



ABREVIATIONS

Index d'abréviation

ALCS	Association de lutte contre le sida
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay
FTA	fluorescent treponemal antibody
HPV	human papilloma virus
HSV	Herpes simplex virus
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MEN	Ministère de l'éducation nationale
ONG	Organisation non gouvernementale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Organisation Nations unies Syndrome d'Immuno Déficiente Acquis
PPVIH	Personnes Vivants avec VIH
TPHA	Treponema pallidum haemagglutination assay
SIDA	Syndrome Immuno Déficiente Acquis
VDRL	Veneral disease research laboratory
VIH	Virus de l'Immuno déficience Humaine



PLAN

<u>Introduction</u>	01
<u>Matériels et Méthodes</u>	03
I- Echantillonnage.....	04
II- Matériels de l'étude.....	04
III- Méthode de l'enquête.....	05
IV- Analyse des résultats.....	05
<u>Résultats</u>	07
I- Population cible.....	08
1- Répartition selon l'âge.....	08
2- Répartition selon le sexe.....	09
3- Répartition selon l'état matrimonial.....	09
4- Répartition selon le domaine des études.....	10
II- Les questions.....	11
1- Connaissance des IST.....	11
2- Connaissance des signes des IST.....	11
3- Activité sexuelle.....	12
4- Protection lors des rapports sexuels.....	15
5- Connaissance sur le lieu de procuration du préservatif.....	16
6- Atteinte par les IST.....	16

7- Connaissance du SIDA.....	19
8- Connaissance des modes de transmission du SIDA.....	19
9- Connaissance de moyens prévention du SIDA.....	20
10- Responsabilité du tourisme sexuel dans la propagation du SIDA.....	21
11- Connaissance du traitement du SIDA.....	21
12- Connaissance des services gratuits de test SIDA.....	22
13- Acceptation du dépistage gratuit du SIDA	23
14- Attitudes en cas d'atteinte du SIDA.....	23
15- Acceptation d'avouement d'état sérologique.....	24
16- Connaissance de la gravité de SIDA.....	24
17- Rejet des sidéens.....	25
18- Garder ou pas secret l'état du sidéen.....	26
<u>Discussion</u>	27
I- Introduction	28
II- Rappels	28
1- Définition des infections sexuellement transmissibles.....	28
2- Les principales infections sexuellement transmissibles.....	29
2-1. La syphilis.....	31
2-2. Le chancre mou.....	32
2-3. Les infections à Gonocoque.....	32
2-4. Les infections à Chlamydia Trachomatis.....	33
2-5. Les infections à Trichomonas Vaginalis.....	33

2-6. Les Candidoses.....	34
2-7. L'herpes génital.....	34
2-8. Les infections à Human papilloma Virus.....	35
2-9. L'hépatite virale à transmission sexuelle.....	35
2-10. Les ectoparasitoses.....	36
2-11. Le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA)	36
III- La méthodologie.....	38
1- Questionnaire.....	38
2- L'échantillon.....	38
3- L'enquête.....	39
IV- Interprétation des résultat.....	39
1- Connaissances et réflexions générales en matière des infections sexuellement transmissibles.....	39
2- Comportements sexuels des étudiants.....	40
2-1. Population sexuellement active.....	41
2-2. Types des partenaires sexuels.....	42
2-3. Nombres des partenaires sexuels.....	42
2-4. Pratiques sexuelles : homosexualité.....	43
2-5. Type des rapports sexuels.....	44
2-6. La perception du préservatif.....	45
2-7. Préservatif et islam.....	47
2-8. Conduites thérapeutiques face aux IST.....	48
3- Connaissances du SIDA	49
3-1. Faits et chiffres mondiaux.....	49
3-2. Le cas du Maroc.....	50

3-3. Connaissance des modes de transmission.....	50
3-4. Connaissance des moyens de Prévention.....	51
3-5. Responsabilité de l'étranger dans la propagation du sida.....	51
4- Attitudes vis-à-vis des IST et du SIDA.....	52
4-1. Connaissance de traitement de SIDA.....	52
4-2. SIDA et dépistage.....	53
4-3. Attitudes face à une séropositivité.....	53
4-4. Connaissance de la gravité de SIDA.....	54
5- Attitudes vis-à-vis du malade.....	55
6- Education sexuelle.....	56
6-1. Définition de l'éducation sexuelle.....	56
6-2. Intérêt de l'éducation sexuelle.....	56
6-3. Programmes d'éducation sexuelle.....	58
6-4. Secteur de l'éducation de lutte contre le VIH/SIDA au Maroc.....	59
Conclusion.....	61
Résumés.....	63
Annexes.....	67
Bibliographie	



INTRODUCTION

Les infections sexuellement transmissibles demeurent très fréquentes et en pleine recrudescence du fait de la découverte de plusieurs agents pathogènes qui en sont responsables. Actuellement, plus de vingt agents sont identifiés, et leurs incidences changent d'un pays à l'autre [1]. Depuis l'avènement du SIDA en 1981, et malgré son universalité, l'information au sujet de ce fléau manque encore dans de nombreux pays dont le notre.

En effet, alors que dans les pays occidentaux des campagnes de sensibilisation et d'information battent leur plein, les pays arabo-musulmans se cantonnent encore dans un mutisme injustifié [2].

De nombreuses enquêtes d'opinion ont été menées dans différents pays, en Europe, en Asie, en Afrique et en Amérique, dans le but d'apprécier les connaissances et de cerner les comportements à risques des étudiants universitaires.

Ces enquêtes sont destinées à définir les mots d'ordre indispensables à toute stratégie de campagne d'information et de sensibilisation.

Cette information, ossature de la prévention en matière des infections sexuellement transmissibles et surtout le SIDA, fait défaut dans beaucoup de pays dont le nôtre. Ceci est sans doute dû à la conjonction de plusieurs facteurs parmi lesquels essentiellement la nature tabou du sujet en question.

C'est dans le cadre d'une meilleure appréciation des connaissances et des attitudes des étudiants universitaires à Marrakech vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles et du SIDA, que nous avons mené cette enquête d'opinion avec comme objectif principal un aperçu de l'impact de ce sujet sur nos mœurs et sur notre société.



MATÉRIEL ET MÉTHODE

I- Echantillonnage

Notre travail a concerné les étudiants universitaires des deux sexes, des quatre facultés de la ville de Marrakech :

- Faculté de Médecine et de Pharmacie.
- Faculté des Sciences Semelalia.
- Faculté de Droit.
- Faculté de la Langue Arabe.

L'effectif total était de 1130 personnes.

II- Matériels de l'étude

L'enquête est réalisée grâce à un auto-questionnaire anonyme (annexe n° 1), inspiré du CPC 2000, module 7 (Connaissance, Pratique et Couverture), élaboré pour aider les ONG à sélectionner des questions pour leurs enquêtes [3].

Cette fiche d'enquête individuelle en Langue Française (annexe n° 1) et Arabe (annexe n° 2), comprenant dix huit questions fût élaboré puis soumis aux critiques des différents intervenants en vue de son validation préalable.

La première partie du questionnaire comprend des renseignements relatifs à l'âge, au sexe, au domaine des études et à la situation familiale.

Les questions étaient réparties en cinq chapitres :

- Connaissances et réflexions générales en matière des infections sexuellement transmissibles.
 - Comportements sexuels des étudiants.
 - Connaissances de SIDA
 - Attitudes vis-à-vis du problème.
 - Attitudes vis-à-vis du malade.
-

III- Méthode de l'enquête

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale. Durant 4 mois (du 1^{er} février 2010 au 30 Mai 2010), nous avons soumis un questionnaire anonyme (annexe n° 1) auprès des étudiants universitaires des deux sexes, et cela après avoir eu l'accord du Doyen de chaque faculté. Nous avons à chaque fois donné un aperçu et des explications sur les IST et sur la façon de remplir le questionnaire.

En collaboration avec certaines bonnes volontés, nous avons réalisé cette enquête lors d'interviews ou de séances regroupant plusieurs étudiants dans les amphithéâtres et les bibliothèques.

L'échantillon choisis fut pris au hasard et le questionnaire a été proposé indifféremment à des étudiants des deux sexes et d'âge variable et à des moments différents de la journée.

Certaines personnes ont mal coopéré soit en jugeant les questions comme indiscretes (timidité, inhibition sociale), ce qui entravé probablement les réponses. Mais dans l'ensemble, nous avons constaté que la plupart des personnes ont été intéressées par notre travail dans la mesure où il viserait à informer les étudiants.

Le temps imparti pour un questionnaire variait de cinq à dix minutes.

Nous avons distribué 1130 questionnaires dont 1020 ont pu être recueillis.

IV- Analyse des résultats

Les données recueillies ont été analysés au laboratoire d'épidémiologie à la faculté de Médecine de Marrakech, la saisie et l'analyse des données ont été réalisées grâce au logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 10.0 pour Windows, la saisie des graphiques a été faite sur le logiciel Excel 2007. Les précisions statistiques relatives à l'échantillonnage ont été notifiées.

La différence dans l'enquête était significative pour $p < 0,05$ (probabilité d'erreur).
Le risque relatif (RR) supérieur à 1 a été retenu comme mesure d'association entre les différentes variables pour un intervalle de confiance à 95 %.



RESULTATS

I- Population cible

L'enquête a concerné 1020 étudiants universitaires des deux sexes, répartis sur les quatre facultés de la ville de Marrakech.

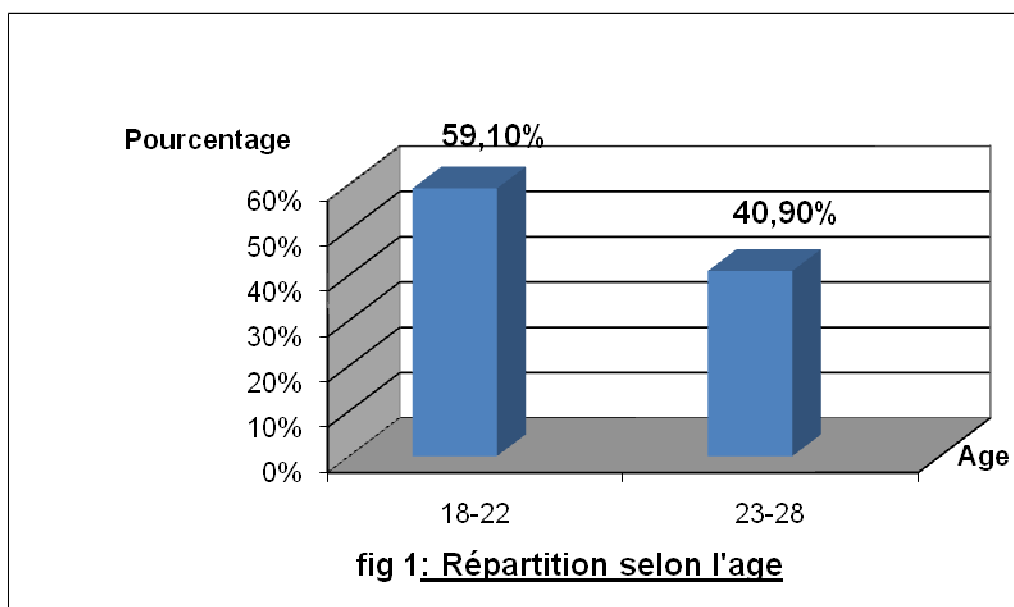
Le taux de participation des étudiants à notre enquête était de 90,2% (tableau I).

Tableau I : Taux de la participation à l'étude

Population enquêtée	Questionnaires donnés	Questionnaires recueillis	Taux de Participation %
Filles	658	578	87,8 %
Garçons	472	442	93,6 %
Total	1130	1020	90,2 %

1- Répartition selon l'âge

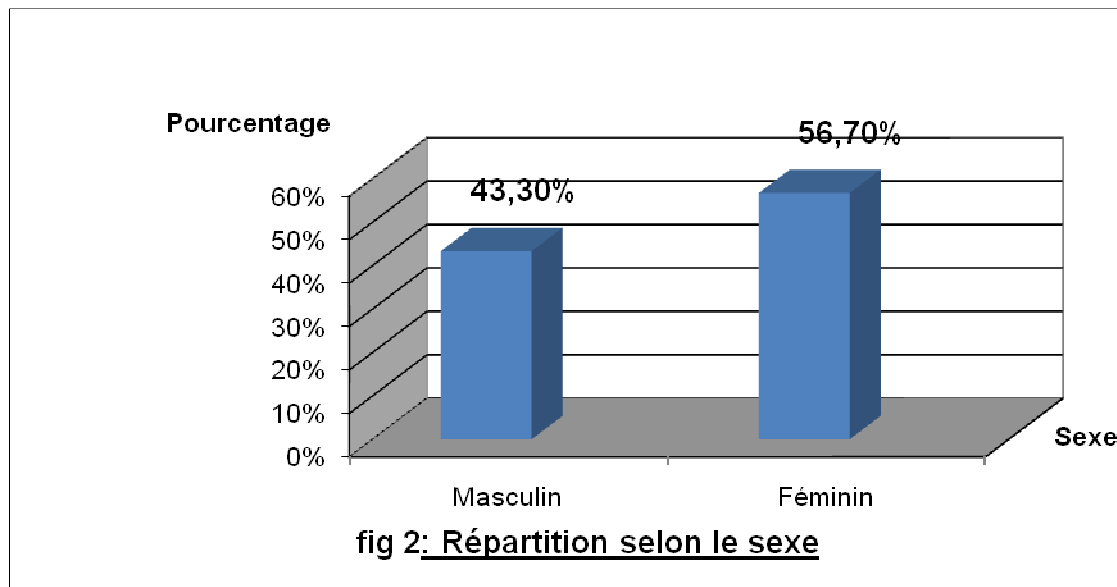
La tranche d'âge la plus représentée dans notre enquête est celle comprise entre 18 et 23 ans avec 59 %, ce qui prouve que l'enquête s'adresse surtout aux adolescents (fig. 1).



2- Répartition selon le sexe

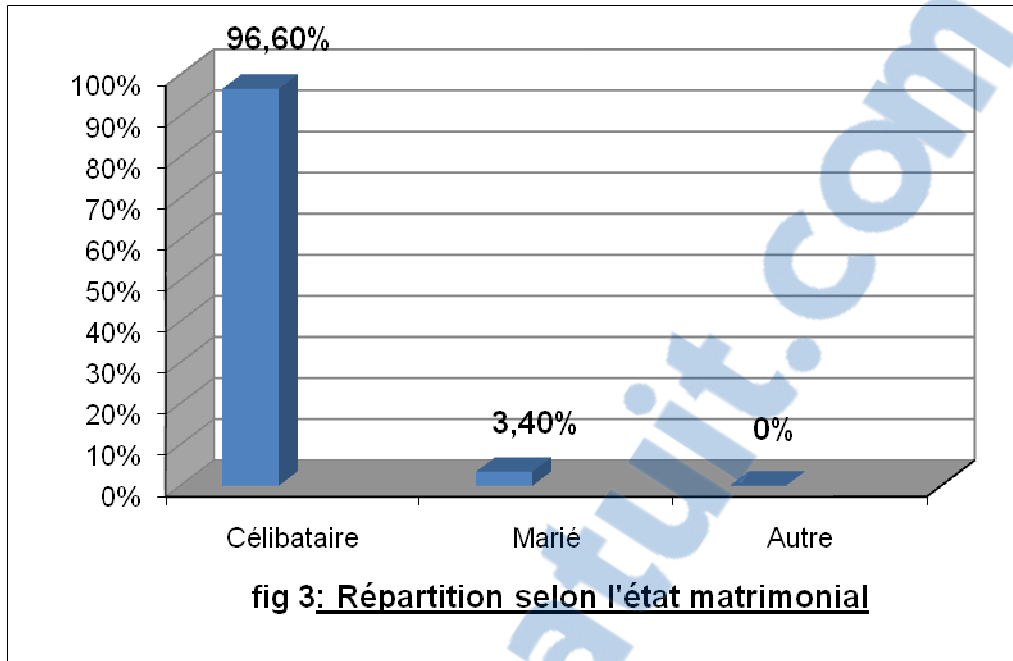
Parmi les personnes interrogées, 442 sont de sexe masculin (43,3%) et 578 sont de sexe féminin (56,7%).

Nous notons une légère prédominance des étudiantes par rapport aux étudiants (fig. 2).



3- Répartition selon l'état matrimonial

Les célibataires représentent une nette prédominance par rapport aux mariés, sans aucun cas des étudiants fiancés ou divorcés (fig. 3).



4- Répartition selon le domaine des études

L'étude a porté sur 1020 étudiants dont 220 de la Faculté de Médecine, 350 de la Faculté des Sciences, 270 de la Faculté de Droit et 270 de la Faculté de La langue Arabe.

Nous notons que les étudiants de la faculté des sciences représentent le 1/3 de la population enquêtée, suivis de ceux de la faculté de Droit et après la faculté de Médecine, la faculté de la Langue arabe est moins représentée (fig. 4).

