

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION	1
I- RAPPELS : Le Syndrome de l'Immunodéficience Acquisée (SIDA)	4
demeure un grand problème de santé publique en dépit des efforts de lutte	
I.A- De la physiopathologie de l'infection à virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) à des théories et modèles d'études des facteurs de propagation : ...Un grand pas pour la lutte contre le SIDA	4
I.A.1- Rappels physiopathologiques et principes de prévention, de l'infection à VIH	4
I.A.1.1- La transmission sexuelle émergente dans un cycle	4
I.A.1.2- Le portage asymptomatique : Partie intégrante de l'évolution clinique	5
I.A.1.3- La trithérapie : Pratiquement inaccessible	6
I.A.1.4- Les principes de prévention très potentiels	6
I.A.2- Des théories et des modèles pour l'étude des facteurs sanitaires	7
I.A.2.1- La percée des Enquêtes de Surveillance Comportementale	8
I.A.2.2- Le "Health Field Model" : Un modèle d'étude des facteurs sanitaires	9
I.A.2.3- Le modèle "PRECEDE / PROCEED" : En vue d'une planification de programme de promotion de santé	9
I.A.2.4- La notion de "Risque" et de "Vulnérabilité"	13
I.B- Ampleur et gravité du problème : Le SIDA, une menace pour le développement	15
I.B.1- Les chiffres dans le monde rompent le silence	15
I.B.2- Le continent africain le plus touché	15
I.B.3- L'explosion de l'infection à VIH : Un danger imminent pour Madagascar	16

I.C- Enoncé du problème : Quelles sont les raisons du risque potentiel d'explosion du SIDA chez les jeunes de 15 à 24 ans de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana (CRSN) ?	17
I.D- Revues documentaires : Quels renseignements dispose-t-on déjà sur le problème ?	20
I.D.1- Les différentes photographies relatives au risque d'explosion du SIDA selon la littérature	20
I.D.2- Les différents facteurs pouvant influencer les portraits du problème selon la littérature	20
I.D.3- Les méthodes utilisées par les différents auteurs	28
I.E- Objectifs de recherche : Quels résultats veut-on obtenir à la fin de ce travail ?	29
II- METHODOLOGIE en vue d'un diagnostic systémique du risque potentiel d'explosion du SIDA chez les jeunes de 15 à 24 ans de la CRSN ?	32
II.A- Cadre de l'étude : La CRSN en pleine mutation sociale	32
II.B- Matériels et méthodes	36
II.B.1- Types d'étude et techniques de collecte des données	36
II.B.2- Les variables et indicateurs selon les objectifs de recherche	38
II.B.3- Echantillonnage	46
II.B.3.1- Segmentation de la population cible	46
II.B.3.2- Taille de l'échantillon	46
II.B.3.3- Sondage aléatoire par quotas à deux degrés	47
II.B.4- La collecte des données	48
II.B.5- Traitement et analyse des données	50
II.B.6- Comment comprendre la présentation des résultats ?	51

III- RESULTATS	53
III.A- Les résultats de l'étude	53
III.A.1- Les caractéristiques des populations cibles de l'étude	53
III.A.2- Le portrait du problème : Comment se présentait le problème des jeunes de la CRSN ?	57
III.A.2.1- Les pratiques sexuelles des jeunes enquêtés	57
III.A.2.1.a- Les pratiques au premier rapport sexuel	58
III.A.2.1.b- Les pratiques sexuelles au cours des 12 derniers mois	61
III.A.2.2- Le statut des jeunes en matière d'Infection Sexuellement Transmissible (IST) au cours des 12 derniers mois	70
III.A.2.3- Le statut sérologique en VIH/SIDA des jeunes	71
III.A.3- Quels pouvaient être les facteurs associés aux portraits du problème des jeunes de 15 à 24 ans de la CRSN ?	72
III.A.3.1- Les facteurs de risque	72
III.A.3.1.a- Les facteurs de risque individuels	72
a1- La diversité des caractères socio-démographiques avait-elle eu des influences sur les profils du problème ?	73
a2- Les habitudes toxiques avaient-elles eu des influences sur les profils du problème ?	81
a3- Les connaissances avaient-elles eu des influences sur les profils du problème ?	85
a4- Les attitudes avaient-elles eu des influences sur les profils du problème ?	147
a5- Les croyances avaient-elles eu des influences sur les profils du problème ?	186
a6- Les valeurs de l'amour avaient-elles eu des influences sur les profils du problème ?	190
a7- Les perceptions avaient-elles eu des influences sur les profils du problème ?	193
a8- D'autres facteurs sociologiques avaient-ils eu des influences sur les profils du problème ?	204
III.A.3.1.b- Les facteurs de risque liés aux services	217
b1- La disponibilité des ressources	218
b2- L'accessibilité aux services	238
b3- L'utilisation des services	240

III.A.3.2- Les facteurs de vulnérabilité	244
III.A.3.2.a- Les systèmes sociaux d'échange sexuel	244
a1- Les lois et coutumes régissant la société en matière de sexualité	244
a2- Les réseaux sociaux	246
III.A.3.2.b- Les sources d'informations	253
b1- Les sources d'informations en matière de préservatif / IST / SIDA	253
b2- Les sources d'informations générales	256
III.A.3.2.c- Les facteurs politiques	257
c1- Les réglementations locales en matière de sexualité	257
c2- Les préférences éducationnelles des jeunes	257
c3- Les reflets des indicateurs de prévention VIH/SIDA	262
 III.B- Commentaires et discussions	 272
 IV- RECOMMANDATIONS	 308
 ☞ Conclusion générale	 318
 Bibliographies	
 Annexes	
1- Questionnaire : Enquêtes individuelles approfondies des jeunes :	I
2- Guide des focus group des jeunes	XII
3- Guide d'observation des prestataires de soins	XVI
4- Guide d'entretien avec les prestataires de soins	XVIII
5- Table des Chi-carrés selon les degrés de liberté utilisés	XXI

LISTE DES TABLEAUX

	Page
• Tableau 1 : Les objectifs de recherche	30
• Tableau 2 : Questions, types d'étude et techniques de collectes des données	37
• Tableau 3 : Les variables et indicateurs selon les objectifs de recherche	38
• Tableau 4 : Statut des JS ou des JNS selon leurs caractères socio-démographiques	53
• Tableau 5 : Liaison entre l'existence d'activités sexuelles au cours des 12 derniers mois et les caractères socio-démographiques des jeunes	73
• Tableau 6 : Liaison entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les caractères socio-démographiques des jeunes	74
• Tableau 7 : Liaison entre le nombre de PSO au cours des 12 derniers mois et les caractères socio-démographiques des jeunes	77
• Tableau 8 : Liaison entre l'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les caractères socio-démographiques des jeunes	78
• Tableau 9 : Liaison entre l'existence d'antécédent d'écoulement et / ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois et les caractères socio-démographiques des jeunes	79
• Tableau 10 : Liaison entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les habitudes toxiques des jeunes	82

• Tableau 11 : Liaison entre l'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les habitudes toxiques des jeunes	83
• Tableau 12 : Liaison entre l'existence d'antécédent d'écoulement et / ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois et les habitudes toxiques des jeunes	83
• Tableau 13 : Distribution des connaissances ou des méconnaissances des symptômes des IST chez une femme selon les populations cibles	86
• Tableau 14 : Distribution des connaissances ou des méconnaissances des symptômes des IST chez un homme selon les populations cibles	88
• Tableau 15 : Liaison entre l'existence d'antécédent de rapport sexuel et les connaissances sur les symptômes des IST chez un homme	89
• Tableau 16 : Liaison entre l'existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur les symptômes des IST chez un homme	90
• Tableau 17 : Différences entre l'existence d'antécédent de rapport sexuel ou non selon les connaissances du recours en cas d'écoulement et /ou d'ulcération génitale	92
• Tableau 18 : Différences entre les classes d'âge au premier rapport sexuel selon les connaissances du recours en cas d'écoulement et /ou d'ulcération génitale	93

- Tableau 19 : Différences entre l'existence ou non de rapport sexuel avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois selon les connaissances du recours en cas d'écoulement et /ou d'ulcération génitale 94
- Tableau 20 : Différences entre l'utilisation et la non utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois selon les connaissances du recours en cas d'écoulement et /ou d'ulcération génitale 95
- Tableau 21 : Différences entre l'existence et l'absence d'activités sexuelles au cours des 12 derniers mois selon les connaissances du délai de recours chez un médecin en cas d'écoulement et /ou d'ulcération génitale 97
- Tableau 22 : Liaison entre l'existence d'antécédent de rapport sexuel et les connaissances du nom du germe responsable du SIDA 106
- Tableau 23 : Liaison entre l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel et les connaissances du nom du germe responsable du SIDA 107
- Tableau 24 : Liaison entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et la connaissance du nom du germe responsable du SIDA 108
- Tableau 25 : Liaison entre l'existence d'antécédent de rapports sexuels et la connaissance sur l'existence de porteurs sains du VIH/SIDA 111
- Tableau 26 : Liaison entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires et les connaissances sur l'existence de porteurs sains du VIH/SIDA 112

• Tableau 27 : Liaison entre l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale et les connaissances sur l'existence de porteurs sains du VIH/SIDA	113
• Tableau 28 : Statut des JS ou des JNS selon leurs connaissances sur les moyens de prévention du SIDA	117
• Tableau 29 : Liaison entre l'existence d'antécédent de rapports sexuels et les connaissances sur les moyens de prévention du SIDA	120
• Tableau 30 : Liaison entre les classes d'âge au premier rapport sexuel et les connaissances sur les moyens de prévention du SIDA	121
• Tableau 31 : Liaison entre l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel et les connaissances sur les moyens de prévention du SIDA	122
• Tableau 32 : Liaison entre l'existence d'activités sexuelles au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur les moyens de prévention du SIDA	123
• Tableau 33 : Liaison entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur les moyens de prévention du SIDA	124
• Tableau 34 : Liaison entre l'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur les moyens de prévention du SIDA	126

• Tableau 35 : Statut des JS ou des JNS selon leurs connaissances sur les modes de transmission du VIH/SIDA	130
• Tableau 36 : Liaison entre l'existence d'antécédent de rapport sexuel et les connaissances sur les modes de transmission du SIDA	133
• Tableau 37 : Liaison entre les classes d'âge au premier rapport sexuel et les connaissances sur les modes de transmission du SIDA	134
• Tableau 38 : Liaison entre l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel et les connaissances sur les modes de transmission du SIDA	135
• Tableau 39 : Liaison entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur les modes de transmission du SIDA	136
• Tableau 40 : Liaison entre l'existence d'antécédent d'écoulement et / ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur les modes de transmission du SIDA	137
• Tableau 41 : Liaison entre l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel et les connaissances sur le moyen de diagnostic du SIDA	140
• Tableau 42 : Liaison entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur le moyen de diagnostic du SIDA	141

• Tableau 43 : Liaison entre l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel et les connaissances sur les rôles des préservatifs	145
• Tableau 44 : Liaison entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur les rôles des préservatifs	146
• Tableau 45 : Liaison entre les classes d'âge au premier rapport sexuel et les motifs d'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel	177
• Tableau 46 : Liaison entre l'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et les motifs de non-utilisation de préservatif au premier rapport sexuel	179
• Tableau 47 : Statut des JS ou des JNS selon les motifs d'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois	180
• Tableau 48 : Statut des JS ou des JNS selon les motifs de non-utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois	181
• Tableau 49 : Liaison entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les motifs d'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois	184

• Tableau 50 : Liaison entre l'existence d'antécédent d'écoulement et / ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois et les motifs de non-utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois	185
• Tableau 51 : Différences entre les classes d'âge au premier rapport sexuel selon le nombre de partenaires sexuels prémaritaux	206
• Tableau 52 : Différences entre l'existence et l'absence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois selon le nombre de partenaires sexuels prémaritaux	207
• Tableau 53 : Liaison entre le nombre de PSO au cours des 12 derniers mois et l'existence de coercition dans le couple	209
• Tableau 54 : Liaison entre l'existence d'antécédent d'écoulement et / ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois et l'existence de coercition dans le couple	209
• Tableau 55 : Liaison entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et le type de coercition dans le couple	211
• Tableau 56 : Liaison entre le nombre de PSO au cours des 12 derniers mois et le type de coercition dans le couple	212
• Tableau 57 : Statut des JS ou des JNS selon les différences d'âge avec le dernier PSR ou le dernier PSONP	213

• Tableau 58 : Liaison entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et les différences d'âge avec le dernier PSR	214
• Tableau 59 : Score pour les différents éléments de l'anamnèse à l'observation des prestataires de soins IST	223
• Tableau 60 : Score pour les différents éléments de l'examen physique à l'observation des prestataires de soins IST	224
• Tableau 61 : Score pour les différents types de diagnostic à l'observation des prestataires de soins IST	225
• Tableau 62 : Score pour le traitement selon les différents types de diagnostic à l'observation des prestataires de soins IST	226
• Tableau 63 : Score pour le traitement selon le diagnostic établi à l'observation des prestataires de soins IST	227
• Tableau 64 : Score pour les différents éléments du conseil à l'observation des prestataires de soins IST	228
• Tableau 65 : Score IP6 à l'observation des prestataires de soins IST	229
• Tableau 66 : Score IP7 à l'observation des prestataires de soins IST	229
• Tableau 67 : Distribution des connaissances des prestataires de soins IST sur les éléments de l'anamnèse	230
• Tableau 68 : Liaison entre la connaissance ou non de la recherche du début / durée des symptômes et les catégories professionnelles des prestataires de soins IST	231

• Tableau 69 : Distribution des connaissances des prestataires de soins IST sur les éléments de l'examen physique	231
• Tableau 70 : Liaison entre la connaissance ou non de la recherche d'écoulement et les catégories professionnelles des prestataires de soins IST	232
• Tableau 71 : Distribution des connaissances des prestataires de soins IST sur les différents types de diagnostic	233
• Tableau 72 : Distribution des connaissances des prestataires de soins IST sur le traitement selon le diagnostic établi de façon étiologique	233
• Tableau 73 : Distribution des connaissances des prestataires de soins IST sur le traitement selon le diagnostic établi à partir des symptômes	235
• Tableau 74 : Distribution des connaissances des prestataires de soins IST sur les éléments du conseil	236
• Tableau 75 : Score IP6 à l'entretien avec les prestataires de soins IST	236
• Tableau 76 : Score IP7 à l'entretien avec les prestataires de soins IST	237
• Tableau 77 : Comparaison des scores obtenus à l'observation et à l'entretien avec les prestataires de soins IST	237
• Tableau 78 : Différences entre l'existence et l'absence d'antécédent de rapport sexuel selon l'appartenance à un groupe de rencontre	247
• Tableau 79 : Différences entre les classes d'âge au premier rapport sexuel selon l'appartenance à un groupe de rencontre	248

• Tableau 80 : Différences entre l'utilisation et la non-utilisation de préservatif au premier rapport sexuel selon l'appartenance ou non à un groupe de rencontre	249
• Tableau 81 : Liaison entre l'existence d'activités sexuelles au cours des 12 derniers mois et l'appartenance à un groupe de rencontre	249
• Tableau 82 : Liaison entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et l'appartenance à un groupe de rencontre	250
• Tableau 83 : Liaison entre le nombre de PSO au cours des 12 derniers mois et l'appartenance à un groupe de rencontre	251
• Tableau 84 : Statut des JS ou des JNS selon la fréquence d'écoute de la radio, la fréquence des séances de télévision, la fréquence des séances de vidéo	256
• Tableau 85 : Mesure des reflets des indicateurs de prévention VIH/SIDA chez les jeunes de la CRSN	265
• Tableau 86 : Les facteurs influençant négativement le portrait du problème	304
• Tableau 87 : Les facteurs ayant classiquement des influences positives mais engendrent des risques	305
• Tableau 88 : Les facteurs à corriger éventuellement pour anticiper le problème	306
• Tableau 89 : Les facteurs influençant positivement le portrait du problème	307

LISTE DES FIGURES

	Page
• Figure 1 : Le cycle de transmission du VIH	4
• Figure 2 : Les facteurs sanitaires	9
• Figure 3 : Modèle de planification PRECEDE / PROCEED	10
• Figure 4 : Le problème central et les facteurs hypothétiques	19
• Figure 5 : Statut des jeunes selon l'existence d'antécédent de rapport sexuel	58
• Figure 6 : Statut des jeunes selon leur classe d'âge au premier rapport sexuel	59
• Figure 7 : Statut des jeunes selon l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel	60
• Figure 8 : Statut des jeunes selon l'existence de relations sexuelles au cours des 12 derniers mois	61
• Figure 9 : Statut des jeunes selon l'existence de relations sexuelles avec un PSR au cours des 12 derniers mois	62
• Figure 10 : Statut des jeunes selon l'existence de relations sexuelles avec les PSONP au cours des 12 derniers mois	63
• Figure 11 : Statut des jeunes selon l'existence de relations sexuelles avec les PSP au cours des 12 derniers mois	64
• Figure 12 : Statut des jeunes selon le nombre de PSONP au cours des 12 derniers mois	65
• Figure 13 : Statut des jeunes selon le nombre de PSP au cours des 12 derniers mois	66
• Figure 14 : Statut des jeunes selon l'utilisation de préservatif avec le dernier PSR au cours des 12 derniers mois	67

• Figure 15	: Statut des jeunes selon l'utilisation de préservatif avec le dernier PSONP au cours des 12 derniers mois	68
• Figure 16	: Statut des jeunes selon l'utilisation de préservatif avec le dernier PSP au cours des 12 derniers mois	69
• Figure 17	: Statut des jeunes selon l'existence d'antécédent d'écoulement et / ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois	70
• Figure 18	: Statut des JS ou des JNS selon leurs habitudes toxiques	81
• Figure 19	: Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur les symptômes des IST chez une femme	85
• Figure 20	: Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur les symptômes des IST chez un homme	87
• Figure 21	: Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur le recours en cas d'écoulement et / ou d'ulcération génitale	91
• Figure 22	: Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur le délai de recours chez un médecin en cas d'écoulement et /ou d'ulcération génitale	96
• Figure 23	: Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur le nom du germe responsable du SIDA	105
• Figure 24	: Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur l'existence de porteur sain du VIH/SIDA	110
• Figure 25	: Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur l'absence de guérison du SIDA	115
• Figure 26	: Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur l'absence de vaccin pour prévenir le SIDA	116
• Figure 27	: Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur le moyen de diagnostic du VIH/SIDA	139
• Figure 28	: Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur le rôle des préservatifs	144

• Figure 29	: Statut des JS ou des JNS selon leur premier recours lors du dernier épisode d'écoulement et / ou d'ulcération génitale	148
• Figure 30	: Statut des JS ou des JNS selon le délai de recours chez un médecin lors du dernier épisode d'écoulement et / ou d'ulcération génitale	149
• Figure 31	: Statut des JS ou des JNS selon l'utilisation des médicaments prescrits par le médecin lors du dernier épisode d'écoulement et / ou d'ulcération génitale	150
• Figure 32	: Statut des JS ou des JNS selon la notion de prise en charge de leur partenaire sexuel lors du dernier épisode d'écoulement et / ou d'ulcération génitale de ces jeunes	152
• Figure 33	: Statut des JS ou des JNS selon l'existence d'antécédent d'écoulement et / ou d'ulcération génitale chez un partenaire sexuel	153
• Figure 34	: Statut des JS ou des JNS selon les motifs d'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel	176
• Figure 35	: Statut des JS ou des JNS selon les motifs de non-utilisation de préservatif au premier rapport sexuel	178
• Figure 36	: Statut des JS ou des JNS selon le nombre de partenaires sexuels prémaritaux	205
• Figure 37	: Statut des JS ou des JNS selon l'existence de coercition dans le couple	208
• Figure 38	: Statut des JS ou des JNS selon les types de coercition dans le couple	210
• Figure 39	: Statut des JS ou des JNS selon l'existence d'antécédent de violence sexuelle	215
• Figure 40	: Statut des prestataires de soins IST selon la disponibilité de stock de préservatifs	219

• Figure 41	: Statut des JS ou des JNS selon leur éloignement par rapport aux vendeurs de préservatifs	238
• Figure 42	: Statut des JS ou des JNS selon leur éloignement par rapport aux centres de santé	239
• Figure 43	: Statut des JS ou des JNS selon leur appartenance à un groupe de rencontre	246
• Figure 44	: Statut des JS ou des JNS selon les types de groupe de rencontre	252
• Figure 45	: Le problème central, ses profils et les solutions	309

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

- ARN : Acide Riboso - Nucléique
- CA CPV : Connaissances -Attitudes -Croyances -Perceptions - Valeurs
- CAP : Connaissances - Attitudes - Pratiques
- CDI : Centre de Documentation et d'Information
- CEG : Collège d'Enseignement général
- CHD : Centre Hospitalier du District
- CRSN : Commune Rurale de Sabotsy Namehana
- Ddl : Degré de liberté
- ESC : Enquêtes de Surveillance Comportementale
- FHI : Field Health Impact
- IP : Indicateur de Prévention
- IST : Infections Sexuellement Transmissibles
- IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse
- JNS : Jeunes Non Scolarisés
- JS : Jeunes Scolarisés
- LASN : Lycée Andrianampoinimerina de Sabotsy Namehana
- LNR : Laboratoire Nationale de Référence
- NSP : Ne sais pas
- OG : Objectif général
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
- OS : Objectifs Spécifiques
- PNLs : Programme National de Lutte contre le SIDA
- PRECEDE : Predisposing Reinforcing and Enabling Constructs in Educational / Environmental Diagnosis and Evaluation
- PROCEED : Policy, Regulatory and Organisational Constructs in Educational and Environmental Development

- PSM : Partenaire Sexuel masculin
- PSO : Partenaire Sexuel Occasionnel
- PSONP : Partenaire Sexuel Occasionnel Non Prostitué
- PSP : Partenaire Sexuel Prostitué
- PSR : Partenaire Sexuel Régulier
- PVV : Personne Vivant avec le VIH
- SIDA : Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis
- SRA : Santé de Reproduction des Adolescents
- VIH : Virus de l'Immunodéficiency Humaine

INTRODUCTION

INTRODUCTION

En ce début du troisième millénaire, peut-on encore attraper l'infection à VIH? Vu que la prévention, le fer de lance de la lutte contre ce fléau, donne lieu aux actions les plus passionnées, la réponse devrait être non.

Pourtant, dans le monde, l'épidémie va en s'aggravant et donne lieu aux débats les plus féroces. 95% des 34.300.000 personnes vivant avec le VIH/SIDA en 2000 vivent dans le monde en développement. De plus, des centaines de jeunes âgés de 15 à 24 ans sont de plus en plus infectés depuis 1998 [1]. Plus de la moitié des personnes emportées par le VIH/SIDA sont des adolescents de 15 ans [2].

Madagascar a une chance extraordinaire. La grande île n'est presque nulle part dans les analyses mondiales. Cependant, 77% des séropositifs et 87% des sidéens sont issus des mains d'œuvre et des intellectuels du pays, donc des jeunes adultes [3]. La situation a beaucoup évolué. La prévalence de l'infection à VIH a triplé en cinq ans depuis 1989 dans toute l'île (elle allait de 0,02% en 1989 à 0,007% en 1995, en passant par 0,03% en 1992) [4].

Aussi, les IST curables, portes d'entrée de l'infection à VIH sont parmi les cinq premières morbidités en 1999 [5].

A ces faits s'ajoute le constat de la Banque mondiale cité dans le rapport sur le développement dans le monde en 1993 : "En l'absence d'action de prévention adéquate, le SIDA se propage rapidement dans la population à un rythme plus lent et qui s'accélère ensuite [6].

