

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
 PREMIERE PARTIE: REVUE DE LA LITTERATURE	
I. INFECTION A VIH.....	3
I.1. Historique.....	3
I.2.Généralité.....	4
I.2.1.Quelques définitions.....	4
I.2.2.Virologie.....	5
I.2.2.1.Agent pathogène.....	5
I.2.2.2.Les cellules cibles.....	6
I.2.3.Les modes de transmission ou la contamination à VIH.....	7
I.2.3.1.Transmission par voie sexuelle.....	7
I.2.3.2.Transmission par le sang.....	7
I.2.3.3.Transmission materno-fœtal.....	7
I.2.3.4.Transmission par partage ou réutilisation d'aiguille ou seringue.....	7
I.2.4.Les signes cliniques.....	8
I.2.5.Les moyens de diagnostics.....	9
II. SITUATION EPIDEDEMIOLOGIQUE DE VIH/SIDA.....	10
II.1.DANS LE MONDE.....	10
II.2. A MADAGASCAR.....	11
III. LE DEPISTAGE.....	11
III.1Généralité	11
III.2.Pourquoi le conseil et le test volontaire est-il important.....	12
III.3.A quel moment pratique-t-on un test.....	12
III.4. Le test.....	13
III.4.1.Résultat négatif.....	13
III.4.2. Résultat indéterminé.....	13

III.4.3. Résultat positif.....	13
III.5. Après le test	14
III.6. Les rôles du CDV du point de vue conseil et dépistage.....	14

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE PROPREMENT DITE

I.METHODOLOGIE.....	15
II. RESULTATS DE L'ETUDE.....	20
II.1.Niveau de réalisation de dépistage de VIH chez les jeunes.....	20
II.2.Profil sociodémographique.....	20
II.2.1. Répartition des jeunes dépistés en 2009 par tranche d'âge.....	20
II.2.2. Distribution des jeunes dépistés selon la situation matrimoniale.....	21
II.2.3.Répartition des jeunes dépistés selon le niveau de scolarisation.....	22
II.2.4.Répartition des jeunes dépistés selon la catégorie professionnelle.....	23
II.2.5. Répartition des jeunes dépistés selon le fokontany d'origine	24
II.2.6.Répartition des jeunes dépistés selon les motifs de dépistage.....	25
II.2.7. Répartition des jeunes dépistés selon les facteurs de risque.....	26
II.2.8. Répartition des jeunes dépistés selon l'utilisation de préservatif.....	27
II.2.9.Répartition des jeunes dépistés selon la connaissance de client sur le VIH.....	28
II.2.10. Répartition des jeunes dépistés ayant retiré leur résultat et passé au counselling post test.....	29
II.3. Distribution de la prévalence de l'infection à VIH.....	31

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

I. Niveau de réalisation de dépistage de VIH chez les jeunes.....	33
II. Profil sociodémographique.....	34
II.1. Répartition des jeunes dépistés en 2009 par tranche d'âge.....	34
II.2.Distribution des jeunes dépistés selon la situation matrimoniale.....	34
II.3.Répartition des jeunes dépistés selon le niveau de scolarisation.....	35
II.4.Répartition des jeunes dépistés selon la catégorie professionnelle.....	35
II.5. Répartition des jeunes dépistés selon le fokontany d'origine.....	36
II.6.Répartition des jeunes dépistés selon les motifs de dépistage.....	36
II.7.Répartition des jeunes dépistés selon les facteurs de risque.....	37
II.8. Répartition des jeunes dépistés selon l'utilisation de préservatif.....	37
II.9.Répartition des jeunes dépistés selon la connaissance de client sur le VIH.....	38
II.10. Répartition des jeunes dépistés ayant retiré leur résultat et passé au counselling post test.....	39
III. Distribution de la prévalence de l'infection à VIH.....	39

QUATRIEME PARTIE :

SUGGESTIONS.....	41
------------------	----

CONCLUSION.....	45
-----------------	----

ANNEXE

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau n°1 Tableau récapitulatif et comparatif de l'épidémie mondiale de SIDA en 2006 et 2009.....	10
Tableau n°2 Répartition des jeunes dépistés par tranche d'âge.....	20
Tableau n°3 Répartition des jeunes dépistés selon le niveau de scolarisation.....	22
Tableau n°4 Répartition de jeunes dépistés selon la catégorie professionnelle.....	23
Tableau n° 5 Répartition des jeunes dépistés selon le fokontany d'origine.....	24
Tableau n°6 Répartition des jeunes dépistés selon les motifs de dépistage.....	25
Tableau n°7 Répartition des jeunes dépistés selon les facteurs de risque.....	26
Tableau n°8 Répartition selon l'utilisation de préservatif.....	27
Tableau n°9 Répartition des jeunes dépistés ayant retiré leurs résultat et passé au counselling post test.....	29
Tableau n°10 Distribution de la prévalence de l'infection à VIH.....	31
Tableau n°11 Suggestions	41

LISTES DES FIGURES

		Pages
Figure n°1	Structure du VIH	6
Figure n°2	Évolution de l'infection par le VIH.....	08
Figure n° 3	Répartition de la population dans la CU de Taolagnaro.....	15
Figure n° 4	carte géographique de la CU de Taolagnaro et ses 11 fokontany.....	16
Figure n°5	Distribution des jeunes dépistés selon la situation matrimoniale.....	21
Figure n° 6	Répartition des jeunes dépistés selon la connaissance de client sur le VIH.....	28

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquis
CNLS	: Conseil National de Lutte contre le Sida
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
ARN	: Acide Rubo-Nucléique
ARV	: Anti RétroVirus
ELISA	: Enzyme Linked Immunosorbent Assay
ADN	: Acide DesoxyruboNucléique
VIH 1	: Virus de l'Immunodéficience Humaine type 1
VIH 2	: Virus de l'Immunodéficience Humaine type 2
PVVIH	: Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
CDV	: Centre de Dépistage Volontaire
ONU	: Organisation de Nation Unies
CU	: Commune Urbaine
EAM	: Entreprendre A Madagascar
Km	: Kilomètre
n	: Nombre
%	: Pourcentage
<	: Inférieur
=	: égal
TDS	: Travailleurs (ses) de sexe
RS	: Rapport sexuel
EDS	: Enquête Démographique de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernemental
IEC	: Information- Education- Communication
SSD	: Service de Santé de District

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Partout dans le monde, la phase de puberté intervient plus tôt alors que les jeunes se marient généralement plus tard. Ces facteurs se traduisent par un prolongement de la période où les jeunes peuvent être sexuellement actifs à un âge précoce (1). Ils ont alors tendance à avoir des partenaires multiples ou des partenaires à haut risque et ont en général moins recours au préservatif (2).

A l'échelle mondiale, en 2007, près d'un quart de personnes qui vivent avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) ont moins de 25 ans. Dix millions des jeunes vivent avec le VIH/SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), dont 6,2 millions en Afrique subsaharienne et 2,2 millions en Asie (3).

Madagascar a réussi jusqu'à aujourd'hui à se protéger de l'épidémie de VIH/SIDA qui ravage la région voisine de l'Afrique australe, mais "la Grande Ile" sait que même si elle a eu droit à un sursis, le danger est loin d'être écarté (4). Dans ce pays, les jeunes sont aussi parmi les groupes les plus vulnérables et plus exposés au risque de transmission du VIH/SIDA. La prévalence de cette maladie est de 0,6% chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans et 0,3 % chez les femmes de la même tranche d'âge (5). Selon le CNLS (Conseil National de Lutte contre le SIDA), l'épidémie de VIH/SIDA à Madagascar est caractérisée par le fait qu'elle est « non visible mais en croissance rapide » (6).

La crainte de l'impact de ce fléau et l'interrelation IST/VIH sont la raison de la présente étude qui a été effectuée dans le centre ville de Taolagnaro. Comme étant une ville touristique, Taolagnaro est aussi plus touchée par les IST (7). En 2009, le taux de dépistage de VIH à Taolagnaro est inconnu alors que le dépistage de l'infection à VIH figure parmi les quatre principaux moyens de prévention ou « ABCD » de la prévention. Il s'agit de l'abstinence, de la bonne fidélité, de l'utilisation de condoms et du dépistage lui-même (8). Nous voulons contribuer à la détermination de ce taux de dépistage. Notre hypothèse de recherche est la suivante : les facteurs socio-économique et culturel, les

antécédents de l'infection et la proximité des Centres de dépistage Volontaire (CDV) conditionnent la pratique du dépistage. Ainsi, les objectifs de la présente étude consistent à :

- Evaluer le taux de réalisation du dépistage du VIH chez les jeunes en général,
- déterminer les profils socio- démographiques, économiques et comportementaux des jeunes effectuant le dépistage du VIH,
- estimer la proportion de l'infection à VIH parmi les sujets ayant effectué le dépistage,
- apporter des suggestions afin d'améliorer la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Pour bien mener cet ouvrage, le plan suivant a été adopté :

- Introduction
- La première partie présente la revue de la littérature.
- La deuxième partie met en exergue l'étude proprement dite.
- La troisième partie traite de la discussion sur les résultats de l'étude.
- Enfin, la quatrième partie propose de la suggestion et la conclusion termine la présente étude.

PREMIERE PARTIE:
REVUE DE LA LITTERATURE

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

I. L'INFECTION A VIH

I.1. HISTORIQUES (9) (10) (11) (12) (13) (14)

Le premier rapport officiel sur la maladie, connue aujourd'hui sous le nom de SIDA (Syndrome d'immunodéficience acquis), a été publié le 5 juin 1981 aux Etats-Unis chez un groupe d'homosexuels qui a présenté la pneumopathie à pneumocystis carinii. C'était il y a 30 ans.

En 1982, le SIDA a été reconnu en Europe, en Afrique et en Haïti. Un premier cas d'infection chez un hémophile a été relevé par le Center for Disease Control en janvier 1982.

Une équipe de virologiste de l'Institut Pasteur de Paris a isolé un virus appelé Lymphadenopathy Associated Virus qui fut considéré comme responsable du SIDA en 1983.

En 1985, Barrin et ses collaborateurs ont trouvé 2 types de rétrovirus humain, apparenté au VIH. Le second virus est appelé VIH-2. Ces deux virus sont tous des rétrovirus à ARN de forme sphérique, de diamètre égal à 110 millimicrons, pourvus d'enveloppe, celle-ci est composée de protéines, de liquide et de glucide. Une partie centrale dense contient le génome viral et une enzyme transcriptase inverse.

L'efficacité de la ZIDOVUDINE, le premier médicament anti rétrovirus (ARV), a été démontrée. L'intérêt d'une association d'ARV a été prouvé en septembre 1995.

En 1999, une quinzaine de molécules a reçu une autorisation de mise sur le marché.

En 2000, La conférence internationale se tient en Afrique du Sud avec plus de 12 000 participants. 5 000 chercheurs signent la "*Déclaration de Durban*" qui stipule le lien évident entre le VIH et le SIDA.

C'est seulement en 2001 que la Chine reconnaît l'existence de l'épidémie et qu'elle met sur pied son premier programme contre le sida.

En Thaïlande en 2003, un vaccin est testé chez 2500 consommateurs de drogues mais celui-ci se révèle inefficace. La même année, le gouvernement de l'Afrique du Sud décide finalement de mettre en branle un plan de traitement aux ARV pour les millions de personnes malades.

De 2008 à nos jours, le SIDA a laissé derrière nous plus de 25 millions de décès.

I.2. GENERALITES (15)

Le SIDA est devenu une grande pandémie. Il est causé par le Virus d'Immunodéficience Humaine, qui détruit ou endommage les cellules des systèmes immunitaires et qui réduit ainsi progressivement la capacité de l'organisme à lutter contre les infections et certains cancers. Les personnes touchées par le SIDA peuvent contracter des maladies menaçant le pronostic vital dites infections opportunistes, causées par des microbes tels que des virus et des bactéries qui ne provoquent normalement pas des maladies chez les sujets en bonne santé. Jusqu'à présent, le SIDA est toujours mortel, après avoir traversé une période plus ou moins longue de séropositivité.

Le dépistage de VIH se fait par des techniques immunologiques. Le diagnostic peut se faire de façon directe en recherchant directement le virus. Le plus souvent, le diagnostic se fait de façon indirecte par la détection de l'anticorps. En général, on utilise le technique ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) et on confirme par western blot (méthode d'immunotransfert) mettant en évidence les protéines spécifiques.