RapportGratuit.com

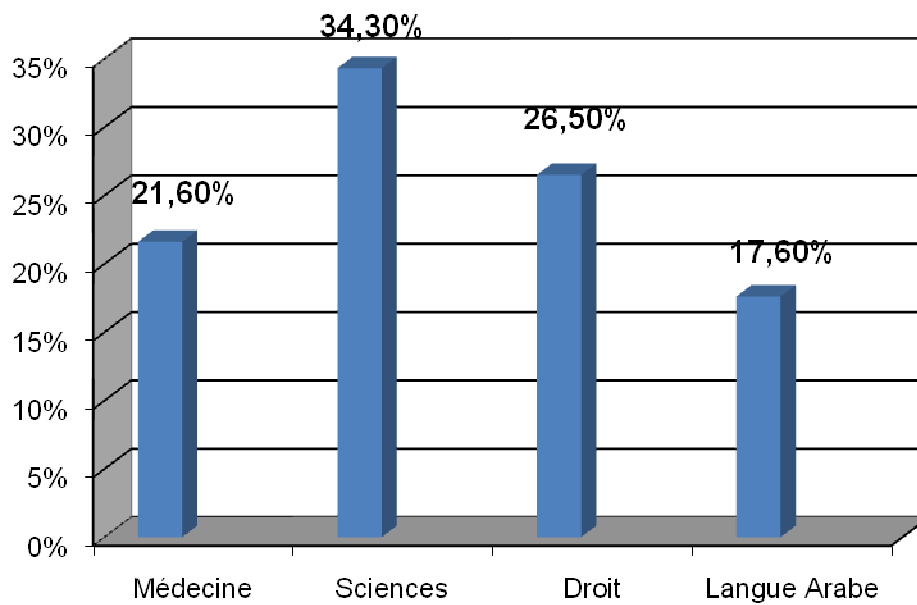


fig 4: Répartition selon le domaine des études

II- Les questions

1-Connaissance des IST

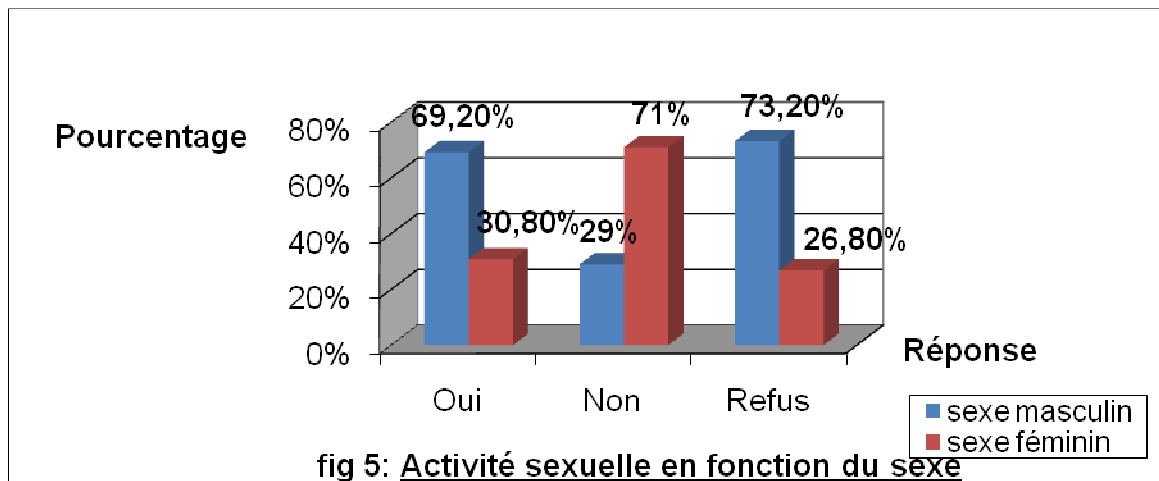
Tous les étudiants ont déjà entendu parler des infections sexuellement transmissibles.

2-Connaissance des signes des IST

126 des étudiants ne connaissent pas les symptômes des infections sexuellement transmissibles (12,4%), alors que 4,6% pensent qu'il n'y a pas de signes et seulement 25 personnes décrivent tous les critères cités comme signes, ce qui représente uniquement 2,5% de la population enquêtée.

3- Activité sexuelle

273 des personnes interrogées ont eu des rapports sexuels (26,8%), dont 69,2% sont de sexe masculin et 30,8% de sexe féminin. Nous notons que 8% des étudiants ont refusé de répondre dont les 2/3 sont de sexe masculin en jugeant la question indiscrete (fig. 5).



153 des étudiants actifs sexuellement ont des multipartenaires dont la majorité sont de sexe masculin avec 67,4% (Tableau II).

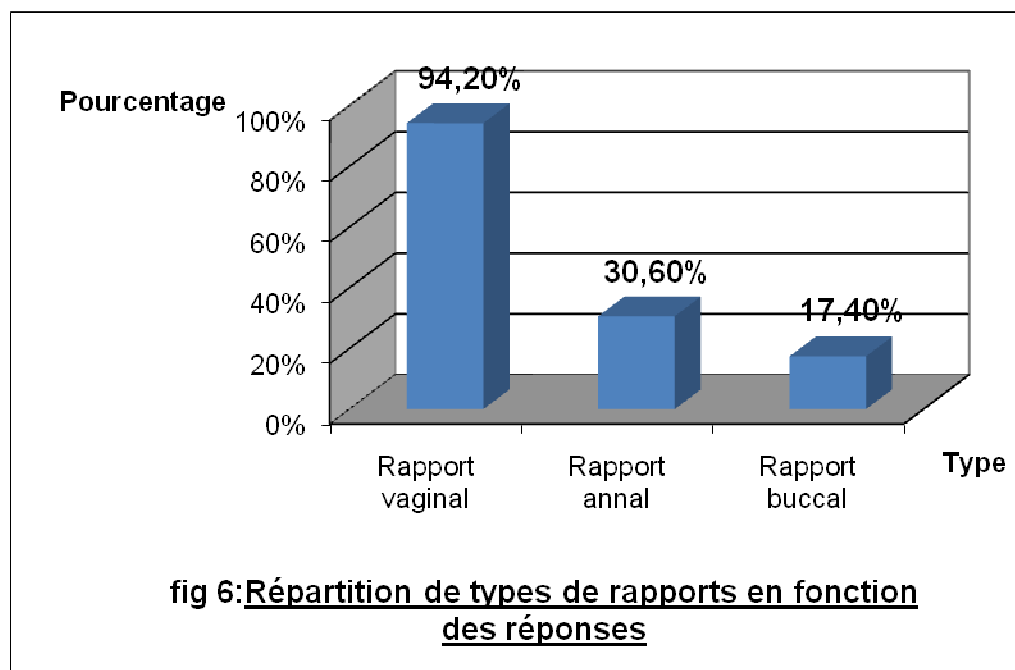
La grande majorité des étudiants ont une pratique sexuelle normale c'est-à-dire hétérosexuelle (98,8%), 1,2% ont une activité homosexuelle, mais ce taux ne reflète pas la réalité car l'homosexualité reste camouflée dans notre contexte.



Tableau II : Répartition du nombre des partenaires en fonction du sexe.

		Sexe		Total
		Masculin	Féminin	
Nombre des partenaires	Un seul Effectif % dans sexe	61 32,6%	48 64,0%	109 41,6%
	Plusieurs Effectif % dans sexe	126 67,4%	27 36,0%	153 58,4%
Total	Effectif % dans sexe	187 100%	75 100%	262 100%

Les rapports sexuels par voie vaginale reste le mode le plus décrit par les étudiants avec 94,2%, mais nous notons l'existence d'autres modes avec des taux remarquables ; 30,6% pour le mode annal et 17,4% pour le mode buccal (fig. 6).



La prostitution constitue dans notre enquête la source la plus incriminée dans le comportement sexuel (74,4%), suivis de 38,8% de pratique sexuelle avec les amis (es) et 12% dans un cadre de projet de mariage (fig. 7).

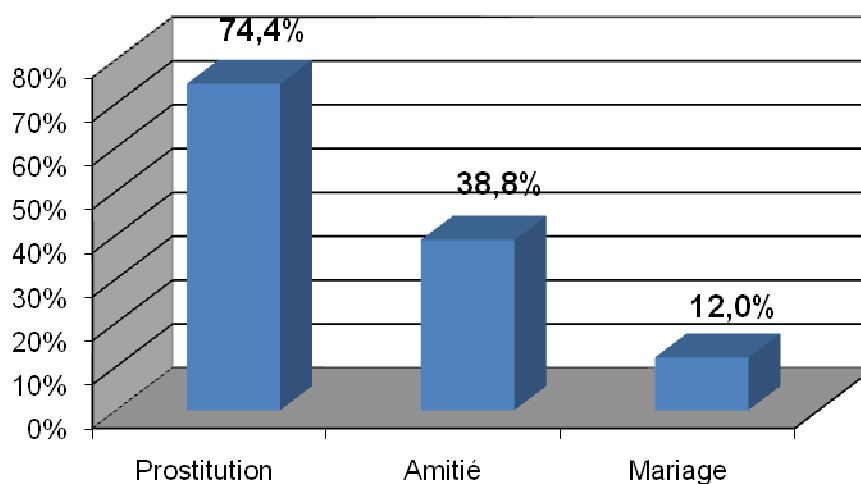


fig 7: Répartition des types de partenaires en fonction des réponses

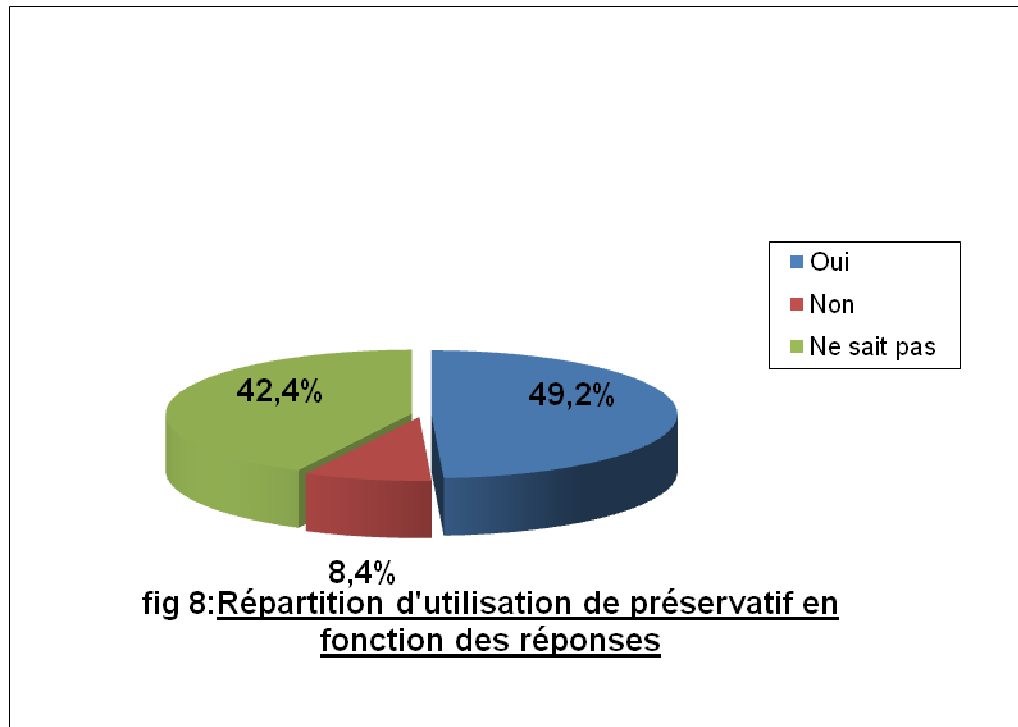
178 des personnes enquêtées ont utilisé les préservatifs lors des rapports sexuels (66,7%), dont sept étudiants sur dix optent pour son utilisation comme moyen de prévention (70,4%) (Tableau III).

Tableau III : Répartition d'utilisation du préservatif en fonction du sexe

	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Effectif	131	47	178
Pourcentage	73,6%	26,4%	100%

4- Protection lors des rapports sexuels

Parmi les personnes interrogées, 42,4% ne savent pas s'ils utilisent ou utiliseraient un préservatif lors d'un rapport sexuel et la moitié ont répondu par oui (49,2%), ce qui reflète la conscience des étudiants sur l'importance des préservatifs comme moyen de prévention (fig.8).



5- Connaissance sur le lieu de procreation du préservatif

Près de huit personnes sur dix (80,5%) ont déclaré qu'elles connaissent un lieu où elles peuvent avoir des préservatifs.

6- Atteinte par les IST

Les douleurs du bas ventre sont les plus décrits chez la population atteinte en représentant 39,8 %, ainsi que les écoulements génitaux par 32,3%. Les ulcérations génitales ne sont que de 13,4% (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des signes des IST entre elles

Type	Ulcérations génitales	Ecoulement génital	Excroissances génitales	Douleurs Bas ventre	Dyspareunie	Total
Effectif	27	65	15	80	14	201
%	13,4%	32,3%	7,4%	39,8%	7,1%	100%

Nous constatons que les écoulements génitaux sont les signes les plus fréquents chez les hommes (57,3%), alors que chez les femmes ce sont les douleurs du bas ventre (52,2%) (Tableau V).

Tableau V : Répartition des signes selon le sexe

Type Sexe		Ulcération Génitale	Ecoulement génital	Excroissances	Douleur bas ventre	Dyspareunie	Total
Masculin	Effectif	15	47	-	20	-	82
	%	18,3%	57,3%		24,4%		100%
Féminin	Effectif	12	14	15	60	14	115
	%	10,4%	12,2%	13%	52,2%	12,2%	100%

La prostitution constitue la source la plus incriminée de contamination ainsi que les partenaires d'amitié. La contamination conjugale est absente dans notre enquête (Tableau VI).

Tableau VI : Présentation des signes selon les agents contamineurs

		Ulcérations Génitales	Ecoulements génitaux	Excroissances génitales	Douleurs bas ventre	Dyspareunie	Total
Mariage	Effectif	-	3	-	-	-	3
	%						100%
Amitié	Effectif	1	20	-	5	14	50
	%	2%	40%	-	30%	28%	100%
Prostitution	Effectif	2	35	3	23	14	77
	%	2,6%	45,4%	3,9%	9,9%	18,2%	100%

***- En cas d'atteinte, est-ce qu'avez cherché un traitement ou des conseils ?**

Parmi les personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles, 47,7% ont cherché un traitement. L'auto- traitement et l'abstention sont les plus fréquentes représentées dans 55,2% des cas, le recours en premier à la consultation du médecin est observé dans 26,2% des cas (Tableau VII).

Tableau VII : Conduites thérapeutiques des porteurs des IST

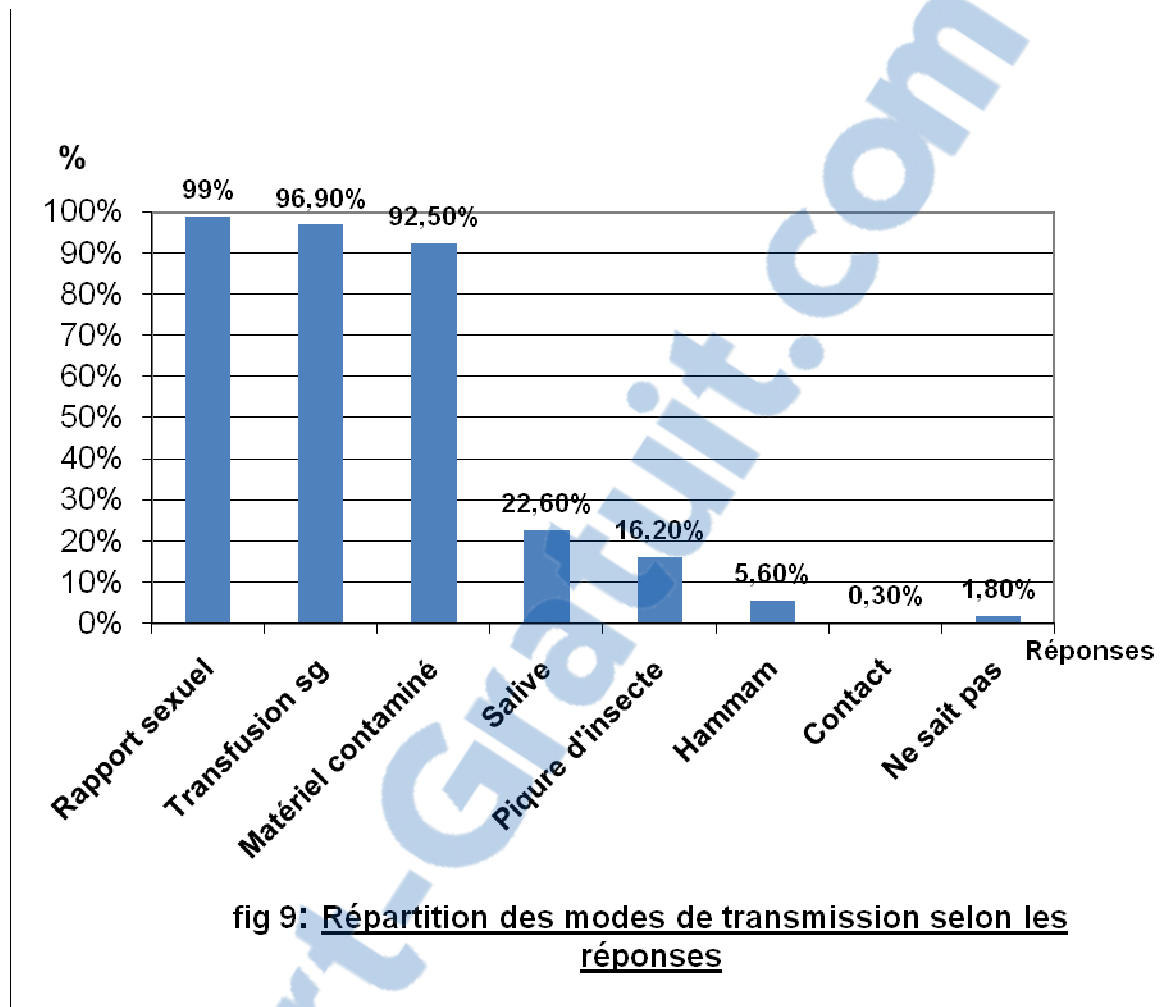
Conduite Thérapeutique	Consultation Médecin	Guérisseur traditionnel	Pharmacie	Auto - traitement	Rien	Total
Effectif	38	10	17	12	68	145
%	26,2%	6,9%	11,7%	8,3%	46,9%	100%

7- Connaissance du SIDA

Toutes les personnes interrogées ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du SIDA.