Tout en tenant compte de la vulnérabilité des jeunes à l'infection à VIH, en tant qu'étudiante en médecine qui a appris la démarche diagnostique tout au long de notre cursus universitaire et ayant œuvré pour la promotion de la santé sexuelle des adolescents à Madagascar, nous nous sommes posée entre autres les questions :

- La Commune Rurale de Sabotsy Namehana étant en pleine mutation sociale, l'infection à VIH risque-t-elle d'y exploser chez les jeunes ?
- Les raisons du risque identifiées, qu'en est-il des facteurs qui pourraient les influencer significativement, afin d'en proposer des recommandations adéquates?

Une étude systémique, descriptive et analytique a été menée.

Afin de répondre donc aux questions précédemment posées, notre travail consiste tout d'abord à rechercher et à rapporter des notions essentielles pour la compréhension du déroulement de notre étude. La problématique du risque d'explosion du SIDA chez les jeunes de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana est aussi posée dans cette première partie du travail.

Puis, en passant par la description du cadre de notre étude, les matériels et méthodes que nous avons utilisés sont exposés. Les indicateurs permettant de mesurer les variables à étudier y sont également énoncés.

Ensuite, nous présentons les données collectées ainsi que les interprétations que nous en proposons, suivies des commentaires et discussions argumentant nos résultats. Enfin, des principaux axes stratégiques sont proposés dans le but de résoudre le problème diagnostiqué.

RAPPELS

I-RAPPELS :

Des rappels assez succincts sont utiles pour comprendre le déroulement de notre étude.

L'infection à Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) n'est pas une infection contagieuse mais transmissible. Elle est donc potentiellement évitable.

I.A- De la physiopathologie de l'infection à VIH à des théories et modèles d'étude des facteurs de propagation : ... un grand pas pour la lutte contre le SIDA

Des principes de prévention basés sur les facteurs de propagation existent. Tout d'abord, comment se transmet cette infection à VIH ? Par ailleurs, comment évolue-t-elle cliniquement ?

I.A.1- Rappel physiopathologique et principes de prévention de l'infection à VIH :

I.A.1.1- La transmission sexuelle émergente dans un cycle:

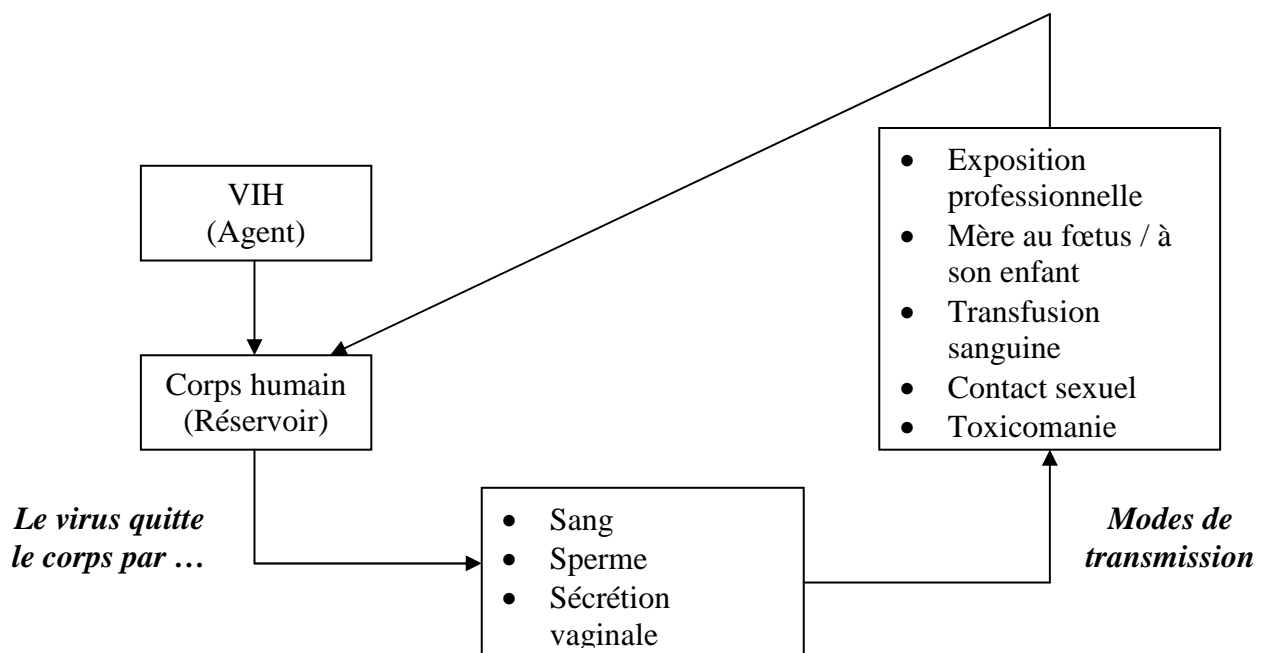


Figure 1 : Le cycle de transmission du VIH

Source [7]

➤ La voie sexuelle, par des pratiques sexuelles à risque est le mode de transmission le plus répandu : 80% à 90% de l'infection à VIH dans le monde. [8]

➤ La voie sanguine a aussi sa place par la transfusion de sang ou de dérivés de sang, l'échange de seringues contaminées chez les toxicomanes, l'inoculation parentérale accidentelle des personnels soignants, l'usage d'instrument tranchant pour les scarifications médicales ou rituelles. [9]

➤ La transmission périnatale d'une mère infectée à son enfant est estimée à 20% en l'absence de traitement antiviral de la mère dans une étude de cohorte française. [9]

Dans les pays africains, ce chiffre varie de 20% à 40%. [8]

Une fois que le VIH arrive dans le corps humain, comment l'infection va-t-elle évoluer ?

I.A.1.2- Le portage asymptomatique : Partie intégrante de l'évolution clinique: [10] [11]

La connaissance de l'évolution clinique de l'infection à VIH est importante pour la prévention, car il n'existe pas de signes cliniques propres au SIDA. Néanmoins, quatre phases sont à considérer :

- La primo-infection ou la phase aiguë,
- La phase de portage asymptomatique,
- La phase de lymphadénopathie généralisée persistante,
- La phase de SIDA maladie.

Chaque étape peut varier d'un individu à l'autre.

Le SIDA n'est pas encore guérissable jusqu'à nos jours, mais des médicaments sont disponibles dans les pays développés. Ceci pour essayer d'abaisser le taux d'ARN viral plasmatique. Une triple association de médicaments offre de plus en plus de probabilité d'obtenir ce résultat. D'où la précieuse et très onéreuse trithérapie.

I.A.1.3- La trithérapie : pratiquement inaccessible

Plusieurs essais ont été réalisés. L'utilisation de deux inhibiteurs du transcriptase inverse et un inhibiteur de la protéase a permis d'abaisser le taux d'ARN viral plasmatique. [12]

En association avec ces éléments de la trithérapie, d'autres médicaments permettent un traitement d'entretien pour les infections opportunistes : antibiotiques, antimycosiques, antiparasitaires. Des effets peuvent se produire, mais beaucoup de cas résistent. [12]

Les coûts de la trithérapie et du traitement d'entretien des infections opportunistes reviennent très chers. Beaucoup de pays ne les utilisent même pas faute de moyen financier. Ce qui raccourcit considérablement le temps de survie des sidéens.

En l'absence de traitement efficace et accessible par tout le monde, et surtout en l'absence de vaccin contre le VIH, la chaîne de transmission constitue une cible privilégiée des interventions de prévention.

I.A.1.4- Les principes de la prévention très potentiels :

En rapport avec le cycle de transmission de l'infection à VIH et de son évolution, la prévention est basée sur deux principes :

- La prévention de la contamination,
- La prévention des infections opportunistes.

I.A.1.4.a- La prévention de la contamination : Le fer de lance de la lutte : [8] [9] [13]

Elle est axée en général sur trois lignes :

- La prévention de la contamination sexuelle : la modification des comportements relationnels / sexuels constitue un moyen efficace. Mais est-ce suffisant ?
- La prévention de la contamination sanguine pour les personnels soignants suivant "les précautions universelles de prévention" et "les conduites à tenir en cas d'accident". La prévention chez les toxicomanes s'articule autour de l'accès à des seringues propres. Le contrôle des dons de sang et des dérivés sanguins se fait systématiquement.

- La prévention de la contamination materno-infantile incitant une mère séropositive à éviter toute grossesse et à utiliser des substituts de lait maternel en cas d'allaitement.

I.A.1.4.b- La prévention des infections opportunistes : ... des cas résistants [12]

L'objectif est d'améliorer l'espérance de vie des Personnes Vivant avec le VIH (PVV). Des antibiotiques, des antimycosiques et des antiparasitaires sont utilisés pour la prévention primaire et la prévention des rechutes.

Comme pour le traitement des infections opportunistes, ces produits permettent parfois de produire quelques effets. Mais il y a toujours des cas résistants..

La prévention des infections opportunistes associée à la trithérapie étant peu efficace et pas accessible à tous, la prévention de la contamination doit primer.

Beaucoup de facteurs engendrent cette contamination selon la littérature. Afin de les déterminer et de les analyser, des théories et modèles d'études existent.

I.A.2- Théories et modèles d'étude des facteurs sanitaires :

Il est pratiquement impossible de prévenir une infection sans connaître ses étiologies. Comment reconnaître et étudier celles-ci ?

La littérature nous propose plusieurs théories et modèles d'étude des facteurs sanitaires. A distinguer :

- Les enquêtes de surveillance comportementale qui ont percé la lutte contre le SIDA depuis les années 90,
- Le classique "Health Field Model" de *Lalondes* qui est très complémentaire aux autres modèles,
- Le modèle "PRECEDE / PROCEED" de *Green* et *Kreuter*. Il est très connu dans le monde de la santé publique, mais très rarement utilisé. Pourtant, il est doté d'une démarche systémique rigoureuse.
- Les notions de risque et de vulnérabilité à l'infection à VIH.

I.A.2.1- La percée des enquêtes de surveillance comportementale: (ESC) [14] [15] [16] [17]

Les premières ESC de FHI et IMPACT ont été effectuées à Bangkok en Thaïlande en 1993. [18] Elles ont été adoptées ultérieurement par 20 pays d'Asie, d'Afrique, d'Amérique Latine et des Caraïbes.

Basées sur la sérosurveillance du VIH et des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), les ESC sont des enquêtes répétées systématiquement pour suivre les changements de comportement à risque à l'aide des données comportementales.

Les données comportementales recueillies vont: **[14]**

- Constituer un système d'alerte avancé pour le VIH et les IST,
- Faciliter la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'un programme efficace,
- Expliquer certaines variations des taux de prévalence du VIH,
- Aider à la compréhension de certaines variations des taux de prévalence.

Tout en étant une étude qualitative, les ESC vont donc permettre de :

- Identifier les CAP IST/SIDA d'une population ou d'un groupe cible selon leurs comportements à risque,
- Analyser les indicateurs afin de systématiser la prévention,
- Identifier les barrières de la prévention des IST/SIDA pour développer des interventions ou mesures de lutte appropriées.

Outre les CAP IST/SIDA et étant donné que le SIDA demeure un grand problème de santé publique, beaucoup d'auteurs évoquent d'autres facteurs influençant les comportements à risques.

Plusieurs modèles d'étude de ces facteurs existent : les modèles de *Fishbein*, *Bandura* (1986), *Rosenstock*, *Leclercq* (1987), *Sigaudes – Leclercq* (1987). [19] [20]

Pour une meilleure compréhension de notre travail, il est nécessaire d'évoquer avant tout le "HEALTH FIELD MODEL" de *Lalondes*.

I.A.2.2- Le "HEALTH FIELD MODEL" : Un modèle d'étude des facteurs sanitaires

Lalondes situe la santé comme une variable dépendante influencée par quatre facteurs sanitaires.

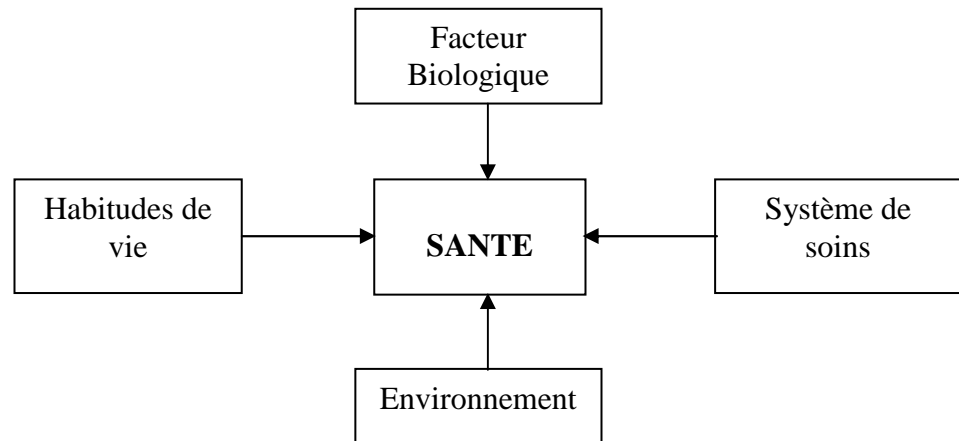


Figure 2 : Les Facteurs sanitaires

Sources [19] [20]

Ces quatre facteurs sanitaires seront repris par *Green* et *Kreuter* dans leur modèle "PRECEDE / PROCEED", mais vus sous un autre angle pour un objectif très précis.

I.A.2.3- Le modèle "PRECEDE / PROCEED" : En vue d'une planification de programme de promotion de santé [21] [22]

Green et *Kreuter* ont développé une démarche rigoureuse pour planifier un programme cohérent et pertinent en promotion de la santé.

Selon la figure 3, les principes de ce modèle sont les suivants :

- La santé et la qualité de vie sont liées entre elles.
- La santé est déterminée par des conditions multiples en interaction, faisant appel à un programme multidimensionnel dont le but est de façonner le bien-être des personnes et de la collectivité.

Ce modèle est un modèle de planification dès le diagnostic social jusqu'aux évaluations.

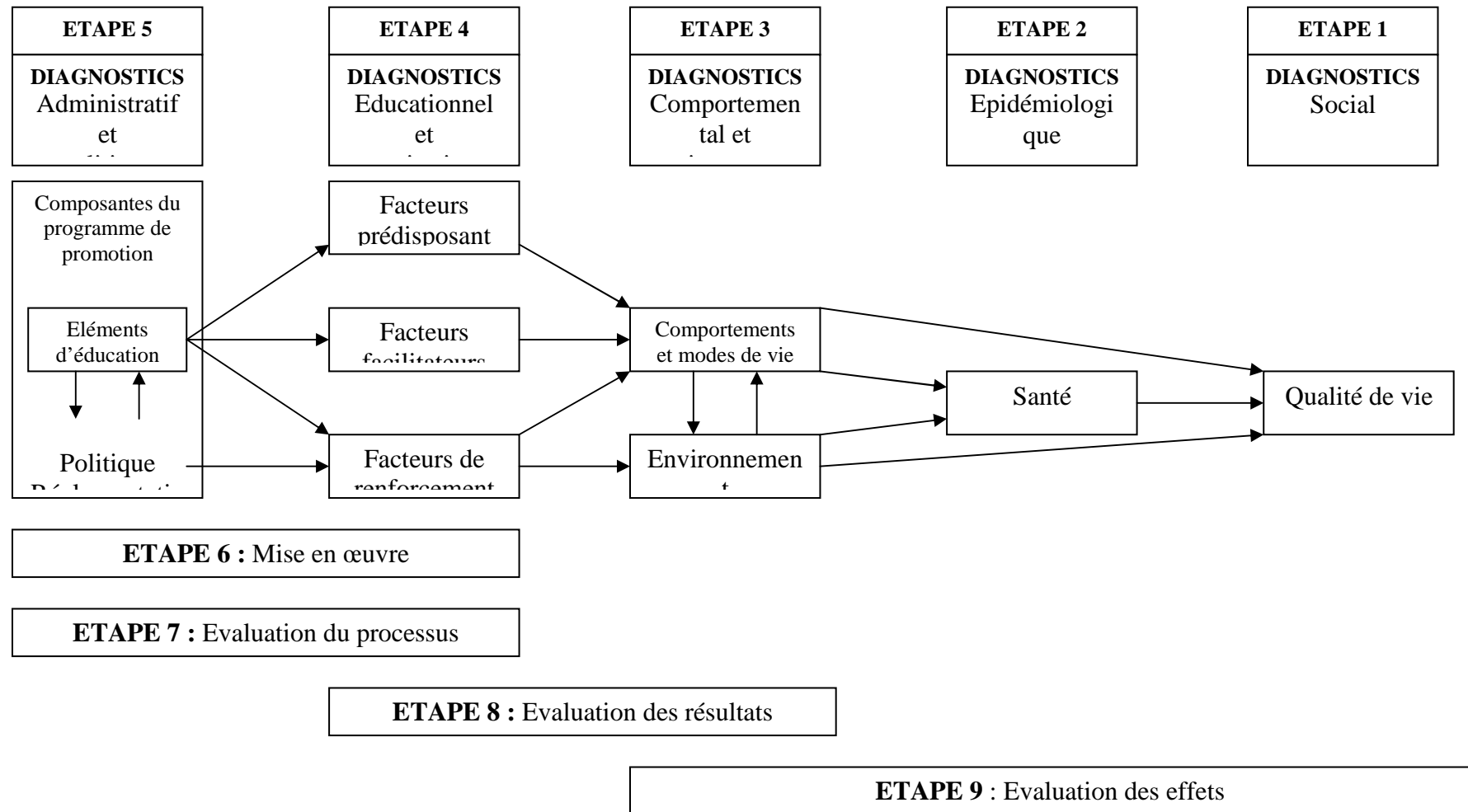


Figure 3 : Modèle de planification PRECEDE / PROCEED – Source [22]

I.A.2.3.a- Un modèle d'étude des déterminants des comportements humains :

Le modèle PRECEDE sert à étudier les comportements associés à un problème de santé. Il permet d'établir un « Diagnostic comportemental » et un « Diagnostic environnemental ».

L'acronyme PRECEDE signifie : « Predisposing Reinforcing and Enabling Constructs in Educational / Environmental Diagnosis and Evaluation ». Ainsi, le modèle PRECEDE étudie particulièrement les "facteurs prédisposants", "les facteurs facilitateurs" et "les facteurs de renforcement" identifiés par le diagnostic comportemental et environnemental. [21] [22]

L'objet du travail est ici de :

- Identifier ces trois catégories de facteurs,
- Etablir des priorités sur les changements comportementaux et environnementaux souhaités,
- Définir les objectifs de changement comportemental et environnemental.

❖ Les « Facteurs prédisposants » :

Ce sont les « facteurs qui précèdent le comportement et incluent les Connaissances, Attitudes, Croyances, Valeurs, Perceptions qui ont trait à la motivation de l'individu à agir » [21] [22]. Donc ce sont des « facteurs antérieurs aux comportements et nourrissent le rationnel ou la motivation des comportements » [21] [22]. Ils sont de dimension cognitive et affective.

La notion de « vulnérabilité individuelle au VIH » et de « facteurs sociologiques décrits par *Belec* [8] correspond à ces facteurs prédisposants. Ils sont inclus dans les « cofacteurs socio-comportementaux » de la transmission sexuelle du VIH.

Si on se réfère au modèle de *Lalondes*, ce sont les « habitudes de vie » et les « facteurs biologiques ».

❖ Les Facteurs facilitateurs :

Ils sont « antérieurs aux comportements et incluent les habiletés personnelles et les ressources nécessaires à l'accomplissement du comportement. Ainsi les facteurs liés à la disponibilité, à l'accessibilité, à l'utilisation des services correspondent à ces facteurs » [21] [22]

Ces facteurs « facilitent la performance d'une action individuelle ou organisationnelle motivée » [21] [22].

En rapport avec le modèle de *Lalondes*, ce sont les facteurs liés aux « systèmes de soins ».

❖ *Les Facteurs de renforcement :*

Ce sont les « facteurs subséquents au comportement et qui servent de récompense, d'incitation ou de punition pour un comportement donné. Ils contribuent à la persistance ou à l'extinction des comportements sexuels à risque. Ce sont les rôles de la communauté et des canaux de communication. La source de support peut provenir des collègues, pairs, superviseurs, familles, amis. » [21] [22]

La notion de « vulnérabilité communautaire au VIH » décrite par *Belec* [8] a sa place ici.

En comparant avec le modèle de *Lalondes*, ce sont les facteurs liés à l'« environnement ».

Green et *Kreuter* utilisent ces trois facteurs pour différencier les causes d'un comportement sanitaire. Ils établissent ainsi les « Diagnostic Educationnel et Organisationnel » de la population cible. Ainsi, ils peuvent planifier des stratégies éducationnelles.

I.A.2.3.b- Un modèle de planification de stratégies éducationnelles :

Les « stratégies éducationnelles » [21], c'est-à-dire les « composantes du programme de promotion » [22], visent à agir de façon spécifique, ciblée, mais complémentaire sur ces trois facteurs ; ainsi,

➤ Les « Facteurs prédisposants » sont influencés par la « communication directe » à la population cible primaire. Celui qui doit changer de comportement doit recevoir une information ciblée.

➤ Les « Facteurs facilitateurs » nécessitent une « organisation communautaire » au sein du groupe cible jusque dans la communauté où il vit. Cette organisation servira de cadre pour développer les habiletés des groupes cibles et d'y créer des structures, afin d'apporter les ressources nécessaires plus près des éventuels utilisateurs.

➤ Les « Facteurs de renforcement » sont influencés par la « communication indirecte » à la population cible secondaire ou tertiaire qui peuvent être des personnes ou des réseaux.

Toutes ces étapes appartiennent au cadre de travail PRECEDE. Viennent ensuite les éléments du cadre PROCEED, aussi essentiel qu'indissociable du premier.

PROCEED correspond à « Policy, Regulatory and Organisational Constructs in Educational and Environmental Development » [22]. Il se traduit par les politiques, les réglementations et les organisations dans le développement éducationnel et environnemental.

Ce sont des éléments qui servent à analyser les politiques, les ressources et les circonstances existant dans les organisations qui facilitent ou perturbent la mise en œuvre d'un programme.

La suite sera la mise en œuvre du programme et les évaluations du processus, des résultats et des effets.

En dehors des dénominations des facteurs précités, d'autres termes sont actuellement utilisés dans le monde de la lutte contre le SIDA.

I.A.2.4- Les notions de "Risque" et de "Vulnérabilité" :

Certains auteurs utilisent les termes de "facteurs de risque" ou de "facteurs de vulnérabilité" à l'infection à VIH/SIDA.

I.A.2.4.a- Les facteurs de risque :

Wolffers [23] évoque la notion de risque dans ce qu'il classe de "paradigme biomédical" en mettant l'accent sur l'individu. L'individu est ici considéré comme responsable de son état en raison d'un comportement à risque. Aussi, ce risque est lié à

la notion selon laquelle "la santé est un produit de services" et "le progrès est une série de découvertes qui peuvent faire l'objet d'une promotion".

La définition rapportée par *l'ONUSIDA en 1998 [24]* rejoint cette notion. "Le risque est la probabilité pour un individu de contracter le virus du SIDA". Les facteurs de risque sont des "comportements ou des situations qui génèrent le risque d'être infecté par le virus du SIDA".

Ainsi, les facteurs de risque liés à l'individu et ceux liés aux services y sont classés.

Donc, ils correspondent aux "facteurs prédisposants" et aux "facteurs facilitateurs" de *Green* et de *Kreuter*. [21] [22]

I.A.2.4.b- Les facteurs de vulnérabilité :

A côté du "paradigme biomédical", *Wolffers [23]* invoque le "paradigme du développement", en y associant la notion de vulnérabilité. Selon cet auteur, certaines personnes sont plus vulnérables vis-à-vis de l'infection à VIH du fait de leur situation au sein de leur communauté. Ceci concerne l'accès aux soins de santé préventifs, la discrimination, l'isolement et l'incapacité d'aborder le sujet de l'utilisation de préservatif.