I.2.1 Quelques définitions

~Sida : (16)

Les lettres qui composent le mot « SIDA » définissent la nature de cette maladie:

« S » pour Syndrome, c'est-à-dire l'ensemble des troubles provoqués par la maladie.

« I » et « D » Immunodéficience : le virus atteint les défenses naturelles de l'organisme qui ne peut plus se protéger contre des infections et qui risque d'être atteint de diverses maladies dites « opportunistes » et par certains cancers.

« A » pour Acquis : signifie tout simplement que le Sida n'est pas une maladie héréditaire, mais due à un agent mis accidentellement au contact du malade. Cet agent est le virus de l'immunodéficience humaine ou VIH.

Le SIDA : acronyme de syndrome immunodéficientiel Acquis. Maladie infectieuse, contagieuse, transmissible par voie sexuelle ou sanguine représentant la phase terminale de l'infection par le VIH.

~Le VIH : virus de l'immunodéficience humaine est un micro-organisme qui infecte les cellules saines et fabrique des copies de lui-même pour se propager. Ce qui distingue le VIH des autres virus, c'est qu'il s'attaque au système immunitaire en prenant le contrôle des cellules CD4 (17).

~Séropositif : cela signifie que la personne est porteuse du virus et donc qu'elle peut contaminer des personnes si elle ne se protège pas lors des rapports sexuels.

La personne a encore suffisamment de globules blancs pour se protéger et donc n'est pas encore malade (18).

I.2.2 Virologie

I.2.2.1 L'agent pathogène (19)

Les VIH appartiennent au groupe des rétrovirus. Ce sont des virus enveloppés, à ARN qui possèdent une reverse-transcriptase. Cette enzyme spécifique permet de transformer l'ARN viral en ADN double brin (provirus) lequel peut s'intégrer dans le chromosome de la cellule et induire une infection définitive de l'organisme. Les VIH font partie des lentivirus responsables d'infections persistantes à évolution lente, bien connues en pathologie vétérinaire.

On distingue deux groupes de VIH : les VIH-1 proches des virus des chimpanzés africains et comprenant les VIH –1 groupe M, groupe O et groupe N. Ce sont les VIH-1

groupe M (major) qui sont largement dominants avec une grande diversité génétique au sein de ce groupe incluant les principaux sous-types (de A à K).

Les VIH-2 proches des virus des singes mangabey montrent aussi une grande diversité, mais celle-ci est moins forte que celle des VIH-1, sans doute du fait d'un moindre pouvoir pathogène des VIH-2

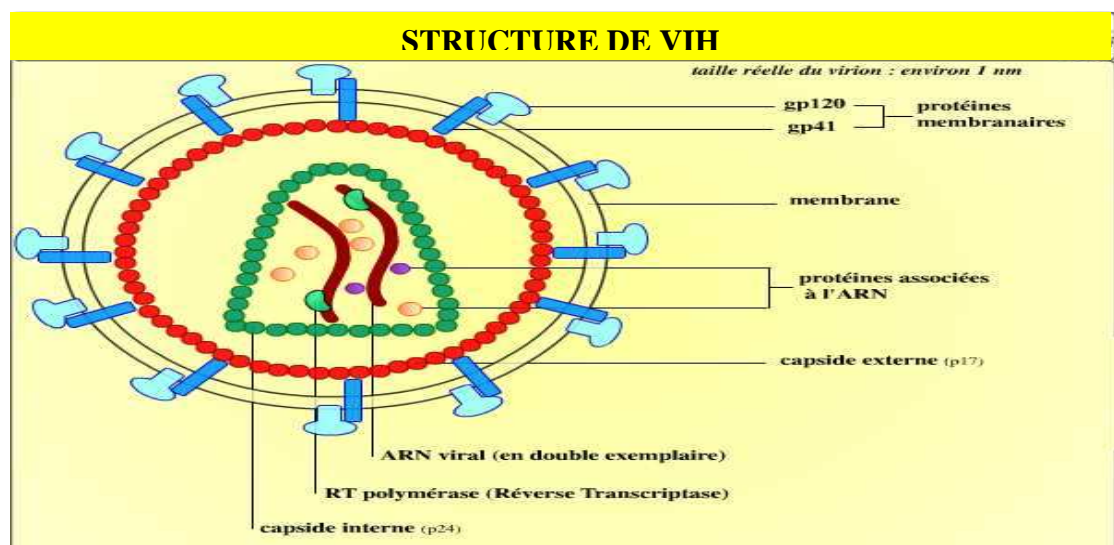


Figure n°1 : Structure du VIH

I.2.2.2 Les cellules cibles (20)

Les cellules sensibles en VIH sont principalement celles qui expriment la molécule CD₄.

Ainsi, il s'agit principalement des lymphocytes T auxiliaires, des monocytes, des macrophages et des cellules dendritiques. Dans les cellules dendritiques, les virus sont emprisonnés sans le répliquer et ces cellules constituent le grand réservoir du virus. La multiplication virale est responsable de la disparition progressive des lymphocytes T CD₄ à raison de 50 à 70/mm³/an.

Les lymphocytes détruits semblent se renouveler en permanence environ 5x10⁹ cellules par jour jusqu'à ce que les altérations des organes lymphoïdes centraux (moelle osseuse et thymus) ne permettent plus leur génération.

Les facteurs qui permettent cet échappement du virus à la réponse immune sont:

- La destruction même de l'immune spécifique,
- L'apparition des mutants viraux ayant des virulences particulières.

I.2.3 Les modes de transmission ou la contamination à VIH (21)

Le Sida peut se transmettre par différentes voies :

I.2.3.1 Transmission par voie sexuelle

Le virus est présent dans les sécrétions génitales, et peut donc être transmis lors d'un rapport sexuel, qu'il soit homosexuel ou hétérosexuel (la majorité des sidéens africains sont ainsi contaminés lors de rapports hétérosexuels).

Certaines maladies sexuellement transmissibles, et surtout la multiplication des partenaires (sans protection lors des rapports) favorisent cette transmission.

I.2.3.2 Transmission par le sang

Le virus étant présent dans le sang, il peut être transmis lors de tout "don" de sang d'un individu à un autre : lors de pratiques toxicomanes (échanges de seringues), de manière accidentelle, ou lors de transfusions.

Un dépistage systématique des dons du sang a permis de réduire ce dernier mode de transmission (risque résiduel estimé à 1/500.000).

I.2.3.3 Transmission materno-fœtale

Le virus est capable de traverser la barrière hémato-placentaire, et ainsi de contaminer in utero un fœtus. Le cas le plus fréquent semble être toutefois lors de l'accouchement.

De plus, le virus se retrouve dans le lait maternel, d'où une contamination lors de l'allaitement.

I.2.3.4 Transmission par partage ou réutilisation d'aiguilles ou de seringues soit volontaire par ignorance soit iatrogène par négligence.

Par contre, il est bon de savoir que le virus du SIDA ne peut pas se transmettre par le simple contact quotidien avec les autres : en se serrant la main, en vivant ensemble, en jouant et en mangeant ensemble. Il ne se transmet pas par les aliments, l'eau, la coupe de la communion, les insectes, le siège des toilettes.

I.2.4. Les signes cliniques (22)

On distingue **3 phases** lors d'une infection par le virus du SIDA :

- ✓ la primo-infection : juste après la contamination par le VIH, le nombre de virus présents (= charge virale) augmente fortement, puis diminue rapidement, du fait de la réponse du système immunitaire;
- ✓ la phase asymptomatique : l'individu atteint ne présente aucun symptôme de la maladie, et le nombre de virus n'augmente que très légèrement; mais le nombre de variant augmente fortement... Malgré le contrôle de la maladie par le système immunitaire, les lymphocytes T sont progressivement détruits par le virus;
- ✓ le SIDA : le système immunitaire est débordé; le nombre de virus augmente fortement (mais le nombre de variant se limite aux plus efficaces); les symptômes apparaissent.

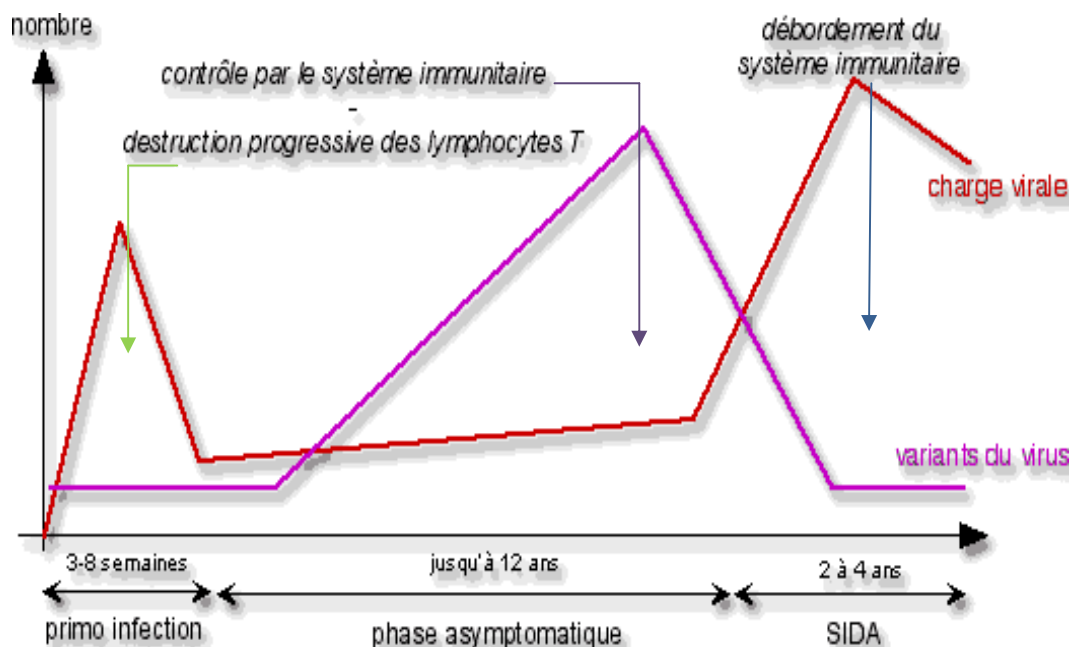


Figure n°2 : Évolution de l'infection par le VIH

I.2.5. Le moyen de diagnostic (23)

Le diagnostic indirect ou sérologique de l'infection repose sur la détection des anticorps sériques ; il reste dans la majorité des cas la démarche diagnostique la plus pertinente et la plus accessible. Le diagnostic sérologique comporte deux étapes dont le test de dépistage et le test de confirmation.

❖ Le test de dépistage

Les méthodes immuno-enzymatiques de type ELISA sont actuellement les méthodes de référence pour mettre en évidence les anticorps sériques. Ces sont des tests qui permettent de détecter les anticorps anti-VIH-1 du groupe M et du groupe O, ainsi que les anticorps anti-VIH-2.

❖ Le test de confirmation par Western Blot (WB) ou Immunoblot (IB).

Un résultat négatif est rendu lorsque les deux tests de dépistage sont négatifs et aussi en dehors d'une suspicion de contage récent.

Récapitulation sur le diagnostic sérologique de l'infection par le VIH (24)

2 tests ELISA

- Très bonne sensibilité ; spécificité > 99 %
- Temps de réalisation = 2 à 3 heures

Test de Western Blot= confirmation

- Positivité du test si présence d'au moins 3 anticorps dont au moins 2 anticorps anti-enveloppe
- Pratiqué si test(s) ELISA positif(s)
- Moins sensible

→ Diagnostic de l'infection par le VIH : présence d'anticorps anti-VIH dans 2 prélèvements successifs dépistés par ELISA et au moins sur un prélèvement par Western Blot.

II. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH/Sida (25) (26)

II.1. DANS LE MONDE

Les taux d'infection à VIH diminuent dans plusieurs pays, mais le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde continue de s'accroître. Des améliorations apportées à la surveillance de cette maladie permettent de mieux comprendre l'épidémie.