8- Connaissance des moyens de transmission du SIDA

Au cours de l'enquête, une série de propositions concernant la transmission du SIDA ont été soumises aux enquêtés pour mesurer leur niveau de connaissance. Parmi les modes de transmission du virus, les résultats montrent que les étudiants sont bien informés : le rapport sexuel est évoqué par 99% au même titre que la transfusion sanguine pour 96,9% et l'injection par du matériel contaminé (92,5%) (fig.9).



9- Connaissance des moyens de prévention du SIDA

99% ont répondu qu'on peut prévenir le SIDA. Parmi les moyens de lutte proposés, 81,7% choisissent l'utilisation de préservatif comme premier moyen, suivie de l'utilisation de matériel stérile pour 80,4%, 66,2% ont déclaré qu'on pouvait éviter de contracter le virus par la fidélité à une seul partenaire non infecté (Tableau VIII).

Tableau VIII : Connaissances de moyens de prévention du SIDA

Réponses	Abstention des rapports sexuels		Utilisation de préservatifs		Utilisation de matériel stérile		fidélité	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
OUI	278	27,3	833	81,7	820	80,4	675	66,2
NON	732	71,8	175	17,2	188	18,4	333	32,6
Ne sait pas	10	1,0	12	1,2	12	1,2	12	1,2
TOTAL	1020	100	1020	100	1020	100	1020	100

10- Responsabilité du tourisme sexuel dans la propagation du SIDA

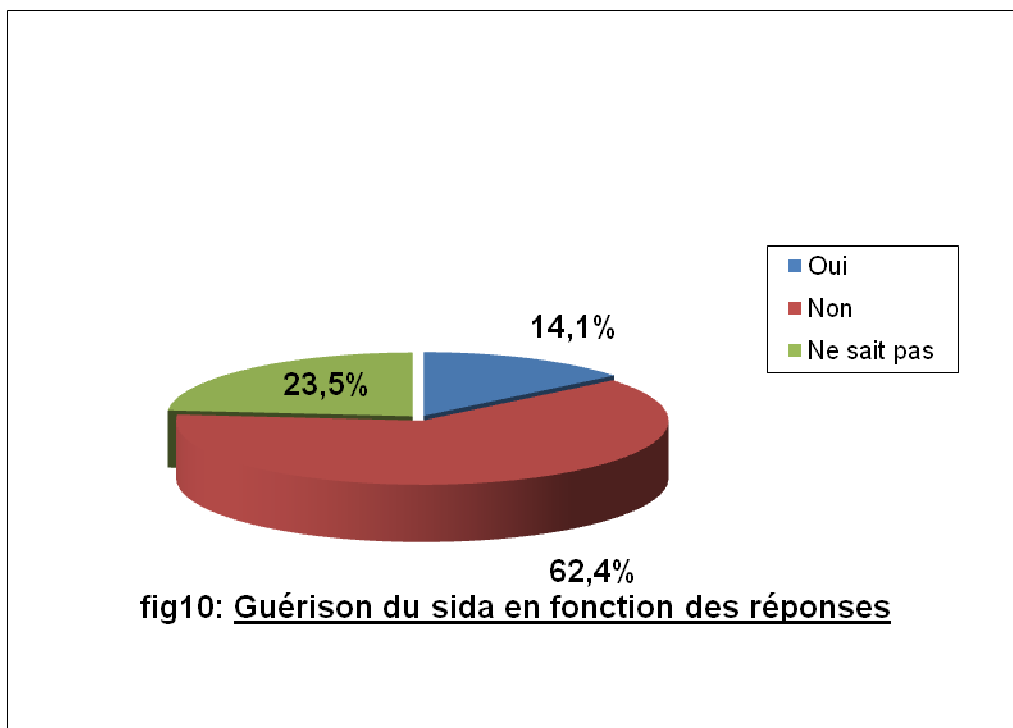
Selon les enquêtés, le tourisme est rendu responsable dans la propagation de ce fléau dans 95,9% des cas (Tableau IX).

Tableau IX : Responsabilité du tourisme en fonction des réponses

	Effectif	Pourcentage
OUI	975	95,9%
NON	11	1,1%
NESAIT PAS	31	3,0%
TOTAL	1017	100%

11- Connaissance du traitement du SIDA

144 personnes pour 1020 ont répondu par l'affirmative (14,1%), alors que 23,5% ne savent pas si le SIDA est une maladie guérissable ou non (Fig. 10).



12- Connaissance des services gratuits de test SIDA

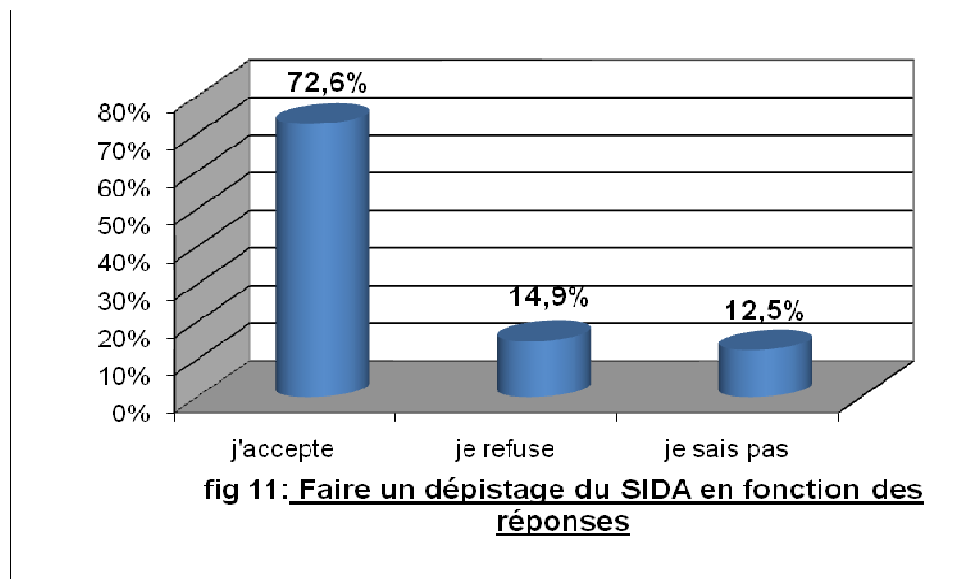
Parmi les étudiants enquêtés, 83,3% connaissent ces services (tableau X).

Tableau X : Connaissance des services gratuit conseil/test SIDA

	Fréquence	%
Oui	847	83
Non	170	16,7
Pas réponse	3	03
Total	1020	100

13- Acceptation du dépistage gratuit du SIDA

Seulement 14,9% refuseraient un éventuel dépistage (Fig. 11).



14- Attitudes en cas d'atteinte du SIDA

Pour 52.7% des personnes interrogées, la recherche des soins serait le premier recours en cas d'infection par le virus, alors que pour 34% ont choisi le pèlerinage à la Mecque (fig12).

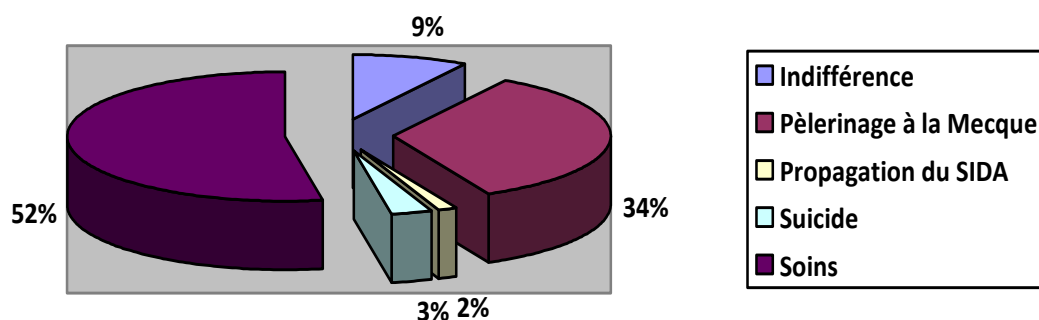


Fig12 : Répartition des réactions selon les réponses

15- Acceptation d'avouement d'état sérologique

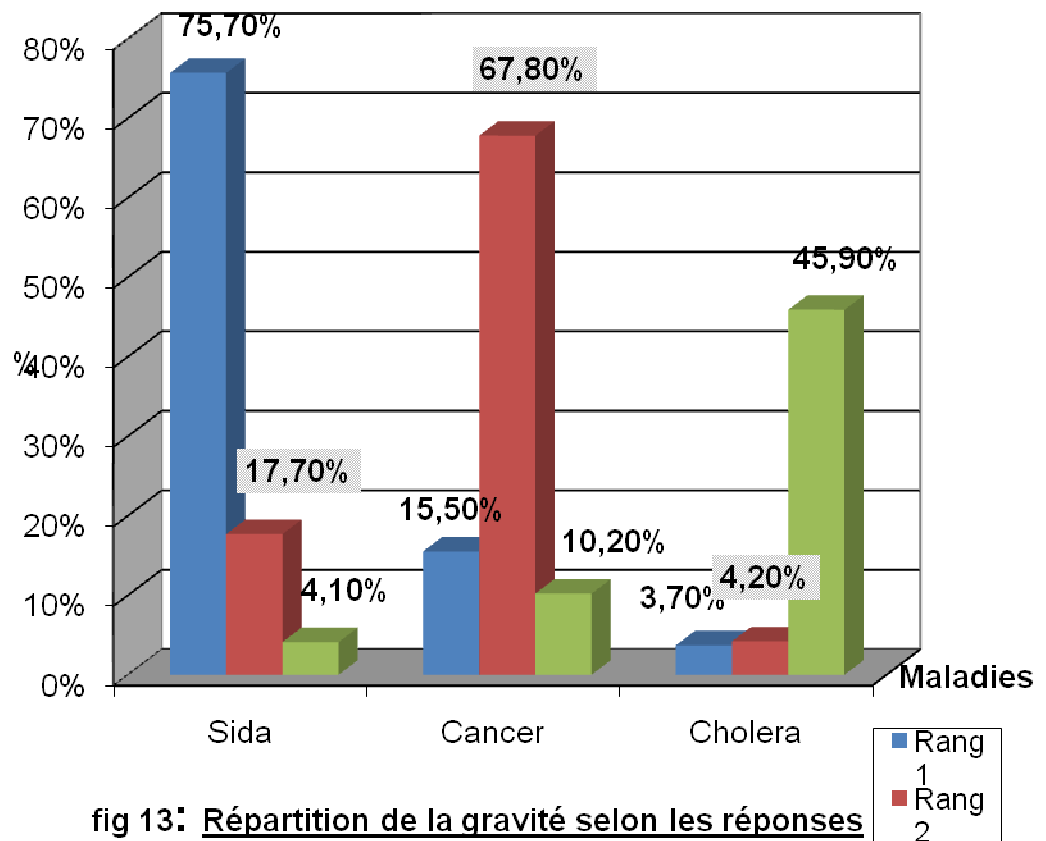
Six personnes sur dix diseraient à leur conjoint qu'ils sont sidéen, alors qu'une personne sur dix refuserait de l'avouer (Tableau XI).

**Tableau XI : Répartition « avouer d'être atteint au partenaire»
en fonction des réponses**

	Effectif	Pourcentage %
Oui	661	64,8
Non	102	10
Ne sait pas	256	25,1
Pas de réponse	1	0,1
Total	1020	100

16- Connaissance de la gravité du SIDA

Sur le plan de gravité, les personnes questionnées classent le SIDA en première position, le cholera se trouve en troisième position derrière le cancer (fig.13).



17- Rejet des sidéens

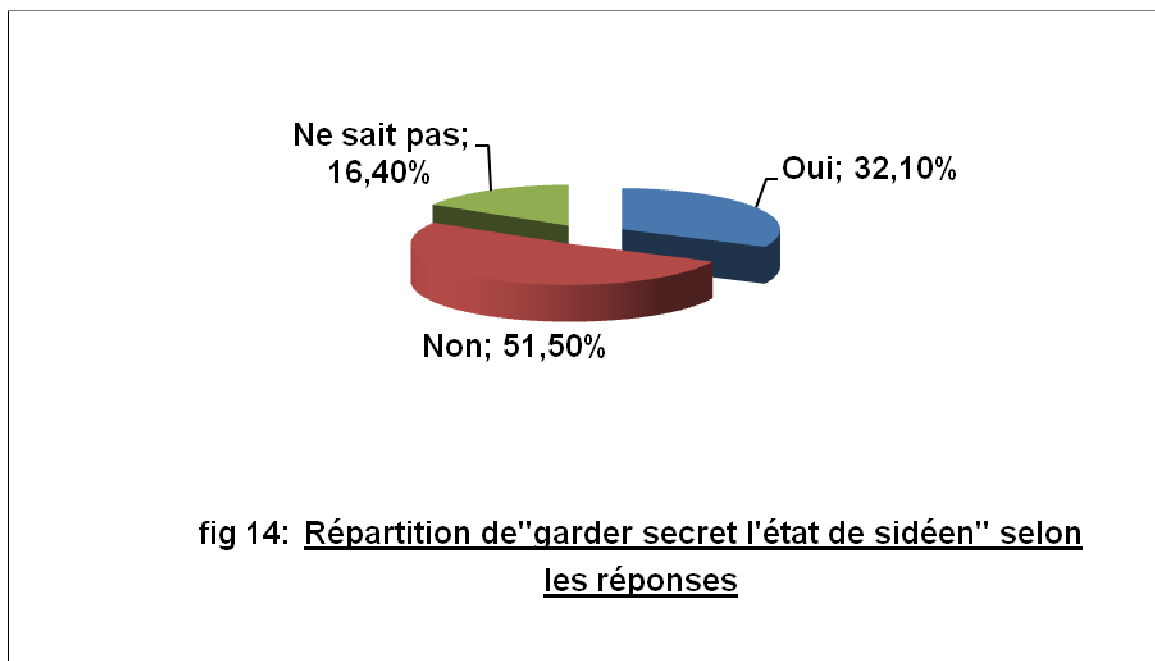
Au cours de l'enquête, cette question est posée aux étudiants pour connaître leurs attitudes face aux personnes ayant la maladie, 30,7% refuseraient de manger dans le même plat avec un sidéen (Tableau XII).

Tableau XII : Répartition de «manger ou pas avec sidéen»
en fonction des réponses

	Fréquence	Pourcentage
Oui	703	68,8 %
Non	312	30,7 %
Pas de réponse	5	0,5 %
Total	1020	100 %

18- Garder ou pas secret l'état du sidéen

Pour 51,5 % des étudiants, il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'une personne atteinte par le virus (Fig.14).





DISCUSSION

I– Introduction

La nécessité d'inclure dans les investigations épidémiologiques sur les infections sexuellement transmissibles et le Sida des recherches sur le comportement socioculturel a été soulignée par de nombreuses publications [4].

Toutefois, à notre connaissance, et jusqu'à nos jours, peu d'enquête d'opinion ont été réalisées dans les pays arabo-musulmans [5]. Probablement cela est dû au fait qu'on croit toujours que ces derniers se trouvent dans le dernier schéma épidémiologique [5] mais surtout parce qu'il est difficile de porter un regard scientifique sur un phénomène où convergent des dimensions médicales, politiques, sociales et morales.

La sexualité demeure un sujet tabou, des enquêtes d'opinion sur ce sujet sont difficiles à mener [6]. Par cette enquête, nous avons cherché à mieux cerner les réactions des étudiants marocains universitaires face à ce fléau, car au-delà de l'énigme scientifique qu'il soulève, Au-delà du fléau épidémiologique mondial qu'il constitue, les infections sexuellement transmissibles restent un phénomène de société. En effet, pour C. Chagas, la science n'est pas suffisante, dans ce cas il y a surtout des implications culturelles liées à l'écologie des peuples [7].

II– Rappels

1–Définitions des infections sexuellement transmissibles

Le terme « Infections Sexuellement Transmissibles » (IST) a remplacé celui de « Maladies Sexuellement Transmissibles » (MST) dans la nomenclature internationale. Il a été adopté et recommandé par l'organisation mondiale de la santé (OMS) à tous les pays ; du fait qu'on peut être infecté sans être forcément "malade" [8].

Les IST regroupent toutes les affections microbiennes, virales, parasitaires ou fongiques caractérisées par leur transmission par voie sexuelle entre deux partenaires dont l'un est infecté,

quelque soit le type de la relation : hétérosexuelle, homosexuelle, génito-génitale, uro-génitale ou génito-rectale. On peut opposer 2 types des IST [8][9][10]:

* Les IST dont l'expression clinique et les complications sont essentiellement locales et génitales dominées par la gonococcie et les chlamydioses.

* Les IST à expression systémique dont les localisations génitales sont mineures ou absentes. Ce sont essentiellement la syphilis, l'hépatite B et le SIDA.