Dans sa publication, *l'ONUSIDA en 1998 [24]* rapporte que ces "facteurs de vulnérabilité concernent les facteurs de société ayant une influence négative sur la capacité de l'individu à maîtriser sa propre santé". Bref, ce sont les facteurs liés à l'environnement de l'individu.

Donc, ils sont liés aux "facteurs de renforcement" de *Green* et de *kreuter*. [21] [22]

Les notions de base ainsi décrites, voyons comment et à quel degré se présente le problème du SIDA en général ?

I.B- Ampleur et gravité du problème : le SIDA, une menace pour le développement.

Parmi tous les problèmes auxquels est confronté le monde, le SIDA donne lieu aux débats les plus passionnés, malgré l'existence de principes de prévention jugés potentiels.

I.B.1- Les chiffres dans le monde rompent le silence :

En 1993, la *Banque Mondiale* a rapporté "qu'en l'absence d'action de prévention adéquate, le SIDA se propage rapidement au sein de la population à un rythme plus lent, et qui s'accélère ensuite. [6]

Malgré ce constat, et malgré la promotion des préservatifs (783 millions dans plus de 50 pays en 1998 [25]), les chiffres ne cessent d'alarmer les responsables. Le programme commun des Nations Unies (*ONUSIDA*) et l'Organisation Mondiale de la Santé (*OMS*) estiment qu'en fin 1998, le nombre de Personnes Vivant avec le VIH (PVV) atteindra 33,4 millions [1]. L'épidémie va en s'aggravant.

En juin 2000, l'*ONUSIDA* a publié que plus de 95% des 34.300.000 PVV vivent dans le monde en développement [2]. Il en est de même pour les décès causés par SIDA, surtout chez les jeunes adultes qui auraient atteint leur plus grand potentiel en nature de productivité et de procréation. 1/10^{ème} de ces PVV ont moins de 15 ans. Plus des 1/3 des adolescents de 15 ans mourront du SIDA dans les pays les plus touchés. [2]

Auparavant, l'*ONUSIDA* [1] déclarait que plus de 3 millions de jeunes à travers le monde ont contracté l'infection à VIH en 1998, soit 5 par minute. Enfin, dans les pays en développement, des centaines de PVV ont 15 à 24 ans. Le même document évoque qu'à mesure que le VIH progresse dans l'ensemble de la population, les jeunes sont de plus en plus infectés.

I.B.2- Le continent africain : le plus touché

Dans la région de l'Afrique Subsaharienne, le SIDA est plus meurtrier que la guerre. Cette dernière a causé la mort de 200.000 Africains, alors qu'environ 2.200.000 sont décédés du SIDA. Plus de la moitié de ces personnes emportées par le SIDA sont des jeunes de 15 ans. [2]

En Namibie, Zambie et Swaziland, une personne sur cinq vit avec le VIH. [2]. Au Zimbabwe, 1/4 de la population adulte vit avec le VIH. Au Botswana, où la

prévalence est la plus élevée dans le monde (35,80%), un adulte sur trois est atteint de l'infection à VIH. Plus des 2/3 sont des jeunes de 15 ans qui vont mourir prématurément du SIDA. [26]

Il est important de rappeler que l'épidémie a beaucoup évolué dans certains pays de l'Afrique. En Afrique du Sud, avant l'an 2000, la prévalence de l'infection à VIH est à moins de 1% et atteint en 2001 les 19,97% [27]. Les jeunes de ce même pays ont les taux d'infection à VIH les plus élevés : 26,1% pour les 20 à 24 ans et 21% pour les moins de 20 ans. En Côte d'Ivoire, la majorité des morts du SIDA ont entre 18 à 25 ans. L'auteur considère qu'ils sont devenus séropositifs à l'âge de leur premier rapport sexuel.

En parlant de jeunes Africains, dès 1997, l'*ONUSIDA* [28] notait chaque année environ 1,7 millions de cas d'infection à VIH. Près de 6% des adolescentes sont atteintes au Malawi, un pays de l'Afrique orientale.

Qu'en est-il pour Madagascar ?

I.B.3- L'explosion de l'infection à VIH : Un danger imminent pour Madagascar

Malgré une faible prévalence de l'infection à VIH : 70 pour 100.000 habitants [3] [29], le danger est imminent pour Madagascar. Environ 77% des séropositifs et 87% des sidéens sont des jeunes adultes (15 à 49 ans) [3], donc les principaux moyens de production physique et intellectuelle du pays.

Un danger imminent, pourquoi ?

D'une part, en 10 ans, la situation a rapidement évolué. L'estimation de la prévalence du VIH chez les adultes à Madagascar était de 0,02% (soit un cas pour 5000 habitants) en 1989. Elle a atteint 0,03% (soit un cas pour 3000 habitants) en 1992 et 0,07% (soit 1 cas pour 1500 habitants) en 1995 [4]. Enfin en l'an 2000, l'estimation pour Madagascar était encore à moins de 1%. Cependant, dans certaines régions, on rencontre déjà plus d'un cas pour 100 habitants : Antsiranana, Toliary, Toamasina, Sainte Marie, Morondava.

D'après ces résultats, l'infection doublait ou triplait de volume tous les trois à cinq ans.

D'autre part, il ne faut pas négliger l'interaction synergique entre les IST curables et l'infection à VIH/SIDA.

Ainsi, depuis 1998, des ordinogrammes [30] pour la prise en charge des IST ont été mis au point et vulgarisés par le *PNLS* avec ses partenaires, pour les dispensaires IST et les centres satellites.

Paradoxalement, les IST curables ont gagné des rangs parmi les causes de morbidité en consultation externe au niveau des formations sanitaires en deux ans. Elles sont passées du huitième rang en 1998 au cinquième rang en 1999. 592 pour 100.000 habitants ont la gonococcie et 336 pour 100.000 ont la syphilis. La majorité appartient à la tranche d'âge de 15 à 40 ans. [5]

Ces chiffres sont d'un grand intérêt. Le risque de transmission du VIH au cours d'un seul rapport penio-vaginal reste très faible si la muqueuse sexuelle est saine. [8] [9] La moindre perte de son intégrité majore considérablement ce risque. Ceci expose aussi au risque permanent d'explosion de l'infection à VIH.

Malgré ce danger imminent, Madagascar dispose encore d'une grande chance, celle de pouvoir éviter l'explosion de l'épidémie dans un avenir proche.

Devant donc cette ampleur du problème et compte tenu particulièrement de la vulnérabilité des jeunes face au SIDA, nous avons pensé à l'étude du cas de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana (CRSN), où cette frange de la population occupe une place non négligeable.

I.C- Enoncé du problème : Quelles sont les raisons du risque potentiel d'explosion du SIDA dans la Commune Rurale de Sabotsy Namehana (CRSN)?

Des observations et des entretiens auprès des informateurs clés ont permis de rapporter les faits suivants qui méritent réflexion :

➤ Les jeunes consultent rarement un médecin pour une IST. Ils vont tout de suite demander avis et acheter des médicaments à la pharmacie ou aux dépositaires de médicaments. C'est pour cela que la vente des antibiotiques appropriés aux IST curables, comme la *Spectinomycine (Trobicine)* et la *Benzathine Penicilline (Extencilline)* [5] [31] émergent. Cinq à six jeunes par jour et même jusqu'à 10 achètent ces antibiotiques sans avis médical. Leur moyenne d'âge est de 17 ans. Aucune hésitation n'est perçue quant au comportement de ces jeunes.

➤ Par ailleurs, la vente de préservatifs auprès de ces jeunes ne se fait pas trop sentir chez la majorité des épiceries : seulement un à deux par jour en moyenne, contre trois à six pour l'année 1999). Pour les pharmacies, ce chiffre n'est même pas atteint : seulement deux jeunes tous les deux à trois jours. "A moins qu'ils les fassent acheter par leurs aînés !" déclarait un dépositaire de médicaments.

➤ En même temps, la demande d'Interruption Volontaire de la grossesse (IVG) par ces jeunes (dès l'âge de 15 ans) auprès des centres de santé (surtout privés et libres), des dépositaires de médicaments, des matrones et même des guérisseurs traditionnels ne se fait pas rare.

Tout cela signifie que les jeunes de la CRSN sont sexuellement actifs. La notion de rapports sexuels non protégés se fait ressentir. Les problèmes relatifs aux IST curables, en même temps que des facteurs de propagation de l'infection à VIH, sont évidents. Il nous est difficile d'évaluer la prévalence de l'infection à VIH dans la Commune.

Cependant, les renseignements obtenus jusqu'ici démontrent préalablement l'existence d'un risque potentiel d'explosion de l'infection à VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans de la CRSN, qui constitue le problème central.

La figure 4 illustre les facteurs hypothétiques engendrant ce problème central dont ci-après la légende pour mieux la visualiser.



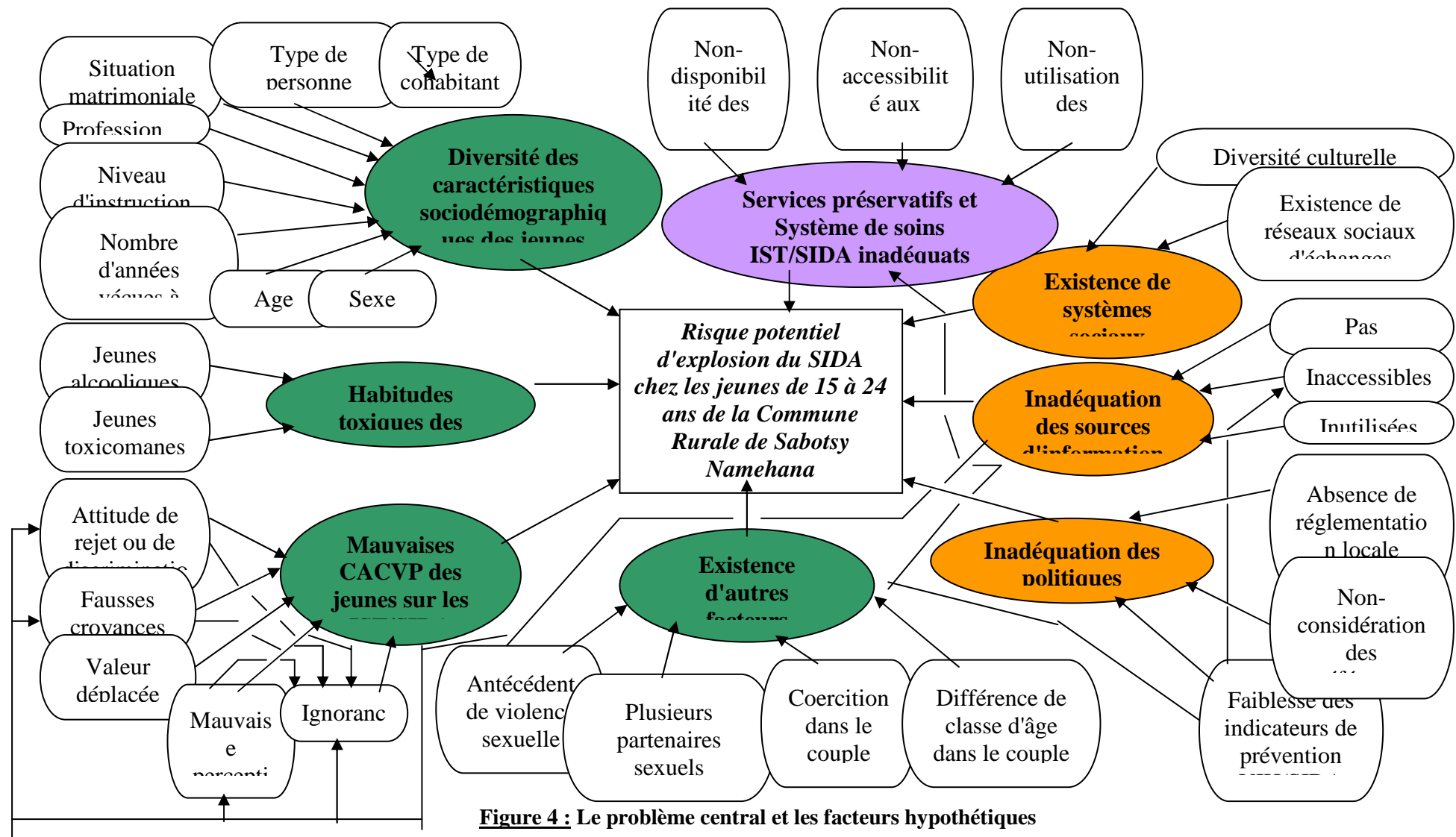
: Facteurs de risque individuel



: Facteurs de risque liés aux services



: Facteur de vulnérabilité



I.D- Revues documentaires : De quels renseignements dispose-t-on déjà sur le problème de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana (CRSN)?

Beaucoup de publications ont déjà rapporté des études ou proposaient d'en faire sur les différents portraits du risque d'explosion du SIDA chez les jeunes, leurs facteurs influençants ainsi que les différentes méthodes de collecte des données.

I.D.1- Les différentes photographies relatives au risque d'explosion du SIDA selon la littérature :

I.D.1.2- Dans le monde :

Selon l'*ONUSIDA* en décembre 1997 [28], la plupart de nouvelles infections à VIH surviennent chez les jeunes de 20 à 24 ans, parfois même avant. Ceci est dû au fait que, les jeunes adoptent les comportements à risque. De plus, neuf personnes sur dix ne connaissent pas leur statut sérologique vis à vis du VIH, surtout dans les pays en développement. Alors que, les personnes qui ne connaissent pas leur état vont plus vraisemblablement développer un SIDA selon une étude aux Etats-Unis.

En avril 1998, l'*ONUSIDA* [32] a évoqué que les IST ne sont pas seulement à l'origine d'un taux élevé de morbidité. Elles augmentent aussi le risque d'infection à VIH.

Ce même organisme publiait en 1999 [1] que les adultes jeunes sont de plus en plus nombreux à s'abstenir de rapport sexuel compte tenu du VIH, que cela soit dans les pays industrialisés ou dans les pays en développement. Partout dans le monde, beaucoup d'auteurs [33], comme *Werdelin et coll.*, *Klanger et coll.*, *Westhoff et coll.*, *Paul et coll.* puis *Rodden et coll.*, évoquaient l'entrée dans la vie sexuelle,

Certains auteurs ne se limitaient pas au fait que ces jeunes ont déjà eu de rapport sexuel. *Zelnik et Shah* en 1983, *Schwartz* en 1993 [33] invoquaient aussi l'âge moyen au premier rapport sexuel, tandis que *Wellings et coll.* en 1995 [33] optaient pour l'âge médian au premier rapport sexuel pour une étude en Angleterre. L'*ONUSIDA* rapportait le premier indicateur en 1998 pour la Thaïlande [17] et proposait le second en septembre 2001 [34] dans un guide de suivi et d'évaluation des programmes SIDA nationaux. L'*OMS* [35] rapportait le résultat en terme de classe d'âge pour l'Amérique Latine et l'Asie.

La notion d'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel a été maintes fois rapportée par l'*ONUSIDA* dans une publication de 1997 [36]. Ceci concernait les pays

développés : l'Europe occidentale et les Etats-Unis. Elle a été reprise par le même organisme en 1999 [33]. Mais dans sa proposition de guide de suivi et d'évaluation des programmes SIDA nationaux [34], l'*ONUSIDA* en 2001 raisonnait en terme d'utilisation de préservatif avant le mariage pour les jeunes.

A part les notions d'entrée dans la vie sexuelle et les pratiques y afférentes, l'*ONUSIDA* en 2001 [34] et le *FHI* en 2000 [14] [15] étudiaient particulièrement les pratiques sexuelles au cours des 12 derniers mois si rapport sexuel existait. Tous les deux répondaient aux questions : "Quels sont les modes et les degrés de promiscuité ?" et "Quel est le taux des rapports sexuels non protégés ?". Seulement, le *FHI*, dans son protocole d'enquête de surveillance comportementale, raisonnait en terme de rapport sexuel régulier (qui a duré plus d'un an) et de rapport sexuel occasionnel. Ce dernier se distinguait en deux types : les rapports sexuels avec les partenaires sexuels occasionnels non prostitués et avec les partenaires sexuels prostitués. Par contre l'*ONUSIDA* proposait de primer la notion de cohabitation avec le partenaire sexuel. D'où les rapports sexuels avec les partenaires extraconjugaux (non cohabitants) et les partenaires conjugaux. Néanmoins, il n'a pas omis d'étudier les rapports sexuels payants et les rapports sexuels entre les hommes. Une enquête nationale en Thaïlande en 1997, puis en 1999 [18] évoque surtout l'utilisation de préservatif avec les prostituées. Enfin, l'*OMS* en 2000 [37], l'*ONUSIDA* en 2001 [34] mesuraient ou proposaient de mesurer le nombre de partenaires sexuels, tous types confondus, tandis que le *FHI* [14] évoquait le nombre par type de partenaire sexuel et l'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaire. Aussi, l'*OMS* [37] proposait des indicateurs de prévention se rapportant au comportement.

I.D.1.2- En Afrique :

Beaucoup d'études en Afrique évoquaient le taux d'infection par le VIH chez les jeunes et même chez les adolescents en 1997 [33]. Il s'agissait de la Zambie, de l'Ouganda, de l'Afrique du Sud, du Botswana et du Kenya occidental. Ce sont tous des pays à haute prévalence de l'infection à VIH.

En Namibie [33], une étude consistait à voir la notion d'antécédent de rapport sexuel chez les jeunes de 12 à 18 ans. S'y associait la notion de multipartenariat. Il en était de même pour la Tanzanie, sauf que la classe d'âge étudiée était de 15 à 24 ans.

En 1990, une étude au niveau de 293 élèves de la première et de la terminale de trois établissements scolaires à Libreville au Gabon [38] décrivait l'entrée dans la vie sexuelle (antécédent de rapport sexuel, âge moyen au premier rapport sexuel), les rapports sexuels au cours du mois précédant l'enquête et le nombre de partenaires sexuels.

Le point commun de plusieurs publications pour l'Afrique a été l'utilisation de préservatif en général. C'est le cas de la Tanzanie, de la Zambie (Lusaka) [33], du Gabon (Libreville) [38] et l'île Maurice [39]. Les auteurs raisonnaient en terme de fréquence d'utilisation du préservatif.

Au Cameroun [40], une étude se consacrait surtout au nombre de partenaires sexuels, le nombre de rapports sexuels et l'utilisation de préservatif.

I.D.1.3- A Madagascar :

Beaucoup d'études sur les pratiques des jeunes vis-à-vis des IST/SIDA ou de la santé de reproduction ont été effectuées dans les lycées et les grandes villes de Madagascar [20] [41] [42] [43]. Cependant, très peu concernent les jeunes du monde rural. Ainsi de nombreux aspects de l'épidémie du SIDA n'ont pas été étudiés ou sont mal compris pour le milieu rural, comme la CRSN, alors que celle ci est une Commune en pleine mutation sociale. [44] [45]

Cependant, quelques variables ont permis à certains auteurs d'avoir des renseignements sur le problème à Madagascar.

En 1998, *Randriamialisoa et coll.* [42] dans une "analyse du groupe cible jeunes dans le cadre de la santé de reproduction dans la ville de Mahajanga" décrivait les variables suivantes : l'existence d'antécédent de rapport sexuel, le nombre de partenaires sexuels, l'âge à la première utilisation de préservatif.

Dans la même année, un article sur Madagascar publié par l'*ONUSIDA* [39] décrivait l'utilisation du préservatif en général. Il évoquait la relation entre l'utilisation de préservatif et les IST. Ainsi, l'article énonçait l'existence de relation avec les partenaires sexuels occasionnels et l'utilisation de préservatif avec ces partenaires sexuels occasionnels.

I.D.1.4- Conclusion :

Ainsi, presque tous les auteurs se souciaient de répondre d'abord à deux questions semblant refléter le problème de possibilité d'explosion de l'infection à VIH :

- Qui a des relations sexuelles avec qui ?
- Qui utilise le préservatif avec qui ?

Mais pour y arriver, plusieurs questions paraissent être utiles à répondre. Le protocole du *FHI* [14] [15], adapté pour la CRSN, coïncide au mieux à notre objectif principal, qu'est l'analyse systémique. Il faudrait décrire tous les portraits possibles du problème, compte tenu de la littérature. Nous avons tenu à utiliser la notion de partenaire sexuel régulier ou occasionnel, vu que la notion de cohabitation avec le partenaire sexuel n'est pas encore un contexte habituel dans la CRSN. Tenir compte de cette cohabitation pourrait biaiser notre étude.

Aucun nouvel élément n'avait été inséré dans cette partie de l'étude, sauf en matière de segmentation du groupe cible. L'expérience révèle que "prendre en considération les problèmes des jeunes, face à leur environnement immédiat contribue à améliorer leurs conditions de vie." [44] Ainsi, nous avons considéré le milieu dans lequel évoluent quotidiennement ces jeunes : le milieu scolaire et le milieu non scolaire.

Outre les pratiques sexuelles, les descriptions du statut en matière d'antécédent de IST et du statut sérologique en VIH/SIDA ont été retenues.

Que disent les autres auteurs à propos des facteurs pouvant influencer ces pratiques sexuelles et ces différents statuts ? Y-a-t-il des éléments nouveaux méritant une réflexion ?

I.D.2- Les différents facteurs pouvant influencer les portraits du problème selon la littérature :

I.D.2.1- Dans le monde :

La plupart des publications décrivaient seulement certains facteurs comportementaux ou sanitaires. Très peu analysaient la liaison entre ces facteurs et le problème soulevé.

➤ Pour les facteurs classés en facteurs de risque individuels évoqués par *Wolffers* [23] et par l'*ONUSIDA* [24], correspondant aux facteurs prédisposants de *Green* et *Kreuter* [21] [22]:

- L'*ONUSIDA* en 1997 [28] évoquait qu'une étude menée en 1996 montrait la relation entre l'âge des jeunes Chiliens, Brésiliens, Mexicains et la notion d'utilisation de préservatif. Il évoque en même temps le rôle de la profession. Une autre publication de 1999 parlait de la place du sexe du jeune [33] dans le risque d'infection à VIH. Une étude dans les zones rurales en province de Thaïlande en juin 1998 [18] montrait aussi le rôle de la religion et de la profession dans le choix du type de partenaire sexuel. Cette même étude invoquait la place du sexe, le niveau d'éducation et la situation matrimoniale.

- Le même organisme notait en 1998 [1] que l'alcool et les autres drogues peuvent affecter le comportement sexuel et augmentent le risque d'infection par le VIH ou par les autres IST. Aussi, en 1999, il évoque que les adolescents de Myanmar [25] constituent le seul groupe de consommateurs de drogues injectables chez qui la prévalence du VIH continue à grimper régulièrement depuis le début des années 90 [1]. La relation entre l'utilisation de drogues injectables et le sexe chez les jeunes gens ayant eu de relation avec des partenaires sexuels masculins était évidente pour le Brésil dans la même année. [1]

- Par ailleurs, l'*ONUSIDA* [1] évoque que la méconnaissance du VIH d'une part, celle des IST d'autre part, celle des moyens de prévention de l'infection à VIH enfin, rendent les jeunes plus vulnérables. L'*OMS* rapportait en 2000 une description de la connaissance des jeunes de quelques pays (Corée, Thaïlande, Shanghai, Inde, Indonésie ...) sur les modes de transmission du VIH/SIDA [35]. Dans le guide de suivi et d'évaluation des programmes SIDA nationaux [34], des indicateurs de connaissance sur la transmission du VIH ont été développés. Ils renforçaient les indicateurs de prévention de l'*OMS* [37]. De même, *Belec* proposait dans son ouvrage [8] d'étudier les connaissances sur le SIDA se rapportant aux comportements sexuels à risque.