Tableau n° 1 : Tableau récapitulatif et comparatif de l'épidémie mondiale de SIDA en 2006 et en 2009

Statistique du SIDA	2006	2009
Nombres des personnes vivant avec le VIH		
Total	39,5 millions	33,3 millions
Adulte	37,2 millions	30,8 millions
Enfant moins de 15 ans	2,3 millions	2,5 millions
Nouvel infection à VIH		
Total	4,3 millions	2,6 millions
Adulte	3,8 millions	2,2 millions
Enfant moins de 15 ans	530 000	370 000
Décès du SIDA		
Total	2,9 millions	1,8 millions
Adulte	2,6 millions	1,6 millions
Enfant moins de 15 ans	380 000	260 000

Dans le monde, depuis le début de l'épidémie,

- ▀ plus de 60 millions de personnes ont été infectées par le VIH et près de 30 millions de personnes sont décédées de causes liées au virus,

- un décès sur quatre lié au SIDA est dû à la tuberculose, maladie évitable et guérissable,
- il y a plus de 7000 nouvelles infections par jour en 2009, dont 97% dans des pays à moyen ou faible revenu,
 - ▀ dont environ 1 000 sont des enfants de moins de 15 ans
 - ▀ dont environ 6 000 sont des adultes (15 ans et plus)
 - dont 51% sont des femmes
 - 41% des jeunes adultes (15-24 ans)

II.2. A MADAGASCAR

L'épidémie du SIDA à Madagascar connaît une croissance exponentielle. Le premier cas séropositif a été notifié en 1987. De 1987 à août 2004, le nombre de cas des séropositifs et des sidéens notifié au Laboratoire National de Référence est respectivement de 242 séropositifs et 68 sidéens (27). En fin 2007, le taux de prévalence de VIH est de 0,13 %. L'estimation des personnes qui vivent avec le VIH est à 12000. Le nombre des PvVIH dépisté en août 2007 est de 279. Le nombre de PvVIH nécessitant la mise sous traitement est de 3200. 138 personnes sont sous ARV et la couverture de besoin en ARV est de 4 % (28).

III. LE DEPISTAGE

III.1. GENERALITES

Il y a quatre principaux moyens de prévention du VIH/SIDA, c'est « l'ABCD de la prévention ». La stratégie ABC vise à inciter les individus à s'abstenir de relation sexuelle, à bannir l'infidélité, à utiliser un condom de manière correcte et systématique, continue. Elle peut donc être une recommandation générale et pertinente. Egalement, les messages ayant pour but de retarder le but de l'activité sexuelle, ou de commencer à pratiquer l'abstinence, doivent faire partie intégrante de programmes visant à éviter la propagation du VIH et des autres IST (8).

Le D signifie Dépistage. Ce mot signifie encore détection. C'est une recherche systématique chez un sujet ou au sein d'une collectivité, d'une affection latente au moyen des techniques simples et peu coûteuses mais suffisamment fiables (29).

Le mot dépistage volontaire peut être défini partant du sens du mot dépistage comme étant une recherche systématique chez un sujet ou au sein d'un groupe d'individus d'une affection latente au moyen des techniques simples et peu coûteuses mais suffisamment fiables après consentement de chaque sujet (29). Il est reconnu à l'échelle internationale que l'offre des services de conseil et dépistage volontaires (CDV) du VIH est une stratégie efficace et essentielle tant pour prévenir que pour soigner cette infection.

III.2. POURQUOI LE CONSEIL ET LE TEST VOLONTAIRE EST-IL IMPORTANT ? (30)

Le Centre de test volontaire du VIH est reconnu sur le plan international comme une stratégie efficace située au centre de la prévention et de la prise en charge du VIH SIDA. Les recherches conduites en Afrique de l'Est en collaboration avec ONUSIDA et l'OMS ont donné la preuve que le CDV est une stratégie de meilleur coût/ efficacité dans le cadre de la facilitation du changement de comportement. Le CDV est aussi un point d'entrée pour les soins et le soutien des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

III.3. A QUEL MOMENT PRATIQUE-T-ON UN TEST ? (31)

- Le besoin de pratiquer un test de dépistage peut intervenir à différents moments :

- * *Suite à une prise de risque :*

- relation sexuelle non protégée
 - rupture de préservatif
 - partage d'une seringue ou de matériel d'injection
 - blessure avec un objet souillé de sang

- * *Pour faire le point*

- pour savoir où on en est par rapport à une éventuelle contamination par le VIH
 - parce qu'au sein d'un couple stable on souhaite ne plus utiliser de préservatifs
 - parce qu'une grossesse est envisagée ou confirmée

➤ Les indications du test sont : (32)

- ▀ Le dépistage obligatoire lors :
 - Des dons de sang, d'organe, de cellules (ex : sperme)
 - En cas d'accident d'exposition au sang chez les personnels de santé
- ▀ Le dépistage volontaire qui est à l'initiative du client
- ▀ Le dépistage anonyme : enquête de sérosurveillance

III.4. LE TEST (33)

Le test de dépistage mesure soit la présence d'anticorps spécifiques produits par notre organisme en réponse à la présence du virus dans notre corps, soit les antigènes portés par le virus VIH lui-même.

III.4.1. Résultat négatif

Un résultat négatif signifie qu'aucun anticorps anti-VIH n'a été détecté dans le sang ou la salive (suivant l'analyse effectuée). Cette condition s'appelle séronégative et signifie donc que le client n'est pas infecté par le VIH, bien qu'elle ne signifie pas qu'il soit immunisé contre le VIH.

Un test négatif trois mois après la dernière prise de risque signifie que l'on est séronégatif. Mais pour autant cela ne signifie pas que l'on est à l'abri pour l'avenir si l'on ne se protège pas.

III.4.2. Résultat indéterminé

Parfois, les résultats d'examen de dépistage sont peu clairs. Le laboratoire ne peut pas dire s'ils sont positifs ou négatifs, même si l'examen a été effectué correctement. En l'occurrence, le client devra en parler avec son conseiller ou médecin et, le cas échéant, se faire à nouveau tester.

III.4.3. Résultat positif

Un résultat d'examen positif signifie que des anticorps anti-VIH ont été décelés dans le sang ou la salive. Ceci signifie que le client est infecté par le VIH. Cet état est appelé positif au VIH ou séropositif. Aucun séropositif n'est jamais redevenu séronégatif.

III.5. APRES LE TEST (31) (33)

Il est fortement recommandé de consulter un conseiller professionnel après un test de dépistage de VIH, peu importe le résultat.

➤ **En cas de résultat négatif**, le counseling post-test donne l'occasion à un médecin ou à un prestataire de soins de santé d'expliquer les résultats du test, d'apaiser l'anxiété que le patient pourrait ressentir et de discuter des manières de réduire le risque d'infection à VIH à l'avenir.

➤ **En cas de résultat positif**, le counseling permet de recevoir un soutien psychologique, d'améliorer la compréhension de la maladie et de ses implications ainsi que d'obtenir les soins médicaux et sociaux qui peuvent aider le patient à éviter les maladies associées au VIH/SIDA pour maintenir une vie saine et active.

III.6. LES ROLES DU CDV DU POINT DE VUE CONSEIL ET DEPISTAGE(34)

- Le CDV fournit un point d'accès aux autres services de prévention et soins du VIH/SIDA, notamment la prévention de la transmission de la mère à son enfant, la prévention et la prise en charge clinique des maladies apparentées au VIH, le contrôle de la tuberculose et le soutien psychosocial ;

- Il est bénéfique à ceux qui sont séropositifs ou séronégatifs en réduisant l'anxiété, en sensibilisant davantage le client à sa vulnérabilité au VIH et en favorisant les changements de comportement (pour ceux qui sont séronégatifs), ainsi qu'en facilitant l'aiguillage rapide vers les soins et soutien appropriés (pour ceux qui sont séropositifs) ;

- Il offre la possibilité d'aborder le VIH de manière globale, dans le cadre plus vaste de la vie des individus, y compris la pauvreté et ses rapports avec la prise de risques.

DEUXIEME PARTIE:

L'ETUDE PROPREMENT DITE

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE PROPREMENT DITE

I.METHODOLOGIE

I.1. Cadre de l'étude :

La présente étude a été effectuée au sein des 3 Centres de Test Volontaire fonctionnels dans la Commune Urbaine de Taolagnaro. La zone concernée par la présente étude se trouve dans la région d'Anosy, dans la partie Sud-est de la Province Autonome de Toliara.

Concernant la population, l'effectif total pour l'année 2009 est d'environ 59.898 avec une densité de 22 habitants/ha. Calculée sur la base de la répartition nationale par âge, celle de la Commune se présente comme suit :

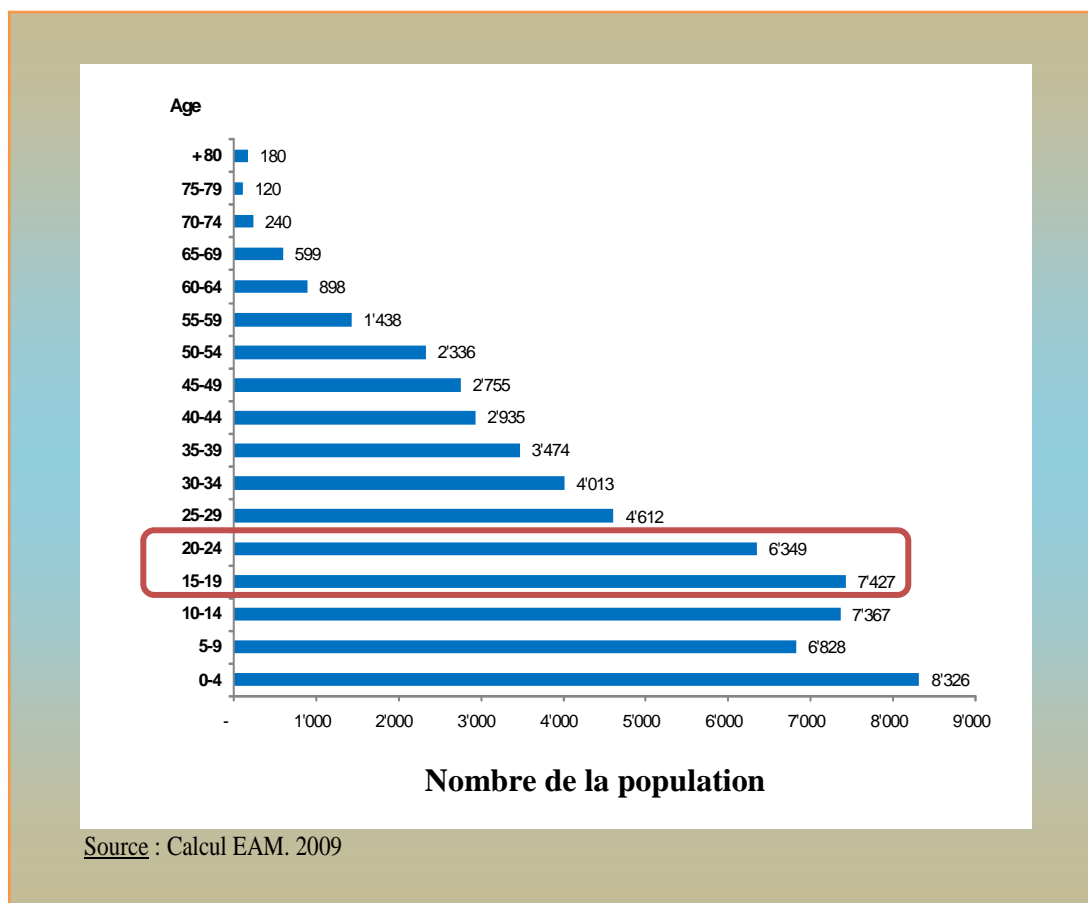


Figure n° 3: Répartition de la population dans la CU de Taolagnaro

La population active âgée de 16 à 60 ans dans la commune urbaine de Taolagnaro est d'environ 67%, le taux de chômage est estimé à 7%. Le niveau de scolarisation est de 79 %, avec une proportion des filles légèrement en hausse de 1 % par rapport à celle des garçons, soit respectivement de 51 % et 49 %. En parlant de la santé de la reproduction chez les Jeunes de 15 à 24 ans dans cette ville, il y a 1.545 cas déclarés d'IST en 2009.