Il faut noter que certaines de ces infections ne sont pas exclusivement sexuellement transmissibles. Une mycose vaginale, le VIH (virus du Sida), le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C, par exemple, peuvent survenir chez une femme ou un homme qui n'ont jamais eu des rapports sexuels

Leur gravité est due à l'irréversibilité de leurs conséquences (stérilité, décès...), aux groupes touchés (populations jeune et active autant féminine que masculine) et enfin à leur coût élevé. La prévention des IST consiste à dispenser des messages d'incitation à adopter un comportement sexuel à faible risque, en particulier auprès des personnes à risque des IST [11]. Il s'agit aussi de dépister les IST chez les personnes asymptomatiques d'inciter les personnes porteuses d'une IST à en informer leur(s) partenaire(s) sexuel(le(s), afin de les dépister et de les traiter.

2- Les principales infections sexuellement transmissibles

Le tableau XIII illustre les différents types d'infections sexuellement transmissibles et les agents pathogènes [12,13].

Tableau XIII : Les principales IST

Agents pathogènes		Infections
Bactéries	Treponema pallidum	Syphilis
	Haemophilus ducreyi	Chancre mou
	Neisseria gonorrhoeae	Urétrite - cervicite
	Chlamydia trachomatis	Urétrite non spécifique
Virus	Herpes simplex virus	Herpes génital
	Human papilloma virus	Condylome acumine
	Virus d'hépatite B	Hépatite virale
	VIH 1 et 2	Sida
Protozoaires	Trichomonas vaginalis	Urétrite - vaginite
Champignons	Candida albicans	Candidose
Ectoparasites	Sarcoptes scabiei	Gale
	Phtirius pubis	Phtiriase pubienne

2-1- La Syphilis

Cette grande classique des IST est due à une bactérie spirochète, *Treponema pallidum*. Les tableaux cliniques sont divers, ils évoluent avec l'ancienneté de l'infection, mais présentent également des formes cliniques fortes nombreuses. Depuis quelques années, on assiste à une recrudescence de la syphilis. L'épidémie intéresse principalement les homosexuels masculins dont plus de la moitié est infectée par le VIH. Cette recrudescence de la syphilis témoigne d'un relâchement dans la prévention des pratiques sexuelles à risque [14].

* Syphilis primaire : L'incubation est de durée variable, en moyenne de 3 semaines.

La syphilis primaire est caractérisée par un chancre au point d'inoculation, ce chancre est contagieux car il fourmille de tréponèmes. C'est une érosion unique, ronde ou ovale, indolore, non inflammatoire, à bord régulier, à fond propre, reposant sur une base indurée, régressant sans cicatrice, accompagnée d'adénopathies généralement unilatérales. Ce chancre peut siéger au niveau du sillon balano-préputial chez l'homme qui reste la localisation préférentielle. Chez la femme, il passe souvent inaperçue vu sa localisation profonde (chancre cervical, chancre vaginal). Il peut se localiser au niveau anal chez les homosexuels [15].

* Syphilis secondaire : Sa durée est en règle inférieure à un an. Elle traduit la dissémination des tréponèmes dans l'organisme, responsables des lésions multiples très contagieuses. On peut décrire des lésions cutanées à type de roséole syphilitique, de syphilides papuleuses, palmo-plantaires, génitales et périnéales [15]. On peut avoir l'association d'autres symptômes tels que les lésions muqueuses, des lésions phanériennes telle que l'alopecie temporo-occipitale, des lésions viscérales diverses telle que l'hépatosplénomégalie, lésions ostéo-articulaires

Confirmation du diagnostic :

»» Identification du *Treponema pallidum* par ultra microscope.

»» Diagnostic sérologique : plusieurs réactions peuvent être réalisées mais en général le VDRL et le TPHA sont suffisants pour le dépistage. En cas de doute ou de résultats discordants, on peut demander d'autres plus spécifiques : FTA test (Fluorescent Treponemal Antibody).

Traitement : la pénicilline reste le médicament de choix pour toutes les formes de syphilis, remplacée par les cyclines en cas d'allergie et par l'érythromycine chez la femme enceinte. Il faut par ailleurs insister sur le traitement du (ou des) partenaire (s).

2-2- Le chancre mou

Infection très contagieuse auto inoculable, se localisant presque exclusivement au niveau des organes génitaux externes, due au bacille de ducrey [12].

* Clinique : Il se présente sous forme d'une ou plusieurs ulcérations inflammatoires et purulente douloureuse accompagnée d'adénopathies inflammatoires qui peuvent se fistuliser (bubons).

* Diagnostic positif : Orienté par la clinique et confirmé par la mise en évidence du germe dans le pus.

* Traitement : En plus du traitement local par des antiseptiques, le choix fait appel aux fluoroquinolones et aux macrolides [12]. Le traitement du partenaire est obligatoire de même que le traitement d'une syphilis associée (Chancre mixte).

2-3- Les infections à Gonocoques

Dues à un diplocoque gram appelé Neisseria gonorrhéique. Elles sont plus fréquentes chez les adultes jeunes, les homosexuels, les prostituées et dans les milieux défavorisés [16].

* Clinique : Cette infection se traduit chez l'homme par une urétrite aigue, caractérisée par la survenue d'un écoulement urétral purulent avec dysurie. Chez la femme, elle peut réaliser une cervicite avec leucorrhées purulentes et un risque d'endométrite et salpingite [13], tous les deux sont facteurs de stérilité.

On peut observer la gonococcie rectale chez les homosexuels et l'ophtalmie purulente du nouveau-né.

* Diagnostic positif : identification du germe après prélèvement urétral chez l'homme, endocervical chez la femme et conjonctival chez le nouveau-né.

* **Traitement** : fait appel à la ciprofloxacine, à la spectinomycine ou à la céftriaxone. L'association d'un traitement à base de cyclines est adoptée par plusieurs auteurs vu la fréquence d'infections associées par chlamydia. Le traitement du partenaire est systématique [16].

2-4- Les infections à Chlamydia Trachomatis

* **Clinique** : c'est une Bactérie intracellulaire réalisant chez l'homme une urétrite dans 40 pour cent des cas d'urétrites non gonococciques [16]. C'est une urétrite le plus souvent subaiguë sous forme d'écoulement claire. La complication redoutable reste l'épididymite ; cause de stérilité ultérieure. Chez la femme il réalise souvent une cervicite méconnue dont la plus grave complication est la salpingite des femmes pouvant être infra-clinique causant une stérilité et un risque accru de grossesse extra-utérine [16].

* **Diagnostic positif** : soit par examen direct et coloration au M.G.G. ou immunofluorescence directe, ou par micro immunofluorescence.

* **Traitement** : Fait appel aux cyclines, certaines quinolones, remplacées par l'érythromycine chez la femme enceinte. Le traitement du partenaire est obligatoire [16][17].

2-5- Les infections à Trichomonas Vaginalis

* **Aspect clinique** : c'est un protozoaire flagellé qui réalise chez l'homme une urétrite sub-aiguë et chez la femme une vulvo-vaginite avec des leucorrhées verdâtres mousseuses et fétides [13].

* **Diagnostic positif** : Repose sur la mise en évidence du parasite à l'état frais et après coloration au M.G.G

* **Traitement** : Fait recours à la famille des imidazoles par voie générale associée au traitement local chez la femme sans omettre le traitement du partenaire.

2-6- Les Candidoses

Les candidoses sont des infections opportunistes dues à des champignons levuriformes, du genre *Candida* dont l'espèce *Albicans* est responsable de la plupart des manifestations pathologiques [18].

* Clinique : réalise chez l'homme le plus souvent une urétrite ou balanite, rarement une épидidymite ou proctite. Alors que chez la femme une vulvo-vaginite aigue avec prurit intense et leucorrhées typiquement blanchâtres, fétides et caillebotées.

* Diagnostic positif : C'est la mise en évidence de filaments mycéliens par examen direct ou après culture.

* Traitement : essentiellement à base des imidazolés.

2-7- L'herpes génital

L'herpès génital est l'une des infections sexuellement transmissibles (IST) les plus répandues dans le monde. Il est essentiellement dû à HSV2, mais la prévalence des herpès génitaux à HSV1 augmente régulièrement [13][19] .

* Clinique : On assiste à deux phases :

»» Primo-infection herpétique : dans 90% elle est asymptomatique, dans 10 % le début est marqué par un prurit et une sensation de cuisson puis apparition de vésicules à contenu clair (disposées en bouquets) qui s'érodent laissant place à une cicatrice . la guérison est spontanée en trois semaines en moyenne

»» Récidives : Déclenchées par le stress, l'immunodépression, les menstruations, les rapports sexuels mais sont moins invalidantes.

* Diagnostic positif : Essentiellement clinique, confirmé par le laboratoire (examen direct et sérologie herpétique).

* Traitement : Basé sur la prévention des surinfections au moyen de désinfectants. On peut être amené à prescrire un traitement étiologique tel que l'Aciclovir. L'abstinence de rapports sexuels est souhaitée les premiers jours du traitement.

2-8- Les infections à Human papilloma virus

C'est un virus à ADN, dont les cibles préférentielles sont les muqueuses génitales, anales et bucco pharyngées, l'aspect clinique est à la base du diagnostic sous forme de papules blanchâtres ou rosées de petite taille pouvant atteindre des tailles donnant l'aspect en « choux fleurs ». On ne note pas de douleurs ni de signes érosifs. Les récurrences sont fréquentes [20].

Certains virus (HPV 16-18-33-35) déterminent des lésions précancéreuses ou de véritables cancers in situ.

Le traitement est basé sur l'application locale de podophylline, électrocoagulations, l'excision si condylomes géants ou destruction au laser. Ne pas omettre de rechercher d'autres localisations et l'examen du partenaire.

2-9- L'Hépatite virale à transmission sexuelle

L'agent causal est le virus de l'hépatite B, la transmission de l'hépatite B est principalement parentérale, sexuelle avec une personne infectée par le virus et materno-foetale [21].

La clinique est fruste, l'incubation est de 50 à 120 jours et d'évolution généralement avec 2 phases : Pré-ictérique, dominée par un syndrome pseudo grippal et des troubles digestifs et des douleurs articulaires. et phase ictérique, s'installant progressivement, urines foncées et selles partiellement décolorées. il existe des formes anictériques.

Le diagnostic positif se base sur la mise en évidence du virus ou des anticorps grâce à la technique immunoenzymatique ELISA.

En l'absence de traitement curatif, la prévention basée sur la vaccination est efficace à plus de 95 %.

2-10- Les ectoparasitoses

* Gale : Due à sarcoptes scabei hominis dont la transmission est strictement interhumaine. Le signe caractéristique en est le prurit nocturne au lit. Les lésions spécifiques de la gale (les sillons creusés dans la couche cornée à extrémités renflée et les vésicules perlées) sont à rechercher au niveau des plis interdigitaux et à la face antérieure des poignets. Ces lésions peuvent être modifiées par le grattage et évoluer vers l'eczématisation et l'impétiginisation [22].

Le diagnostic, basé sur une clinique aisée, repose sur la découverte du parasite par microscope optique dans le produit de grattage d'un sillon. Le traitement doit être curatif et prophylactique, il faut traiter simultanément tous les membres contacts et désinfecter la literie.

* Phtiriase pubienne : Due aux phtirius inguinalis ou morpion dont la manifestation clinique se résume en un prurit intense pouvant engendrer des lésions de grattage. Le diagnostic repose sur la découverte de lentes et les poux à la base des poils. Le traitement repose sur le rasage, savonnage et application d'insecticide, le partenaire doit être traité [22].

2-11- Le Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise (SIDA)

Découvert pour la première fois en 1981 aux Etats unies [23] et en 1986 au Maroc [24], il est du à un rétrovirus appelé HIV dont la transmission peut être sexuelle ou sanguine. Le profil de la maladie s'est considérablement modifié depuis la mise à disposition de traitement antiviraux, mais il est encore difficile à l'heure actuelle de prévoir la rapidité avec laquelle la maladie évolue [25].

Le virus du SIDA se transforme essentiellement par quatre voies [26] :

»» Transmission sexuelle: lors d'un rapport sexuel non protégé, hétérosexuel ou homosexuel, le virus présent dans le sperme et les sécrétions vaginales entre en contact avec le courant sanguin. Le risque augmente avec le nombre des relations sexuelles mais une seule fois suffit pour être contaminé.

»» Transfusions et injections sanguines: cette éventualité est exceptionnelle dans les pays industrialisés depuis 1985, date de l'introduction des tests de dépistage systématiques contre VIH. Cependant un risque demeure: un donneur de sang récemment infecté peut avoir un test négatif.

»» Seringues, instruments et objets servant à préparer la drogue souillés: c'est le cas des toxicomanes et sportifs s'injectant des stéroïdes (produits dopants).

»» Transmission de la mère à l'enfant: pendant la grossesse à travers le placenta ou au cours de l'accouchement. Une femme séropositive a entre 20 et 50% de risque d'avoir un bébé infecté.

L'infection évolue en 3 phases [26] :

* Primo-infection : cliniquement symptomatique dans 30 à 50% des cas , mais peu spécifique, associant une fièvre, des adénopathies, asthénie, céphalées, éruption cutanée.

Au plan biologique, on observe une inversion de la formule leucocytaire, un syndrome mononucléosique, une hyperlymphocytose CD8 et une déplétion en lymphocytes CD4.

* Phase asymptomatique : survenait dans un délai moyen de 8 ans après la contamination, elle est cliniquement silencieuse mais biologiquement active.

* SIDA maladie, caractérisée par la survenue des :

-- Infections opportunistes dont les plus fréquentes sont les pneumopathies à *Pneumocystis carinii*, les méningites à *Cryptocoques*, candidoses d'appareil digestif et les infections virales.

-- Cancers : surtout cutanés et viscéraux (Sarcome de Kaposi et lymphomes cérébraux).

Le traitement antirétroviral à base de l'association de deux inhibiteurs nucléosidiques et d'une antiprotéase est recommandé immédiatement pour toutes les personnes symptomatiques ou étant au stade SIDA. Pour les asymptomatiques, la prise en charge de ces patients dépend beaucoup du taux de CD4 et de la charge virale. Sans omettre de traiter les infections opportunistes [27].

III- La méthodologie

1- Questionnaire

Le questionnaire de dix huit questions que nous avons proposé aux étudiants universitaires des quatre facultés de la ville de Marrakech écrit en langue française n'était pas toujours compréhensible par la présence de certains mots techniques, ce qui nous mené à traduire le questionnaire en langue arabe .c'est ce qui explique la longueur de l'enquête (quatre mois) et notre intervention concernant la traduction des termes.

Des difficultés concernant l'enquête par le questionnaire justifie le choix d autres méthodes comme celle des interviews par téléphones qui est généralement utilisés [28], mais difficilement concevables chez nous.

On est basé dans notre enquête sur l'approche « Connaissance-attitudes-comportement » à l'égard de la sexualité et le SIDA. Cette approche est utilisé le plus souvent pas les chercheurs [29].

2- L'échantillon

Nous avons questionné mille vingt quatre étudiants universitaires .ces derniers ont été choisis au hasard aussi bien concernant l'âge, le sexe que la situation familiale.

Un certain nombre de données sont à préciser car pouvant paraitre illogiques à première vue. En effet le nombre des étudiants de la faculté de la Langue Arabes interrogés est faible par rapport aux autres étudiants, et ceci s'expliquerait par la grande difficulté d'aborder ce sujet chez eux probablement pour des raisons culturelles.il est à noter que les questionnaires que nous n'avons pas pu exploiter appartiennent à ce groupe.

3- L'enquête

L'enquête dans sa presque totalité, a été réalisée par nous même. Ce genre de travail nécessite assurément un nombre important d'enquêteurs d'où Une enquête menée par une personne est intéressante dans le sens où tous les groupes interrogés ont le même témoin. Et de ce fait, l'indice de comparaison est plus significatif puisque les résultats pourront être comparés par rapport à un même témoin.

IV- L'interprétation des résultats

1- Connaissances et réflexions générales des infections sexuellement transmissibles

Le Maroc est un pays jeune, les personnes entre 15 et 19 ans constituent 30% de sa population [24]. Ceux-ci, adolescents et jeunes, se situent au première loge de la vulnérabilité face aux infections sexuellement transmissibles et le sida.

Malgré que 100% des personnes interrogés ont entendu parlé des infections sexuellement transmissibles, une ignorance des signe ou symptômes a été noté chez les étudiants qui ne suivent pas leurs études en médecine, L'enquête que nous avons fait montre qu'uniquement 2,5% des personnes enquêtées connaissent les signes des infections sexuellement transmissibles.

Malgré que les enquêtes menées en Inde [30], Népal [31], Australie [32] ou en Italie [33] ont montré que la quasi-totalité des étudiants universitaires ont entendu parler des infections sexuellement transmissibles. Ceci ne traduit en aucun cas la bonne connaissance des signes ou symptôme révélateurs. Selon le rapport des nations unies sur les infections sexuellement transmissibles et le sida [34], une ignorance alarmante des jeunes dans le monde a été mise en

évidence. Une étude menée en Tunisie [35] montre que la connaissance des MST demeure insuffisante, la majorité des étudiants savent que les IST sont graves mais les ignorent.

Intégrer des cours sur les maladies sexuellement transmissibles dans les programmes d'éducation serait plus efficace que ce sursaut médiatique isolé du 1er décembre. Les jeunes, qui sont la force de travail de demain, sont les premières victimes d'une maladie dont personne n'ose vraiment parler. Et que les IST ne sont pas uniquement des indicateurs de comportement à risque pour le VIH, mais aussi des cofacteurs puissants de sa transmission [36]

2- Comportements sexuels des étudiants

Nous avons effectué une enquête dans une population d'étudiants en visant leur vie sexuelle qui demeure un tabou dans la plupart des pays arabo-musulmans comme le reconnaissent plusieurs auteurs [37]. Nous voulions connaître les actions sexuelles que cette population d'universitaires pratique pour comprendre en quoi l'information sur la sexualité manque.