- Le *FHI* dans ses ESC [14] [15] planifiait d'étudier les attitudes thérapeutiques des jeunes vis à vis des IST classiques. L'*ONUSIDA* évoquait dans sa publication de 1998 [1] la notion de stigmatisation ou de discrimination des PVV dans beaucoup de pays. Il proposait en même temps en septembre 2001 [34] des indicateurs

de stigmatisation et de discrimination : l'attitude de tolérance envers les PVV et l'employeur garantissant l'absence de discrimination envers les PVV.

- La notion de perception du risque d'attraper le VIH/SIDA a été décrite par l'*ONUSIDA* en 1997 [28]. Cette perception a été rapportée par l'*OMS* en 2000 [35], mais cette fois ci, à propos du risque d'attraper le VIH dès le premier rapport sexuel ou lors des rapports sexuels occasionnels et ceci à Mexico City

- Entre autres, la notion de coercition dans le couple, surtout masculine, a été évoquée par l'*ONUSIDA* en 1997 [28]. Il insistait en 1998 [1] que des statistiques sur cette coercition font des jeunes les plus vulnérables à l'infection à VIH. La question de violence ou de contrainte sexuelle était encore rapportée en 2000 par l'*ANRS* [46]. Les relations entre les violences et les comportements sexuels à risque ont été mises en évidence par Heise L. et coll. [46] en Inde. En septembre 2001, l'*ONUSIDA* proposait des indicateurs pour mesurer la capacité des femmes à négocier des rapports sexuels à moindre risque [34]. Enfin, il proposait dans le même ouvrage d'étudier les différences d'âge dans un couple.

➤ Pour les facteurs classés en facteurs de risque liés aux services évoqués par *Wolffers* [23] et l'*ONUSIDA* [24], correspondant aux facteurs facilitateurs de *Green* et *Kreuter* [21] [22]:

Des indicateurs de disponibilité et de qualité des préservatifs ont été développés par l'*ONUSIDA* en septembre 2001 [34]. Ce dernier s'est inspiré des indicateurs de préventions de l'*OMS* [37]. Il en était de même pour les indicateurs de conseils et de tests volontaires pour le VIH, les indicateurs de soins et de préventions des IST équivalents des indicateurs de prévention IP6 et IP7 de l'*OMS* [37].

➤ Pour les facteurs de vulnérabilité invoqués par *Wolffers* [23] et l'*ONUSIDA* [24], et correspondant aux facteurs de renforcement de *Green* et *Kreuter* [21] [22]:

- Les facteurs les plus décrits ou même analysés ont été les éducations sur le VIH [36] et les rôles des pairs [33]. Une analyse des rôles des campagnes d'éducation a été entreprise en Thaïlande selon l'*ONUSIDA* en juin 1998 [18]. En 1997, l'*ONUSIDA* [26] rapportait beaucoup de résultats à propos des études cherchant l'effet des

éducations sexuelles sur les comportements jeunes. Citons les études entreprises par *Pick de Weiss et coll.* à Mexico en 1990, *Moreau et coll.* en Switzerland en 1996, et aux Etat-Unis par *Philliber et Tatum* en 1982, *Furstenberg et coll.* en 1985, *Marsiglio et Mott* ainsi que *Dawson* en 1986, *Spanier* en 1988, *Anderson et coll.* en 1990, *Ku et coll.* en 1992.

- *Pierre J. et coll.* [46] rapportait qu'en juillet 1996, *Parker R.* proposait de dépasser l'étude des comportements individuels pour situer l'analyse au niveau des changements sociaux et de la justice sociale. Une année auparavant, *Calvez M.* [47] rapportait les travaux de *Bayos et coll.* supposant que la recherche sociale sur le SIDA est indissociable aux sciences sociales, donc des phénomènes sociaux.

I.D.2.2- En Afrique :

En 1990, *Atende C.* et coll. décrivait [38] seulement certains facteurs pouvant se rapporter au cas de Libreville au Gabon : les connaissances des modes de transmission du SIDA, les connaissances sur l'existence de porteur sain du VIH, les connaissances sur les moyens de prévention du VIH/SIDA, la perception des groupes à risque, la perception du risque d'attraper le SIDA (analyser avec l'utilisation de préservatif), les motifs d'utilisation ou non de préservatif, l'accessibilité financière aux préservatifs (par rapport à leur utilisation) et les sources d'information sur les IST/SIDA.

Dans la même année, *Cheringou H.* [40] décrivait les connaissances sur les modes de transmission et de prévention du VIH/SIDA, la perception des populations à risque, les attitudes vis-à-vis des préservatifs, les lieux d'approvisionnement actuels et/ou souhaités de préservatif, les précautions prises par la population cible de l'étude depuis l'avènement du SIDA et les informations reçues et/ou souhaitées sur le SIDA. Cet auteur cherchait à évoquer la liaison du sexe des jeunes avec la notion de rapport sexuel ou avec l'âge au premier rapport sexuel.

L'*ONUSIDA* en 2000 [2] rapportait aussi la description de quelques indicateurs pour d'autres pays africains, comme le Nigeria : la connaissance sur l'existence de porteurs sains et la connaissance sur les modes de transmission du VIH/SIDA.

Qu'en était-il des études de ces facteurs à Madagascar ?

I.D.2.3- A Madagascar :

- En ce qui concerne les facteurs classés en facteurs de risque individuels :

Comme pour le cas des portraits du problème, très peu d'études des facteurs engendrant le problème ont été entreprises dans des régions rurales de Madagascar, surtout avec le raisonnement analytique. Cependant, la description des connaissances et des attitudes des lycéens ou des jeunes des grandes villes [41] [42] [43] serait utile pour l'identification de ces facteurs.

- Pour les facteurs classés en facteurs de risque liés aux services :

Se basant sur le fait que les IST constituent un facteur de risque d'attraper le VIH/SIDA, *Rakotomalala R.* [48] publiait en juin 2000 le résultat d'une étude de la prise en charge des IST dans les établissements de Santé à Madagascar, en mesurant les indicateurs de prévention 6 et 7.

- Pour les facteurs classés en facteurs de vulnérabilité :

En 1998, *Randriamialisoa Z.* et coll. tenaient compte des sources d'information et des préférences éducationnelles en Santé de Reproduction des Adolescents (SRA) des jeunes cibles de leur étude à Mahajanga [42]. En 1999, le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) [29] insistait aussi sur les sources d'information. Ceci concernait plutôt les personnes ressources.

I.D.2.4- Conclusion :

Ainsi, la plupart des facteurs cités précédemment ont été retenus. D'autres ont été rejetés pour des raisons de non-faisabilité ou même de non-objectivité. Et pour les mêmes raisons, certains, jugés pertinents, ont été modifiés pour pouvoir l'adapter au contexte de la CRSN. Enfin, quelques facteurs ont été rajoutés pour assurer une étude systémique selon leur faisabilité : le type de cohabitant, le type de preneur en charge, certaines croyances et valeurs, quelques éléments de la perception, le nombre de partenaires sexuels prémaritaux.

Qu'en était-il des techniques de collecte de données utilisées par ces auteurs ?

I.D.3- Les méthodes utilisées par les différents auteurs :

Presque tous les auteurs utilisaient des enquêtes avec des questions fermées en se basant sur des protocoles préétablis par l'*OMS* [37], le *FHI* [14][49], ou l'*ONUSIDA* [50] ou par d'autres organismes.

Cependant, certaines données risquent d'être noyées dans les réponses fermées du genre OUI ou NON et ne peuvent être exploitées à fond. Ainsi, nous avons choisi pour certains indicateurs d'entreprendre des discussions en groupe ou des entretiens individuels approfondis ou des observations.

Ces données assez explicites, avec celles des études préliminaires exposées à l'énoncé du problème, permettent de déduire que la situation est grave. Mais le pire pourrait être évité grâce à la connaissance de tous ces facteurs couvrant le monde entier, le continent africain y compris Madagascar.

Particulièrement, la CRSN sera-t-elle impuissante face au risque potentiel d'explosion du SIDA chez ses jeunes ? La réponse devrait être non. Mais par quel moyen ?

Les moyens ne seront connus sans avoir plus de précision sur les raisons de ce risque. La connaissance des facteurs pouvant engendrer ce problème permettra à la Commune de profiter au maximum de la grande chance qu'elle a : celle de pouvoir éviter l'explosion de l'épidémie.

Quels sont alors les objectifs de notre recherche ?

I.E- Objectifs de recherche : Quels résultats voulions-nous obtenir à la fin de ce travail?

Etant une étudiante en Médecine habituée à des démarches diagnostiques, nous pensons qu'aucune lutte contre ce fléau ne sera possible et efficace si nous néglignons de déterminer les étiologies du "mal".

Ainsi, en suivant cette même démarche et tout en tenant compte des facteurs relatifs au problème central, nous avons identifié les objectifs de recherche présentés dans le tableau 1 (Voir page 30)

Quand ces rappels auront été ainsi explicités, il conviendrait ensuite de décrire la méthodologie adoptée dans notre travail pour atteindre les objectifs souhaités.

► **Tableau 1 : Les objectifs de recherche**

PROBLEME CENTRAL : Risque potentiel d'explosion du SIDA chez les jeunes de 15 à 24 ans de la CRSN	OBJECTIF GENERAL OG- Identifier les raisons du risque potentiel d'explosion du SIDA chez les jeunes de 15 à 24 ans de la CRSN. OS.01- Déterminer les pratiques sexuelles des jeunes de 15 à 24 ans de la CRSN. OS.02- Déterminer la prévalence des IST curables chez les jeunes de la CRSN. OS.03- Déterminer la prévalence de l'infection à VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans de la CRSN.
FACTEURS : 1- Facteurs de risque individuels 2- Facteurs de risque liés aux services 3- Facteurs de vulnérabilité	OBJECTIFS SPECIFIQUES OS.1- Segmenter la population cible. Et afin de systématiser le diagnostic du problème : OS.2- Décrire et analyser les facteurs relatifs aux jeunes qui génèrent le risque pour ces jeunes d'être infectés par le VIH. OS.3- Décrire et analyser les facteurs relatifs aux services qui génèrent le risque pour ces jeunes d'être infectés par le VIH. OS.4- Décrire et analyser les facteurs relatifs à l'environnement de ces jeunes et qui leur donne prise à l'infection à VIH. OS.5- Etablir les priorités sur les changements souhaités. OS.6- Planifier des suggestions de solutions au problème qui seront des composants d'un programme de promotion en vue d'une mise en œuvre, d'un maintien et d'une évaluation de ce programme.

METHODOLOGIE

II- METHODOLOGIE :

Avant d'entrer dans le vif du sujet à savoir les matériels et méthodes utilisés au cours de notre recherche, nous allons présenter le cadre de notre étude qu'est la Commune Rurale de Sabotsy Namehana (CRSN). Ces renseignements nous sont d'une grande aide pour la collecte et l'utilisation ultérieure des données.

II.A- Cadre de l'étude : La CRSN en pleine mutation social: [44] [45]

Sabotsy Namehana était un village où le Roi Andrianampoinimerina a installé une de ses douze épouses. C'était au XVIème siècle

Actuellement, chaque région a sa potentialité. La population devient de plus en plus jeune tout en étant hétérogène. La majorité des foyers disposent au moins d'un poste radio. L'infrastructure sanitaire est vétuste. L'Education et l'Eglise restent un avenir pour toute sa population.

II.A.1- Une Commune très potentielle :

Elle appartient à la province d'Antananarivo – Département Avaradrano – Région Analamanga ; Sabotsy Namehana est une Commune Rurale de deuxième catégorie.

Elle se trouve au nord de la capitale à onze kilomètres de la ville d'Antananarivo, s'étend sur vingt-deux kilomètres carrés et est traversée par la Route Nationale 3.

Elle est composée de quatre arrondissements ayant chacun sa propre spécificité :

- ❖ Atsinanantsena : administrative, commerciale
- ❖ Namehana : touristique, agricole
- ❖ Anosy Avaratra : résidentielle, manufacturière
- ❖ Manandriana : touristique et à urbaniser.

Dans ces quatre arrondissements, on compte vingt-sept « Fokontany » (ex cantons).

II.A.2- Une population jeune hétérogène :

Le recensement administratif réalisé en 1999 dénombre 44.456 habitants, dont 20.000 jeunes âgés de 15 à 24 ans parmi lesquels 22% sont des adolescents (âgés de 15 à 19 ans). [45] [51]

65% de la population sont des autochtones, 30% des natifs des autres provinces et 5% des étrangers. [45] [51]

La population s'entasse dans les « Fokontany » près du grand marché de Sabotsy, c'est à dire à Tsarafara, Atsinanantsena et Andrefantsena. Ce phénomène laisse en friche de grandes surfaces dans les arrondissements de Manandriana et d'Anosy Avaratra.

En ce qui concerne les activités professionnelles, nous avons recueilli pour la communauté de Sabotsy Namehana [44] [45] [51] :

- ❖ 41% dans le secteur primaire
- ❖ 12% au secteur secondaire
- ❖ 18,49% au secteur tertiaire
- ❖ 24% des demandeurs d'emploi
- ❖ 4,51% des inactifs.

II.A.3- Un système de communication contrasté :

II.A.3.1- Un système de transport détérioré :

La RN3 est bitumée, mais les routes communales, longues en tout d'environ 12 kilomètres, sont à peine carrossables.

Outre les voitures particulières, les « taxis-brousse », les « taxi collectif », les « taxi villes » qui sillonnent la commune, on note surtout l'utilisation des bicyclettes ou des charrettes à bœufs, et même la marche à pied pour parcourir de longs trajets.

II.A.3.2- Le système de communication à la portée de tous :

Le marché ou « tsena » reste toujours pour la population un des moyens de communication, un des moyens pour se partager les nouvelles. D'autant plus que la gare routière se trouve tout près du marché.

La radio est disponible presque dans chaque foyer et la plupart de la population, non compris les analphabètes, lisent quotidiennement au moins un journal.

Les entreprises vidéo pullulent dans les quartiers les plus peuplés comme Atsinanantsena.

On compte trois bibliothèques, toutes vétustes : communale, au lycée, au CEG. Celle de l'Akany Tsimoka, un centre de réinsertion sociale, est aussi disponible.

Un projet de mise en place d'un hall d'information et d'une vraie bibliothèque communale neuve est en gestation.

II.A.4- Tourisme et culture ... des principales réjouissances :

Un seul hôtel est recensé et est pratiquement fréquenté par des gens de passage dans la commune.

Des épiceries bars, restau bars, gargotes, night clubs informels émergent, affectant les caractéristiques de « noctambule » à la population en général, les jeunes en particulier.

Aucune maison de passage n'est formellement recensée.

Deux centres culturels, utilisés seulement comme des « salles de fêtes » ou des « salles de projection de films », existent : le « Tranopokonolona » et le « Lapan'ny Firaïankina ».

Beaucoup de festivités, surtout traditionnelles occasionnent des rassemblements populaires : « Didim-poitra » (circoncision), « Tolonomby » (lutte homme-taureau), « Kobanondry ». L'alcool y tient une grande place.

II.A.5- Infrastructure sanitaire vétuste :

II.A.5.1- Les centres de santé :

II.A.5.1.a- Centre Public : [52]

Un Centre Hospitalier de District (CHD) de type 1 se trouve dans l'arrondissement d'Anosy Avaratra. Il est le seul CHD d'Antananarivo Avaradrano. Le centre ne dispose pas de dispensaire ni d'unité de laboratoire. Mais en plus de sa fonction de centre de premiers recours, les activités de dispensaire y sont également assurées.

Sept médecins, un chirurgien dentiste, trois paramédicaux, treize agents administratifs travaillent dans le centre.

Deux types de bâtiments existent :

❖ Les anciens bâtiments passablement réhabilités servent pour l'hospitalisation, la pharmacie, les consultations externes, les activités de surveillance maternelle et infantile et les logements des personnels.

❖ Le nouveau bâtiment, construit lors de la deuxième République, abrite la chefferie, la maternité, la dentisterie, le service de Planification Familiale et la pharmacie de gros.

II.A.5.1.b- Centres privé et libre :

❖ 19 médecins sont recensés dans toute la Commune et exercent de façon libérale.

❖ On compte deux dispensaires confessionnels et deux autres sont en cours de construction.

II.A.5.2- Les dépôts de médicaments :

❖ Une pharmacie à gestion communautaire se trouve dans l'enceinte du CHD 1 d'Anosy Avaratra.

❖ Six pharmacies privées sont recensées dans toute la Commune :

- Quatre à Atsinanantsena,
- Une à Andrefantsena,
- Une à Ambohinaorina.

II.A.6- L'éducation, un avenir pour tous : [44] [45] [51]

On a recensé :

- ❖ 15 Ecoles Primaires Publiques et 25 écoles primaires privées,
- ❖ 2 Collèges d'Enseignement Général publics (Andrefantsena, Manandriana) et 6 collèges privés,
- ❖ 1 Lycée public et 4 lycées privés,
- ❖ 1 école technique privée.

La langue française commence à émerger dans l'enseignement.

La principale activité parascolaire est le sport : football, basket-ball. Des animations de groupe ont lieu dans certains établissements, comme au Centre de Documentation et d'Information (CDI) du Lycée Andrianampoinimerina de Sabotsy Namehana (LASN).

La Commune possède 2 terrains de foot-ball / rugby, 2 terrains de basket-ball et 2 terrains de volley-ball.

La majorité des jeunes pratiquant le rugby est très pauvre et presque des illettrés et les responsables de cette discipline sportive tentent de les réinsérer dans la société par ce sport et par d'autres activités.

II.A.7- L'église : Une source d'espoir inépuisable :

Les institutions confessionnelles recensées sont toutes rattachées au christianisme. Elles ont des groupes de jeunes très actifs, dont les membres sont issus de différentes catégories sociales.

Le cadre de l'étude ainsi présenté, abordons maintenant les matériels et méthodes que nous avons utilisés.

II.B- Matériels et méthodes :

II.B.1- Type d'études et techniques de collecte des données :

Notre étude s'est effectuée en trois étapes :

- L'étude préliminaire,
- L'étude descriptive et analytique,
- La planification stratégique.

En résumé, quatre techniques de collectes des données ont été utilisées : (Voir Tableau 2)

- Les documentations,
- Les observations,
- Les entretiens ou enquêtes individuelles approfondies,
- Les focus group.

►Tableau 2 : Questions, types d'études et techniques de collectes des données. [53] [54]

Etat de connaissance sur le problème	Types de questions	Types d'études	Techniques de collectes
1- On sait qu'il existe un problème mais on connaît peu de choses sur ses caractéristiques et sur ses causes possibles.	1- Quelle est la nature et l'ampleur du problème ?	➤ Etude préliminaire	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien avec des informateurs clés : médecins, dépositaires de médicaments, autorités communales. • Consultation de dossiers.
	2- Qui sont touchés par le problème ?	➤ Etude descriptive	<ul style="list-style-type: none"> • Enquêtes individuelles des jeunes.
	3- Quels sont les comportements des personnes touchées par le problème ?	➤ Etude descriptive	<ul style="list-style-type: none"> • Enquêtes individuelles des jeunes.
2- On soupçonne que certains facteurs contribuent au problème.	5- Quels sont les facteurs qui sont vraiment associés au problème ?	➤ Etude analytique des déterminants comportementaux	<ul style="list-style-type: none"> • Enquêtes individuelles des jeunes • Focus group des jeunes • Observation des prestataires de soins IST • Entretien avec les prestataires de soins IST • Entretien avec les pharmaciens et les vendeurs de préservatifs.
3- Des changements individuels et sociaux sont escomptés.	6- Quels sont les stratégies à planifier pour atteindre les changements individuels et sociaux escomptés ?	➤ Planification stratégique.	<ul style="list-style-type: none"> • Focus group des jeunes. • Entretien avec les prochains collaborateurs.

Vu ce cadre de travail général, le processus systémique des logiques verticales et horizontales [55], et les objectifs de notre recherche, le tableau suivant montre les variables et les indicateurs à mesurer compte tenu du problème central et des facteurs hypothétiques.

II.B.2- Les variables et indicateurs selon les objectifs de recherche :

► **Tableau 3 : Les variables et indicateurs selon les objectifs de recherche**

PROBLEME CENTRAL	OBJECTIF GENERAL	VARIABLES DEPENDANTES	INDICATEURS
Risque potentiel d'explosion du SIDA chez les jeunes de 15 à 24 ans de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana.	Déterminer les raisons du risque potentiel d'explosion du SIDA chez les jeunes de 15 à 24 ans de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana.		
	OS.0 ₁ - Déterminer les pratiques sexuelles des jeunes de 15 à 24 ans de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana.	1- Pratiques sexuelles au 1 ^{er} rapport sexuel : • JS • JNS	1- Proportion des jeunes qui ont déjà eu de RS 2- Classe d'âge des jeunes au 1 ^{er} RS 3- Proportion des jeunes ayant utilisé du condom au 1 ^{er} RS
		2- Pratiques sexuelles au cours des 12 derniers mois : • JS • JNS	4- Proportion des jeunes ayant eu de RS au cours de ces 12 derniers mois 5- Proportion des jeunes selon le type de partenaires sexuels : PSR / PSONP / PSP / PSM de ces 12 derniers mois 6- Proportion des jeunes selon le nombre de partenaires sexuels occasionnels au cours de ces 12 derniers mois 7- Proportion des jeunes selon l'utilisation de condom avec les différents partenaires sexuels au cours de ces 12 derniers mois.
	OS.0 ₂ - Déterminer la prévalence des IST chez les jeunes de 15 à 24 ans de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana.	3- Antécédents d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois : • JS • JNS	8- Proportion des jeunes ayant eu des antécédents d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois.