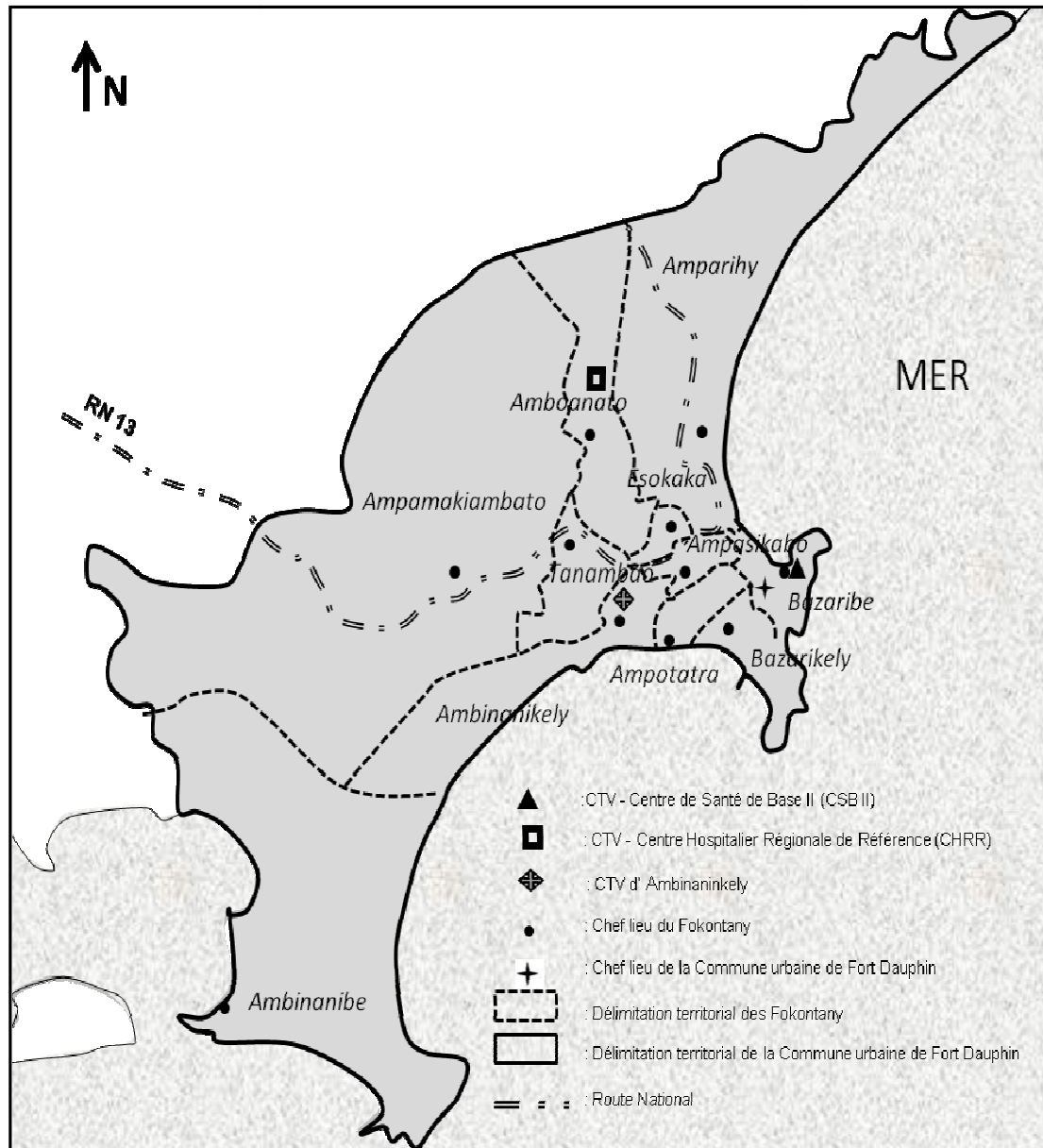


Figure n°4 : carte géographique de la CU de Taolagnaro et ses 11 fokontany

I.2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective et descriptive

I.3. La période a étudier

Cette étude a été effectuée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} Janvier 2009 au 31 Décembre 2009,

I.4. Durée de l'étude

L'étude a débuté en novembre 2010 et s'est terminée en mars 2011.

I.5. Les populations cibles de l'étude :

Cette étude concerne tous les jeunes de 15 à 24 ans venus pour faire le dépistage provenant de 11 fokontany de la commune urbaine de Taolagnaro,

I.6. Critères d'inclusion :

Le recrutement s'attache aux jeunes âgés de 15 à 24 ans qui sont venus pour le dépistage et ayant des données complètes par rapport aux variables retenues de l'étude.

I.7. Critères d'exclusion :

Les patients dont les données ne permettent pas l'utilisation des paramètres de travail sont exclus de l'étude.

I.8. Technique d'échantillonnage :

Nous avons réalisé une enquête exhaustive de tous les jeunes venus au CDV pour pratiquer le dépistage.

I.9. Taille d'échantillonnage :

463 jeunes ont été enquêtés.

I.8. Les variables de l'étude sont :

* l'âge : de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans

- * le genre : masculin et féminin
- * la situation matrimoniale : célibataire, marié(e)
- * le niveau de scolarisation: analphabète, primaire, secondaire, universitaire
- * la catégorie professionnelle: travailleuse de sexe, gens en uniforme, travailleurs mobiles, élèves ou étudiants, autres.
- * le fokontany de domicile,
- * le motif de dépistage : rapport sexuel à risque viol, visite prénuptiale, cas d'IST, demande de partenaire, connaître son statut, autres
- * les facteurs de risques : partenaires multiples, injections multiples, IST ou antécédent d'IST, transfusion, toxicomanie, homosexuel, bisexuel, autres
- * l'utilisation de préservatif : jamais, conditionnellement, parfois, toujours, autres
- * la connaissance du VIH/SIDA : mode de transmission et mode de contamination
- * la prise de résultat
- * le résultat

I.9. Mode de collecte des données

Fiche de collecte des données à partir des données des centres de dépistage.

I.10. Considération éthique et déontologique

Une autorisation des chefs de service de CTV a été obtenue avant la réalisation de cette étude. Les noms ne sont pas rapportés dans la fiche des données afin d'assurer la confidentialité des résultats et du secret professionnel.

I.11. Mode de saisie d'analyse de données :

Les données ont été saisies et analysées avec les logiciels : Word pour le traitement des textes, Excel pour le traitement des graphiques, Epi info. 06 pour le traitement statistique. Le Chi-carré de Pearson a été utilisé pour comparer les proportions avec un seuil $\alpha=0,05$.

I.12. Limite de la recherche :

Cette étude ne concerne que les jeunes venus pour dépistage au sein des 3 CTV de Taolagnaro. Ainsi, elle ne reflète pas les données nationales ou celles d'autres Communes.

II. LES RESULTATS

Le sous chapitre ci-dessous montre le niveau de réalisation du dépistage et le profil sociodémographique des jeunes de 15 à 24 ans durant l'année 2009 qui ont effectué le dépistage de l'infection à VIH.

II.1. Niveau de réalisation de dépistage de VIH chez les jeunes

Parmi la population totale des jeunes de 15 à 24 ans estimée à 13.776 résidant à Taolagnaro, 463 jeunes (3,4 %) ont effectué en 2009 le dépistage. Parmi eux, 189 sont de sexe masculin et 274 de sexe féminin, donnant un sexe ratio égal à 0,7.

II.2. Profil socio démographique, économique et comportemental

II.2.1. Proportion des jeunes dépistés en 2009 par tranche d'âge.

Tableau n°2 : proportion des jeunes dépistés en 2009 par tranche d'âge.

Age (année)	Jeunes dépistés		Jeunes non dépistés		Total	
	n	%	n	%	n	%
15 à 19	181	2,4	7.246	97,6	7.427	100
20 à 24	282	4,4	6.067	95,6	6.349	100
Total	463	3,4	13.313	96,6	13.776	

La présente étude montre que 97,6 % des jeunes de 15 à 19 ans et 95,6 % des jeunes de 20 à 24 ans ne sont pas venus pour le dépistage. Environ 4,4 % des jeunes de 20 à 24 ans et 2,4 % des jeunes de 15 à 19 ans sont venus pour l'effectuer. Cette différence de proportions concernant la réalisation de dépistage selon la tranche d'âge est significative ($p < 0,05$).

II.2-2) Distribution des jeunes dépistés selon la situation matrimoniale

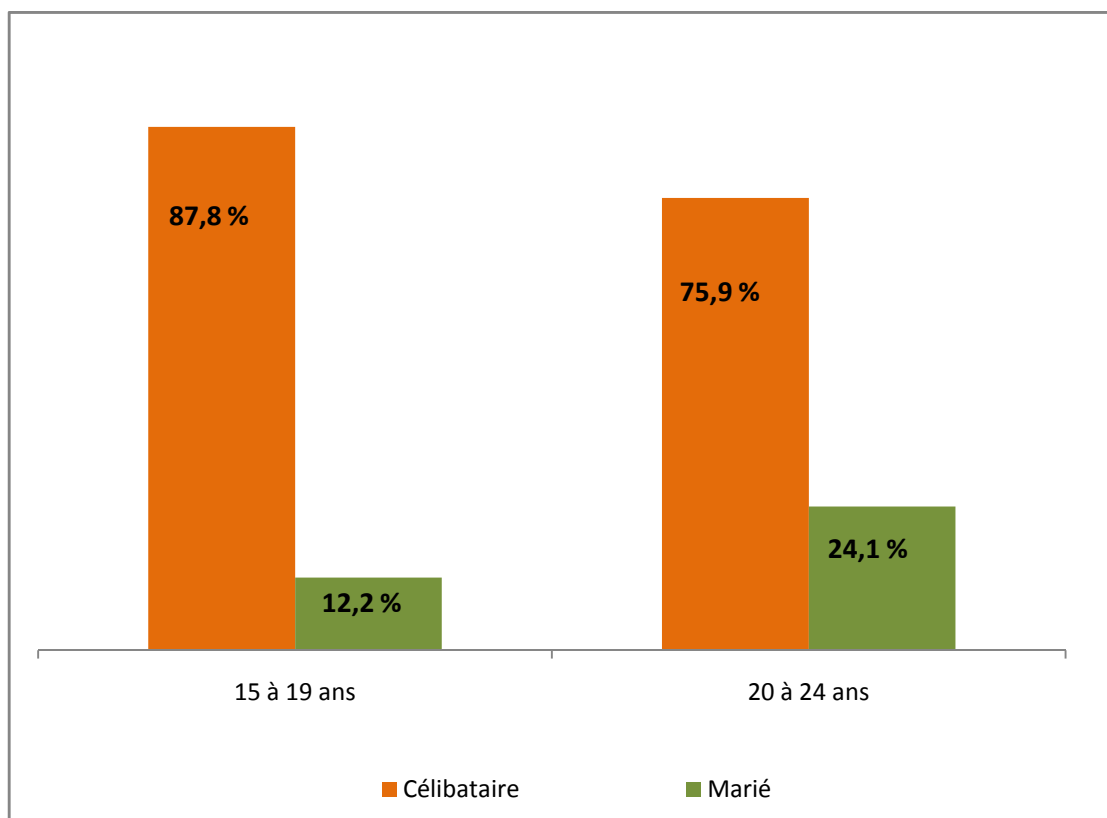


Figure n° 5: distribution des jeunes dépistés selon la situation matrimoniale

Il a été observé que parmi les sujets qui ont fait le dépistage, 373 jeunes sont célibataires soit 80,6 %. Et parmi ces célibataires, 87,8 % sont âgés de 15 à 19 ans et 75,9 % pour les 20 à 24 ans. Parmi les jeunes de 15 à 19 ans, 12,2 % sont mariés.

II.2-3. Répartition des jeunes dépistés selon le niveau de scolarisation

Tableau n° 3: Répartition des jeunes dépistés selon le niveau de scolarisation

	Femme		Homme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Analphabète	25	9,0	8	4,2	33	7,1
Primaire	69	25,2	27	14,3	96	20,8
Secondaire	170	62,0	141	74,6	311	67,2
Universitaire	10	3,8	13	6,9	23	4,9
Total	274	100	189	100	463	100

Les jeunes ayant un niveau d'étude élevé (secondaire et universitaire) sont les plus motivés pour effectuer le dépistage (334 jeunes soit 72,1 %), en second lieu viennent les jeunes de niveau primaire qui sont au nombre de 96 personnes soit 20,8 %, puis les analphabètes à 7,1 %. Quel que soit le niveau d'étude, la proportion des femmes reste toujours élevée sauf dans le cas des jeunes universitaires où les hommes sont plus nombreux par rapport aux femmes (6,9 % versus 3,8 %).