« L'histoire sexuelle de l'Homme donne la clef de sa vie, parce que dans sexualité de l'homme se projette sa manière d'être à l'égard du monde, c'est-à-dire à l'égard du temps et à l'égard des autres hommes ». La femme est bien sûr, incluse dans cette réflexion [38].

L'activité sexuelle fait partie de l'activité humaine. Or, parler de la sexualité en dehors d'un cadre strictement médical reste chargé de tabous de croyances multiples.

La question de la sexualité des jeunes était prohibée durant des siècles dans le monde arabo-musulman. Ce n'est qu'après la deuxième guerre mondiale et notamment vers les années 80^e qu'à donner naissance dans ces pays les prémices du débat de la question de la sexualité dans le milieu scolaire et universitaire [39]. C'est pourquoi, à la fin de poursuivre notre réflexion, il était nécessaire de nous attarder sur les attitudes et les comportements sexuels des étudiants faisant partie de notre enquête.

Une hésitation à répondre aux questions a été remarquée.

2-1- Population sexuellement active (Tableau XIV)

Les résultats de l'enquête effectuée à Marrakech ont montré qu'une personne parmi 4 a eu des rapports sexuels dans les six mois précédant notre enquête, les étudiants sont sexuellement actifs plus que les étudiantes.

Une étude faite en Nigéria [40] a montré qu'une personne parmi 3 est sexuellement active, alors qu'en Chine [41], une enquête menée chez les étudiants universitaires révèle que 17% des étudiants sont actifs sexuellement et 8 % des étudiantes sont sexuellement actives.

Une autre enquête faite en Népal [31] a montré que 4,2 % des étudiants ont eu des rapports sexuels, alors qu'en Iran [42], 8% des personnes interrogées sont actives sexuellement avec une prédominance masculine de 16% contre 0,6% chez les filles.

En Tunisie [43], plus que la moitié apprennent qu'ils sont sexuellement actifs avec prédominance masculine avec 56 % des étudiantes et 69 % des étudiants en tolèrent les relations sexuelles.

En France [44], une étude faite en 2007 montre que 70% des étudiants déclarent avoir eu des relations sexuelles.

Tableau XIV : Taux étudiants sexuellement actifs selon les études

Enquête	Lieu	Année	Résultats
Nigeria [40]	université	2005	29%
Chine [41]	université	2006	17%
Népal [31]	Université	2005	4,2%
Iran [42]	Université	2005	8%
Tunisie [43]	université	2006	62,5%
France [44]	Lycée et université	2007	70%
Marrakech	université	2010	26,8%

Notre enquête montre que la sexualité est perçue comme un acte important pour les jeunes et que la pratique de la sexualité est presque une affaire des garçons, ceci est commun pour les autres pays [35]. Pour Abdelwahab Bouhdibal [45], c'est la première fois depuis de longs siècles, la société maghrébine commence à s'interroger sérieusement sur le pourquoi et le comment de la sexualité.

2-2- Types des partenaires sexuels

Quant au cadre dans le lequel se font ces relations sexuelles, la prostitution est la plus incriminée dans notre enquête suivie des rapports entre amis. La même constatation a été remarquée dans nombreuses études faites en Chine [41], en Tunisie [43] ou en Saoudia Arabie [46]. Au contraire, Au mali [47], le partenaire sexuel était très souvent une personne connue et qui est un ami(e), de même en Népal [31], 64,2% ont relation sexuelle avec un ami(e) et 35,5% par prostitution.

On remarque donc que la pratique de la sexualité chez les étudiants en ce qui concerne le recours à la prostitution est commun même aux jeunes étudiants musulmans alors que les rapports extraconjugaux sont interdits par la religion musulmane [48].

Dans la religion, le concept du mariage et de la vie familiale est le noyau essentiel et Incontournable dans l'approche du phénomène sexuel : d'une part, le mariage pour la Préservation de la moralité sexuelle et, d'autre part, la cellule familiale pour l'encadrement d'une éducation sexuelle saine et conforme aux fondamentaux de la religion.

2-3- Nombre des partenaires sexuels

En ce qui concerne la sexualité des étudiants marocains, 67 % des personnes enquêtées ont plusieurs partenaires. En Tunisie [43], 30 % des étudiants déclarent préférer avoir plusieurs relations à la fois. Alors qu'en Bénin [49], 35% ont des multipares et 33% des étudiants Australiens préfèrent les relations multiples. Un taux de 50,5% de jeunes universitaires algériens

[50] pratiquent l'acte sexuel avec différents partenaires. Une enquête faite en Chine [51] montre que la moitié des jeunes étudiants ont plusieurs partenaires.

Selon A. JARDIN [38], une des caractéristiques de la seconde moitié du XXe siècle est la dissociation entre l'explosion des connaissances concernant la reproduction humaine et la misère de la connaissance sexuelle, ceci peut expliquer la préférence des jeunes d'avoir plusieurs partenaires pour le but de découvrir et comprendre la vie sexuelle.

Tableau XV : les partenaires des étudiants selon les études

Enquête	Année	Résultat
Benin [49]	1993	35 %
Algérie [50]	2002	50,5 %
Australie [52]	2005	33 %
Tunisie [43]	2006	30 %
Chine [51]	2007	50 %
Marrakech	2010	67 %

2-4- Pratiques sexuelles : homosexualité

Selon le rapport annuel de l'ONUSIDA, publié en 2009, 4% est le taux des homosexuels au Maroc [53], ces données sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont très limités du fait que les rapports sexuels entre les hommes sont hautement stigmatisés dans la région de Moyen Orient et en Afrique du Nord.

Dans le milieu universitaire, la notion des conduites sexuelles déviées représenté par l'homosexualité a été évoquée chez 1,2% des étudiants, aucun cas d'homosexualité chez les étudiantes n'a été enregistré. Rare les enquêtes qui ont comme cible les étudiants universitaires qui ont été intéressé à chercher le taux des étudiants homosexuels, une étude mené au Maroc

dans la ville de Marrakech en 1990 [54] a montré que 5,4% des étudiants enquêtés sont homosexuels.

Une étude faite en 2004 à Bangui [55] en Centre-Afrique a montré qu'aucun étudiant et aucune étudiante n'avait signalé des pratiques d'homosexualité. Ceci peut être expliqué par le fait que l'homosexualité reste encore un tabou à ne pas parler.

En Taiwan [56], une enquête menée en 2008 objective un taux de 2,5% d'homosexualité chez les étudiants.

Tableau XVI : Homosexualité chez les étudiants universitaires

Enquête	Année	Résultat
Marrakech [53]	1990	5,4 %
Centrafrique [55]	2004	0 %
Taiwan [56]	2008	2,5 %
Marrakech	2010	1,2 %

2-5- Type des rapports sexuels

Au cours de notre enquête, malgré que la pratique sexuelle se fait souvent par voie hétérosexuelle. Les étudiants avaient plus tendance aux rapports sexuels par voie buccale avec un taux de 30,6% et 17,4% par voie anale. Un taux de 54,1% des rapports sexuels par voie orale et 16,25 % par voie anale ont été rapportées dans une étude faite en Brésil [57]. En Grande Bretagne [58], 22% des étudiants qui ont eu des rapports sexuels par voie anale et 70% par voie orale, les étudiants australiens ont même pratique avec un taux de 50% des rapports oraux [52].

Cette pratique est peut être expliquée comme une preuve de virilité et de liberté sexuelle et un goût accru au risque chez les universitaires [59].

2-6- La perception du préservatif

« Lorsqu'ils commencent à avoir des rapports sexuels, la plupart des jeunes ignorent comment se protéger ».

Carol Bellamy, Directeur exécutif de l'UNICEF 2007.

Plusieurs enquêtes menées dans différents pays ont montré que les jeunes recourent de plus en plus à la protection par les préservatifs, l'enquête menée au sein des étudiants de la ville de Marrakech a révélé que les étudiants se protègent plus que les étudiantes lors de chaque rapport sexuel, avec des taux de 73,6% et 26,4%. Des enquêtes menées en Iran [42], Bénin [49], Nigeria [40], Chine [41] et Italie [33] ont montré qu'une personne parmi deux opte pour l'utilisation du condom. En Brésil [57], 80% utilise le condom et en France [44], 20% n'ont jamais été protégés. D'autre part, 80% des étudiants n'ont jamais été protégés dans une étude faite en Mozambique, en justifiant que le préservatif diminue le plaisir [60]. Une autre étude faite en Thaïlande [61] montre que 6,3% déclarent avoir utilisé des préservatifs alors qu'en Etats-Unis [62], uniquement 4% qui se protègent.

Tableau XVII : Protection par préservatif selon les études

Enquête	Année d'enquête	Résultat
Iran [42]	2005	48%
Benin [49]	1993	55%
Nigeria [40]	2005	49%
Chine [41]	2006	60%
Italie [33]	2005	51,8%
Brésil [57]	2010	80%
Thaïlande [61]	2009	6,3%
Etats unies [62]	2008	4%
France [44]	2007	50%
Mozambique [60]	2006	20%
Marrakech	2010	66,7%

Même que plusieurs enquêtes montrent que le recours au préservatif est plus de plus demandé par la pluparts des étudiants universitaires, et ceci peut être expliqué par la crainte d'être contaminé par le SIDA, d'autres études révèlent qu' il existe encore des jeunes qui ignorent le risque parcourus en pratiquant des rapports sexuels non protégés , Ceci est dû fort probablement à la défaillance des activités d'information, d'éducation, de communication ciblées vers ce groupe d'âge vulnérable.

Dans le but de cerner la conduite des étudiants et étudiantes en matière de la protection au cours des rapports sexuels, 42,2% ne savent pas s'ils devaient se protéger ou pas. L'ensemble des études et des enquêtes réalisées autour de la sexualité et du SIDA montre un relâchement des comportements préventifs surtout après l'arrivée des multi thérapies [63].

Ceci nous mène à penser qu'on a encore besoin des compagnies de sensibilisation sur l'intérêt des préservatifs dans notre pays. Quelques études sur l'histoire de la sexualité féminine

expliquent le choix des jeunes étudiantes de se protéger par la crainte d'avoir des grossesses non désirées et pas la peur d'avoir le SIDA [64].

2-7- Préservatif et islam

La jeunesse est considérée comme le moteur principal de la société, vu ses capacités, sa vivacité et son déplacement entre les continents ainsi que son ouverture sur l'autre et ses potentialités sexuelles en devenir. Elle est donc la frange de la population la plus exposée au virus du SIDA. La jeunesse dans les pays arabes a aussi une force : elle est dotée d'une culture unifiée, inspirée des enseignements de la religion islamique ainsi que de la proximité avec les autres cultures arabes à travers les échanges facilités par sa langue unifiée. Mais les tabous culturels autour de la sexualité empêchent les jeunes d'avoir accès à l'information et de connaître les moyens de se protéger.

De point de vue islamique, il y'a un rejet à l'utilisation du préservatif [48]. La résistance culturelle/populaire au préservatif trouve son explication dans l'attitude négative des parlants au nom de l'islam (oulémas et intégristes) à l'égard de la sexualité non conjugale.

Dans le journal As 'Sahwa, un article d'Abderrazzaq El Marrouri estime que le SIDA est la punition que Dieu a administré à des gens qui ont choisi la fornication [48]. En conséquence, il faut appeler les jeunes marocains musulmans à un retour à l'Islam, et non à combattre le SIDA par l'utilisation du préservatif comme le font le ministère de la santé publique et quelques associations de lutte contre le SIDA. En appelant les jeunes marocains à utiliser le préservatif, ces institutions les invitent explicitement à la fornication selon l'auteur, et ce faisant, ces institutions agissent en ignorant l'islam de ces jeunes à qui elles s'adressent. L'auteur s'indigne que, dans certains collèges et lycées, des brochures sur le SIDA et des préservatifs soient distribués. Pour lui, « le condom est transmetteur de la pandémie, de la fornication et de la luxure ».

Cette attitude qui prétend représenter l'Islam véritable trouve un écho favorable chez les oulémas de manière à empêcher tout 'ijtihad' (effort d'interprétation novateur) dans le sens d'une licitation du préservatif comme une mesure nécessaire à préservation de la santé publique.

En effet, le réflexe initial et premier des ouléma est de dire que la question de protéger la sexualité pré-conjugale du risque VIH est irrecevable, « in-posable ». Une sorte d'indignation est franchement exprimée [48]. Cette prise de position de quelques ouléma de Fès permet de faire les constatations suivantes.

La sexualité continue d'être perçue à travers le binôme nikah-zina, (relation sexuelle dans le mariage/fornication hors mariage). L'opposition entre le licite et l'illicite demeure centrale dans l'attitude envers la sexualité. Les oppositions utile/inutile et sain/pathogène ne sont pas prises en compte par le juriste musulman pour moderniser et actualiser sa perception de la sexualité. Car ce qui est primordial pour le ' fqih ', ce n'est pas d'être actuel, mais d'être en conformité avec une Norme d'essence divine.

2-8- Conduites thérapeutiques face aux IST

47,7% des personnes infectées par les maladies sexuellement transmissibles pensent à se traiter, mais uniquement 26,2% cherchent un traitement médicalisé.

Cette conduite nous mène à penser que le fait de chercher un traitement et par la suite l'obligation de parler de notre vie sexuelle reste toujours inhibé par des facteurs culturels et sociaux et surtout religieux.

Modifier les comportements sexuels par les bonnes informations et compétences, reste à ce jour le seul moyen de lutter contre la transmission sexuelle de l'épidémie du SIDA comme a révélé de nombreuses études [59]. Il est indispensable de ne pas se reposer sur les seules campagnes d'information grand public mais d'agir par des actions de proximité, des dispositifs d'écoute, des actions communautaires. L'évolution est lente car il est difficile de communiquer sur un concept relevant strictement de la sphère privée, la sexualité.

Il s'agit de donner aux jeunes les moyens d'un choix éclairé dans leur comportement et la possibilité de l'adapter en fonction des situations qu'ils sont amenés à vivre. Pour ce faire il faut leur apporter des connaissances de base pour leurs permettre d'identifier les risques éventuels et les modes de prévention, mais aussi les moyens de s'approprier ces comportements

de prévention en fonction de ce qu'ils sont. Leur personnalité, leur bagage éducatif, leur vécu sentimental, leurs expériences au niveau de la sexualité vont jouer un rôle dans leur capacité à agir.

3- Connaissances du SIDA

3-1- Faits et chiffres mondiaux [34]

* Le rapport 2010 du programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA montre que 56 pays au moins ont réussi à stabiliser ou à réduire de manière significative le nombre des nouvelles infections à VIH. Le nouveau rapport de l'ONUSIDA révèle que le monde a réussi à enrayer l'épidémie de SIDA et qu'il commence à inverser la propagation du VIH. Le nombre des nouvelles infections à VIH a reculé de près de 20% en dix ans, les décès liés au sida ont diminué de près de 20% sur les 5 dernières années et les personnes vivant avec le virus voient leur nombre se stabiliser.

* Les données du Rapport ONUSIDA publié en novembre 2010 indiquent qu'on estime à 2,6 millions [2,3millions– 2,8 millions] le nombre de personnes nouvellement infecté par le VIH, chiffre inférieur à celui de 3,1 millions en 1999.

A la fin de 2009, on estimait 33,3 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH à travers le monde ; 2,6 millions le nombre de personnes nouvellement infectées et 1,8 millions le nombre de personnes décédées de maladies liées au sida.

Les jeunes représentent environ 40% de l'ensemble des infections à VIH chez l'adulte dans le monde.

Plus de la moitié des 60 millions de personnes infectées par le VIH au cours des vingt dernières années avaient entre 15 et 24 ans, aujourd'hui près de 12 millions de jeunes vivent avec VIH.

L'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée et abrite 67% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH dans le monde et 91% du total des nouvelles infections parmi les enfants.

3-2- Le cas du Maroc [65]

Le Maroc par contre ne suit pas cette tendance générale et continue à enregistrer de façon croissante, de nouveaux cas d'infections. A la fin du septembre 2010, le Royaume comptait 5.319 cas cumulés de SIDA. 55% des nouveaux cas d'infections sont concentrés dans trois régions: Souss Massa Draâ (25%), Marrakech-Tensift (18%) et le Grand Casablanca (12%). Par ailleurs, 52% des nouvelles infections enregistrées en 2009.

Concernant les femmes, 87% Le nombre des infections au VIH est en progression à travers principalement les relations hétérosexuelles. Les données épidémiologiques montrent qu'entre 2005 et 2009, cette voie de transmission représentait 87% du total des infections.

La situation est d'autant plus préoccupante qu'il y est, selon les estimations datant de 2 ans, au moins 25.000 Marocains qui portent le virus sans le savoir.

3-3- Connaissance des modes de transmission

« L'absence d'éducation laisse le champ libre au SIDA. Et si le SIDA n'est pas stoppé dans sa course, l'enseignement est voué à disparaître ».

Dr. Peter Piot,
Directeur exécutif de l'ONUSIDA [59].

Toutes les personnes interrogées ont entendu parler du SIDA. Ceci traduit les efforts fournis au niveau de l'information dans notre pays à propos de cette épidémie.

Une étude menée en Inde [30] a montré que 74,04% connaissent une infection nommé « SIDA », alors qu'en Népal [31], uniquement 45,8% l'ont entendu parler.

Les principaux modes de transmission du SIDA sont généralement connus par nos étudiants marocains. cette connaissance est rapporté en général dans les différentes enquêtes menées en Inde [30], Nigeria [40], Etats-Unis [62], Chine [41], en Mali [47] et en Émirats arabes [66], alors qu'on Pakistan [67], une étude révèle un niveau élevé d'ignorance de l'infection, 7% seulement des étudiants connaissent les modes de transmissions du virus.