- OS.0₃- Déterminer la prévalence des infections par le VIH/SIDA chez les jeunes de la Commune Rurale de Sabotsy Namehena.
- 4- Statut sérologique VIH/SIDA :
- JS
 - JNS
- 9- Proportion des jeunes séropositifs (VIH/SIDA)

FACTEURS	OBJECTIFS SPECIFIQUES	VARIABLES INDEPENDANTES	INDICATEURS
1- FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS	OS.1- Décrire et analyser les facteurs relatifs aux jeunes qui génèrent le risque d'être infecté par le VIH.	<p>1- Caractères socio-démographiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexe • Age • Situation matrimoniale • Niveau d'instruction • Profession • Nombre d'années vécues à Sabotsy Namehana • Religion • Ethnie • Cohabitant • Preneur en charge • Lieu de résidence actuel <p>2- Habitudes toxiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcool • Drogues 	<p>10- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et le :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexe • Age • Situation matrimoniale • Niveau d'instruction • Profession • Nombre d'années vécues à Sabotsy Namehana • Religion • Ethnie • Cohabitant • Preneur en charge • Lieu de résidence actuel <p>11- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et la fréquence de la prise d'alcool</p> <p>12- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et la fréquence de la prise de drogue</p> <p>13- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et le mode d'administration des drogues</p>

- 3- CAP des jeunes :
- ☛ Connaissances sur les IST
 - 14- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et la connaissance des symptômes de IST chez la femme
 - 15- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et la connaissance des symptômes de IST chez l'homme
 - 16- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et la connaissance du 1^{er} recours en cas de IST
 - 17- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et la connaissance du délai entre l'apparition des symptômes de IST et le recours chez un médecin
 - ☛ Connaissances sur le SIDA
 - 18- Capacité des jeunes à décrire brièvement ce qu'est le SIDA
 - 19- Capacité des jeunes à situer le SIDA (dans le monde, en Afrique, à Madagascar...)
 - 20- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et la connaissance du nom du germe responsable du SIDA
 - 21- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et la connaissance de la notion d'existence de porteur sain
 - 22- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et la connaissance de la notion d'incurabilité du SIDA
 - 23- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et la connaissance de la notion d'absence du vaccin contre le SIDA
 - 24- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et la connaissance des pratiques de prévention du SIDA
 - 25- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et la connaissance des modes de transmission du SIDA
 - 26- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et la connaissance de moyen de diagnostic du SIDA

☛ Connaissances sur les préservatifs	27- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et la connaissance des rôles du préservatif
☛ Attitudes vis à vis des IST classiques	<p>28- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et leur 1^{er} recours au cours du dernier épisode d'écoulement et/ou ulcération génitale</p> <p>29- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et le délai de recours chez un médecin lors du dernier épisode d'écoulement et/ou ulcération génitale</p> <p>30- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et l'utilisation des médicaments prescrits par le médecin. lors du dernier épisode d'écoulement et/ou ulcération génitale</p> <p>31- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et la notion de prise en charge des partenaires sexuels lors du dernier épisode d'écoulement et/ou ulcération génitale de ces jeunes</p> <p>32- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et l'attitude d'incitation au dernier partenaire sexuel à se faire traiter lors du dernier épisode d'écoulement et/ou ulcération génitale de ces jeunes</p>
☛ Attitudes vis à vis du SIDA	<p>33- Evaluation des attitudes vis à vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaissances • Epoux(se) • Copains • Parent • Famille • Ami(e)s <p>34- Evaluation des attitudes si eux-mêmes vivaient avec le VIH/SIDA</p>
☛ Attitudes vis à vis du préservatif	35- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et les motifs d'utilisation du préservatif au cours du 1 ^{er} rapport sexuel

	36- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et les motifs de non-utilisation du préservatif au cours du 1 ^{er} rapport sexuel
	37- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et les motifs d'utilisation du préservatif avec les différents partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois
	38- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et les motifs de non-utilisation du préservatif avec les différents partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois
☛Croyances vis à vis du SIDA	39- Niveau de croyance des jeunes selon ce qu'ils pensent être à l'origine du SIDA
☛Valeurs vis à vis de la sexualité	40- Valeurs de l'amour des jeunes selon leurs moyens de prouver l'amour pour une personne
☛Perceptions	41- Niveau de perception des jeunes du risque d'attraper le SIDA
	42- Niveau de perception des jeunes de l'incurabilité du SIDA
	43- Niveau de perception des jeunes selon leur conviction personnelle sur les catégories de personnes qui doivent utiliser du préservatif
	44- Niveau de perception des jeunes selon leurs opinions à propos du multipartenariat sexuel
	45- Niveau de perception des jeunes selon leurs opinions sur l'homosexualité
4- Autres facteurs sociologiques	46- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et le nombre de partenaires prémaritaux
☛Nombre de partenaires prémaritaux	
☛Coercition dans le couple	47- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et l'existence de coercition dans le couple
☛Type de coercition dans le couple	48- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et le type de coercition dans le couple
☛Antécédents de violence sexuelle	49- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et l'existence d'antécédent de violence sexuelle
☛Différence de classe d'âge dans le couple	50- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et la différence de classe d'âge dans le couple

2- FACTEURS DE RISQUE LIES AUX SERVICES	OS.2- Décrire et analyser les facteurs relatifs aux services qui génèrent le risque pour ces jeunes d'être infecté par le VIH.	<p>1- Disponibilité des ressources :</p> <p>☛Structures :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offrant la distribution de préservatif • Offrant la prise en charge des IST classiques <p>☛Matériels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préservatif dans les structures correspondantes • Matériels pour la prise en charge des IST classiques dans les structures correspondantes • Médicaments pour la prise en charge des IST classiques dans les structures correspondantes <p>☛Personnels qualifiés:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offrant la distribution de préservatif • Offrant la prise en charge des IST classiques <p>2- Accessibilité aux ressources :</p> <p>☛Préservatif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Géographique • Financière 	<p>51- Etat des structures offrant la distribution de préservatif</p> <p>52- Etat des structures offrant la prise en charge des IST classiques</p> <p>53- Etat de stock de préservatif selon les structures</p> <p>54- Etat de stock des matériels pour la prise en charge des IST classiques selon les structures</p> <p>55- Etat de stock des médicaments pour la prise en charge des IST classiques selon les structures</p> <p>56- Etat des ressources humaines offrant la distribution de préservatif</p> <p>57- Etat des ressources humaines offrant la prise en charge des IST</p> <p>58- Proportion des jeunes selon les différents portraits du problème et la distance entre domicile/bureau des jeunes et l'endroit ou la personne la plus proche offrant la distribution de préservatif</p> <p>59- Proportion des jeunes selon les différents portraits du problème et leur pouvoir d'achat de préservatif</p>
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Fonctionnelle ☛ Prise en charge des IST classiques • Géographique 	60- Etat des problèmes relatifs aux structures offrant la vente de préservatif rencontrés par les jeunes 61- Proportion des jeunes selon les différents portraits du problème et la distance entre domicile/bureau des jeunes et l'endroit ou la personne la plus proche offrant la prise en charge des IST classiques 62- Etat des problèmes relatifs au coût d'une prise en charge des IST classiques 63- Etat des problèmes rencontrés par les jeunes en matière de prise en charge des IST classiques
		3- Utilisation des ressources : ☛ Utilisation des préservatifs ☛ Fréquentation des dispensateurs de soins IST	(confusionnel) (confusionnel)
3- FACTEURS DE VULNERABILITE	OS.3- Décrire et analyser les facteurs relatifs à l'environnement de ces jeunes et qui leur donne prise à l'infection à VIH.	1- Systèmes sociaux d'échange sexuel ☛ Lois et coutumes ☛ Réseau social 2- Sources d'information <ul style="list-style-type: none"> • Préservatif/IST/SIDA • Générale 	64- Etat des différents lois/coutumes régissant l'environnement ou vivent les jeunes ou d'où ils viennent 65- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et leur appartenance à un groupe de rencontre 66- Proportion des jeunes selon les différents profils du portrait du problème et le type de groupe de rencontre auquel ils appartiennent 67- Etat des différentes sources d'information des jeunes en matière de préservatif/IST/SIDA 68- Proportion des jeunes selon la fréquence d'écoute de la radio 69- Proportion des jeunes selon la fréquence des séances de télévision 70- Proportion des jeunes selon la fréquence des séances de vidéo

3- Facteurs politiques

☛ Réglementation locale en matière de sexualité

71- Etat des différentes réglementations locales en matière de sexualité

☛ Préférence éducationnelle des jeunes

72- Etat des différentes préférences des jeunes selon les :

- Lieu pour l'éducation
- Dispensateur d'éducation
- Moment de l'éducation
- Pairs-étudiant
- Sujets intéressants

☛ programme local de lutte contre le VIH/SIDA

73- Résumé de tous les reflets des indicateurs de prévention mesurés pour évaluer un programme SIDA

II.B.3- Echantillonnage :

II.B.3.1- Segmentation de la population cible :

La base de notre travail est une étude qualitative, descriptive et analytique. Ainsi, nous avons tenu à couvrir la plus large gamme possible des jeunes à étudier.

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont les cibles primaires de cette étude.

La première segmentation est le milieu dans lequel ces jeunes évoluent quotidiennement. D'où les deux segments :

- Les jeunes de 15 à 24 ans en milieu scolaire ou JS. C'est à dire les jeunes qui fréquentent l'école.
- Les jeunes de 15 à 24 ans en milieu non scolaire ou JNS. Ce sont les jeunes qui ne fréquentent plus l'école.

II.B.3.2- Taille de l'échantillon :

Comme il s'agit d'une recherche qualitative [56], la taille de l'échantillon a été calculée en fonction du niveau de confiance souhaité. C'est-à-dire en fonction de la proportion de l'univers (p) et de l'erreur tolérée (d), selon la formule de *Delige* [57] [58].

$$N = Z^2 \frac{P(1 - P)}{D^2}$$

où :

- ❖ N = Taille de l'échantillon
- ❖ P = Univers. Pour avoir un maximum d'échantillon, P = 0,5
- ❖ D = Erreur tolérée
- ❖ Z = Constante dépendante du niveau de confiance recherché.
 - Pour un niveau de confiance de 90%, z = 1,65
 - Pour un niveau de confiance de 95%, z = 1,96
 - Pour un niveau de confiance de 99%, z = 2,57

Nous avons voulu que notre estimation ne s'écarte que de 5% de la valeur réelle, c'est-à-dire, $D = 0,05$. Le niveau de confiance est ainsi à 95%, donc $Z = 1,96$.

$$\text{D'où} \quad N = (1,96)^2 \frac{0,5 (1 - 0,5)}{(0,05)^2}$$

Soit $N = 384$

Nous avons dû tenir compte des données suivantes. Environ 20.000 jeunes fréquentent la CRSN. 65% évoluent encore dans le milieu scolaire ou étudiantin. Les autres (35%) sont inactifs ou travaillent déjà. [42] [43] [46]

Aussi, pour le calcul de la taille finale de l'échantillon relatif à chaque segment, une marge de 20% a-t-elle été retenue.

Nous avons eu

$$N.JS = [(384 \times 65) / 100] + 20\% = 300$$

$$\text{Et } N.JNS = [(384 \times 35) / 100] + 20\% = 161$$

D'où $N = 461$

Pour des raisons de commodité au cours du recrutement des sujets à l'étude, la taille totale de l'échantillon a été portée à 469 jeunes dont 303 JS et 166 JNS.

Comment ces jeunes ont été choisis ?

II.B.3.3- Sondage aléatoire par quotas à deux degrés :

Les unités primaires ont été d'abord choisies, puis les unités secondaires.

II.B.3.3.a- Les unités primaires :

Comme unités primaires, nous avons ciblé :

➤ Pour les JS, les :

- Etablissements scolaires secondaires (de la classe de troisième en terminale) dont 2 publics et 2 privés,

- 16 Fokontany pour les JS évoluant dans le milieu de l'enseignement supérieur.

➤ Pour les JNS, ce sont les jeunes choisis de la même manière que les JS universitaires.

II.B.3.3.b- Unités secondaires :

➤ Pour les JS, chaque unité est composée de jeunes collégiens, de jeunes lycéens et d'universitaires. Ils ont été choisis aléatoirement à partir des numéros des élèves par classe dans une boîte. Le choix des universitaires a suivi la méthode du "foyer le plus près du point de départ à droite".

➤ Pour le JNS, ce sont des jeunes choisis de la même manière que les JS universitaires.

II.B.4- La collecte des données :

Le travail s'est déroulé en deux étapes.

II.B.4.1- L'étude préliminaire :

Des observations et des entretiens auprès des informateurs clés ont été menés dans la CRSN avant l'étude proprement dite. Le chercheur principal et un informateur local ont assuré cette étape.

II.B.4.2- L'étude proprement dite :

Des prétests des questionnaires ou des guides utilisés pour la collecte des données à ce stade ont été effectués dans la Commune Rurale d'Ankazondandy (Une localité à quelques kilomètres de la CRSN). Ceci a été fait pour valider les outils proposés dans notre protocole de recherche.

A part les observations ou les documentations pour certains indicateurs, deux séries de collectes de données ont été entreprises.

II.B.4.2.a- Etude auprès des jeunes :

Des enquêtes individuelles approfondies, comprenant des questions fermées et ouvertes, ont été faites de novembre à décembre 2000 durant 40 jours. Deux enquêteurs locaux (dont le chercheur principal) ont assuré ces enquêtes.

Des "focus group" [55] ont fait suite à ces enquêtes, avec la même population cible. Huit groupes homogènes de six jeunes ont été ainsi constitués. Trois personnes ressources y ont été affectées : un animateur (le chercheur principal), un rapporteur secrétaire et un rapporteur observateur. A noter que toutes ces personnes sont des chercheurs auxiliaires sur le système de santé. Durant certaines séances, deux autres personnes (issues de ce même groupes de chercheurs) observaient le "focus group". Ces "focus group" ont duré quatre jours (janvier 2000).

Les outils pour ces deux étapes de collecte de données ont été basés sur ceux des enquêtes de surveillance comportementale du *FHI* [14] [15] [16]. Ils ont été adaptés aux réalités de la CRSN. (Voir guide en Annexes 1 et 2)

Les résultats obtenus au cours de cette série après les analyses, ont amené à ce qu'on fasse de nouvelles études auprès des prestataires de soins, alors qu'au départ le protocole de recherche a seulement prévu la consultation des dossiers correspondant aux études récentes.

II.B.4.2.b- Etude auprès des prestataires de soins :

❖ Choix des cibles:

Les cibles de cette étude sont tous des prestataires de soins dans la CRSN qui ont accepté de participer à l'enquête.

Au total, 10 soignants ont été retenus pour les quatre arrondissements.

❖ Collecte des données:

Pour des raisons de faisabilité (facteur temps), il a été décidé que l'enquête se fera pendant 15 jours, dont trois jours par prestataire de soins.

Le nombre d'enquêteurs a été ainsi fixé à deux, dont le chercheur principal.

L'enquête s'est déroulée en deux étapes en mars 2002 :

- La première consiste à observer la prise en charge effectuée par ces personnels soignants. Ceci, afin d'évaluer leur pratique.

- La deuxième, faite après la dernière séance d'observation, a été consacrée à l'entretien avec les même cibles. Ceci afin de mesurer leurs connaissances en matière de prise en charge d'une IST. (Voir le guide en Annexes 3 et 4)

II.B.5- Traitement et analyse des données :

Toutes les fiches d'enquêtes, d'entretien et d'observation ont été vérifiées en vue de détecter les incohérences ou les valeurs manquantes.

Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide des programmes appropriés sous le logiciel *EPI INFO 6.04c FR*. Au total, nous avons enregistré :

- 469 fiches d'entretien individuel approfondi auprès des jeunes,
- 24 fiches d'observation des prestataires de soins,
- 10 fiches d'entretien des prestataires de soins.

Notons qu'au cours des analyses, des tests statistiques ont été effectués. En particulier, c'était le test Chi-carré (toutes les variables sont qualitatives), en vue d'une recherche de différences entre des distributions ou d'une liaison entre des variables (analyse bivariée ou multivariée). Ce test a été fait quand l'échantillon à étudier est assez grand selon *Schwartz* [59]. C'est à dire quand l'effectif calculé a été supérieur à cinq. Sinon, la valeur de la limite de confiance P calculée a été retenue ou d'autres tests ont été faits (Fisher bilatéral ...). Le test Chi-carré est significatif quand la valeur calculée est supérieure à la valeur correspondante au degré de liberté (ddl) de la table selon la limite de confiance retenue. Elle a été de 95% pour notre étude (Voir table des ddl utilisés en Annexe 5). Ainsi, quand le Chi-carré n'est pas valable et quand $P < 0,05$, le test conclut à une signification de la liaison ou des différences.

Vu l'ampleur de ce travail, un guide pour la présentation des résultats est décrit ci-après.

II.B.6- Comment comprendre la présentation de nos résultats?

Les faits suivants sont à noter :

- Seuls les résultats dont le test statistique concluait à une signification des différences ou des liaisons sont illustrés dans les tableaux ou les figures. Ceci ne concerne pas les résultats se rapportant au portrait (III.A.2).
- Vu que les différences entre les deux groupes de population cible (JS et JNS) étaient significatives pour les portraits cités ci-après, les analyses de leur facteurs hypothétiques sont séparées. Si l'un des deux groupes n'est pas illustré, cela signifie que la liaison entre ce portrait et le facteur étudié ne concluait pas une signification.
- Le terme "ensemble", dans les têtes de colonnes, signifie qu'aucune différence significative statistiquement n'a été enregistrée pour les deux groupes JS et JNS. Ainsi, l'analyse de leur facteur est rassemblée.
- Enfin, dans les analyses des facteurs influençants, des recherches de différences pour certains groupes ont été menées. Ceci est dû au fait de penser que, ces facteurs aient des influences sur le problème ne semble pas être logique. Cependant, nous avons pensé que les différences méritaient d'être étudiées.

Quels ont été alors les résultats obtenus après avoir suivi cette méthodologie d'étude ?

RESULTATS

III- RESULTATS :

Le SIDA risque-t-il d'exploser chez les jeunes de la CRSN ?

Pour cela, nous avons dû nous poser d'autres questions :

- Quelles étaient les caractéristiques des populations ciblées par notre étude ?
- Comment se présentaient les portraits du problème ?
- Pour quelles raisons ce problème risquait-il d'exploser chez ces populations cibles ?

III.A- Résultats de l'étude :

III.A.1- Caractéristiques des populations cibles de l'étude :

Deux groupes de population ont été les cibles de l'étude :

- Les jeunes qui fréquentaient encore le milieu scolaire au moment de la collecte des données, de la classe de troisième en terminale. Ils étaient au nombre de 303. Ils ont été définis comme étant les " Jeunes Scolarisés ou JS ".
- Les jeunes, âgé de 15 à 24 ans, qui ne fréquentaient plus l'école ou n'avaient jamais fréquenté l'école au moment de l'étude. Ils étaient au nombre de 166. Ce sont " Les Jeunes Non Scolarisés ou JNS ".

► **Tableau 4 :** Statut des JS ou des JNS selon leurs caractéristiques socio-démographiques.

	JS		JNS		Total	
	N = 303		N = 166		N = 469	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sexe						
Masculin	148	(48,84)	64	(38,55)	212	(45,20)
Féminin	155	(51,16)	102	(61,45)	257	(54,80)
Classe d'âge						
15 – 19 ans	237	(77,57)	64	(38,55)	301	(64,18)
20 – 24 ans	66	(21,48)	102	(61,45)	168	(35,82)

(*) Suite Tableau 4

	JS		JNS		Total	
	N = 303		N = 166		N = 469	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Situation matrimoniale						
Marié	7	(2,31)	35	(21,08)	42	(8,96)
Célibataire	296	(97,69)	131	(78,92)	427	(91,04)
Niveau d'instruction						
Aucun	0	(0)	6	(3,62)	6	(1,28)
Primaire	0	(0)	100	(60,24)	100	(21,32)
1 ^{er} cycle	58	(19,14)	30	(18,07)	88	(18,76)
2 nd cycle	185	(61,06)	13	(7,83)	198	(42,22)
Supérieur	60	(19,08)	17	(10,24)	77	(16,42)
Nombre d'années vécues à Sabotsy Namehana						
< 1	8	(2,64)	0	(0)	8	(1,71)
1 – 5	76	(25,08)	11	(6,63)	87	(18,55)
6 – 10	60	(19,80)	8	(4,82)	68	(14,50)
> 10	158	(52,14)	147	(88,55)	305	(65,03)
NSP	1	(0,33)	0	(0)	1	(0,21)
Religion						
Aucune	1	(0,33)	3	(1,81)	4	(0,85)
Protestante	223	(73,60)	126	(75,90)	349	(74,41)
Catholique	60	(19,80)	27	(16,27)	87	(18,55)
Anglicane	3	(0,99)	6	(3,61)	9	(1,92)
Adventiste	4	(1,32)	2	(1,20)	6	(1,28)
Témoin	11	(3,63)	2	(1,20)	13	(2,77)
NSP	1	(0,33)	0	(0)	1	(0,21)

(*) Suite Tableau 4

	JS		JNS		Total	
	N = 303		N = 166		N = 469	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ethnie						
Merina	262	(86,47)	139	(83,73)	401	(85,50)
Betsileo	18	(5,94)	8	(4,82)	26	(5,54)
Betsimisaraka	3	(0,99)	3	(1,81)	6	(1,28)
Merina/betsileo	11	(3,63)	8	(4,82)	19	(4,05)
Merina/betsimisaraka	7	(2,31)	6	(3,61)	13	(2,77)
Vezo, antandroy	2	(0,66)	0	(0)	2	(0,43)
Nsp	0	(0)	2	(1,20)	2	(0,43)
Cohabitant						
Aucun	2	(0,66)	7	(4,22)	9	(1,92)
Père / mère	249	(82,18)	112	(67,47)	361	(76,97)
Epoux / PSR	7	(2,31)	24	(14,46)	31	(6,61)
PSO	37	(12,21)	15	(9,04)	52	(11,09)
Famille	6	(1,98)	6	(3,61)	12	(2,56)
Amis	2	(0,66)	2	(1,20)	4	(0,85)
Profession						
Aucune	0	(0)	7	(4,22)	7	(1,49)
Agri/elev/artisanat	13	(4,29)	105	(63,25)	118	(25,16)
Commerce	1	(0,33)	22	(13,25)	23	(4,90)
Salarié	1	(0,33)	28	(16,87)	29	(6,18)
Cadre moyen	1	(0,33)	2	(1,20)	3	(0,64)
Cadre supérieur	1	(0,33)	2	(1,20)	3	(0,64)
Etudiant	286	(94,39)	0	(0)	286	(60,98)

(*) Suite Tableau 4

	JS		JNS		Total	
	N = 303		N = 166		N = 469	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Preneur en charge						
Aucun	9	(2,97)	63	(37,95)	72	(15,35)
Père/ mère	275	(90,76)	83	(50)	358	(76,33)
Epoux / PSR	2	(0,66)	9	(5,42)	11	(2,35)
PSO	16	(5,28)	8	(4,82)	24	(5,12)
Bourse d'étude	1	(0,33)	0	(0)	1	(0,21)
Connaissance	0	(0)	3	(1,81)	3	(0,64)
Ecole d'origine						
Hasina	83	(27,39)	-	-		
LASN	59	(19,47)	-	-		
CEG	20	(6,60)	-	-		
Masca	81	(26,73)	-	-		
Université	60	(19,81)	-	-		
Arrondissement						
Namehana	-	-	40	(24,10)		
Atsinanantsena	-	-	37	(22,29)		
Anosy avaratra	-	-	39	(23,49)		
Manandriana	-	-	50	(30,12)		

Remarques :

- JS = Jeunes en milieu scolaire
- JNS = Jeunes en milieu non scolaire
- NSP = Ne sais pas
- PSR = Partenaire Sexuel Régulier
- PSO = Partenaire Sexuel Occasionnel

- Trois caractéristiques étaient communes aux deux groupes. Les JS et les JNS étaient en majorité célibataires, de religion protestante, et cohabitaient avec leur père et / ou leur mère.
- Les JS étaient surtout des adolescents âgés de 15 à 19 ans. Les JS pris en charge par les parents étaient les plus fréquemment retrouvés. Et les 3/5 de ces JS avaient comme niveau d'instruction le second cycle.
- Une majorité des JNS étaient des adultes jeunes âgés de 20 à 24 ans, et n'avaient dépassé le niveau d'instruction primaire. Presque les deux tiers travaillent dans le secteur primaire, c'est à dire, dans l'agriculture, l'élevage et l'artisanat.

III.A.2- Comment se présentait le problème des jeunes de la commune rurale de Sabotsy Namehana ?

Pour avoir le portrait du problème, trois points méritaient d'être considérés :

- Les pratiques sexuelles de ces jeunes étaient-elles à risque selon les populations cibles et selon les temps ?
- Combien de jeunes avaient déjà eu un antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale ?
- Quel était le statut sérologique en VIH/SIDA de ces jeunes ?