II.2.4. Répartition des jeunes dépistés selon la catégorie professionnelle

Tableau n°4: Répartition des jeunes dépistés selon la profession

	Femme		Homme		Total	
	n	%	n	%	n	%
TDS	42	15,3	7	3,7	49	10,6
Gens en uniforme	1	0,4	5	2,6	6	1,3
Travailleurs mobiles	4	1,5	19	10,0	23	5,0
Etudiants/élèves	82	30,0	78	41,2	160	34,5
Autres (non précisée)	145	52,8	80	42,5	225	48,6
Total	274	100	189	100	463	100

Une proportion élevée à 48,6 % est observée chez les jeunes ayant des professions non précisées avec une prédominance féminine à 52,8 %. Les étudiants et élèves sont en 2^{ème} place à 34,6 % avec une prédominance masculine à 41,2 % ($p=0,01$).

Par contre les hommes prédominent chez les travailleurs mobiles (10 % versus 1,5 % ; $p<0,05$).

Chez les gens en uniforme, les hommes prédominent aussi, (2,6 % versus 0,4 %), toutefois la différence de proportions n'est pas significative ($p=0,08$).

II.2.5. Répartition des jeunes dépistés selon leurs fokontany d'origine

Tableau n°5: Répartition des jeunes dépistés selon les fokontany d'origine

Fokontany	Femme		Homme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ambinaninkely	57	20,8	17	9,0	74	16,0
Tanambao	58	21,2	46	24,4	104	22,5
Amparihy	41	15,0	14	7,4	55	12,0
Ampasikabo	11	4,0	17	9,0	28	6,0
Ambinanibe	5	1,8	4	2,1	9	1,9
Amboanato	28	10,2	26	13,8	54	11,6
Bazarikely	11	4,0	4	2,11	15	3,2
Esokaka	47	17,1	32	16,9	79	17,1
Bazaribe	5	1,8	7	3,7	12	2,6
Ampotatra	4	1,5	11	5,8	15	3,2
Ampamakiambato	7	2,6	11	5,8	18	3,9
Total	274	100	189	100	463	100

Ce tableau a permis d'identifier que 22,5 % des jeunes habitent dans le fokontany de Tanambao, suivi en second lieu par le fokontany d'Esokaka à 17,1 % et en dernier rang par le fokontany d'Ambinanibe à 1,9 %.

II.2.6. Répartition des jeunes dépistés selon le motif de dépistage

Tableau n°6: Répartition des jeunes dépistés selon le motif de dépistage

Motif	Femme		Homme		Total	
	n	%	n	%	n	%
RS* à risque	19	6,9	25	13,2	44	9,5
Viol	1	0,4	0	0,0	1	0,01
Visite préuptiale	6	2,2	0	0,0	6	1,3
IST	35	12,8	41	21,7	76	16,4
Demande de partenaire	49	17,9	16	8,5	65	14,0
Connaître son statut	149	54,4	87	46,0	236	51,0
Autres	15	5,4	20	10,6	35	7,6
Total	274	100	189	100	463	100

RS* : Rapport sexuel

La principale raison de réalisation de dépistage est de vouloir de connaître le statut sérologique (51,0 %). Il a été observé que 14, 0 % des sujets ont effectué le dépistage suivant la demande de leur partenaire. Il y a lieu de signaler la présence d'un cas de viol. En outre, la réalisation du dépistage avant le mariage n'est pas une exception toutefois, cette pratique concerne seulement les femmes (2,2 % versus 0%).

II.2.7. Répartition des jeunes dépistés selon les facteurs de risque

Tableau n°7 : Répartition des jeunes dépistés selon les facteurs de risque

	Femme		Homme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Partenaires multiples	40	55,6	32	44,4	72	100
Injections multiples	13	81,2	3	18,8	16	100
IST ou atcd*	149	59,1	103	40,9	252	100
Transfusion	3	75,0	1	25,0	4	100
Toxicomanie	0	0	7	100	7	100
Homosexuel	0	0	5	100	5	100
Bisexual	2	40,0	3	60,0	5	100
Autres	67	65,7	35	34,3	102	100
Total	274	59,2	189	40,8	463	

Atcd* : Antécédent.

Environ, 55 % des jeunes dépistés ont déclaré avoir eu l'IST comme facteur de risque. Cette proportion est de 59,1 % pour les femmes et 40,9 % pour les hommes. Les toxicomanes sont à 100 % de sexe masculin. Les hommes prédominent chez ceux qui ont une pratique sexuelle mixte avec comme proportion égale à 60,0 %.

II.2.8. Répartition des jeunes dépistés selon l'utilisation de préservatif

Tableau n°8 : Répartition des jeunes dépistés selon l'utilisation de préservatif

Utilisation de préservatif	Femme		Homme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Jamais	79	28,8	80	42,3	159	34,3
Conditionnel	125	45,6	83	43,9	208	44,9
Parfois	50	18,2	18	9,5	68	14,7
Toujours	11	4	6	3,2	17	3,7
Pas de réponse	9	3,4	2	1,1	11	2,4
Total	274	100	189	100	463	100

L'analyse présentée dans le tableau n°8 montre que 34,3 % des jeunes ont rapporté ne jamais utiliser du préservatif, 42,3 % parmi eux sont de sexe Masculin. Environ 4 % des jeunes ont affirmé l'utiliser souvent, 44,9 % l'utiliser conditionnellement et 14,7 % le mettre parfois. Environ 3 % de ces jeunes n'ont pas donné leur opinion.

II.2.9. Répartition des jeunes dépistés selon la connaissance du client sur le VIH

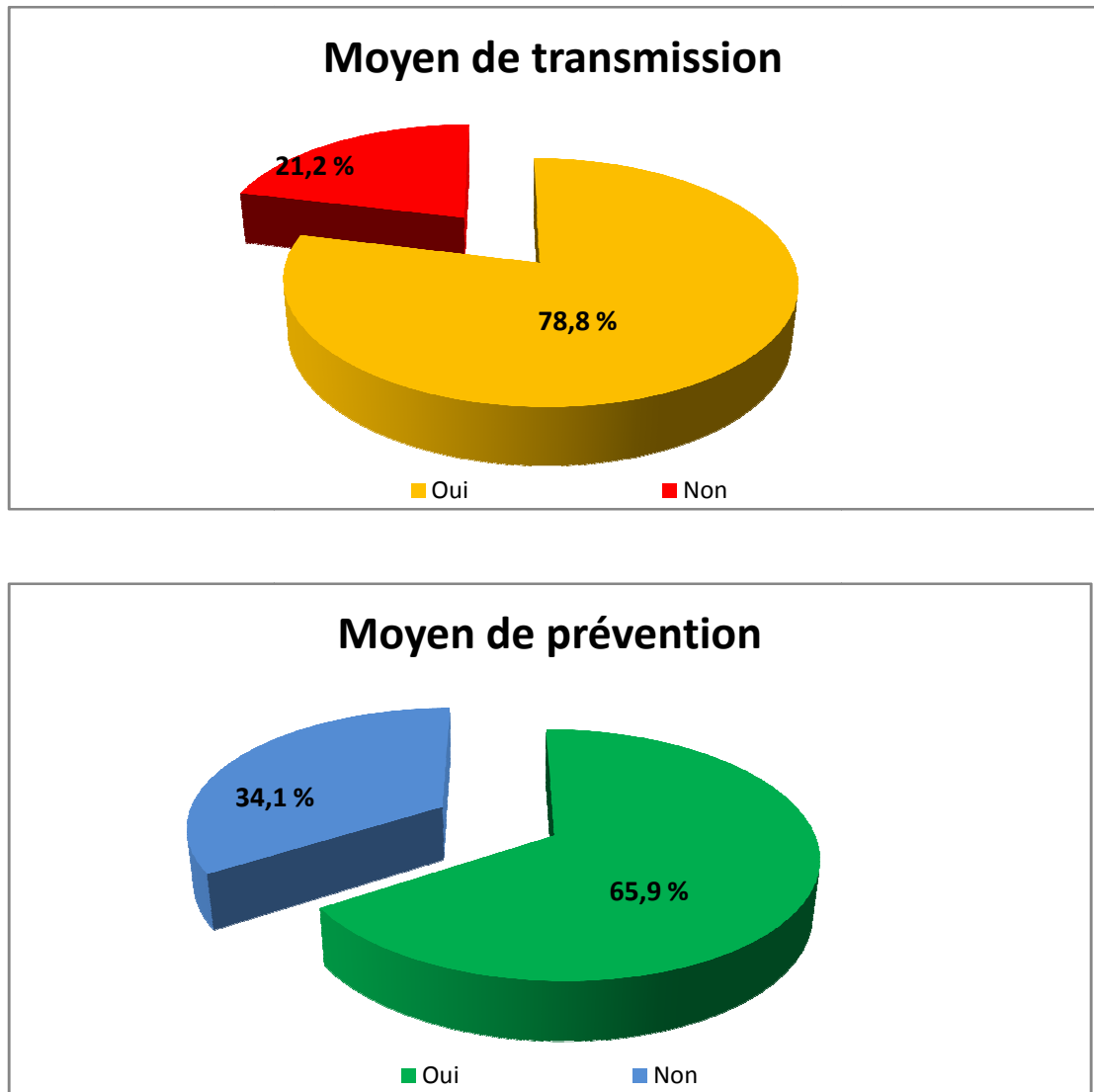


Figure n° 6 : Répartition des jeunes dépistés selon la connaissance de client sur le VIH

L'analyse présentée dans ce tableau montre que le niveau de connaissance sur le mode de transmission et le mode de prévention de l'infection à VIH est encore inférieur à 80 %. Ce taux n'est pas satisfaisant car, bien qu'ils aient effectué le dépistage, il existe une proportion non négligeable de ces jeunes ne connaissant pas la transmission et la prévention du VIH/SIDA.

II.2.10. Répartition des jeunes dépistés ayant retiré leurs résultats et passé au counselling post test.

Parmi les 463 sujets, 2 ont été déclarés positifs et ils ont été référés au Médecin référent. Seuls les 461 déclarés négatifs ont été présentés dans les tableaux n°9.

Tableau n°9 : Répartition des jeunes ayant retiré leurs résultats et passé au counselling post test.

Caractéristiques	Oui		Non		Total	
	n = 426	%	n = 35	%	n =461	%
Sexe						
☒ femme	252	92,0	22	8,0	274	100
☒ homme	174	93,0	13	7,0	187	100
Age en année						
☒ 15 à 19	167	92,3	14	7,7	181	100
☒ 20 à 24	259	92,5	21	7,5	280	100
Niveau de scolarisation						
☒ Analphabète	30	90,9	3	9,1	33	100
☒ Primaire	88	91,7	8	8,3	96	100
☒ Secondaire	286	92,6	23	7,4	309	100
☒ Universitaire	22	95,7	1	4,3	23	100

Tableau n° 9 : Répartition des jeunes ayant retiré leurs résultats et passé au counselling post test (suite).

Caractéristiques	Oui		Non		Total	
	n = 426	%	n = 35	%	n =461	%
Profession						
☒ Travailleur (se) de sexe	49	100	00	0,0	49	100
☒ Travailleur mobile	20	90,9	2	9,1	22	100
☒ Etudiants/ élèves	146	91,3	14	8,7	160	100
☒ Autres	205	91,5	19	8,5	224	100

Il a été observé que 7,6 % des jeunes ne reviennent pas pour effectuer le counselling post test et 7,7 % de ces jeunes sont âgés entre 15 à 19 ans, 9,1 % sont des analphabètes. Par contre, tous les travailleurs (ses) de sexe et les gens en uniforme ont pris leurs résultats.

