt  |
| Les personnes qui ont le virus devraient-elles aller dans les mêmes endroits que les autres ?   | maximum 0,5 pt | Oui 0,5pt<br>Non 0 pt<br>Ne sait pas 0 pt  |
| Les personnes qui ont le Sida devraient-elles être obligées d'en informer les autres ?  | maximum 0,5 pt | Oui 0,5pt<br>Non 0 pt<br>Ne sait pas 0 pt  |
| Est-ce que les personnes infectées doivent être autorisées à travailler ?   | maximum 0,5 pt | Oui 0,5pt<br>Non 0 pt<br>Ne sait pas 0 pt  |
| Avez-vous changé de comportement depuis qu'on parle de SIDA ?   | maximum 1 pt   | Oui 1 pt<br>Non 0 pt   |
| Usage de préservatif  | maximum 0,5 pt | Oui 0,5 pt<br>Non 0 pt   |
| Fidélité  | maximum 0,5 pt | Oui 0,5 pt<br>Non 0 pt   |
| Abstinence  | maximum 0,5 pt | Oui 0,5 pt<br>Non 0 pt   |
| Usage d'objet à usage unique pour soins   | maximum 0,5 pt | Oui 0,5 pt<br>Non 0 pt   |
| Non Fréquenter des prostituées  | maximum 0,5 pt | Oui 0,5 pt<br>Non 0 pt   |
| Pas de rapports pendant les menstrues   | maximum 0,5 pt | Oui 0,5 pt<br>Non 0 pt   |
| Evite le lévirat/ le sororat  | maximum 0,5 pt | Oui 0,5 pt<br>Non 0 pt   |
| Avec qui avez vous parlé du SIDA ? Est-ce avec<br>Partenaire/conjoint 0,25 pt<br>Mère 0,25 pt<br>Père 0,25 pt<br>Tante/oncle 0,25 pt .... | maximum 1 pt   |  |
| <b>APPRECIATION DE L'ATTITUDE FACE AUX IST/VIH-SIDA<br/>(Total= 10)</b>   |                | Total > 6 pts : Bonne attitude<br>Total égal à 5 ou 6 pts : attitude acceptable<br>Total<5 pts : Mauvaise attitude |

## PRATIQUES SEXUELLES

|  |                |   |
|--|----------------|---|
| Votre âge au premier rapport sexuel  | Maximum 0,5    | <18 ans 0,5 pt<br>= 18 ans 0 pt   |
| Combien de partenaires avez-vous ? (votre partenaire régulier (e) non compris (e))                               | maximum 1      | 0 partenaire 0 pt<br>= 1 partenaire 1 pt  |
| Avez-vous déjà eu des rapports pendant les règles ?  | maximum 1 pt   | Oui 1 pt<br>Non 0 pt  |
| Quels sont vos types de pratiques sexuelles ?  | maximum 1 pt   | Génito-génitale 0 pt<br>Bucco-génital 0,5 pt<br>Génito-anal 0,5 pt  |
| Avez-vous déjà eu des rapports sexuels non protégés avec un (e) partenaire occasionnel (le) ?                    | maximum 1 pt   | Oui 1 pt<br>Non 0 pt  |
| A Avec quel (le) partenaire vous avez eu ce dernier ?  | maximum 1 pt   | Partenaire régulier 0 pt<br>Partenaire occasionnel 1 pt   |
| Avez-vous déjà utilisé des préservatifs ?  | maximum 1 pt   | Oui 1 pt<br>Non 0 pt  |
| Utilisez- vous le préservatif avec votre partenaire régulier (e) ?   | maximum 1 pt   | Oui 1 pt<br>Non 0 pt  |
| Est-ce que le préservatif rend les rapports moins agréables ?  | maximum 0,5 pt | Oui 0,5 pt<br>Non 0 pt  |
| Avez-vous utilisé le préservatif lors de votre dernier rapport dont on parlait tantôt ?                          | maximum 0,5 pt | Oui 0,5 pt<br>Non 0 pt  |
| A quelle fréquence utilisez-vous les préservatifs avec les partenaires réguliers ?                               | maximum 1 pt   | Toujours 0 pt<br>De temps en temps 0 pt<br>Jamais 1 pt  |
| Utiliser le préservatif permet-il de prévenir les IST (MST) et le SIDA ?   | maximum 0,5 pt | Oui 0,5 pt<br>Non 0 pt  |
| A Avez-vous eu des rapports sexuels avec des prostituées ?   | maximum 0,5 pt | Oui 0,5 pt<br>Non 0 pt  |
| Avez-vous eu des rapports sexuels non protégés ?   | maximum 0,5 pt | Oui 0,5 pt<br>Non 0 pt  |
| Avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires sexuels occasionnels (les) ?                              | maximum 0,5 pt | Oui 0,5 pt<br>Non 0 pt  |
| Le préservatif a-t-il déjà " éclaté " au cours des rapports sexuels ?  | maximum 1 pt   | Oui 1 pt<br>Non 0 pt  |
| Avez-vous déjà eu des rapports sexuels sous l'effet de l'alcool ?  | maximum 0,5 pt | Oui 0,5 pt<br>Non 0 pt  |
| Au cours de l'année 2005, avez-vous eu des rapports avec d'autres (occasionnels)?                                | maximum 1 pt   | Oui 1 pt<br>Non 0 pt  |
| Si oui, combien 2005 ?   | maximum= 1 pt  | 1 partenaire 0,5 pt<br>> 1 partenaire 1 pt  |
| Au cours de l'année 2005 (janvier –juillet), avez-vous eu des rapports avec d'autres partenaires (occasionnels)? | maximum 1 pt   | Oui 1 pt<br>Non 0 pt  |
| A Si oui, combien en 2005 ?  | maximum 1 pt   | 1 partenaire 0,5 pt<br>> 1 partenaire 1 pt  |
| Comment vous avez fait pour traiter la dernière fois que vous avez eu une MST /IST ?                             | maximum 1 pt   | Hôpital 0 pt<br>Autre 1 pt  |
| Avez-vous déjà fait un test de dépistage ?   | maximum 1 pt   | Oui 0 pt<br>Non 1 pt  |
| Etes-vous prêt à faire votre test de dépistage ?   | maximum 1 pt   | Oui 0 pt<br>Non 1 pt  |
| <b>APPRECIATION DES PRATIQUES SEXUELLES</b><br>(Total= 20 pts)   |                | Bonnes pratiques sexuelles 0 pt<br>Pratiques acceptables (mais risque existe) 01-07 pts<br>Mauvaises pratiques (risque important) 08-14 pts<br>Pratiques dangereuses (risque majeur) 15- 20 |