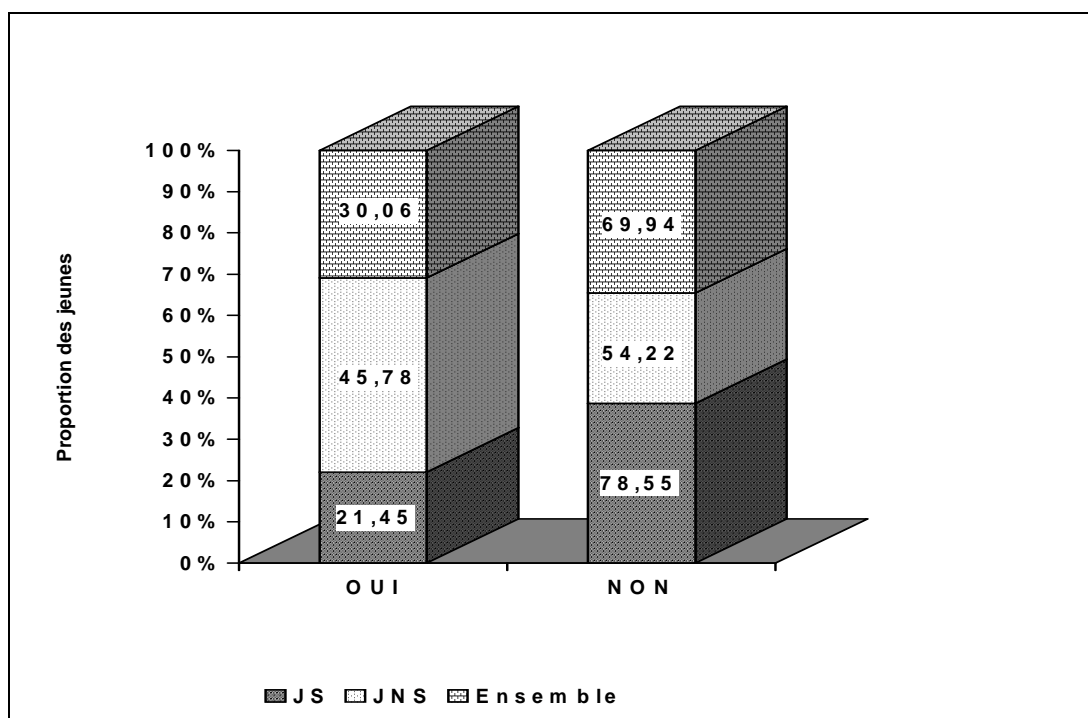
III.A.2.1- Les pratiques sexuelles des jeunes enquêtés :

Deux variantes dans le temps avaient été étudiées :

- Les pratiques au premier rapport sexuel :
 - L'entrée dans la vie sexuelle,
 - Les classes d'âge au moment du premier rapport sexuel,
 - L'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel.
- Les pratiques au cours des 12 derniers mois :
 - La notion de rapport sexuel au cours des 12 derniers mois,
 - Les types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois,
 - Le nombre de partenaire sexuel occasionnel au cours des 12 derniers mois,
 - L'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois.

III.A.2.1.a- Les pratiques au premier rapport sexuel :

a.1- Quelle était la proportion des jeunes ayant déjà fait de rapport sexuel ?



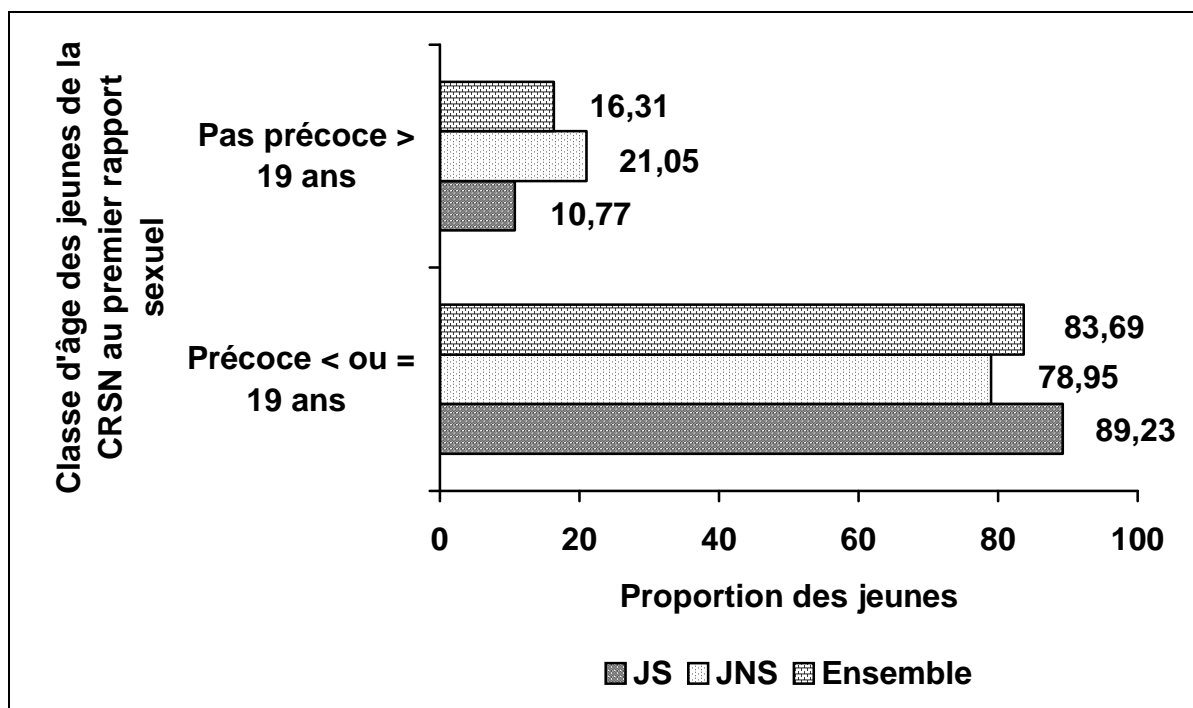
(*) Test significatif ($X^2 = 30,20$; ddl=1 ; $P < 0,05$)

Figure 5 : Statut des jeunes selon l'existence d'antécédent de relation sexuelle.

Un peu plus des 1/4 des jeunes étaient déjà sexuellement actifs. Les JNS étaient les plus actifs. Les JS dominaient parmi ceux qui n'avaient jamais eu de rapport sexuel. Le test statistique était significatif.

Ce premier profil avait montré les catégories de jeunes ayant déjà été sexuellement actives. La série suivante va permettre de savoir les classes d'âges de ces jeunes au premier rapport sexuel.

a.2- Comment se présentaient les classes d'âges de ces jeunes au premier rapport sexuel?



(*)Test non significatif ($P > 0,05$)

Figure 6 : Statut des jeunes selon leur classe d'âge au premier rapport sexuel.

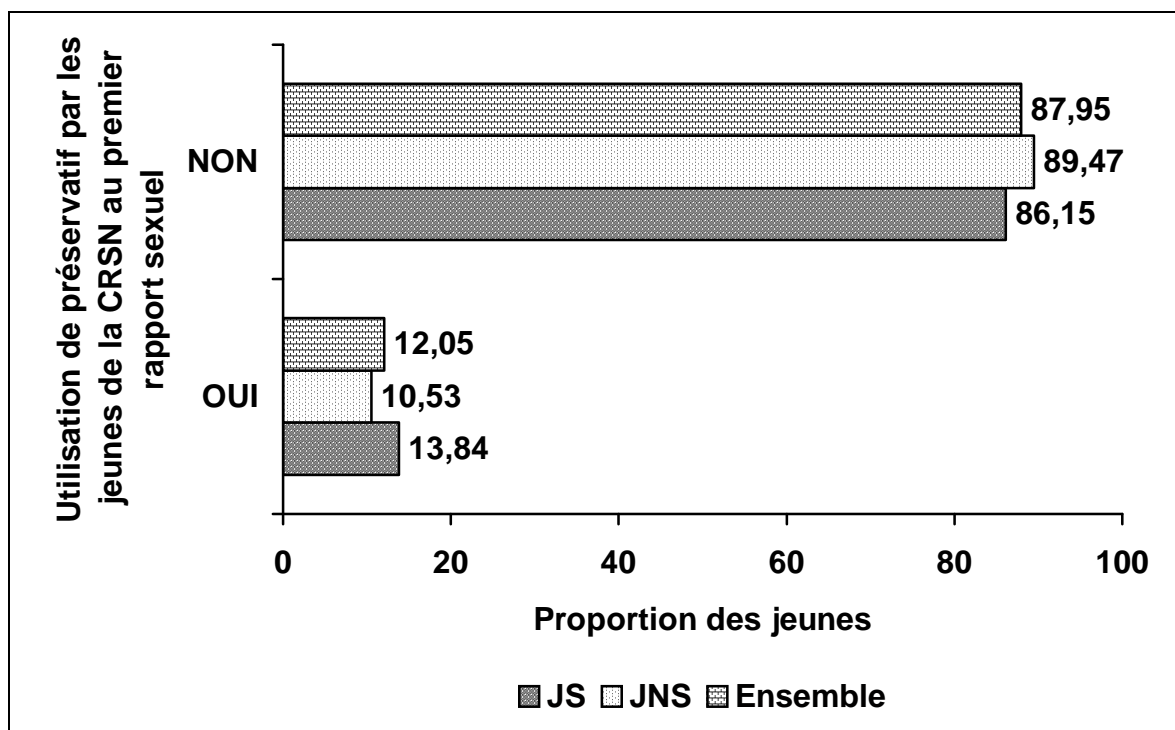
La majorité de ces jeunes avaient commencé à avoir un rapport sexuel en pleine adolescence (15 à 19 ans) ou même avant.

La différence pour les deux populations n'était pas significative. L'analyse des facteurs sera donc rassemblée.

Rapportons au passage que ces jeunes avaient en moyenne leur premier rapport sexuel à l'âge de 16,82 ans, dont 14,46 ans pour les JS et 15,29 ans pour les JNS.

Ainsi, nous avons pu voir la notion de précocité de ces jeunes en matière de rapport sexuel. Mais tous ces jeunes sexuellement actifs utilisaient-ils un préservatif au premier rapport sexuel ?

a.3- Utilisation de préservatif au moment du premier rapport sexuel?



(*)Test non significatif ($P > 0,05$)

Figure 7 : Statut des jeunes selon l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel.

Le test statistique n'était pas significatif. Ainsi, l'analyse des facteurs sera rassemblée.

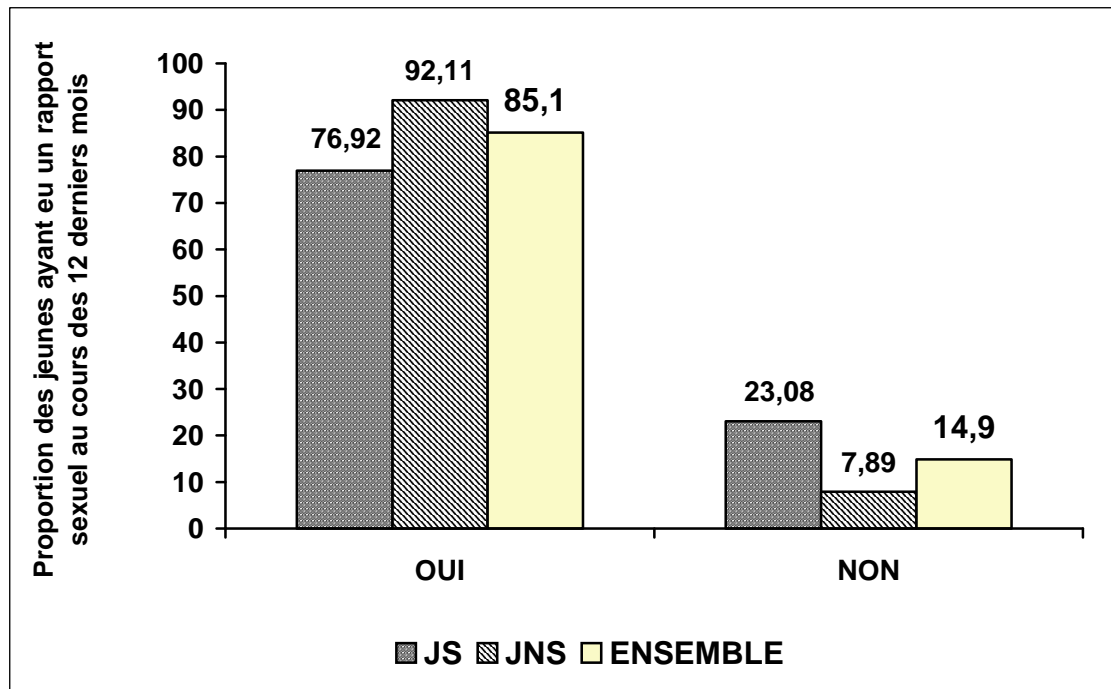
Néanmoins, la majorité des jeunes n'utilisaient pas de préservatif au premier rapport sexuel.

Effectivement, le problème de pratique sexuelle existait déjà du temps du premier rapport sexuel de ces jeunes.

Quant au cours des 12 derniers mois, existaient-ils aussi des problèmes en matière de pratiques sexuelles ?

III.A.2.1.b- Les pratiques sexuelles au cours des 12 derniers mois :

b.1- Quelle était la proportion des jeunes ayant eu un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois ?



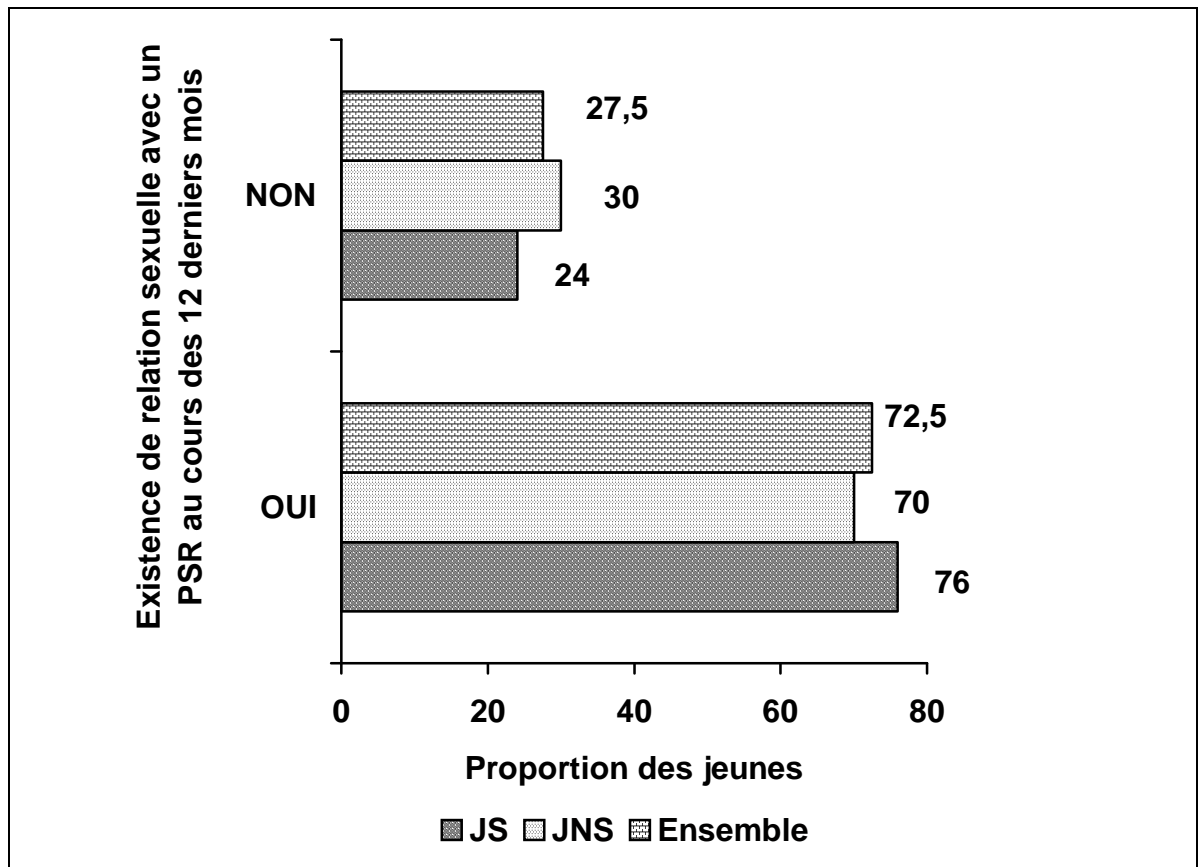
(*) Test significatif. ($X^2 = 6,37$; ddl=1 ; $P < 0,05$)

Figure 8 : Statut des jeunes selon l'existence de rapport sexuel au cours des 12 derniers mois.

La majorité de ces jeunes avait continué d'être sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois surtout les JNS.

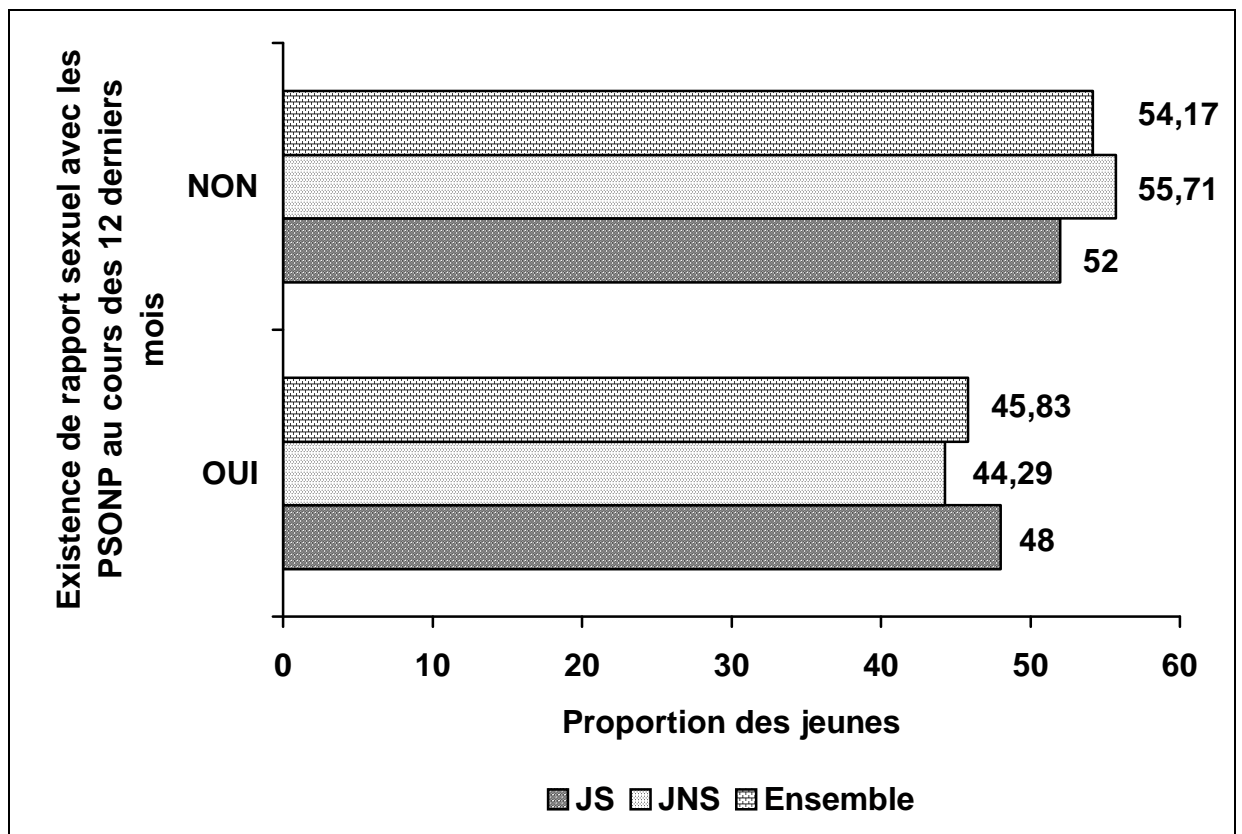
Si la majorité des jeunes restaient sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois, avec quels types de partenaires avaient-ils eu de relation sexuelle ?

*b.2- Types de partenaires sexuels de ces jeunes
au cours des 12 derniers mois ?*



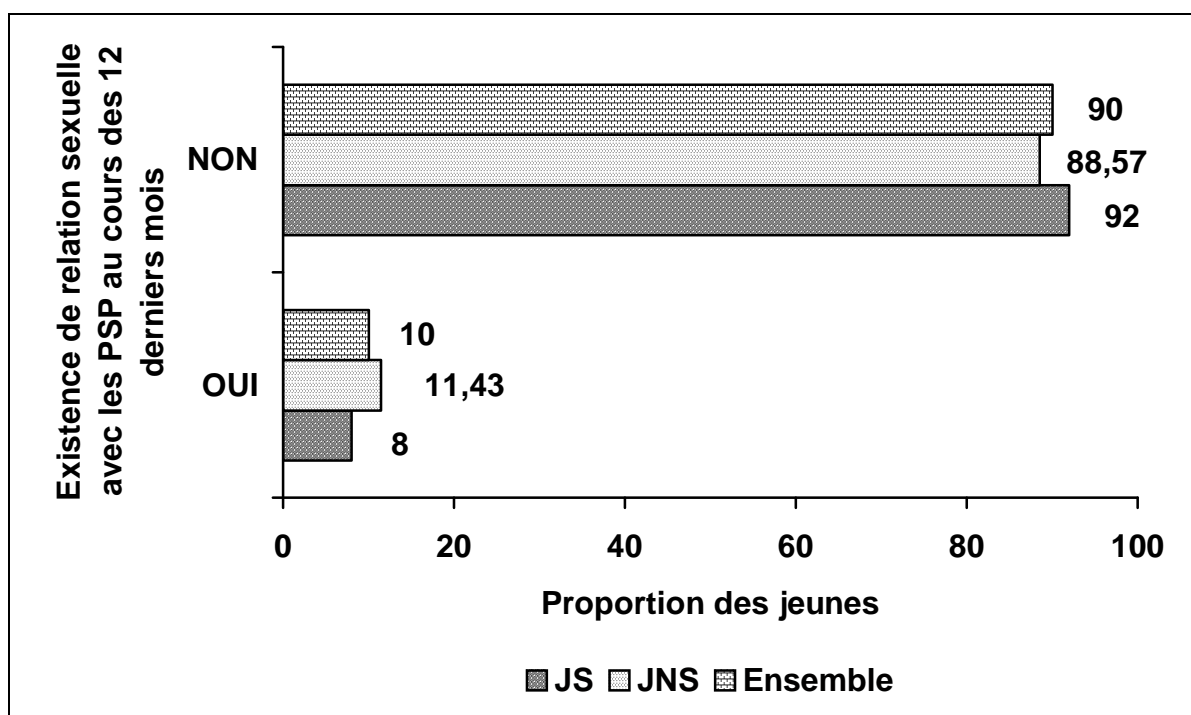
(*)Test non significatif. ($P > 0,05$)

Figure 9 : Statut des jeunes selon l'existence de relation sexuelle avec un PSR au cours des 12 derniers mois.



(*)Test non significatif. ($P > 0,05$)

Figure 10 : Statut des jeunes selon l'existence de relation sexuelle avec les PSNP au cours des 12 derniers mois.



(*)Test non significatif. ($P > 0,05$)

Figure 11 : Statut des jeunes selon l'existence de relation sexuelle avec les PSP au cours des 12 derniers mois.