II.3. Distribution de la prévalence de l'infection à VIH chez les jeunes dépistés

Tableau n°10 : Distribution de la prévalence de l'infection à VIH chez les jeunes dépistés

	Négatif		positif		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexe						
☒ Femme	274	100	0	0	274	100
☒ Homme	187	98,94	2	1,1	189	100
Age						
☒ de 15 à 19 ans	181	100	0	0	181	100
☒ de 20 à 24 ans	280	99,3	2	0,7	282	100
Situation matrimoniale						
☒ Célibataire	371	99,5	2	0,5	373	100
☒ Marié(e)	90	100	0	0	90	100
Profession						
☒ Travailleur (se) de sexe	49	100	0	0	49	100
☒ Gens en uniforme	6	100	0	0	6	100
☒ Travailleurs mobiles	22	95,7	1	4,3	23	100
☒ Etudiants/élèves	160	100	0	0	160	100
☒ Autres	224	99,7	1	0,3	225	100

	Négatif		Positif		Total	
	n	%	n	%	n	%
Facteur de risque						
☒ Partenaires multiples	72	100	0	0	72	100
☒ Injections multiples	16	99,2	0	0	16	100
☒ IST ou Atcd *d'IST	250	100	2	0	252	100
☒ Transfusion	4	100	0	0	4	100
☒ Toxicomanie	7	100	0	0	7	100
☒ Homosexuel	5	100	0	0	5	100
☒ Hétérosexuel	5	100	0	0	5	100
☒ Autres	102	100	0	0	102	100
Motif de dépistage						
☒ Rapport sexuel à risque	44	100	0	0	44	100
☒ Viol	1	100	0	0	1	100
☒ Visite pré-nuptiale	6	100	0	0	6	100
☒ IST	74	97,4	2	2,6	76	100
☒ Demande de partenaire	65	100	0	0	65	100
☒ Connaitre son statut	236	100	0	0	236	100
☒ Autres	35	100	0	0	35	100

Atcd * : antécédent

Ce tableau a permis d'identifier que parmi les 463 jeunes dépistés, 2 sujets ont été déclarés séropositifs, ils sont de sexe masculin, âgés de 20 à 24 ans. Ils sont tous célibataires, ayant les IST comme facteur de risque et motif de dépistage. L'un d'eux est un travailleur mobile et l'autre fait partie de ceux qui ont des professions diverses.

TROISIEME PARTIE:

DISCUSSIONS

TROISIEME PARTIE : DISCUSSIONS

Les jeunes constituent un groupe de population particulièrement vulnérable qui devrait faire l'objet d'une étroite surveillance. Face à cette situation, nous avons essayé d'étudier le profil socio épidémiologique des jeunes ayant été dépisté pour VIH dans la CU de Taolagnaro. Un total des 463 jeunes a été recruté pour réaliser cette étude.

I. Niveau de réalisation de dépistage de VIH chez les jeunes

Les résultats de l'étude montrent que 463 parmi les 13.776 jeunes résidant dans la CU de Taolagnaro ont effectué le dépistage (3,4 %). La participation des jeunes au dépistage est très faible. Celle-ci peut être due à la peur du résultat s'il se révèle positif, la crainte de la confidentialité de leurs résultats, la possibilité de rupture avec leur partenaire, le coût des services ou encore de la difficulté à se rendre au centre de dépistage (35).

Cette étude est comparable à un résultat d'une étude réalisée en Espagne, en 2004, où 72,5 % de la population déclare ne s'être jamais fait dépister. La principale raison invoquée reste l'absence de risque dans 77,8 % des cas tandis qu'un peu moins d'une personne sur dix ne sait pas où s'adresser et 7,5 % pensent que la réalisation du dépistage n'est pas nécessaire. Dix pour cent redoutent d'en connaître le résultat. Notons que 32,2 % des répondants déclarent n'avoir jamais pensé faire un test (36).

A l'opposé, une étude qui a été menée auprès de jeunes des deux sexes âgés de 15 à 24 ans a révélé qu'environ 90 % des 210 Ougandais et 75 % des 122 Kenyans consultés bénéficient de services CDV (37).

Quant au genre, les femmes sont les plus disposées à faire le dépistage avec 59,2 % contre 40,8 % chez les hommes.

Dans une autre étude faite à Antsirabe II, le genre féminin représente aussi un fort pourcentage (72,6 %) parmi les jeunes dépistés (38).

Par contre, une étude menée par l'Aids Information Center (AIC) montre que pour la distribution de dépistage selon le sexe, 66 % des clients étaient de sexe masculin (39). Aussi, les femmes ont peur de se faire dépister car elles craignent le rejet, la violence, l'abandon ou la perte du foyer si leur statut de séropositivité du VIH est connu surtout s'il se révèle positif (40).

II. Profil socio démographique, économique et comportemental

II.1. Répartition des jeunes dépistés en 2009 par tranche d'âge

D'après l'analyse du tableau n° 2, 97,6 % des jeunes entre 15 à 19 ans et 95,6 % des jeunes entre 20 à 24 ans n'ont pas fait le dépistage. Quatre points quatre pourcent des jeunes entre 20 à 24 ans et 2,4 % des jeunes entre 15 à 19 ans sont venus pour le faire. En comparant ces deux tranches d'âge, les jeunes entre 20 à 24 ans sont plus motivés au dépistage par rapport aux jeunes de 15 à 19 ans. Il se pourrait que ces derniers soient entièrement sous la responsabilité de leurs parents, mais les jeunes plus âgés, qui veulent être indépendants, ont leur propre décision face à la vie (41).

Une étude faite à Ouagadougou a montré que les jeunes au dessus de 20 ans, sont plus réticents au test de dépistage (53,2%) que ceux âgés de moins de 20 ans (44,4%) (42).

II.2 Distribution des jeunes dépistés selon la situation matrimoniale

La majorité des sujets effectuant le dépistage sont des célibataires à 80,6 %. Parmi ces 373célibataires, 87,8 % sont âgés entre 15 à 19 ans et 75,9 % âgés de 20 à 24 ans. Le taux de participation des jeunes mariés est de 19,4 %. Ce qui permet de dire que les jeunes célibataires désirent faire le test avant de se marier ou de s'engager dans un rapport sexuel avec un nouveau partenaire. Dans ce même tableau, 12,2 % des jeunes de 15 à 19 sont mariés.

Une étude menée à Tsiroanomandidy en 2007, donne un résultat identique. Cette étude montre que les célibataires représentent aussi la moitié des jeunes dépistés, la

population des jeunes qui sont en concubinage est de 32,3 %, celle des mariés à 14,4% (43).

II.3. Répartition des jeunes dépistés selon le niveau de scolarisation

Concernant la relation entre l'infection à VIH et le niveau d'instruction, la présente étude nous a montré une prévalence maximale de dépistage chez les jeunes qui ont un niveau d'étude élevé (secondaire et universitaire), ils représentent 334 jeunes soit 72,2 %. Le taux de participation chez les jeunes du niveau primaire est de 20,8 %. Tandis que la participation pour les analphabètes est à 7,1 %. Quel que soit le niveau d'étude, la proportion des femmes reste toujours élevée sauf dans le cas des jeunes universitaires où les hommes sont plus nombreux par rapport aux femmes (6,9 % versus 3,8 %).

Il a été observé que la participation chez les jeunes ayant le niveau secondaire est élevée car en termes de programme scolaire, la question de la sexualité est abordée au niveau secondaire dans le système de l'éducation à Madagascar (44).

Par ailleurs, une étude réalisée par RASOAHARIMALALA montre que pour le niveau d'instruction, les jeunes filles qui ont un niveau d'éducation primaire sont plus nombreux (61,3 %). Les jeunes du niveau secondaire de leur scolarisation représentent 7,5 % (45).

II.4. Répartition des jeunes dépistés selon la catégorie professionnelle

Les résultats obtenus montrent une proportion élevée à 48,6 % des jeunes ayant des professions diverses et imprécises, suivi des étudiants et élèves à 34,6 %. Les hommes prédominent par rapport aux femmes chez les gens en uniforme (83,3 % versus 16,7 %) et chez les travailleurs mobiles (82,6 % versus 17,4 %).

Il est rationnel si le pourcentage des étudiants/élèves et les autres professions est élevé car la population cible de la présente étude est constituée par les jeunes et dans cette étude il n'y a que cinq variétés de professions. De même à Madagascar comme dans tous les pays sous développé, l'armée et le travail ambulancier sont considérés comme

des travaux réservés aux des hommes (34). D'où la raison de la prédominance masculine dans ces catégories. La présente étude montre aussi la participation des gens considérés à haut risque tels que les travailleurs mobiles, les gens en uniforme, et les travailleurs (ses) de sexe. Le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA de l'Ethiopie stipule qu'une attention particulière doit être accordée aux groupes hautement à risque, comme ces gens suscités (41).

II.5. Répartition des jeunes dépistés selon les Fokontany

La présente étude a permis d'identifier que 22,5 % des jeunes habitent dans le fokontany de Tanambao, suivi en second lieu par le fokontany d'Esokaka à 17,1 % et en dernier rang par le fokontany d'Ambinanibe à 1,9 %. Ce résultat pourrait être expliqué par la présence de 2 centres de dépistage qui sont très proches de ces deux premier fokontany suscité. Or, le fokontany d'Ambinanibe se trouve plus loin du centre ville de la commune et aussi des 3 centres de dépistage à environ 12 km (46).

II.6. Répartition des jeunes dépistés selon le motif de dépistage

La connaissance de son statut incite les jeunes à faire le dépistage (51 %). Tandis que, 16,4 % des jeunes décident de le faire car ils ont contracté une IST. L'avis de son partenaire est le motif chez les 14 % des jeunes, ce résultat peut dire que le dépistage n'est pas toujours sous la volonté du patient. La relation sexuelle à risque est le motif de 9,5 % d'entre eux. Ce résultat présente un cas de viol. Seules, les femmes sont venues en dépistage pour la visite prénuptiale (2,2 % versus 0 %). La crainte d'accoucher d'enfants séropositifs pourrait-être donc la raison qui pousse les jeunes filles à faire le dépistage (47).

Ce résultat est identique avec une autre littérature qui affirme que les raisons du test de dépistage chez les jeunes ont été par ordre de fréquence décroissante : la curiosité de connaître le statut sérologique (69%), l'apparition de signes cliniques (22%), le comportement à risque (3%), et le besoin d'une confirmation (2%), les autres motifs étant plus rares (4%) (48).

II.7. Répartition des jeunes dépistés selon les facteurs de risque

Près de 55 % des jeunes dépistés ont déclaré avoir eu une IST comme facteur de risque ; 16 % ont des partenaires multiples, 3,5 % des injections multiples, 2 % de toxicomanes, environ 1 % pour la transfusion, pour la bisexualité et pour les hommes ayant eu de relation sexuelle avec d'autres hommes (HRSH).

Le présent résultat a un rapport avec une autre étude qui rapporte que dans l'étude de facteur de risque, la moitié des clients jeunes interrogés avaient une IST, seulement 10 personnes avaient subi une transfusion sanguine, deux personnes ont déclaré être homosexuelles, 13,2 % déclaraient avoir eu plusieurs partenaires sexuels (49).

II.8. Répartition des jeunes dépistés selon l'utilisation de préservatif

L'utilisation du préservatif est absolument indispensable si on veut venir à bout du VIH/SIDA. Malheureusement notre résultat révèle que seul 3,7 % des jeunes ont affirmé l'utiliser souvent, 42,3 % des jeunes hommes et 28,8 % des femmes ont déclaré ne jamais utiliser. 44,9 % l'utilisent conditionnellement, 14,7 % l'utilisent parfois et 2,4 % n'ont pas donnée de réponse.

D'après l'EDS 2008-2009, 4 % des hommes de 15 à 24 ans ont utilisé un condom avec sa dernière partenaire (50).

Un autre ouvrage montre que de nombreux jeunes Canadiens ont des relations sexuelles non protégées. Il montre que 51 % des jeunes femmes et 29 % des jeunes garçons sexuellement actifs de 15 à 19 ans ont dit n'avoir jamais utilisé ou avoir utilisé parfois un condom. Les proportions correspondantes dans le groupe des 20 à 24 ans étaient de 53 % et de 44 % (51).

Ces résultats diffèrent beaucoup avec les données mondiales où le taux de rapports sexuels protégés est relativement élevé: au Cameroun (46 %), au Kenya (53 %), au

Benin (16,1 %), au Sénégal (45 %), en République tchèque (35 %), en Espagne (32,6 %) (52).

II.9. Répartition des jeunes dépistés selon la connaissance de VIH/SIDA

Pour assurer une meilleure lutte contre la propagation du virus qui cause le SIDA, la connaissance par la population des moyens de prévention est importante. La présente étude montre que 65,9 % des jeunes venus en dépistage connaissent les moyens de prévention contre le VIH/SIDA.

Là, il y a une cohérence avec une autre étude qui affirme que les modes de prévention du VIH/SIDA semblent bien connus au Sénégal où 85% des jeunes pouvaient en citer au moins deux moyens (53).

Contrairement au cas de Mozambique en 2003, 74% des jeunes femmes et 62% des jeunes hommes ne connaissaient aucun moyen de prévention (54).

L'analyse présentée dans la figure n°6, affirme que 78,8 % des jeunes connaissent le mode de transmission de VIH/SIDA.