Notre enquête note tout de même une phobie concernant d'autres modes de transmission. En effet la salive et le hammam sont évoqués comme moyen possible de transmission et cela traduit bien sur l'anxiété des étudiants vis-à-vis du sida et occulte de leurs préoccupations vis-à-vis des dangers réels de la transmission.

Cette phobie n'est pas spécifique à notre contexte et prouve le manque d'informations précise et l'abondance des malentendus [68].

3-4- Connaissance des moyens de Prévention

Une autre question intéressante à analyser est celle de la prévention contre le SIDA. En effet 99% des jeunes universitaires ont répondu qu'on peut prévenir le sida. Le préservatif est connu comme moyen de prévention dans près de 8 étudiants sur 10 (81,7%) de même pour l'utilisation du matériel stérile, alors que 6 étudiants parmi 10 évoquent la fidélité. Une enquête faite en 1990 à Marrakech a montré des bas taux de connaissance : uniquement 19,9% reconnu le préservatif comme moyen et 2% évoquent la fidélité. Cet aspect d'évolution des connaissances sur la prévention est rassurant du fait de son importance chez les jeunes tout en insistons quand même sur le renforcement des activités d'information.

Toutefois, dans beaucoup de pays africains, l'information des étudiants fait défauts. En Népal [31], un niveau bas de connaissance de moyen de prévention et cela s'expliquerait par un manque de moyen financiers mais surtout par le fait d'un contexte socio-culturel particulier où l'information sur la sexualité est encore tabou.

3-5- Responsabilité de l'étranger dans la propagation du SIDA

Le tourisme sexuel est le principal responsable de la propagation de l'infection dans notre pays pour la quasi-totalité des étudiants interrogés (96%). cette responsabilité de l'autre est retrouvée dans le monde en matière du SIDA.

En effet, pour l'africains, c'est l'homme blanc qui a introduit le mal en Afrique dans le cadre de ses expériences [69], un grand nombre des étudiants japonais pensaient qu'être

étranger était synonyme d'être porteur du virus du SIDA [70]. A partir du milieu des années 1980, la Thaïlande a dû faire face à l'explosion du nombre de contaminations au VIH/sida, perçue à l'origine comme une « maladie blanche » [71].

Au moyen Orient, le sida est souvent considéré comme la conséquence de l'introduction de la moralité sexuelle occidentale [66].

Une étude faite en Italie [72] semble confirmer l'hypothèse que le sida est toujours synonyme des étrangers surtout avec la croissance des migrants cherchant un traitement sanitaire du SIDA.

La relation sida=tourisme et sida=migration est souvent rapporté par de nombreux auteurs dans les pays arabes aussi que occidentaux [73][74].

4- Attitudes vis-à-vis du problème

Les IST et l'infection du SIDA/VIH représentent encore un des principaux problèmes de santé publique dans le monde entier et non seulement dans les pays en voie de développement où les problèmes économiques et sociaux liés à ces maladies ont aujourd'hui atteints des dimensions dramatiques.

4-1- Connaissance de traitement du SIDA

14% des étudiants pensent qu'un sidéen peut être guéri alors que qu'une personne parmi cinq (23,5%) ignore si le SIDA est une infections guérissable ou non.

En Algérie [50], 88,4% des étudiants enquêtés tous sexe confondus, connaissent la gravité de l'infection au VIH/SIDA, mais moins du tiers (30,9%) savent qu'ils existent un traitement contre ce fléau, 34% des étudiants en Emiratie-arabe [66] disent qu'il ya pas de traitement pour SIDA.

4-2- SIDA et dépistage

Nous avons demandé aux étudiants marocains si on les a déjà informé sur les centres de dépistage de SIDA, 83,3% d'eux les connaissent. C'est aspect est rassurant du fait que ces jeunes sachent qu'on peut dépister une infection au sida,

Toutefois, on a noté que 15% de ces étudiants refusent de faire ce test de dépistage. Comme soulignait Hakima Himmich, présidente de l'ALCS (Association marocaine de lutte contre le Sida), lors d'une conférence de presse tenue le 25 novembre 2010 à Casablanca "Nous réalisons environ 40.000 tests par an alors que nous devrions en faire plus de deux millions par an, pour que la majorité des personnes concernées soient dépistées. Il y a une réelle urgence à se mobiliser pour améliorer cet important indicateur de la lutte contre le Sida"

En Nigeria [75], 63,2% ont peur de faire le test du sida du même qu'en Bénin [76] 77,4% refusent de se dépister en craignant être HIV+ .Le dépistage du VIH, même gratuit, fait peur aux Camerounais [77]. Les multiples campagnes de sensibilisation n'y changent pas grand chose. En Etats-Unis [62], 50% des jeunes étudiants refusent le dépistage.

Cette attitude témoigne d'une crainte et d'une angoisse vis-à-vis du SIDA. Crainte retrouvée partout dans la littérature [78], et peut être expliqué par le manque d'information sur l'importance de dépistage en matière de la prise en charge du SIDA.

"Le traitement du SIDA ne sera viable que si les efforts de prévention du VIH sont renforcés, et vice versa, Ce n'est qu'en associant prévention et traitement que la propagation du SIDA dans le monde pourra être interrompue ".a déclaré le Dr Lee Jong-Wook [79].

4-3- Attitudes face à une séropositivité

Notre enquête a cherché les réactions lors d'annonce d'une séropositivité, une personne parmi deux évoque qu'elle rechercherait un traitement. Cette réaction n'est pas spécifique à notre contexte.

La réaction suicidaire est retrouvée souvent dans la littérature où l'en rapporte des tentatives de suicide [80]. Notre enquête a montré que cette réaction était rare (3,1%).

L'annonce d'une maladie constitue un choc d'autant plus quand cette maladie est synonyme de « honte » et de « déshonneur ». Parce qu'elle renvoie au sexe et à la mort, l'épidémie de SIDA reste partout une maladie taboue [81]. Dans la communauté maghrébine/musulmane, la maladie mettrait souvent en jeu « une symbolique musulmane ». Dans beaucoup d'esprits, « elle peut donc être évitée par le respect des principes religieux ». Pendant longtemps, la tendance générale était de dire que le SIDA, c'était la maladie de l'autre, qu'un bon musulman ne pouvait pas être infecté, car ses mœurs étaient sous contrôle.

4-4- Connaissance de la gravité de sida

Sur le plan de gravité du fléau de SIDA, 7 personnes parmi 10 que nous avons questionnées classent le SIDA en première position, le cancer vient en deuxième. D'après une enquête faite à Casablanca en 1989, les personnes questionnées classent le SIDA en troisième position derrière le cancer et l'impuissance sexuelle [82]. Les enquêtes mesurant les connaissances, attitudes et pratique des français attestent que le thème du SIDA a reculé dans leurs l'intérêt général en particulier chez les jeunes, et que la perception de la dangerosité du SIDA a considérablement diminué [63].

En classant le SIDA comme affection grave, cela ne prouve en aucun cas la bonne connaissance des étudiants sur les vrais dangers du SIDA. D'après une enquête menée par l'association marocaine de lutte contre le cancer, le cancer est vécu comme une fatalité dont on ose à peine parler en raison de sa gravité, alors que le SIDA est vécu comme une fatalité dont on n'ose pas parler en raison du sujet tabou qu'il soulève.

Selon Martens, la cause principale vient de l'effet de génération, car les jeunes qui commencent leurs vies sexuelles aujourd'hui sont moins sensibilisés à la question sida que la génération précédente [81]. Pour Hubert, cela se traduit non seulement par une baisse de connaissance sur le sida mais également par un relâchement de la prévention chez les jeunes avec une banalisation du phénomène [81]. L'arrivée des trithérapies a eu pour

conséquence chez les jeunes de ranger le Sida au rang de maladie chronique. De ce fait pour Athéa, on parle alors de plus en plus d'infection au VIH que de SIDA.

5- Attitudes vis-à-vis du malade

Les résultats de notre étude confirment les résultats d'autres études, une personne parmi 3 rejette le sidéen, et 51% des jeunes universitaires marocains pensent qu'il ne faut pas garder secret l'état d'un HIV+,

Cette attitude traduit la grande crainte d'être infecté lors du contact des malades ayant le SIDA, et par la suite la défaillance au niveau d'information des jeunes sur ce fléau.

Cette conduite est similaire dans d'autre pays. En Jamaïque, une étude montre un rejet des personnes contaminées pour 42% des étudiants [83].

un rejet des personnes vivant avec VIH s'est retrouvé dans les témoignages recueillis dans les pays musulmans [84][85]. 53% des étudiants en Emiraties-arabes [66] refusent d'être en contact avec un sidéen.

De ce fait, la stigmatisation des personnes séropositives contribue à marginaliser des individus du seul fait de leur maladie, C'est également un obstacle majeur à la prévention et à une prise en charge adaptée, à l'heure où l'épidémie n'est pas stabilisée, malgré l'existence de traitements efficaces. Au Maroc, en 2005, les organisateurs de « Sidaction » avaient conçues pour la première fois un spot publicitaire pour inciter les marocains à ne pas rejeter les personnes infectées. En France, le laboratoire de Santé publique de Marseille s'est attaché depuis plusieurs années à analyser l'impact du SIDA sur nos références éthiques, l'annonce du diagnostic, les droits des malades et surtout le respect de la confidentialité [86].

Une question qui attend toujours une réponse : *Quand autorisera-t-on aux séropositifs à tenir entièrement leur place dans la société ?*

6- Education sexuelle

« Dévoile le passé, diagnostique le présent et sonde l'avenir! »

Hippocrate

6-1- Définition de l'éducation sexuelle

La notion de sexualité humaine est très large et renvoie à la globalité de l'être humain dans ses dimensions aussi bien biologique, psychoaffective que sociale [87].

L'éducation sexuelle est le fait d'informer l'enfant sur les différentes étapes de l'évolution de son corps. Cela peut aller de l'hygiène à la protection, en passant également par le respect de son corps. L'éducation sexuelle vise, en fait, à permettre à l'enfant d'assumer l'évolution et l'éveil que va subir son corps, afin de pouvoir mieux le protéger et ainsi de vivre en harmonie avec l'esprit.

6-2- Intérêt de l'éducation sexuelle

Le fait que les infections sexuellement transmissibles, dont le SIDA, se transmettent principalement par voie sexuelle que l'éducation à la sexualité peut jouer un rôle clé dans l'amélioration des connaissances et la réduction des comportements sexuels à risque parmi les jeunes [87]. Mieux armés grâce à des connaissances, des informations et des compétences plus approfondies, les jeunes peuvent avoir les moyens pour prendre des décisions éclairées concernant leurs choix sexuels.

L'éducation sexuelle n'est pas une notion liée à la découverte du SIDA, elle existe même avant [88]. Pendant des décennies, l'éducation sexuelle a été la pierre angulaire des efforts fournis par les écoles et les communautés pour améliorer la santé sexuelle et reproductive des jeunes et plus récemment pour prévenir le VIH.

« Si nous voulons avoir un impact sur les enfants et les jeunes avant qu'ils deviennent sexuellement actifs, une éducation à la sexualité complète doit être intégrée dans les programmes scolaires officiels et dispensée par des enseignants bien formés et

soutenus , Les enseignants demeurent des sources de connaissances et de compétences en qui l'on a confiance dans tous les systèmes éducatifs et sont une ressource très précieuse au sein de la riposte au sida du secteur de l'éducation »,a déclaré Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA [89].

La démarche d'intégrer la sexualité dans la politique éducative globale de l'enseignement est d'autant plus importante qu'elle est à la fois constitutive d'une politique nationale de prévention et de réduction des risques liés à la sexualité (rapports sexuels à risque, infections sexuellement transmissibles, VIH/sida).

L'éducation sexuelle n'est pas une tâche uniquement dévolue aux parents. La plupart du temps, ceux-ci sont ravis de savoir que ces questions touchant à l'intimité vont aussi être abordées durant le cursus scolaire par d'autres adultes éducateurs qu'eux-mêmes. Bien sûr, les expert(e)s en éducation sexuelle doivent assurer les parents du respect de leur rôle de premier éducateur sexuel pour l'enfant dès son plus jeune âge [90]. Les attitudes verbales et non verbales des parents représentent le modèle de base des enfants. Il est donc important de tenir compte des valeurs familiales et culturelles.

L'école a pour mission d'instruire, d'éduquer et de développer chez les élèves des comportements responsables. Elle a en particulier un rôle spécifique, complémentaire de celui des familles, dans la construction individuelle et sociale des enfants et des adolescents et dans la préparation à leur future vie d'adultes. En effet, l'acquisition progressive de savoirs et de compétences permettant de faire des choix éclairés et responsables, l'apprentissage des règles sociales et des valeurs communes, la connaissance et le respect de la loi sont bien au cœur de l'acte éducatif ancré à la fois dans les enseignements et dans la vie quotidienne des établissements. L'éducation à la sexualité, composante de l'éducation du citoyen, contribue à cette formation.

L'information dispensée par les disciplines, notamment les cours de sciences de la Vie et de la Terre, apporte des savoirs biologiques en ce qui concerne l'anatomie, la physiologie du

système génital, la fécondation, la contraception, la transmission et la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du SIDA [87].

Cependant, les jeunes ont aujourd'hui à se situer parmi un ensemble de messages, d'attitudes et de modèles médiatiques et sociaux liés à la sexualité souvent contradictoires, confus, et parfois même violents. C'est pour répondre aux nombreuses questions et problématiques qui en découlent en termes d'image de soi, de rapport à l'autre, de relations entre garçons et filles, de règles de vie, que l'école se doit également d'apporter aux élèves des informations objectives et des connaissances susceptibles de les aider à mieux connaître et comprendre les dimensions psychologique, affective, sociale, et culturelle de la sexualité.

Malheureusement, le discours public sur l'éducation sexuelle s'est égaré dans des débats polarisés qui ont détourné l'attention de la manière dont les programmes d'éducation sexuelle et VIH peuvent atteindre le mieux possible les objectifs partagés par différentes circonscriptions.

6-3- Programmes d'éducation sexuelle

Les planificateurs de programmes scolaires manquent souvent d'exemples de programmes, d'activités en classe et de matériels pédagogiques. Destinés aux élèves, des guides méthodologiques ont été conçus afin d'aider les planificateurs à élaborer des programmes d'éducation sur le VIH, le SIDA et les IST dans le cadre de leurs propres systèmes scolaires [91]. Ce programme est fondé sur des méthodes participatives parce qu'elles se sont avérées être particulièrement efficaces pour l'acquisition d'attitudes et de comportements responsables [88][91].

Une étude exhaustive récente de l'impact des programmes d'éducation sexuelle et VIH dispensés par les écoles dans les pays développés et en développement ont montré que deux tiers des programmes réduisent les risques associés à un ou plusieurs comportements sexuels [92]. Ces résultats sont encourageants et ont entraîné un élargissement des programmes

d'éducation sexuelle et VIH en milieu scolaire, dirigés par des adultes incluant les caractéristiques clés des programmes qui se sont montrés efficaces.

Malgré tout, l'épidémie endémique de VIH, affectant de plus en plus les femmes et les jeunes, en particulier dans les pays en développement, et les coûts humains des infections sexuellement transmissibles et surtout le SIDA soulignent le besoin urgent d'optimiser les programmes d'éducation sexuelle et VIH.

La question qui se pose : les pays occidentaux ont-ils su eux-mêmes modifier leur comportement avant de faire les leçons aux africains ? [93]

6-4- Secteur de l'éducation de lutte contre le VIH/SIDA au Maroc [94]

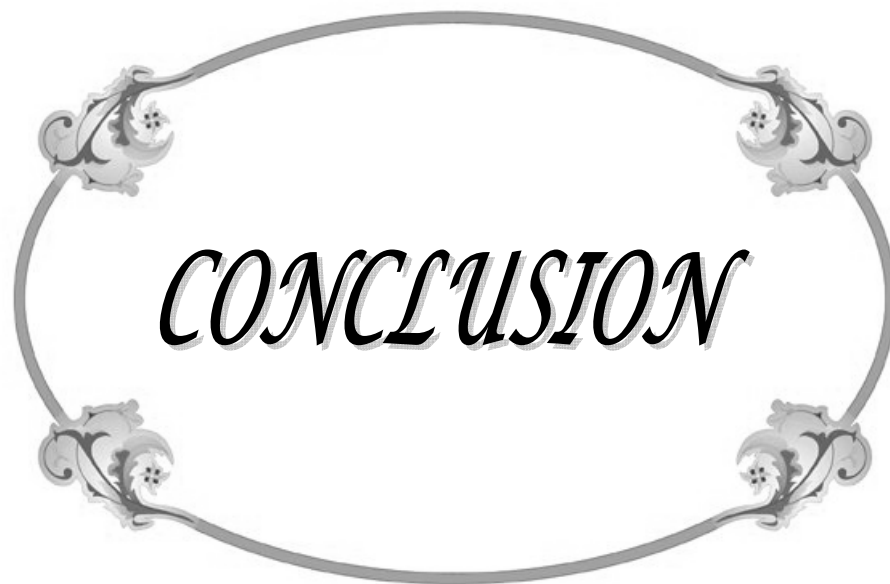
La prévention de l'infection au VIH est relativement faible dans la population générale au Maroc. Et les estimations faites à partir des données sur la séropositivité, montrent une augmentation régulière du nombre de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH). La lutte contre le SIDA a débuté au Maroc dès 1988. Les premières activités planifiées ont fait l'objet d'un plan de lutte contre le SIDA. Pour une meilleure éducation au VIH/SIDA, beaucoup d'efforts doivent être effectués tels que l'intégration du VIH/SIDA dans les programmes du primaire et dans les différents niveaux du secondaire. Puisque les curricula actuels n'ont intégré la composante VIH/SIDA que dans certaines matières (principalement les Sciences de la Vie et de la Terre – SVT) et seulement dans certains niveaux du secondaire (collège et lycée) et de l'universitaire. En outre, leur volume horaire est très réduit et les programmes sont limités au contenu scientifique.