■PSR = Partenaire sexuel régulier (Relation sexuelle dépassant un an et avec une seule partenaire)

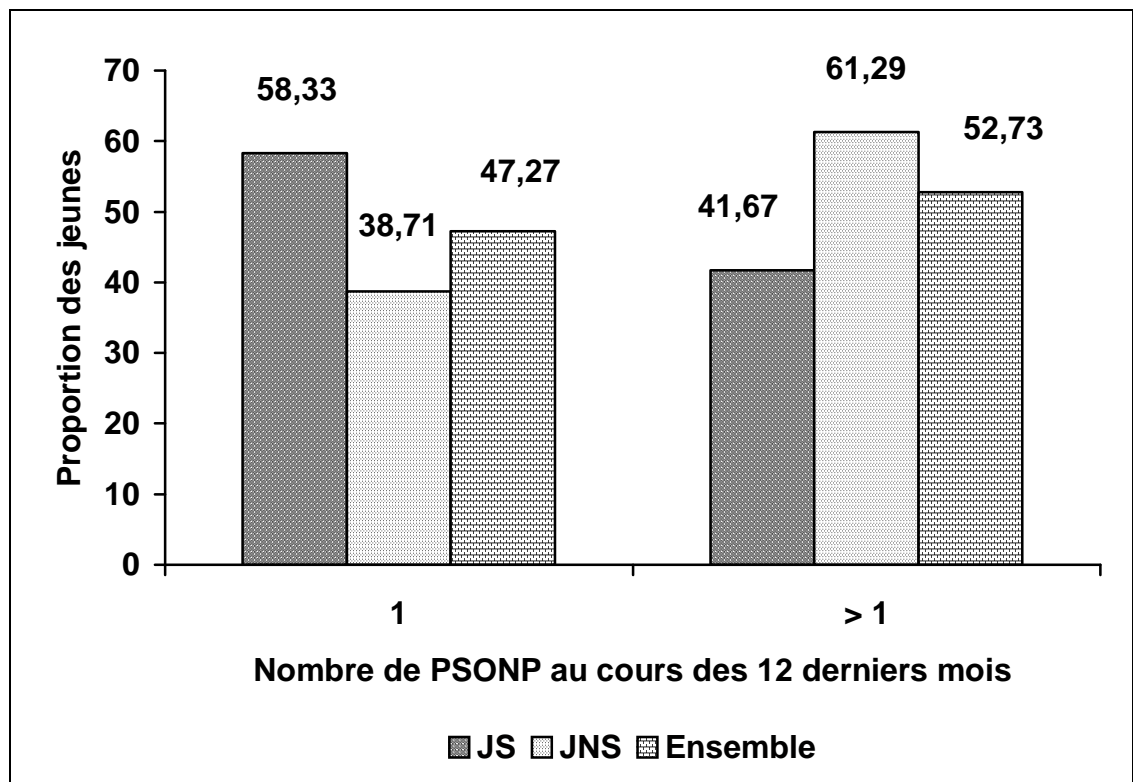
■PSONP = Partenaire sexuel occasionnel non prostitué (Relation sexuelle de moins d'un an avec un ou plusieurs personnes)

■PSP = Partenaire sexuel prostitué

Tous les tests ne concluaient pas à une signification des différences pour l'existence de relation avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Ainsi, les analyses pour les deux groupes cibles concernant ces types de partenaires seront rassemblées. Presque 3/4 des jeunes avaient un PSR au cours des 12 derniers mois. Plus de quatre jeunes sur dix avaient des PSONP. Enfin, un jeune sur dix avaient des PSP.

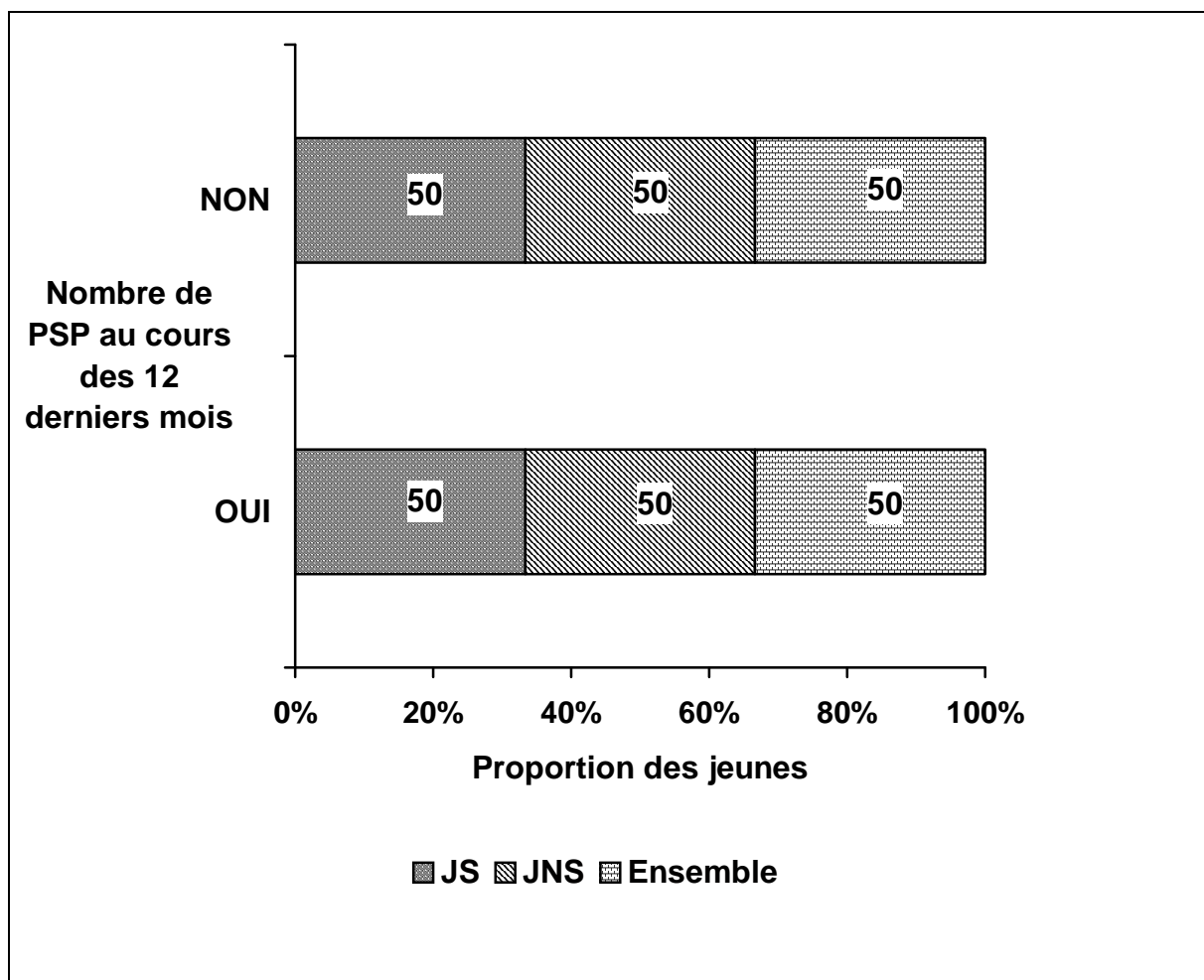
Les partenaires sexuels occasionnels faisaient partie des types de partenaires sexuels de ces jeunes au cours des 12 derniers mois. La connaissance du nombre de chaque type de partenaires sexuels occasionnels nous donnerait un autre faciès du problème.

b.3- Nombre de partenaires sexuels occasionnels de ces jeunes au cours des 12 derniers mois ?



(*)Test non significatif. ($P > 0,05$)

Figure 12 : Statut des jeunes selon le nombre de PSONP au cours des 12 derniers mois.



(*)Test non significatif. ($P > 0,05$)

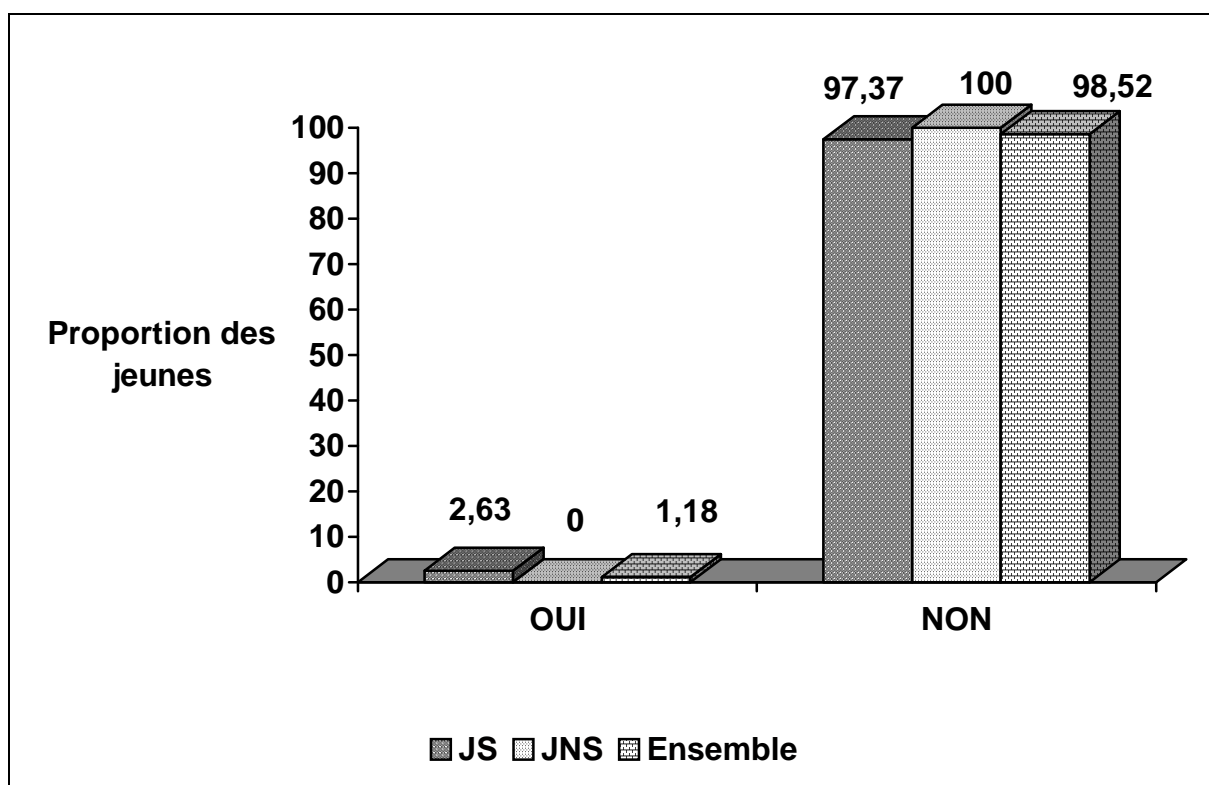
Figure 13 : Statut des jeunes selon le nombre de PSP au cours des 12 derniers mois.

La différence entre les deux groupes n'était pas significative pour le nombre de PSONP. Il en était de même pour le nombre de PSP. L'analyse des facteurs sera rassemblée. Néanmoins, plus de la moitié de tous les jeunes avaient plus d'un PSONP au cours des 12 derniers mois.

La moitié des jeunes avaient plus d'un PSP au cours des 12 derniers mois.

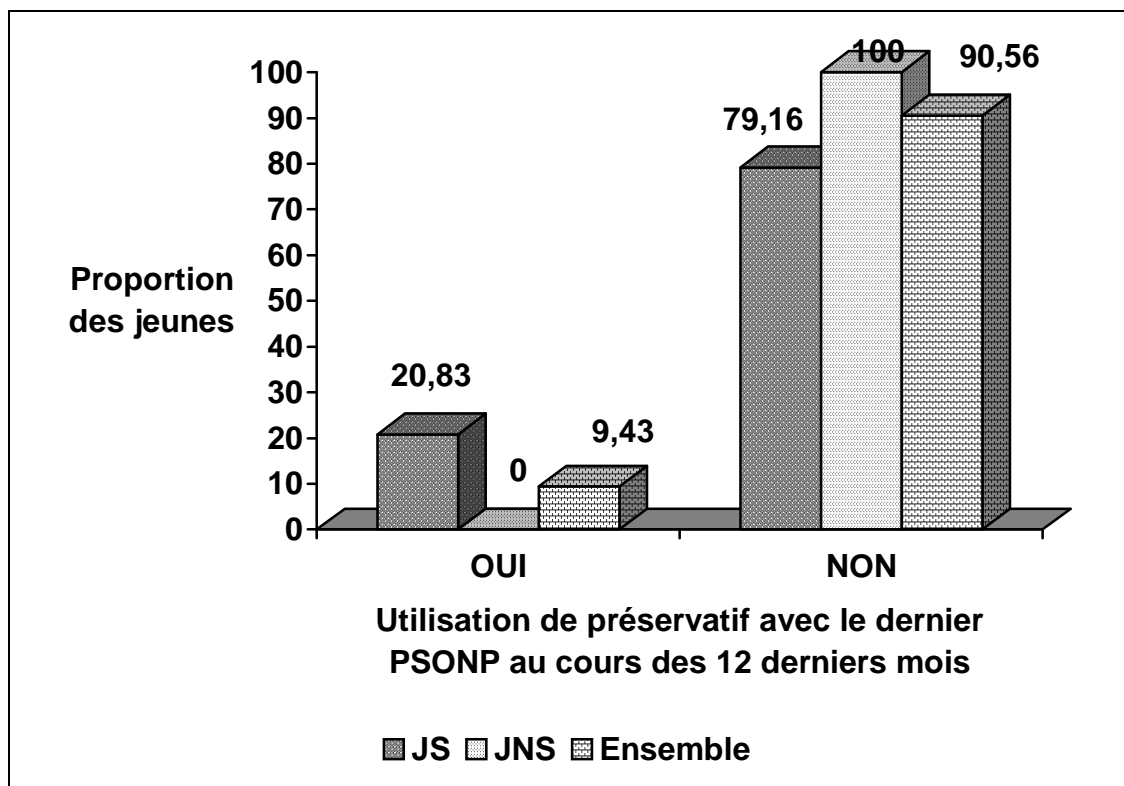
Le profil de ces jeunes en matière de nombre de partenaires sexuels occasionnels avait été identifié précédemment. Comment se présentait le profil de ces jeunes à propos de l'utilisation de préservatif avec les différents types partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois ?

b.4- Utilisation de préservatif par ces jeunes avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois ?



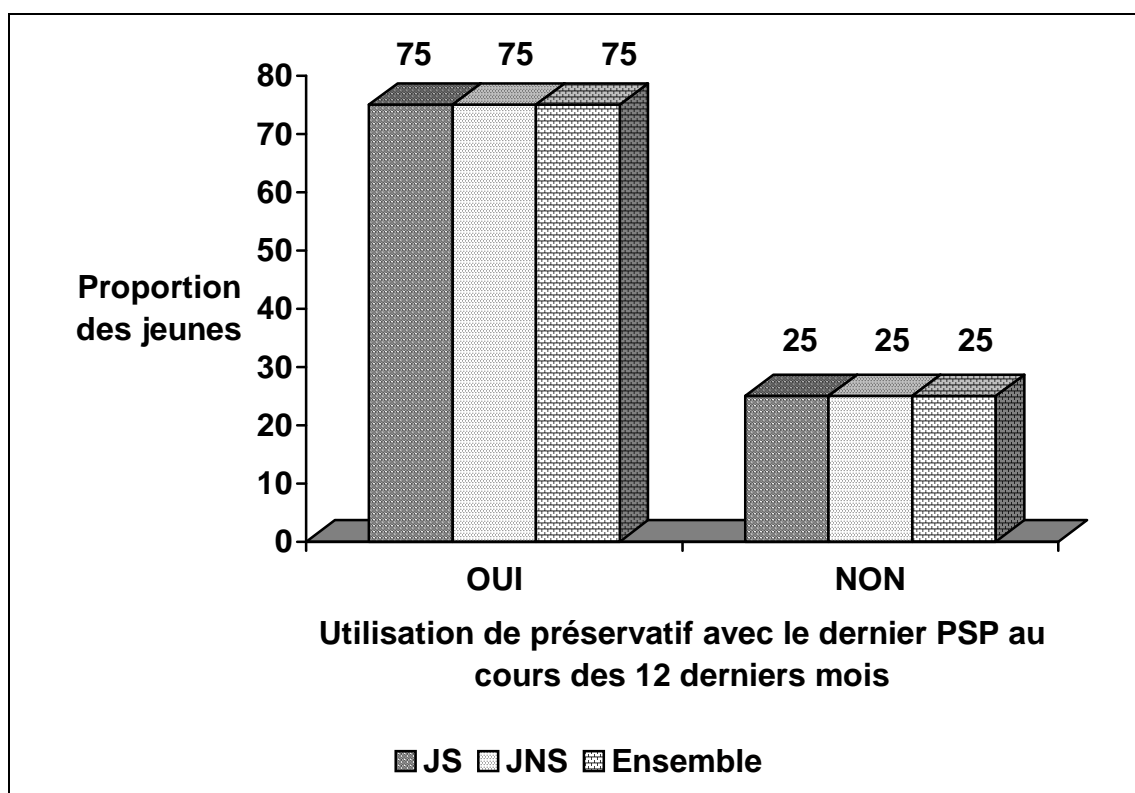
(*)Test non significatif. ($P > 0,05$)

Figure 14 : Statut des jeunes selon l'utilisation de préservatif avec le dernier PSR au cours des 12 derniers mois.



(*)Test significatif. (P = 0,035 ~)

Figure 15 : Statut des jeunes selon l'utilisation de préservatif avec le dernier PSONP au cours des 12 derniers mois.



(*)Test non significatif. ($P > 0,05$)

Figure 16 : Statut des jeunes selon l'utilisation de préservatif avec le dernier PSP au cours des 12 derniers mois.

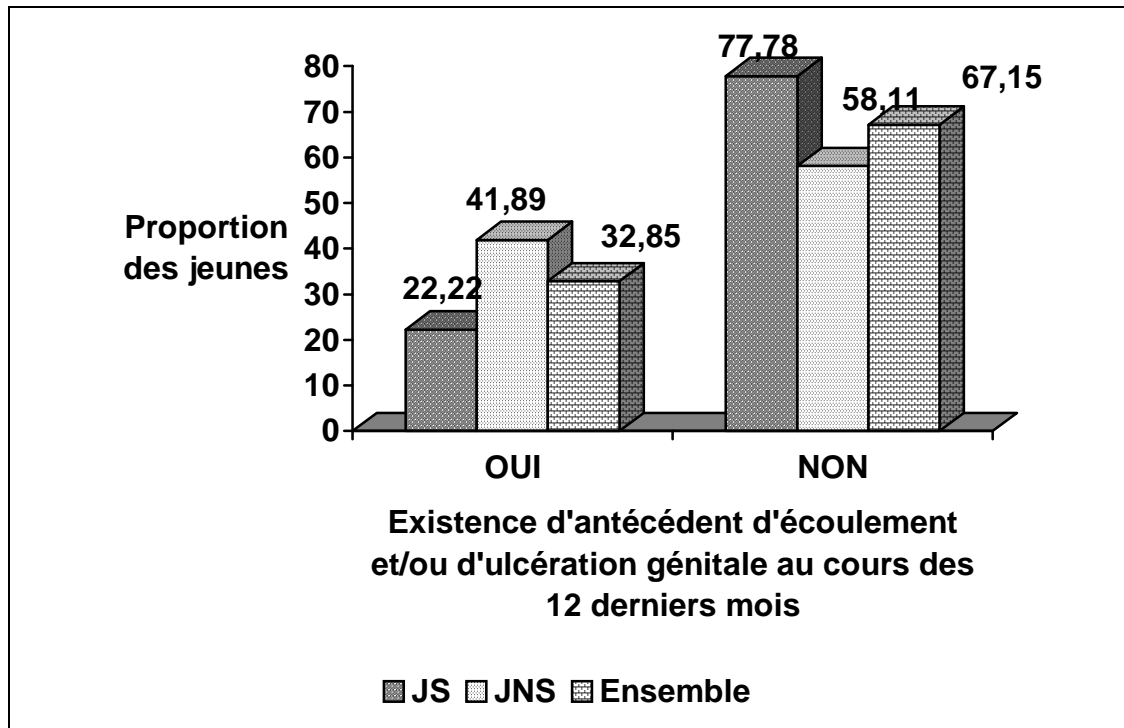
La majorité des jeunes n'utilisait pas de préservatif avec les PSP au cours des 12 derniers mois. La différence n'était pas significative pour les deux groupes. L'analyse des facteurs sera rassemblée.

Avec les PSONP, presque 4 jeunes sur 5 n'utilisaient pas de préservatif au cours des 12 derniers mois. Les JNS dominaient dans ce groupe. ($P \approx 0,035$)

La différence entre les JS et les JNS n'était pas significative pour l'utilisation de préservatif avec les PSP. L'analyse des facteurs sera rassemblée. La majorité des jeunes avait eu un rapport sexuel avec ces prostituées avec préservatif. Cependant, 1/4 n'en utilisaient pas.

Le problème existait aussi en matière de pratique sexuelle au cours des 12 derniers mois. Les IST curables étant une des conséquences des pratiques sexuelles à risque, comment se présentait le statut de ces jeunes en matière de IST ?

III.A.2.2- Le statut des jeunes en matière de IST au cours de ces 12 derniers mois :



(*)Test significatif. ($X^2 = 5,97$; ddl = 1 ; $P < 0,05$)

Figure 17 : Statut des jeunes selon l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois.

Un peu moins des 1/3 des jeunes avaient eu des antécédents d'écoulement et/ou ulcération génitale au cours des 12 derniers mois. La majorité d'entre eux étaient des JNS.

Les IST curables étaient un des problèmes des jeunes de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana. Qu'en était-il du SIDA ?

III.A.2.3- Le statut sérologique en VIH/SIDA de ces jeunes :

Deux JS sur les 303 seulement ont déclaré avoir déjà fait un test de dépistage du VIH et que leur test s'est révélé négatif d'après eux. Cependant, ils n'étaient pas sûrs de ceux qu'ils avançaient.

Aucun JNS n'a déclaré avoir fait de test. Néanmoins, un JNS ne savait si on lui en avait fait au cours de son hospitalisation pour toux chronique.

☒ CONCLUSION :

Vu que :

- ❖ **Parmi tous les jeunes de l'échantillon :**
 - **30,06% avaient déjà eu un rapport sexuel (les JNS dominaient),**
 - **100% n'avaient jamais fait de dépistage de l'infection à VIH.**

- ❖ **Parmi tous les jeunes ayant déjà eu un rapport sexuel :**
 - **83,69% étaient précoces en activité sexuelle,**
 - **87,95% n'utilisaient pas de préservatif au premier rapport sexuel,**
 - **85,10% continuaient d'être sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois (Les JNS dominaient),**
 - **32,85% déclaraient un antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois (Les JNS dominaient),**

- ❖ **Parmi tous les jeunes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois :**
 - **72,50% avaient des relations avec un partenaire sexuel régulier.**
 - **45,83% avaient des relations avec les partenaires sexuels occasionnels non prostituées. Parmi ces derniers, 52,73% avaient eu plus d'un partenaire occasionnels non prostitués.**
 - **10% avaient des relations avec les partenaires sexuelles prostituées. Parmi ces derniers, la moitié avaient eu plus d'un partenaire prostitué.**

- **98,52% n'utilisaient pas de préservatif avec les partenaires sexuels réguliers au cours des 12 derniers mois,**
- **90,56% n'utilisaient pas de préservatif avec le dernier partenaire sexuel occasionnel non prostitué des 12 derniers mois,**
- **25% n'utilisaient pas de préservatif avec le dernier partenaire sexuel prostitué des 12 derniers mois.**

Le problème existait en matière de première pratique sexuelle, pratiques sexuelles au cours des 12 derniers mois et en matière de IST.

Ainsi, sur la base de ces constats, le SIDA risque potentiellement d'exploser chez les jeunes de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana.

Pour pouvoir commenter et discuter ces résultats, afin d'élaborer des recommandations appropriées dans le but de résoudre le problème, nous devons identifier les facteurs engendrant ce problème. Rappelons que vu l'existence de différences significatives pour les JS et les JNS concernant les variables suivantes, les analyses de leurs facteurs influençants seront séparées : l'existence d'antécédent de rapport sexuel, la notion de rapport sexuel au cours des 12 derniers mois et la notion d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours de ces 12 derniers mois.

III.A.3- Quels peuvent être les facteurs associés aux portraits du problème chez les jeunes de la CRSN ?

Deux catégories de facteurs avaient été annoncées :

- Les facteurs de risque,
- Les facteurs de vulnérabilité

III.A.3.1- Les facteurs de risque :

III.A.3.1.a- Les facteurs de risque individuels :

Avancés dans notre hypothèse, huit facteurs pourraient influencer sur les portraits du problème de ces jeunes de la CRSN. Ce sont :

- Les caractères socio-démographiques,
- Les habitudes toxiques,
- Les connaissances,

- Les attitudes,
- Les croyances,
- Les valeurs,
- Les perceptions,
- Les autres facteurs sociologiques.

a.1- La diversité des caractères socio-démographiques de ces jeunes avaient-elles eu des influences sur les profils du problème ?

Les caractères socio-démographiques étudiés étaient le sexe, la classe d'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, le nombre d'années vécues dans la commune, la religion, l'ethnie, le type de cohabitant, la profession, le type de preneur en charge.