Aude Segond, l'IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) et Maximiles ont obtenu un résultat comparable lors d'une étude réalisée auprès des jeunes Français de 15 à 25 ans à propos de leur connaissance sur l'infection à VIH. 89 % des jeunes interrogés pensent être bien informés mais seuls 22 % d'entre eux se considèrent "très bien informés" et ces chiffres recouvrent d'importantes disparités (55).

II.10. Répartition des jeunes dépistés ayant retiré leurs résultats et passé au counselling post test

Le résultat du tableau n°09 montre que 7,6 % des jeunes ne reviennent pas pour effectuer le counselling post test. Près de 8 % de ces jeunes sont de 15 à 19 ans, 9,1 % sont des analphabètes. Par contre, tous les travailleurs (ses) de sexe et les gens en uniforme ont pris leurs résultats.

Dans ce tableau, le taux de non retrait de résultat est faible mais non négligeable par rapport au taux de motivations des jeunes pour faire le dépistage qui est très faible (1,9 %). Mais le taux de retrait des résultats dans la commune urbaine de Taolagnaro est supérieur à celui trouvé aux Etats-Unis (63%), et en Côte d'Ivoire (62 %) (56).

III. Distribution de la prévalence de l'infection à VIH

Le rapport le plus récent de l'ONU/SIDA affirme qu'environ 11,8 millions de personnes de 15 à 24 ans vivent avec le VIH/SIDA, et la moitié de toutes les nouvelles infections dans le monde surviennent chez des jeunes (57).

Dans cette étude, parmi les 463 jeunes venus pour le dépistage, on trouve deux cas de séropositivité (0,4 %).

Ces deux individus sont de sexe masculin, âgé de 20 à 24 ans, célibataires, ayant les IST comme facteur de risque et motif de dépistage. L'un d'eux est un travailleur mobile et l'autre fait partie de ceux qui ont des professions imprécises.

La prévalence de l'infection à VIH/SIDA trouvée à Taolagnaro (0,43 %) est plus faible par rapport à celui de Ziguinchor (2%), au Rwanda (2,9%) et au Kenya (7%) (58) (59).

Concernant le sexe, en France, dans la région de PACA, les hommes séropositifs sont aussi majoritaires (19,6 %) (60). Cependant, l'ONUSIDA signale que presque dans

tous les pays, les femmes ont la plus grande prévalence du VIH; surtout chez les jeunes africaines (61).

Aussi, Nicole Fraser et ses collaborateurs disent que les femmes sont les plus exposées au VIH principalement par leur biologie et la physiologie de leurs organes de reproduction. Les facteurs sociaux font que les femmes sont supposées satisfaire leurs partenaires, s'occuper des travaux domestiques et d'autres activités de ménage, de ce fait, elles sont très exposées au VIH/SIDA car elles se préoccupent toujours du besoin de satisfaire leurs partenaires (62).

Les personnes mariées sont statistiquement plus fréquemment infectées (7,4%) que les autres (1,7%) (63).

QUATRIEME PARTIE :
SUGGESTION ET CONCLUSION

SUGGESTIONS

Afin d'assurer une meilleure cohérence et une meilleure visibilité des résultats obtenus dans cette étude et des suggestions, le tableau ci-après est proposé. La première colonne aborde le résultat et la deuxième colonne développe les suggestions y afférentes.

Principaux résultats	Suggestions
Le taux de participation des jeunes par rapport à la population de jeunes total pour le dépistage de l'infection à VIH est très faibles (3,4 %) le sexe ratio est égal à 0,7.	<ul style="list-style-type: none">• L'équipe de l'IEC au niveau du district, en collaboration avec les partenaires (ONG), devrait :<ul style="list-style-type: none">❖ expliquer aux jeunes les bénéfices et l'importance du dépistage et de la connaissance du statut sérologique.❖ Utiliser les médias les plus accessibles par la majorité des publics tels que la causerie, la télévision, les affiches, les brochures pour l'information sur l'infection à VIH, l'importance de se faire dépister et sur les centres médicales qui assurent le dépistage et la prise en charge.• Il est nécessaire que les personnels de santé intensifient le dépistage en se rapprochant des lieux publics, des écoles ainsi que des discothèques et des gares routières.

<p>Il a été observé que parmi les sujets qui ont effectué le dépistage, 373 jeunes sont célibataires soit 80,7.</p> <p>Parmi les jeunes de 15 à 19 ans, 12,2 % sont mariés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pendant la séance d'information effectué par les équipe de l'IEC, l'encouragement des jeunes mariés pour le dépistage est importante car du faite à la présence des tous les facteurs de risque citer dans la figure n°5, le fait d'être marié ne protège pas contre l'infection à VIH. • La participation de la commune urbaine, des écoles, les partenariats dans la création des centres de loisirs est indispensable afin que les jeunes puisse trouver d'autres distractions que la relation sexuelle qui est la cause principale du mariage précoce chez eux.
<p>Environ, 55 % des jeunes dépistés ont déclaré d'avoir eu l'IST comme facteur de risque. Cette proportion est de 59,1 % pour les femmes et 40,9 % pour les hommes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnels de santé devraient : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Offrir un diagnostic et un traitement efficace à la fois au patient qui présentent les symptômes d'IST et à leur(s) partenaire(s.) ➤ Proposer et encourager le traitement de couple même s'il ne présente pas de signe clinique. ➤ Favoriser le dépistage systématique pour un diagnostique précoce. ➤ Renforcer les mesures préventives aux IST.

<p>L'Utilisation du préservatif est très faible. L'analyse présentée dans le tableau n°8 montre que 34,3 % des jeunes ont rapporté ne jamais utiliser du préservatif, 3,7 % d'entre eux seulement ont affirmé l'utiliser souvent.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les partenariats, le service de santé de district devraient renforcer la promotion de préservatif. • Les équipes de l'IEC ainsi que les personnels de santé devraient: <ul style="list-style-type: none"> ✓ initier les jeunes à l'utilisation du préservatif, ✓ expliquer aux jeunes que mettre un préservatif n'est pas un fardeau mais c'est un moyen de prévention plus efficace s'il ne veut pas contracter ou de transmettre l'IST et le à VIH à son partenaire.
<p>le tableau n°5 a permis d'identifier que la participation des jeunes qui habitent loin des centres est très faible par rapport à ceux près de la centre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pour solutionner les problèmes d'accessibilité des centres, les partenariats et le SSD devraient : <ul style="list-style-type: none"> * faire une organisation des stratégies mobiles au niveau des quartiers, * créer d'autres centres plus spécialisés pour les IST/SIDA qui sont accessibles, acceptables et efficaces. Ils doivent être indépendants des autres centres médicaux.

<p>La majorité des jeunes dépistés connaît le mode de transmission et prévention contre l'infection à VIH mais la proportion des jeunes qui ne connaissent pas la transmission et la prévention est non négligeable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bien former les pairs éducateurs dans le but d'amplifier la connaissance des jeunes sur l'infection à VIH, • Les personnels de santé, les équipes d'IEC, les partenariats et le SSD devraient organiser plusieurs événements de masse, créer des événements intéressant la communauté tels que les jeux, les concours.... Ces événements se basent sur la lutte contre les IST/SIDA.
<p>Le taux de non retrait de résultat est de 7,6 %.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le conseil et l'encouragement des jeunes à revenir et prendre leur résultat après le dépistage sont nécessaires.

CONCLUSION

L'infection à VIH-SIDA restent, de par le monde, un problème de santé publique et sont responsables d'une forte morbidité. Il ne cesse de s'étendre surtout dans les pays en développement. Actuellement, Madagascar est moins touché par le VIH/SIDA que beaucoup de ses voisins, mais des données récentes laissent supposer que l'épidémie pourrait s'étendre et que les jeunes Malagasy sont particulièrement à risque.

La présente étude qui a été effectuée dans la commune urbaine de Taolagnaro nous a permis d'estimer le taux de réalisation du dépistage de VIH et de déterminer le profil sociodémographique des jeunes effectuant le dépistage du VIH. Les sujets enrôlés dans cette étude étaient au nombre de 463 jeunes parmi lesquels 2 ont été séropositifs. Le taux de participation des jeunes pour le dépistage est très faible par rapport à la population totale.

A partir des résultats obtenus, des suggestions axées sur l'implication des jeunes dans toutes les démarches du dépistage sont proposées. Pour y parvenir, les professionnels de santé ainsi que leurs partenaires devraient améliorer encore leurs approches en termes de sensibilisation et de prestation de services.

Etant donné qu'il s'agit d'une étude menée dans un district, sa réalisation dans d'autres zones va permettre d'obtenir d'autre piste pour améliorer encore la lutte contre l'infection à VIH à Madagascar.

ANNEXE

☐ FICHE INDIVIDUELLE D'ENTRETIEN-----ENTRETIEN PRE TEST-----

☐ TYPE D'ACTIVITE
masse/mobile

☐ CTV FIXE

☐ Dépistage de

BUT DE LA VISITE

ENTRETIEN PRE TEST

SUIVI DE CONSEILLING

CONTROLE DE 3^e /6E mois

Date :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Conseiller	:
				Durée de conseil	:

Accueil, présentation et réassurance de la confidentialité

CLIENT

Code du client :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Age :

Nationalité :

Provenance : Quartier : commune : Urbaine/rural

District : Région :

Profession :

Travailleur de sexe

Gens en uniforme

Travailleur mobile

Etudiant/Elève

Autres :

Niveau d'étude :

Analphabète

Primaire

Secondaire

Universitaire

Situation matrimoniale :

Célibataire

Marié

Autres

CONNAISSANCE DE CLIENT SUR LE VIH/SIDA

Modes de transmission :

oui

non

Moyen de prévention :

oui

non

MOTIF DE DEPISTAGE

Rapport sexuel à risque

Demande de partenaire

Viol

Connaitre son statut

Prénuptial

Autres

IST

FACTEURS DE RISQUE

Partenaires multiples ☐

Injection multiples ☐

IST ou antécédent d'IST ☐

Transfusion ☐

Toxicomanie ☐

Homosexuelle ☐

Bisexuelle ☐

Autres ☐

Rendez-vous :

UTILISATION DE PRESERVATIF

☐ toujours protégés

☐ parfois protégé

☐ cela dépend

☐ jamais

heures :

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Bessinger R, Akwara P, Halperin D. Sexual Behavior, HIV, and Fertility Trends: A Comparative Analysis of Six Countries. Washington, DC: Phase I of the ABC Study, U.S. Agency for International Development, Measure Evaluation, 2003; 122: 96-107.
2. World Health Organization. The context of young people's sexual relations. Program Reproduction Health Res 2000; 53:2-3.
3. Le Talec JY. Bareback et construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gays. Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Paris: ANRS, 2007; 12 : 56-62.
4. CNLS- USAID. Les jeunes contre le SIDA. CNLS, 2006 ; 01-23.
5. Herimanda R. VIH chez les jeunes à Madagascar. Tribune. com Madagascar, 2007.
6. ONU/SIDA. VIH/SIDA : recul de l'épidémie chez les jeunes africains. ONUSIDA, 2010;23 :10.
7. Kishamawe C. Mobility and VIH in Tanzanian couples: Booth mobile persons and their partners show increased risk. Flammarion, 2006; 20: 601-608.
8. Granich RM. Universal Voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. Lancet 2006; 373: 48-57.
9. Gentillini M. infection à VIH et SIDA en zone tropicale. Paris : Flammarion, Med Trop 1993: 435-459.

10. ONUSIDA. Surveillance de SIDA en France : Situation au 31 décembre 1995. BEH, 1996 ; 10 : 45-51.
11. Bernard, Requin M. SIDA et transfusion sanguine ou affaire du sang contaminé, les difficiles qualifications pénales. Med Mal Inf 1998; 28 :1.
12. Verdrager J, Chastel M. SIDA : Hypothèse sur l'origine et l'émergence du VIH. Commentaires Bull Soc Path Ex 1995; 88; 1: 54-60.
13. Leport C, Longuet P, Lacassin F, Vildé JL. Manifestations cliniques et thérapeutiques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Encycl Med Chir Mal Infect 1996 ; 8-050-B-10 :16.
14. Wood E, Kerr T, Tyndall MW. The Canadian government's treatment of scientific process and evidence: inside the evaluation of North America's first supervised injecting facility. International Journal of Drug Policy, 2008;19 ; 3:220-225.
15. ONUSIDA. Campagne mondiale de lutte contre le VIH SIDA in Rapport sur l'épidémie du VIH SIDA. ONUSIDA 2006: 7.
16. Rwabukumba. Profit épidémiologique de l'infection au VIH SIDA chez les femmes enceintes au cours de l'accouchement. Butare : UNR 1999 : 12-25.
17. Breitskreutz R, Pittack N. Improvement of immune functions in HIV. J Mol Med 2000: 23-29.
18. Siciliano. Santé et environnement : Maladies Transmissibles .AIDS 2000: 49-58.
19. Delfraissy JF. Mécanisme immunologiques et virologiques impliqués dans l'infection à VI. Impact de traitements. Rev Prat 2000: 88-92.