L'intégration doit être un effort mené conjointement avec les associations de parents d'élèves, les ONG et d'autres parties prenantes essentielles, tel le Ministère de la santé à travers le programme national de lutte contre le VIH/SIDA. Le ministère de l'éducation nationale doit également mettre en place, à l'intention des enseignants et du personnel administratif, une formation appropriée sur le VIH/SIDA qui tienne compte aux différences entre les sexes. Et pour atteindre un grand nombre de personnes, il doit suffisamment investir dans l'emploi des

stratégies de communication. Sans oublier qu'une évaluation systématique des résultats de l'apprentissage doit être conduite.

Mais si les programmes officiels souffrent d'un manque d'éducation au VIH/SIDA, les activités parascolaires sont, à ce niveau, très avancées. Le plan d'urgence 2009/2012 entamé par le Ministère, la nouvelle approche de la vie scolaire et le partenariat avec les Organisations Non Gouvernementales (ONG) ont donné un grand élan à ces activités.

Rapport-Gratuit.com



CONCLUSION

S'informer au sujet des IST et du SIDA et en parler est important pour tous nos jeunes, notamment nos adolescents universitaires. La plupart des gens au début de la vingtaine qui vivent avec le SIDA ont été infectés par le VIH lorsqu'ils étaient adolescents. Ces derniers sont souvent confrontés aux complexités de l'activité sexuelle, ce qui les rend particulièrement vulnérables.

Au terme de ce travail, nous avons pu avoir un aperçu global de leurs attitudes et leurs perceptions sur IST /SIDA et sexualité.

L'analyse des résultats obtenus a montré beaucoup de similitudes avec d'autres travaux réalisés dans les pays occidentaux et arabo-musulmans.

Au terme de cette étude, nous insistons sur le renforcement des activités d'information, d'éducation, de communication ciblées vers ce groupe d'âge vulnérable et sur l'introduction de l'éducation sexuelle dans les programmes d'enseignement. Nous insistons sur la nécessité de mener des enquêtes plus larges pour mieux structurer nos programmes de sensibilisation et de prévention.



RESUMES

Résumé

Afin de se faire une idée sur les connaissances et attitudes des étudiants universitaires en matière des IST/SIDA, une enquête transversale par auto-questionnaire anonyme a été réalisée du 1^{er} février 2010 au 30 Mai 2010, auprès de 1020 étudiants (taux de participation de 90,2%). La saisie et l'analyse des résultats ont utilisé le logiciel SPSS version 10.0.

Résultats : une ignorance alarmante des IST/SIDA est noté (2,5% uniquement ont une bonne connaissance). 26,8% sont sexuellement actifs avec prédominance masculine, l'utilisation du préservatif stagne à un niveau relativement bas (66,7%). La prostitution reste la source la plus incriminée (74,4%). L'homosexualité représente 1,20%. La crainte concernant certains modes possibles de transmission du SIDA est présente (salive 22,6%, hammam 5,60%, contact 0,30%). Le refus de faire un dépistage gratuit est de 14,9%. Les réactions de rejet et de stigmatisation des personnes vivant avec VIH est de 30,7%. Les résultats obtenus sont similaires à la plupart des travaux internationaux.

L'introduction de l'éducation sexuelle à l'école et le développement des programmes de l'éducation sur le SIDA en se basant sur des programmes efficaces et tenant compte des valeurs culturelles et religieuse de notre pays devient une nécessité pour réduire les ignorances sur IST/SIDA, améliorer les connaissances et prévenir les comportements sexuels à risque des jeunes.

Summary

In order to have an idea about knowledge and attitudes towards sexually transmitted infections and AIDS among university students, a cross-sectional study was conducted among 1020 students, between 1st February 2010 and 30 May 2010, by anonymous self-administered questionnaire (the rate of participation 90,2%). The seizure and analysis of the data used the SPSS software version 10.0.

Results: an alarming ignorance of STI / AIDS is noted (2.5% only have a good knowledge). 26,8% of students reported being sexually active, condom use remains at a relatively low level (66.7%). Prostitution remains the largest source of sexual intercourse (74.4%). 1.20% of students are homosexuals. the fear about some possible modes of transmission is present (22.6% saliva, hammam 5.60%, 0.30% contact). The refusal to a free HIV testing was 14.9%. 30.7% have reactions of rejection and stigmatization of people living with HIV. These results are similar to most international work.

The introduction of sex education at school and the development of AIDS education programs based on effective programs and taking into account cultural and religious values of our country becomes a necessity to reduce ignorance of STI/SIDA, improve the knowledge and prevent the sexual risk behavior.


ملخص

على ضوء هذا العمل الذي دام أربعة أشهر من فاتح فبراير 2010 إلى غاية 30 مايو 2010، استطعنا أن نستنتج نظرة مجملية عن معارف و مواقف الطلبة الجامعيين اتجاه الأمراض المنقولة جنسيا و السيدا.

الوسائل: دراسة عرضانية بالاعتماد على استمارة ذاتية مجهولة الاسم بصدد 1020 طالب(نسبة المشاركة %90,2). إدخال و استغلال المعطيات تم بواسطة النظام المعلوماتي SPSS النسخة 10,0.

النتائج: فقط % 2,5 من لديهم معرفة جيدة بالأمراض المنقولة جنسيا، %26,8 لديهم علاقات جنسية أغلبيتهم من الذكور. و % 66,7 من الطلبة لا يستعملون العازل الطبي. الدعارة تشكل %74,4 من العلاقات الجنسية. %1,20 من الطلبة شاذون جنسيا. لا يزال التخوف مما يعتقد الطلبة طرقا لانتقال عدوى السيدا موجودا (اللعاب %22,6، في الحمام %5,60، اللمس %0,30). %14,9 يرفضون إجراء تحليل مجاني للسيدا. %30,7 يرفضون التعامل مع أشخاص مصابين بالسيدا. النتائج المحصل عليها مشابهة لأغلبية الدراسات التي أجريت في عدة دول.

إدخال التربية الجنسية في برامج التمدرس و تطوير برامج التوعية ضد السيدا، بحيث تكون برامج ذات فعالية و مراعية للقيم الثقافية و الدينية للمغرب أصبح ضرورة ملحة لإصلاح المفاهيم المغلوطة و تطوير المعارف عن الأمراض المنقولة جنسيا و السيدا و الوقاية من العلاقات الجنسية الغير محمية للشباب.



ANNEXES

Attitudes et connaissances des étudiants en matière des IST/SIDA

_ Verrue génitale _perte de poids

_ Pas de signes _ je ne sais pas

3. Vous avez déjà eu des rapports sexuels durant les 6 mois derniers?

OUI NON REFUSE DE REpondre

* Si oui

• Le nombre de partenaire : un seul plusieurs

• Ce(s) partenaire(s) est (sont) de quel sexe ? M F

• Le type de rapport sexuel : vaginal anal buccal

• Quelle est votre relation avec ce(s) partenaire(s) ?

_ Mariage _ rencontre occasionnelle

_ Ami(e) _ autre :.....

• Est-ce qu'un préservatif a été utilisé ? OUI NON

4. Si, vous deviez avoir un rapport sexuel, vous protégeriez-vous ou vous demanderiez-vous à votre partenaire (mari, épouse, ami(e) ou.....) de se protéger ?(avec un préservatif)

OUI NON NE SAIT PAS

5. vous connaissez un endroit où vous pouvez vous procurer de préservatifs ?

OUI NON

6. Avez -vous déjà eu une IST ou ces signes ?(plusieurs réponses possibles)

- plaie/ulcère génital
 - écoulement par le penis (pour homme)
 - pertes vaginales malodorantes/décolorées(pour femme)
 - excroissances irréguliers génitales
 - douleurs bas ventre
 - douleurs durant l'acte sexuel
 - jamais
-

*Si oui,

_ Est-ce que vous avez cherché un traitement ou des conseils ?

OUI NON

_ Où ?

- auprès d'un agent de santé/clinique ou hôpital
- auprès d'un guérisseur traditionnel
- auprès d'un pharmacien
- demander des conseils à des amis ou parents

SIDA

7. Avez-vous entendu parler du SIDA ?

OUI NON

8. A votre avis, le SIDA peut être transmis par ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| _ simple contact <input type="checkbox"/> | _ injection avec matériel contaminé <input type="checkbox"/> |
| _ Hammam <input type="checkbox"/> | _ rapport sexuel <input type="checkbox"/> |
| _ piqûre d'insecte <input type="checkbox"/> | _ transfusion sanguine <input type="checkbox"/> |
| _ salive <input type="checkbox"/> | _ ne sait pas <input type="checkbox"/> |

9. A votre avis, y'a-t-il des moyens pour éviter le SIDA ?

OUI NON

*Si oui, lesquels ?

- _ en s'abstenir des rapports sexuels
- _ en utilisant les préservatifs
- _ en utilisant du matériel stérile et non souillé de sang
- _ en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté

10. A votre avis, le tourisme serait-il responsable de la propagation du SIDA dans notre pays ?

OUI NON NE SAIT PAS

Attitudes et connaissances des étudiants en matière des IST/SIDA

11. Est-ce une personne qui a le SIDA peut être guérie ?

OUI NON NE SAIT PAS

12. Avez-vous entendu parler des services gratuits de conseils et de tests SIDA ?

OUI NON

13. Si l'on vous proposait un dépistage gratuit du SIDA, seriez-vous prêt(e) à l'accepter ?

OUI NON NE SAIT PAS

14. Quelle serait votre première réaction si l'on vous apprenait que vous avez contracté le SIDA ?

_indifférence _propager le SIDA
_recherche de soins _pèlerinage à la Mecque
_suicide _ne sait pas

15. Si vous êtes atteint de SIDA, diriez-vous à votre partenaire/conjoint ?

OUI NON NE SAIT PAS

16. Sur le plan gravité, que classez-vous en premier ? (1-2-3-4-5-6)

_cancer _SIDA
_cholera _brûlures de visage
_stérilité _impuissance sexuelle

17. Mangeriez-vous dans le même plat avec un sujet atteint de SIDA ?

OUI NON

18. Pensez-vous qu'il est nécessaire de garder secret l'état d'une personne atteinte de SIDA ?

OUI NON NE SAIT PAS

Merci pour votre participation

Annexe n° 2

المملكة المغربية

وزارة الصحة

المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس مراكش

قسم امراض النساء

مواقف و معارف الطلبة اتجاه الأمراض المنقولة جنسيا و السيدا

بغية استكشاف آرائكم و مواقفكم اتجاه الأمراض المنقولة جنسيا و السيدا, قمنا بإنجاز هذا التحقيق بناء على استمارة مجهولة الاسم تماما.

*العمر :.....سنة

*الجنس : ذكر مؤنث

*الحالة العائلية : عازب (ة) متزوج (ة) آخر.....

*المجال و المستوى الدراسي:

الأمراض المنقولة جنسيا

1- هل سبق لك وأن سمعت بالأمراض التي تنقل عن طريق الاتصال الجنسي؟

نعم لا

2- في نظرك ما هي علامات هذه الأمراض؟ (عدة أجوبة ممكنة)

- الألام في البطن - حرقة عند التبول
- سيلان على مستوى الجهاز التناسلي - حكة جرب
- جرح على مستوى التناسلي - قمل على مستوى الجهاز التناسلي
- ثلال - نقص في الوزن
- لا علامات - لا أعرف

3- هل سبق لك وأن كانت لك علاقة جنسية في الستة أشهر الأخيرة؟

نعم لا أرفض الإجابة

*إذا كان الجواب بنعم :

- عدد الشركاء الجنسيين : واحد متعددون
- جنس الشريك (الشركاء): ذكر مؤنث
- عن طريق المهبل المخرج الفم



- ما هي علاقتك بهذا الشريك (هؤلاء الشركاء) ؟

زواج - لقاء عابر

صديق - آخر:.....

هل استعملت العازل الطبي ؟ نعم لا

4 - في حالة القيام باتصال جنسي (في إطار علاقة زوجية أو عابرة...) هل ستحمي نفسك أو

ستطلب من شريكك أن يحمي

نفسه باستعمال العازل الطبي؟

نعم لا لا أعرف

5- هل تعرف مصدرا يمكنك الحصول منه على العازل الطبي ؟

نعم لا

6- هل سبق و أن أصبت بالأعراض المرضية التالية؟ (عدة أجوبة ممكنة).

جروح على مستوى الأعضاء التناسلية - الألام في أسفل البطن

قيح من القضيب (عند الرجل) - الألام عند القيام باتصال جنسي

سيلان من المهبل (عند المرأة) - لا أعراض

بثور على مستوى الأعضاء الجنسية(حبوب)

***إذا كان الجواب نعم.**

هل بحثت عن نصائح أو علاج ؟ نعم لا

أين ؟ + في مركز صحي

+ عند شباب تقليدي

+ الصيدلية

+ عند العائلة أو الأصدقاء

مرض فقدان المناعة المكتسبة (السيدا)

7- هل سمعت من قبل عن السيدا ؟ نعم لا

8 - في نظرك، السيدا يمكن أن تنتقل عن طريق؟ (عدة أجوبة ممكنة)

اللمس - الإصابة بألة حادة ملوثة

الاجتسال في الحمام - الاتصال الجنسي

لدغة حشرة - تحاقن الدم

- اللعاب (الذفال) - لا أعرف
- 9- في رأيك, هل هناك وسائل للوقاية من السيدا؟ نعم لا

***إذا كان الجواب نعم, ما هي تلك الوسائل؟**

- +بعدم ممارسة الجنس
- +باستعمال العازل الطبي
- +بالوفاء و الاقتصار على ممارسة الجنس مع شريك واحد غير مصاب
- 10- في رأيك, هل السياحة مسؤولة عن انتشار السيدا في بلدنا؟
نعم لا أعرف
- 11- في نظرك هل يمكن لشخص مصاب بالسيدا أن يشفى منها؟
نعم لا أعرف
- 12- هل سبق و أن سمعت بالمصالح المجانية للنصائح و الفحوصات للسيدا؟
نعم لا
- 13- لو عرض عليك القيام بفحص مجاني للسيدا, هل ستقبل؟
نعم لا أعرف
- 14- ما هو رد فعلك الأول لو علمت بأنك مصاب بالسيدا؟
- الحياد - العمل على نشر المرض
- البحث عن العلاج - القيام بالحج
- الانتحار
- 15- لو كنت مصابا بالسيدا, هل ستخبر شريكك؟؟
نعم لا أعرف
- 16- رتب ما يلي حسب خطورته في اعتقادك (1.2.3.4.5...)
- السرطان - السيدا
- الكوليرا - حروق في الوجه
- العقم - الضعف الجنسي
- 17- هل يمكنك الأكل في طبق واحد مع شخص مصاب بالسيدا؟ نعم لا
- 18- هل تعتقد بضرورة إبقاء خبر إصابة شخص ما بالسيدا سرا؟
نعم لا أعرف

19 - ما رأيك في البرامج الإشهارية الخاصة بفوائد استعمال العازل الطبي في بلدنا؟

- مرغوب فيها جدا

- مرغوب فيها قليلا

- غير مقبولة

شكرا جزيلاً لمشاركتكم



BIBLIOGRAPHIE

- 1- **Bohbol JM, Zana J. et Monsonego J.**
Maladies sexuellement transmissibles.
Encycl Méd Chir 2000;360:13.

 - 2- **S. Amal, K. ELOMARI, F. NEJJAM, H. LAKHDAR.**
IST, sexualité et adolescence.
Annales de Dermatologie et de Vénérologie 2003;130-4:53-53.

 - 3- **Enquête rapide de connaissance, pratique et couverture (CPC).**
Module7 : VIH/SIDA et autres infections sexuellement transmissibles (IST).
Version 14 oct 2000.

 - 4- **Piot P, Carael M.**
Epidemiological and sociological aspects of HIV. Infection in developing countries.
Brit Med Bull 1988;44:68-88.

 - 5- **UNAIDS.**
Rapport annuel du programme commun de l'OUNSIDA.
Publié en 2009. Disponible sur <http://www.data.unaids.org>

 - 6- **I. Fojcik.**
La sexualité de nos aînés : Persistance des tabous et croyances.
Ethique & Santé 2005;2:159-161.

 - 7- **Dupuy IM.**
Epidémies et société.
Compte rendu de la réunion organisée à Anneey, Lyon, Marcel Merieux 1687,196-202.
-

8- B. Crickx, G. Rousselet, Ph. Beaulieu, M. Janier, J. Revuz.

Maladies Sexuellement Transmissibles ou Infections Sexuellement Transmissibles ?
MST ou IST ?

Ann Dermatol Venereol 2004;131:1025-1027.

9- Patrick Olombel.

Les infections Sexuellement Transmises.

La Revue Exercer 2005;72:9.

10- La Section MST de la Société Française de Dermatologie.

Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies
sexuellement transmissibles (MST).

Ann Dermatol Venereol 2006;133:255-256.

11- CH. Derancourt, CH. Vernay-vaisse, F.-J. Timsitl, S. Verraes-Derancourt

Prévention des MST.