- 20.** Montagnier L, Rozenbaum W. Gluckman J C. Sida et infection à VIH. Paris : Flammarion, 1999; 3: 15-49.
- 21.** Brigitta R. Qu'est ce que le SIDA ? Manuel à usage des soignants publié par la commission médicale chrétienne, 1998:04.
- 22.** Gilles F Benjamin P. Evolution de virus de VIH et diagnostic. Fondation du Réseau international d'entraide et de lutte contre le SIDA (ICASO) et du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/SIDA, 2001; 7.
- 23.** Rouzioux C. Kembraum S. Les praticiens face au Sida. Flammarion, 2^e éditions, 2005 ; 23 : 1.
- 24.** ONUSIDA, OMS. Le point sur l'épidémie de SIDA décembre 2006. ONUSIDA, 2007 : 17-20.
- 25.** ONUSIDA. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010. Genève: ONU SIDA, 2010: 364.
- 26.** OMS, ONUSIDA, UNICEF. Epidemiological Fact Sheet on HIV AIDS. OMS-ONUSIDA-UNICEF, 2008.
- 27.** OMS, ONUSIDA. Epidemiological fact sheet on HIV and AIDS à Madagascar. OMS, ONUSIDA, 2008.
- 28.** ONUSIDA. VIH à Madagascar: Epidemiological Fact Sheet on HIV AIDS. OMS-ONUSIDA-UNICEF, 2008: 10-15.
- 29.** Dick T. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. Lancet 2008 ; 3 :17-25.

- 30.** Repoblikan'i Madagasikara. Min San PF. Programme IST/VIH/SIDA. Politique National sur les CTV de l'infection à VIH à Madagascar, Min San PF, 2005: 1-43.
- 31.** Yazdan Y, Caroline ES, Cécile CO, Stéphane Le Vu, Caroline S, Dominique C et col. Dépistage en routine du VIH en population générale en France : estimation de l'impact clinique et du coût-efficacité. BEH 2010 ; 45/46.
- 32.** Mathilde C, Elisabeth de C. Enquête - Quels usages du dépistage du VIH et des IST en 2010 ? SIDA info service, 2010: 16.
- 33.** Garrait V, Molino JM. Infection par le VIH. Rev Prat 2000; 50 : 103-150.
- 34.** Radjabu S, Okomo AMC, Kamta C. Etude des facteurs influençant l'acceptabilité du test volontaire de dépistage du VIH au Centre de Médecine Communautaire de Buyenzi au Burundi .Sidanet, 2007; 4 ; 5: 1000.
- 35.** Sangiwa MG, van der Straten A, Grinstead OA, et al. Clients' perspectives of the role of voluntary counseling and testing in HIV/AIDS prevention and care in Dar Es Salaam. Tanzania: the Voluntary Counseling and Testing Efficacy Study, AIDS Behavior 2000; 4; 1: 35-48.
- 36.** Juma M, McCauley A, Kirumira E, et al. Gender variations in uptake of VCT services among youth in Uganda. Barcelona-Spain : XIV International Conference on HIV/AIDS, 2005: 7-12.
- 37.** Horizons Program, Kenya Project Partners, Uganda Project Partners. HIV Voluntary Counseling and Testing among Youth: Results from an Exploratory Study in Nairobi, Kenya, and Kampala and Masaka, Uganda. Washington DC : Population Council, 2001: 121-128.

- 38.** Rabemenanjara AR. Les jeunes d'Antsirabe II face au dépistage volontaire de l'infection à VIH/SIDA. Antananarivo : mémoire d'étude pour l'obtention de diplôme en Master en Santé Publique et Communautaire, 2009; n°031.
- 39.** ONUSIDA. Savoir c'est pouvoir : le conseil et le test VIH volontaire en Ouganda. ONU SIDA 2005: 22.
- 40.** Min San PF. Politique nationale sur les conseils et test volontaire de l'infection à VIH. Min San PF 2005: 32-36.
- 41.** . Maticka-TE, Barrett M, McKay A. Adolescent sexual and reproductive health in Canada: a review of national data sources and their limitations. Can J Hum Sex 2000; 9 ; 1: 41-65.
- 42.** Compaore PLG. Comportement des élèves du lycée Technique de Ouagadougou face au dépistage volontaire du dépistage. Université Ouagadougou : Mémoire on- line, 2007.
- 43.** Ralevason BAR .Population à risque et acceptation du test VIH dans la ville de Tsiroanomandidy. Antananarivo : mémoire d'étude pour l'obtention de diplôme en Master en Santé Publique et Communautaire, 2007; n° 001.
- 44.** MENRES. Réactualisation des objectifs de la population éducative après une année de mise en œuvre. MENRES, 2004 ; 15.
- 45.** Rasoaharimalala B. Références et ressources culturelles : les refus des jeunes faces eu conseil et test volontaires du VIH. Antananarivo : mémoire d'étude pour l'obtention de diplôme en Master en Santé Publique et Communautaire, 2007; n° 003.

- 46.** Institut National de Statistique. Enquête démographique de santé 2008-2009, Antananarivo –Madagascar, INSTAT, 2009.
- 47.** Salimar R, Okomo A M C, Kamla C. Etude des facteurs influençant l'acceptabilité du test volontaire d dépistage du VIH au centre de médecine communautaire de Buyenzi. Burundi : Sida net, 2007.
- 48.** Ndiaye P, Diedhiou A, Ly D, Fall C, Tal-Dia A. Prévalence du VIH/SIDA chez les clients du centre de dépistage volontaire anonyme et d'accompagnement de pikine/guédiawaye. Sénégal: Méd Trop 2008: 279.
- 49.** Maiga S. Etude sur les centres des activités de conseil et de dépistage volontaire de VIH/SIDA au Danaya Somopti, Aprofem-Segou, Kenedougou Solidarite/ Sikasso .Abidjan : Thèse Médecine, 2005.
- 50.** Repoblikan'i Madagasikara, Commune Urbaine de Taolagnaro(CUT), Bureau International de Travail (BIT). Plan de Developpement de la commune urbaine de Taolagnaro. Repoblikan'i Madagascar, CUT, BIT, 2009: 14.
- 51.** Galambos NL, Tilton-Weaver LC. Multiple-risk behaviour in adolescents and young adults. Health Rep 1998; 10 ; 2: 9-20.
- 52.** Valleroy L. High HIV and risk behavior prevalence among 23-29 year old MSM in bus cities. Chicago: 8th conference on retrovirus and opportunistic infections, International Association of Physicians in AIDS care 2001; 213:17-28.
- 53.** Wade AS, Enel C, Lagarde E. Qualitative changes in AIDS preventative attitudes in a rural Senegalese population. AIDS Care 2006; 18: 514-519.
- 54.** ONUSIDA. Accélérer l'action contre le sida en Afrique. Genève : ONUSIDA, 2003 : 74.

- 55.** Aude S. Disparités dans la connaissance du VIH chez les jeunes Français. Maximiles, France : IFOP (Institut Français d'Opinion Publique), 2009: 20.
- 56.** Rémy G. L'infection par le VIH type 2 dans le monde. Une mise en question géographique, Sante 1998; 8: 440-446.
- 57.** Nations Unies. Report on the global HIV/AIDS epidemic. Genève: ONU, 2002.
- 58.** Boswell D, Baggaley R. Voluntary counseling and testing and youth. Fam Heal Internat 2002; 39.
- 59.** Liautaud B. Rôle d'un centre de dépistage et de prise en charge (20 ans d'expérience). Revue critique de l'actualité scientifique internationale sur le VIH et les virus des hépatites 2001: 6.
- 60.** Cazein F, Pillonel J, Bousquet V. Caractéristiques des personnes diagnostiquées avec une infection à VIH ou un sida. Fr BEHWeb 2008; 2 : 5.
- 61.** ONUSIDA. Accélérer l'action contre le sida en Afrique. Genève : ONUSIDA, 2003 : 17-19.
- 62.** Nicole F, Marelize GA, John N. Analyse rapide de l'épidémiologie du VIH/SIDA et des données sur la réponse au VIH au sein des populations vulnérables de la région Africaine de grand Lacs. Sida net 2008: 2.

VELIRANO

«Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoaafady na hanamoràna famitàn-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko. Horakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : Professeur RANDRIANARIMANANA Vahiniarison Dieudonné

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

Name and first Name : RAKOTOLALAO Tefinirina Harilalaina Patricette
Title of thesis : youth and screening for HIV in the town in 2009 urban
Taolagnaro
Rubric : Public Health
Number of figures : 06 **Number of tables** : 11
Number of pages : 45 **Number of bibliographical referency** : 62

SUMMARY

Introduction: HIV infection affects mainly those sexually active, including youth. To spare them against this scourge, it is necessary to adopt better strategies to control and prevention. The screening is part of these means.

Objective: To estimate the detection rate of HIV Taolagnaro for 2009.

Methodology: This study is a retrospective study which was conducted in the urban district of Taolagnaro during the period 1 January 2009 to December 31, 2009. It is of interest to young people from socio-demographic profiles for the detection of HIV during this period.

Results: The rate of voluntary testing for HIV among young people in general is 3, 4 %. In addition, the rate is 16, 8 % young people considered at high risk. Knowledge of these young people on HIV / AIDS is still insufficient.

Conclusion: Talking HIV / AIDS, although the rate of HIV infection is still low, the future of youth in this county is threatened. It is important that stakeholders, staff from the health district, local authorities and young people themselves must participate together in the fight against this scourge.

Key words : Young, screening, directing, demographic and behavioral
profile, HIV, Taolagnaro

Director of thesis : Professor RANDRIANARIMANANA Vahiniarison
Dieudonné

Reporter of thesis : Doctor RAKOTONIRINA El-C Julio

Address of the author: VT3 AMB Andohaniato Ambohipo

Nom et Prénoms : RAKOTOLALAO Tefinirina Harilalaina Patricette

Titre de la thèse : Les jeunes et le dépistage du VIH dans la Commune Urbaine de Taolagnaro en 2009.

Rubrique : Santé- Publique

Nombre de figures : 06 **Nombre de tableaux** : 11

Nombre de pages : 45 **Nombre de références bibliographiques** : 62

RESUME

Introduction : L'infection à VIH affecte principalement les sujets sexuellement actifs, dont les jeunes. Pour les épargner contre ce fléau, il est nécessaire d'adopter des meilleures stratégies de lutte et préventions. Le dépistage fait partie de ces moyens.

Objectif : Estimer le taux de dépistage de VIH à Taolagnaro pour l'année 2009.

Méthodologie : La présente étude est une étude rétrospective qui a été réalisée dans la Commune Urbaine de Taolagnaro durant la période de 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2009. Elle intéresse les profils sociodémographiques des jeunes venus pour le dépistage de VIH pendant cette période.

Résultats : Le taux de dépistage volontaire de VIH chez les jeunes en général est 3,4 %. En outre, ce taux est 16,8 % chez les jeunes considérés à haut risque. La connaissance de ces jeunes en matière de VIH/SIDA est encore insuffisante.

Conclusion : En parlant du VIH/SIDA, bien que le taux de séropositivité soit encore faible, l'avenir des jeunes dans cette commune est menacé. Il est primordial que les intervenants, les équipes de la santé de district, les autorités locales et les jeunes eux mêmes doivent participer ensemble pour lutter contre ce fléau.

Mots clés : Jeune, dépistage, réalisation, profil sociodémographique, séropositif, VIH, Taolagnaro.

Directeur de thèse : Professeur RANDRIANARIMANANA Vahiniarison

Rapporteur de thèse : Docteur RAKOTONIRINA El-C Julio

Adresse de l'auteur : VT 3 AMB andohaniato Ambohipo