Ann Dermatol Venereol 2006;133: 2567-2571.

12- Laurence Boyer.

Infections sexuellement transmissibles.

*CHU de Nancy-Brabois, Service de maladies infectieuses et tropicales.
Octobre 2002.*

13- JM Bohbot, J Zana, J Monsonogo.

Maladies sexuellement transmissibles.

Encycl Méd Chir, Gynecologie 1999;360-A-10:13.

14- M Janier, E Caumes.

Syphilis.

Encycl. Méd. Chir 2003;8-039-A-10:17.

15- J.M. Bonnetblanc.

Maladies sexuellement transmissibles : syphilis primaire et secondaire

Annales de Dermatologie et de vénéréologie 2008;135(115):64-70.

16- J.M. Bonnetblanc.

Maladies sexuellement transmissibles : infections urogénitales à gonocoque et Chlamydia trachomatis (en dehors de la maladie de Nicolas-Favre).

Annales de Dermatologie et de vénéréologie 2008;135(115):59-63.

17- M. Maurin.

Traitement des infections dues aux Chlamydia.

Antibiotiques 1999;4:217-217.

18- S. DALAC

Infections cutané-muqueuses bactériennes et mycosiques : Candida albicans

Annales de Dermatologie et de vénéréologie 2008;135(115):42-48.

19- P. BOSSI.

Herpès génital: Epidémiologie, modes de transmission, clinique, excrétion virale asymptomatique, conséquences sur les autres maladies sexuellement transmissibles, traitement et prévention.

Annales de Dermato et de vénéro 2002;129(4-C2):477-493.

20- S. Douver, S. Dalac.

Infections à papillomavirus.

Encycl Méd Chir 2004;8-054-A-10:19.

21- S. Pol, H. Fontaine.

Hépatites virales.

Encycl Med Chir, maladies infectieuses 1998;8-065F-10,4-310-c-10:22.

22- Avi Assouline.

Dermatologie.

Editions Vernazobres-Greco, ISBN 2-84136-342-2 :99p.

23- Arun Risbud.

Human immunodeficiency virus (HIV) and sexually transmitted diseases (STDs).

Indian J Med Res 2005;121:369-370.

24- Association marocaine de Lutte Contre le Sida (ALCS).

Problématique du VIH/SIDA chez les jeunes au Maroc

Publié Vendredi 24 juin 2005 par source ALSC dans Echos libres. Disponible sur

<http://www.echoslibres.ma/>

25- UNESCO.

SIDA, jeunesse et prévention dans la région arabe.

<http://www.unesco.ma/>

26- C. Leport, P. Longuet, A Gervais, JL. Vildé.

Manifestations cliniques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine
Encycl Méd Chir 2002;8-050-B-10:20.

27- A. Boibieux.

Actualités thérapeutiques dans le traitement du SIDA disponible sur
<http://www.adiph.org/acophra/r230999.html>

28- R. Fink.

Change in public reaction to new epidemic: the case of AIDS.
Bull N.Y. Acad Med 1987;63(10):939-949.

29- André Dupras.

La prévention et l'éducation sexuelle au regard du sida: crise des valeurs et des mesures.
Service social 1996;45(1):61-78.

30- Hazarika NC, Mahanta J.

Perceptions of unmarried young women regarding family size, sexually transmitted diseases at residential regional institutes in northeastern India.
Top Med Public Health 2005;36(1):233-236.

31- Jaiswal S, Magar BS, Thakali K, Pradhan A, Gurubachary DL.

HIV/AIDS and STI related knowledge, attitude and practice among high school students in Kathmandu vally.
Med trop 2005;3(1):69-75.

32- Agius PA, Dyson S, Pitts MK, Mitchell A, Smith AM.

Two steps forward and one step back? Australian secondary students' sexual health knowledge and behaviors 1992-2002.

J Adolesc Health 2006;38(3):247-252.

33- Trani F, Gnisci F, Nobile CG, Angelillo IF.

Adolescents and sexually transmitted infections: knowledge and behaviour in Italy.

J Paediatr Child Health 2005;41(5-6):260-264.

34- UNAIDS.

Rapport du programme commun des Nations Unies sur les VIH/SIDA (ONUSIDA)

Publié 23 Novembre 2010. Disponible sur <http://www.data.unaids.org>

35- Taamallah Khemaies.

Comportement sexuel des étudiants tunisiens et problème des maladies sexuellement transmissibles.

Extrait d'une communication au XXVIème congrès international de la population .du 27 sept au 2 oct 2009, Marrakech Maroc.

36- MST et VIH ? Même combat.

La presse médicale 2002;31(8):384-384.

37- Malek Chebel.

Le sujet en Islam.

Philosophie Générale, Edition Seuil, 2002 :294 pages.

38- A. Jardin.

Male and female sexuality in the 20th century: transformations? Revolutions? Freedom?

Rev Epidemiol Sante Publique 2004;52:388-392.

39- Malek Chebel.

Sexualité, pouvoir et problématique du sujet en islam.

Confluences Méditerranée 2002;41:47-63.

40- Ogbuji CQ.

Knowledge about HIV/AIDS and sexual practice among universitu of Ibadan students.

Afr J Med Sci 2005;34(1):25-31.

41- Ma Q., Ono-Kihara M.Cong L, XU G, Zamani S., Ravari SM., Kihara M.

Sexual behavior and awareness of chines university students in transition with implied risk of sexually transmitted diseases and HIV infection: a cross-sectionnal study.

BMC Public Health 2006;6(18):232.

42- Simbar M, Tehrani FR, Hashemi Z.

Reproductive Health knowledge, attitudee and practices of Iranian university students

East Mediterr Health J 2005;11(5-6):888-897.

43- Sameh Aouadi.

Comportement sexuel des jeunes célibataires et risque des maladies sexuellement transmissibles : mémoire de Master en démographie.

Faculté des sciences humaines et sociales, 2006:115p. Cote:10.224/A.

44– Sylvie Gosme–Séguert, Françoise Nory–Guillou.

Connaissances et présentations du sida : Evaluation aupres de jeunes adolescents et pré-adolescents du nord/Pas-de-calais.

Edition ministère d'emploi et de solidarité ISBN:2-11-092466-7.

45– Nabila Hamza, Adnéne Chabouni.

Les pratiques sexuelles des jeunes : « mutation socio-démographique de la famille tunisienne : Analyses approfondies des résultats de l'enquête PAPFAM »

ONEF 2006:443-458.

46– Al–Mazrou YY, Abouzeid MS, Al–jeffri MH.

knowledge and attitudes of students in Saudi Arabia toward HIV/AIDS.

Saudi Med J 2005;26(8):1183-1189.

47– Famagan–Oulé Konate, Pierre Cisse.

Adolescence et sexualité.

Recherches africaines 2007;2.<http://recherches-africaines.net/document.php?id=168>

48– Abdessamad Dialmy.

Approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA.

Colloque régional, Fès–Royaume du Maroc.30 Mai–2 Juin 2001.

49– Fourn L, Duci S.

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): knowledge and fear of contagion in nursing students during their hospital training.

Med Trop 1993;53(3):315-319.

50- Aidsalgerie.

Le sida menace l'université algérienne.

Enquête réalisée par "aidsalgerie". Disponible sur <http://www.aidsalgerie.org>

51- Higgins LT, Sun C.

Gender, social background and sexual attitudes among chines students.

Cult Health sex 2007;9(1):31-42.

52- Grunseit A., Richters J., Crawford J., Song A., Kippax S.

Stability and change in sexual practices among first-year Australian university students.

Arch Sex Behav 2005;34(5):557-68.

53- ONUSIDA.

Rapport des nations unies sur VIH/SIDA.

Publié en 2009. http://data.unaids.org/pub/factsheet/2009/20091124_FS_mena_fr.pdf

54- Dahlane Abdelhaq.

MST à Marrakech: Enquete auprès de 500 personnes.

Thèse n° 156-1990 .Faculté de médecine et de pharmacie Casablanca.

55- A. Sepou, E. Nguembi, MC. Yanza, R. Ngbale, MN. Nali.

Comportement sexuel des étudiants d'université de Bangui (centrafrique).

Med Trop 2004;64:163-167.

56- Wei-Chen Tung RN, PhD, Kele Ding PhD, MD and Suzette Farmer RN, PhD.

Knowledge, Attitudes, and Behaviors Related to HIV and AIDS Among College Students in Taiwan.

Journal of the Association of Nurses in AIDS care 2008;19(5):397-408.

- 57– Maria Eugenia Caetano, Iara Moreno Linhares, Jose Aristodemo Pinotti, Angela Maggio da Fonseca, Maria Dulce Wojitani, Paulo Cesar Giraldo.**
Sexual behavior and knowledge of sexually transmitted infections among university students in Saopaulo, Brazil.
International Journal of Gynecology & Obstetrics 2010;110(1):43–46.
- 58– Stone N., Hatherall B., Ingham R., Mceachran J.**
Oral sex and condom use among young people in the United Kingdom.
Perspect Sex Reprod health 2006;38(1):6–12.
- 59– Centre de documentation, des archives et de publication.**
Sida et sexualité: Parlons-en avec les jeunes.
Publie en Février 2010. <http://www.onfp.tn>
- 60– A. Font, R. Puigoinos, I.E. Chichango, N. Cabrero, C. Borrell.**
AIDS-related knowledge and behaviors in Mozambique
Rev Epidemiol Sante Publique 2006;54:341–354.
- 61– Natwan Khumsan PhD., RN. and Fave A. Gary EdD, RN. Faan.**
Determinants of Actual Condom Use Among Adolescents in Thailand.
Journal of the Association of Nurses in AIDS care 2009;20(3):218–229.
- 62– Sileo Nancy M., Sileo Thomas W.**
American university student's knowledge, beliefs and behaviors associated with HIV/aids.
Journal of HIV/AIDS prevention in children and youth 2008;9(1):10–33.
-

63- Beltzer N., L Agarde M., wu. ZHOU x. et AL.

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/SIDA en France.

Paris: ORS Ile-de-France ,ANRS, 2005,204p.

64- Ikreme AC., Ezegwui HU., Uzodimma AC.

Knowledge, attitude and use of emergency contraception among female undergraduates in Eastern Nigeria.

J Obstet Gynaecol 2005;25(5):491-493.

65- Association marocaine de lutte contre le SIDA.

Rapport de l'ALCS.

publié en Septembre 2010. disponible sur <http://www.alcs.ma>

66- Maria Gańczak, Peter Barss, Fatima Alfaresib, Shamma Almazroueic, Amal Muraddad Fatma Al-Maskari.

Break the Silence: HIV/AIDS Knowledge, Attitudes, and Educational Needs among Arab University Students in United Arab Emirates

Journal of Adolescent Health 2007;40(6):572.e1-572.e8.

67- Shaikh FD., Khan SA., Ross MW., Grimes RM.

Knowledge and attitudes of Pakistan medical students towards HIV-positive and/or AIDS patients.

Psychol Health Med 2007;12(1):7-17.

68- ONUSIDA

Comment parler du VIH/SIDA à vos enfants.

Santé, 1997. <http://www.unnaids.ca/web/bacckgrnd.nfs/CL/>

69- Christakis NA.

The ethical design of an AIDS vaccine trial in Africa.

Mastings Center Reportt 1988;8:3.

70- Sabatier R.

Le SIDA : Une question de race ?

Peuples 1988;1:2-3.

71- Sébastien Roux.

La menace touristique: La Thaïlande face à « l'importation » du sida.

Edition Lodel, 2008:155-170 .ISSN 2032-0442.

Disponible <http://civilisations.revues.org/index1266.html>

72- A. Morrone, M. Valenzano , L. Toma,G Franco, L. Nosotti, L. Valenzano.

SIDA et MST dans la population étrangère.

Annales de dermato et de venerologie 2003;130(4):53-53.

73- Aidoud A., Fares EG., Bouakaz R.

Sida, tourisme et migration.

Séminaire maghrébin sur les comportements à risque, Ghardaïa, Algérie, juillet 1994.

74- Mechtild Maurer.

Tourisme, prostitution, sida.

Edition l'Harmahar/ceti, 1992:182p. ISBN 2-88053-016-4.

75- Ikechebelu IJ., Udigwe GO., Ikechebelu N., Imoh LC.

The knowledge, attitude and practice of voluntary counseling and testing(VCT)for HIV/AIDS among undergraduates, Nigeria.

Niger J Med 2006;15(3):245-249.

76- Sallah ED., Grunitzky-Bekele M., Bassabi K., Dodzro K., Balogou AK., Grunitzky EK., Gaudreau L.

Sexual behavior, knowledge and attitudes to AIDS and sexually transmitted diseases of students at the university of Benin.

Sante 1999;9(2):101-109.

77- Ngui Ngamini.

Connaissances en modes de protection contre le SIDA au Cameroun.

Médecine d'Afrique noire 2008;55(3):145-151.

78- Altman D.

Fear and Stigma, aids in the mind of america, Garden City N.Y,

Anchor Press, 1986, 59-80.

79- Communiqué de presse conjoint ONUSIDA/OMS.

23 Novembre 2004

Disponible sur <http://www.who.int/mediacentLnewsLreleases/2004/pr-un aids/fr/>

80- Frank M., Bosh R., Rousselle F.

SIDA : la psychose.

Le point 1987;757:55-62.

81- Aïcha Benyaich.

Connaissance, représentation, attitudes et comportements des jeunes adolescents d'origine marocaine et musulmane vivant à Bruxelles face au SIDA.

Juillet 2008.

82- Jaafar Heikel.

SIDA, attitudes et perceptions du public marocain.

Thèse n° 616-1989 .Faculté de Médecine et de Pharmacie, Casablanca.

83- Norman LR., Carr R.

Discriminatory attitudes toward persons living with HIV/AIDS in Jamaica : a hierarchical analysis of university students.

AIDS Public Policy J 2005;20(1-2):40-50.

84- Catherine Hours.

Moyen Orient, Afrique Nord: 5% des sidéens soignés, et tjrs le rejet.

17 octobre 2006. Disponible sur <http://suivreausida/net/m39-afp.html>

85- Hicham Hamza.

SIDA : le dangereux tabou du monde musulman.

1er décembre 2010. Disponible sur www.oumma.com

86- Catherine Manuel, Jean-Louis San Marco.

SIDA. Les enjeux éthiques.

Edition: DOIN, 1994. 288p.

87- Eduscol

L'éducation à la sexualité: Guide d'intervention pour les collèges et les lycées.

Edition: Christianne Berthet, 2005, 61p. ISBN 2-240-01980-8.

- 88– American Friends Service Comitte, CRDI, Mali. Ministère de l'éducation nationale**
Education sexuelle en Afrique tropicale.
Edition CRDI- Ottawa- ON-CA, microfiche, 1973,88p.
- 89– UNESCO.**
Sexuality education an imperative for children and young people in a world affected by AIDS.
Publié le 11/12/2009. www.unesco.org
- 90– Martine Despland, Brigette Juillerat.**
L'éducation sexuelle à l'école: Encore utile aujourd'hui?
Fondation Profa. Lausanne,4 Octobre 2004.
- 91– ONECSCO/ OMS /ONUSIDA**
Manuel à l'usage des planificateurs de programmes scolaires.
Edition :97/ws/9, 1997, 97 pages.
- 92– Nicole Haberland, Deborah Rogou.**
Education sexuelle et VIH.
Transitions vers l'âge adulte Aout 2007 ;22. Disponible sur www.popcouncil.org
- 93– N Brouard.**
Some demographic consequence of the HIV epidemic in the world
Rev Epidem et santé publ 2000;48:121-125.
- 94– UNESCO.**
Analyse de la réponse du secteur de l'éducation en matière de lutte contre le VIH/SIDA en Algérie, au Maroc, en Mauritanie et en Tunisie.
Education, 2010. http:// www.rabat.unesco.org
-

« L'éducation est l'arme la plus puissante que l'on puisse utiliser pour changer le monde. C'est aussi une arme dont le Monde ne saurait se passer dans son combat contre le SIDA. L'éducation sauve des vies »

Nelson Mandela



أقسم بالله العظيم
أن أراقب الله في مهنتي
وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف و الأحوال باذلا وسعي في استنقاذها
من الهلاك و المرض و الألم و القلق.
وأن أحفظ للناس كرامتهم وأستر عورتهم و أكتم سرهم.
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله باذلا رعايتي الطبية للقريب و البعيد للصالح و الطالح
والصديق و العدو.
وأن أثابر على طلب العلم أسخره لنفع الإنسان.. لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني و أعلم من يصغرنني وأكون أخوا لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين على
البر و التقوى.
وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري و علانيتي نقية مما يشينها تجاه الله و رسوله و
المؤمنين.
والله على ما أقول شهيد.





جامعة القاضي عياض
كلية الطب والصيدلة
مراكش

أطروحة رقم 140

سنة 2011

مواقف ومعارف الطلبة
اتجاه الأمراض المنقولة جنسيا / السيدا
الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم .../.../2011
من طرف

الآنسة إلهام خليل

المزودة في 10 يونيو 1979 باليوسفية

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

أمراض منقولة جنسيا - سيدا - تربية جنسية
مواقف - معارف - حماية

اللجنة

الرئيس	السيد	ع. سماني
		أستاذ في طب أمراض النساء والتوليد
المشرف	السيد	ع. أبو الفلاح
		أستاذ مبرز في طب أمراض النساء والتوليد
الحكام	السيد	م. بوسكراوي
		أستاذ في طب الأطفال
	السيد	ح. أسموكي
		أستاذ في طب أمراض النساء والتوليد
	السيد	س. أمال
		أستاذ في طب أمراض الجلد