►Tableau 5 : Liaison entre l'existence d'activité sexuelle au cours des 12 derniers mois et les caractères socio-démographiques des jeunes.

	Notion de rapport sexuel au cours des 12 derniers mois			
	JS		JNS	
	n = 65		n = 76	
	Oui	Non	Oui	Non
Sexe				
Masculin	21	12		
Féminin	29	3		
Cohabitant				
Aucun			4	1
Père/mère			34	3
Psr			24	0
Pso			5	1
Famille			3	0
Amis			0	1

Pour les JS, seul le sexe avait une liaison significative avec la décision de continuer les activités sexuelles au cours des 12 derniers mois. ($X^2 = 5,23$; ddl = 1 ; $P = 0,022 \sim$)

Une grande proportion de JS, en particulier les jeunes de sexe féminin, continuait à avoir de rapport sexuel au cours des 12 derniers mois.

Le seul caractère socio-démographique des JNS ayant eu une liaison significative avec la continuité des activités sexuelles au cours des 12 derniers mois était le type de cohabitant. ($P = 0,008 \sim$)

Beaucoup de JNS faisaient encore des rapports sexuels au cours des douze derniers mois et cohabitaient avec leur père et/ou leur mère.

►Tableau 6 : Liaison entre l'existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les caractères socio-démographiques des jeunes.

	Existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois			
	PSR		PSP	
	Ensemble		Ensemble	
	n = 120		n = 120	
	Oui	Non	Oui	Non
Sexe				
Masculin			12	39
Féminin			0	69
Situation matrimoniale				
Marié	38	1		
Célibataire	49	32		

(*)Suite Tableau 6

	Existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois			
	PSR		PSP	
	Ensemble n = 120		Ensemble n = 120	
	Oui	Non	Oui	Non
Nombre d'années vécues a				
Sabotsy Namehana				
< 1	2	0		
1 – 5	17	2		
6 – 10	10	0		
> 10	55	31		
Cohabitant				
Aucun	5	0		
Père/mère	44	26		
Psr	26	1		
Pso	9	3		
Familles	2	3		
Amis	1	0		
Profession				
Aucune	0	3		
Agriculture/elevage/artisanat	25	14		
Commerce	11	3		
Salarié	12	1		
Cadre moyen	2	1		
Cadre supérieur	2	0		
Etudiant	35	11		

D'après le tableau 6, les tests avec la situation matrimoniale ($X^2 = 16,21$; ddl = 1 ; $P = 0,000\sim$), le nombre d'années vécues dans la CRSN ($X^2 = 9,70$; ddl = 3 ; $P = 0,021\sim$), le type de cohabitant ($P = 0,007\sim$) et la profession ($X^2 = 28,79$; ddl = 6 ; $P = 0,000\sim$) concluaient à des liaisons significatives avec l'existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois.

Parmi ces jeunes, une proportion importante avait un PSR au cours des 12 derniers mois et était des célibataires, habitant la CRSN depuis plus de 10 ans, cohabitant avec leur parent, étudiant seulement.

Aucune liaison ne concluait à des significations entre les caractères socio-démographiques et l'existence de relation sexuelle avec les PSONP au cours des 12 derniers mois.

Enfin, seul le test pour le sexe concluait à une liaison significative avec l'existence de relation avec les PSP au cours des 12 derniers mois. ($X^2 = 18,04$; ddl = 1 ; $P = 0,000\sim$)

Une plus grande proportion de jeunes était des filles qui n'avaient pas de PSP au cours des 12 derniers mois. De plus, parmi ceux qui avaient des PSP, les garçons dominaient.

► **Tableau 7 : Liaison entre le nombre de PSO au cours des 12 derniers mois et les caractères socio-démographiques des jeunes.**

	Nombre de pso au cours des 12 derniers mois	
	PSONP	
	Ensemble	
	n = 55	
	1	> 1
Sexe		
Masculin	10	19
Féminin	16	10
Classe d'âge		
15 à 19 ans	15	6
20 à 24 ans	11	23

Le tableau 7 montre que seule la liaison entre le sexe ($P = 0,045\sim$) ou la classe d'âge ($P = 0,006\sim$) et le nombre de PSONP au cours des 12 derniers mois de l'ensemble des jeunes était significative.

Plus de jeunes ayant eu plus d'un PSONP au cours des 12 derniers mois que ceux qui n'en avaient qu'un étaient des garçons ou étaient âgés de 20 à 24 ans.

► **Tableau 8 : Liaison entre l'utilisation de préservatif avec les différents types de PS au cours des 12 derniers mois et les caractères socio-démographiques des jeunes.**

	Utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois			
	PSR		PSONP	
	Ensemble		JS	
	n = 86		n = 24	
	Oui	Non	Oui	Non
Ethnie				
Merina	2	68		
Betsileo	1	6		
Betsimisaraka	1	1		
Merina/betsileo	0	2		
Merina/betsimisaraka	0	3		
Vezo/antandroy	0	1		
Cohabitant				
Aucun			0	1
Père/mère			2	15
Pso			3	0
Famille			0	2
Amis			0	1

Seule la liaison entre l'utilisation de préservatif avec les PSR de l'ensemble des jeunes et l'ethnie était significative. ($P = 0,044\sim$)

Une grande proportion de jeunes n'utilisait pas de préservatif avec les PSR au cours des 12 derniers mois et était des Merina.

La liaison était significative entre l'utilisation de préservatif avec les PSONP des 12 derniers mois chez les JS et leur type de cohabitant. ($P = 0,010\sim$)

Plus de JS n'utilisaient pas de préservatif avec les PSONP au cours des 12 derniers mois et cohabitaient avec leur père et/ou leur mère.

Pour les JNS, aucune liaison entre l'utilisation de préservatif avec les PSONP et les caractères socio-démographiques n'était pas significative.

Aussi, les tests statistiques entre l'utilisation de préservatif avec les PSP et ces caractères socio-démographiques ne concluaient pas à des significations des liaisons.

►Tableau 9 : Liaison entre l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois et les caractères socio-démographiques des jeunes.

	Antécédents d'écoulement et/ou ulcération génitale au cours des 12 derniers mois	
	JS	
	n = 63	
	Oui	NON
Niveau d'instruction		
Premier cycle	4	7
Second cycle	2	28
Supérieur	8	14

Le tableau 9 illustre la liaison entre l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale chez les JS au cours des 12 derniers mois et leur niveau d'instruction. ($\chi^2 = 8,02$; ddl = 2 ; $P = 0,018\sim$)

Plus de JS n'avaient pas eu un antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale et appartenaient au second cycle de l'enseignement. Toutefois, parmi ceux qui en avaient eu, une proportion supérieure constatée pour les jeunes ayant un niveau d'instruction supérieur.

Toutes les liaisons entre l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale chez les JNS et leurs caractères socio-démographiques ne concluaient à des significations.

☒ CONCLUSION :

Les caractères socio-démographiques influençaient le problème dans les sens suivants :

❖ **Les JS de sexe féminin et les JNS cohabitant avec leurs parents étaient surtout ceux qui déclaraient une notion de rapport sexuel au cours des 12 derniers mois.**

❖ **Dans l'ensemble, les jeunes célibataires, vivant dans la CRSN depuis plus de 10 ans, cohabitant avec leurs parents et étudiant seulement avaient un PSR.**

❖ **Plus ces JNS appartenaient au secteur primaire, moins ils avaient de relation avec les autres PSR. Les JNS concernés par ces relations avec les autres PSR étaient surtout des salariés.**

❖ **Plus ces jeunes étaient des filles ou âgés de 20 à 24 ans, plus ils avaient plus d'un PSONP.**

❖ **Seuls les garçons avaient des relations sexuelles avec les PSP.**

❖ **Plus ces jeunes étaient des Merina, plus ils n'utilisaient pas de préservatif avec les PSR au cours des 12 derniers mois.**

❖ **Plus ces JS cohabitaient avec leurs parents, plus ils n'utilisaient pas de préservatif avec les PSONP au cours des 12 derniers mois.**

❖ **Enfin, plus ces JS avaient un niveau de second cycle, moins ils avaient d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois. Cependant, les JS concernés par ce problème étaient surtout les jeunes du niveau supérieur.**

a.2- Les habitudes toxiques de ces jeunes avaient-elles eu des influences sur les profils du problème ?

Nous avons étudié les prises d'alcool et de drogue.

Après une description du statut de ces jeunes en matière de prises d'alcool et de drogue, nous avons étudié les relations entre ces dernières et les portraits du problème évoqués auparavant.

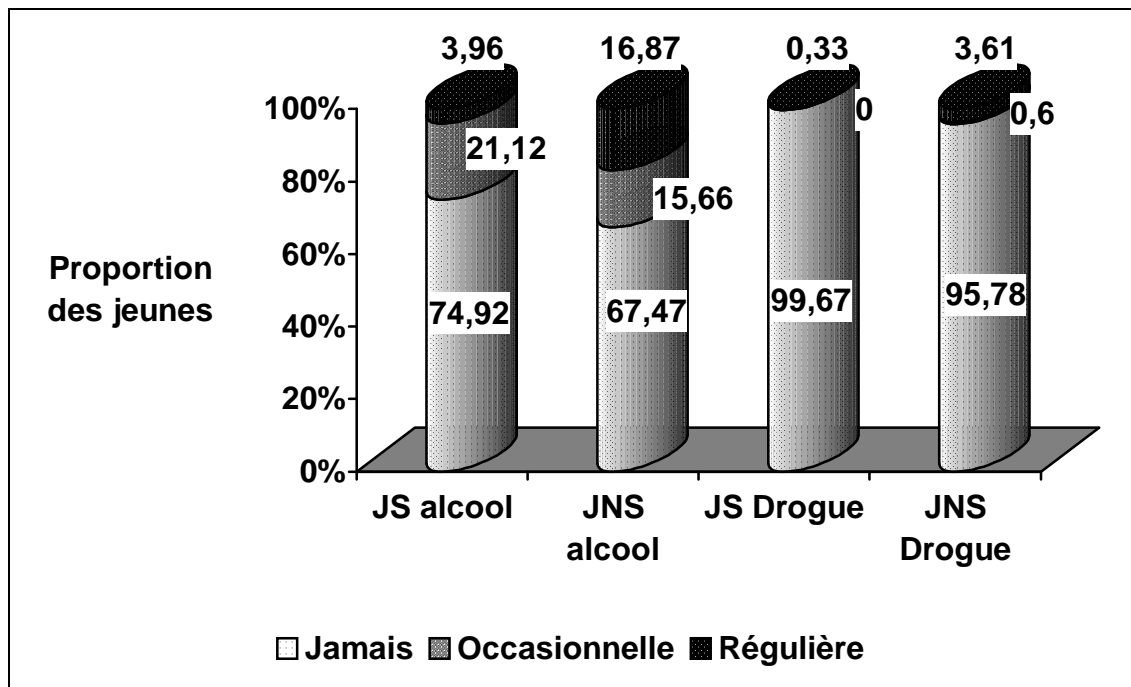


Figure 18 : Statut des JS ou des JNS selon leurs habitudes toxiques

La majorité des JS et des JNS n'avait jamais pris d'alcool. Ainsi, environ un JS sur quatre ou un JNS sur trois en avaient déjà pris. Plus de JS en prenaient occasionnellement. Plus de JNS en prenaient régulièrement.

De même, la majorité des JS et JNS n'avaient jamais pris de drogue. Notons que parmi ceux qui en avaient déjà pris, c'était surtout pour des prises régulières.

Enfin, seul un cas d'injection de drogue chez les JNS avait été déclaré. Tout le reste représentait la prise orale : un JS et plus de huit JNS sur dix (85,71%).

►La liaison entre la continuité des activités sexuelles au cours des 12 derniers mois des JS ou des JNS et leurs habitudes toxiques n'était pas significative.

►**Tableau 10 : Liaison entre l'existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les habitudes toxiques des jeunes.**

Existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois		
PSP		
Ensemble n = 51		
	Oui	Non
Prise d'alcool		
Jamais	3	58
Occasionnelle	0	32
Régulière	9	18

Pour les habitudes toxiques, seule la fréquence de prise d'alcool concluait à une liaison significative avec l'existence de relation avec les PSP au cours des 12 derniers mois. ($X^2 = 21,64$; ddl = 2 ; $P = 0,000\sim$)

Plus de jeunes n'ayant pas eu de PSP que ceux qui n'en avaient pas eu ne buvaient jamais d'alcool. Toutefois, parmi ceux qui en prenaient, les jeunes buvant régulièrement de l'alcool dominaient.

►La liaison entre le nombre de PSO au cours des 12 derniers mois et les habitudes toxiques des jeunes n'était pas significative. Il en était de même pour l'utilisation de préservatif avec les PSR ou les PSONP au cours des 12 derniers mois.

► **Tableau 11 :** Liaison entre l'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les habitudes toxiques des jeunes.

Utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois		
PSP		
Ensemble N = 12		
	Oui	NON
Prise de drogue		
Jamais	9	1
Régulière	0	2

D'après le tableau 11, seule la liaison entre l'utilisation de préservatif et la prise de drogue était significative ($P = 0,045$). Plus de jeunes ayant utilisé de préservatif avec les PSP que ceux qui n'en avaient pas utilisé ne prenaient jamais de drogues. Aussi, la prise régulière de drogue aurait pu occasionner la non-utilisation de préservatif avec les PSP chez une plus grande proportion de jeune.

► **Tableau 12 :** Liaison entre l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois et les habitudes toxiques des jeunes.

Antécédents d'écoulement et/ou ulcération génitale au cours des 12 derniers mois		
JNS		
n = 74		
	Oui	Non
Prise d'alcool		
Jamais	11	25
Occasionnelle	6	11
Régulière	14	7

Les liaisons entre les habitudes toxiques et l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois n'était pas significative.

Pour les JNS, d'après le tableau XII, cette liaison était significative seulement avec la prise d'alcool. ($X^2 = 7,50$; ddl = 2 ; $P = 0,024\sim$). Une proportion élevée de JNS n'avait pas eu d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale et n'avaient jamais pris d'alcool. Cependant, presque deux JNS sur 10 prenaient régulièrement de l'alcool et avaient un antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale.

☒ CONCLUSION :

Les habitudes toxiques influençaient le problème dans les sens suivants :

❖ **Plus les JNS ne buvaient jamais d'alcool, moins ils avaient de relation avec les PSP. Toutefois, la prise régulière d'alcool aurait pu susciter ces relations avec les PSP.**

❖ **Plus ces jeunes n'avaient jamais pris de drogue, plus ils utilisaient de préservatif avec les PSP. Seulement, la prise régulière de drogue aurait pu engendrer la non – utilisation de préservatif avec ces PSP.**

❖ **Enfin, plus ces JNS n'avaient jamais pris d'alcool, moins ils avaient un antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois. Tandis que, la prise régulière d'alcool aurait pu influencer sur l'existence de cet antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale.**

a.3- Les connaissances de ces jeunes avaient-elles eu des influences sur les profils du problème ?

a.3.1- Connaissances sur les IST :

Nous avons surtout étudié les connaissances sur :

- Les symptômes des IST chez la femme et chez l'homme,
- Le recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale,
- Le délai de recours chez un médecin en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale.

a.3.1.1- Connaissances sur les symptômes des IST chez les femmes :

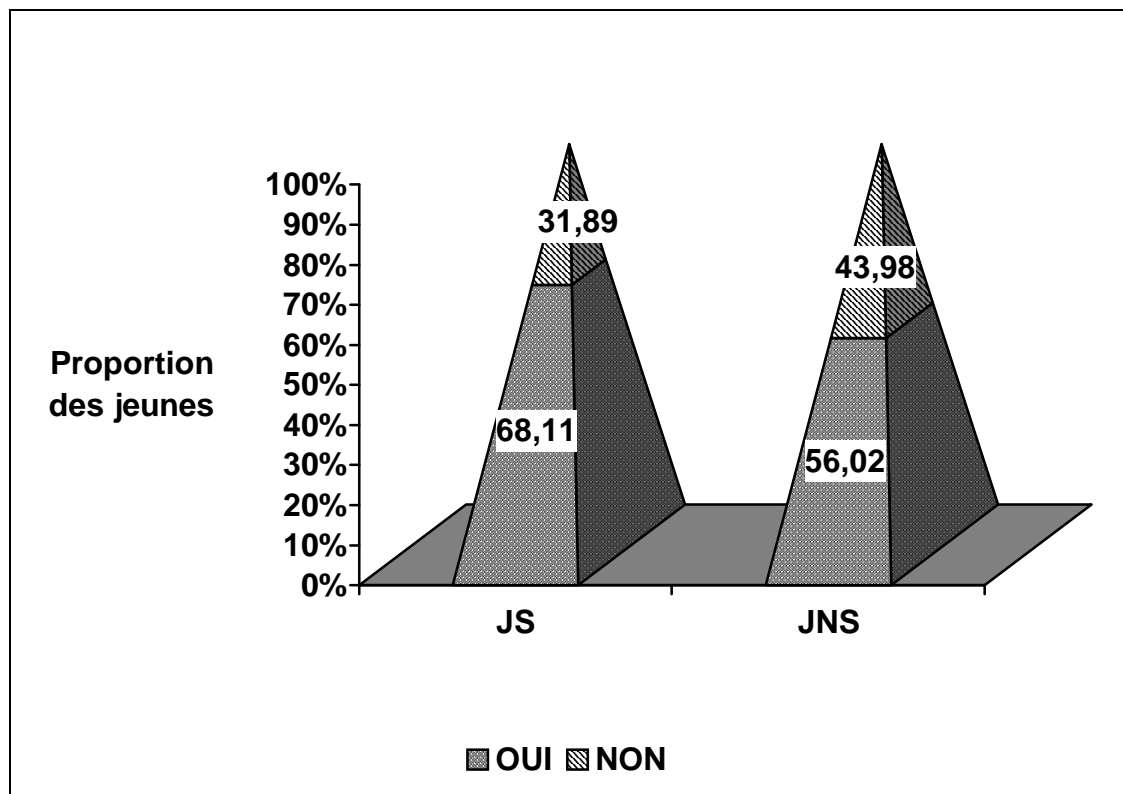


Figure 19 : Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur les symptômes des IST chez une femme

Plus des 2/3 des JS et plus de la moitié des JNS connaissaient un symptôme de IST chez les femmes. Par contre, plus de trois JS sur dix et plus de quatre JNS sur dix méconnaissaient ces symptômes.

Le tableau suivant montre une brève description des symptômes des IST chez les femmes connus par ces JS ou ces JNS et des méconnaissances de ces jeunes.

► **Tableau 13 :** Distribution des connaissances ou des méconnaissances des symptômes des IST chez une femme selon les populations cibles.

	JS	JNS
	n(%)	n(%)
Connaissance des symptômes des IST chez une femme	(n = 205)	(n = 93)
Douleur abdominale basse	75(36,59)	29(31,18)
Perte vaginale	126(61,46)	64(68,82)
Prurit vaginal	3(1,46)	-
Ulcération ou plaie génitale	1(0,49)	-
Méconnaissance des symptômes des IST chez une femme	(n = 96)	(n = 73)
Fatigue/amaigrissement/toux chronique/diarrhée chronique	7(7,29)	-
NSP	89(92,71)	73(100)

D'après le tableau 13, le symptôme des IST chez une femme le plus connu par les JS était la perte vaginale. La douleur abdominale basse était citée en deuxième place par plus des 1/3 de ces JS. Parmi les JS méconnaissant les symptômes de IST chez les femmes, la majorité déclarait ne rien savoir. Le reste associait la fatigue, l'amaigrissement, les toux chroniques et les diarrhées chroniques à ces symptômes.

Parmi les JNS connaissant un symptôme des IST chez une femme, plus des 2/3 parlaient de perte vaginale. Le reste évoquait la douleur abdominale basse. Tous les JNS concernés par la méconnaissance de ces symptômes déclaraient ne rien savoir sur le sujet.

►Aucune liaison n'était significative entre les connaissances sur les symptômes des IST chez une femme et les portraits du problème.

a.3.1.2- Connaissances sur les symptômes des IST chez un homme :

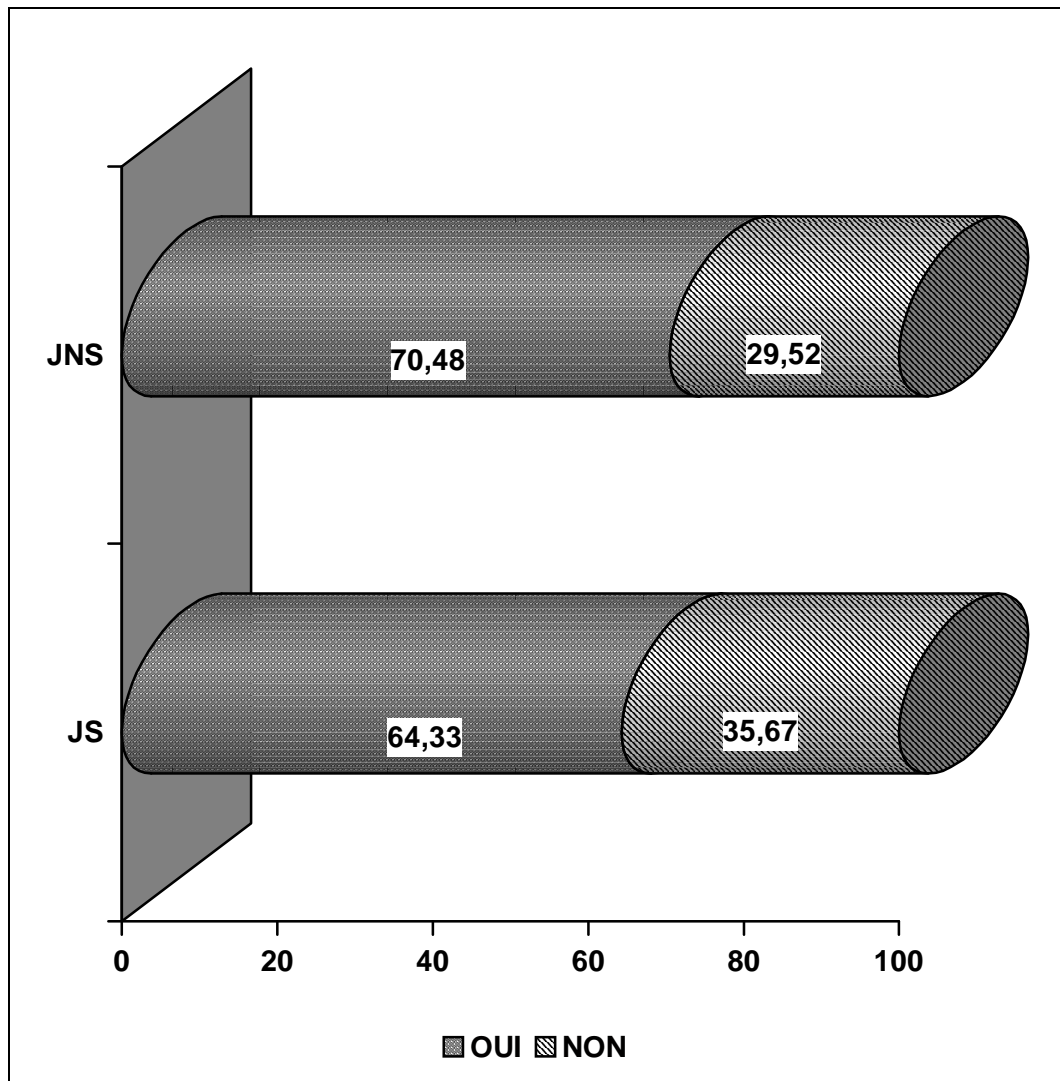


Figure 20 : Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur les symptômes des IST chez un homme

Plus des 2/3 des JS et plus de sept JNS sur dix connaissaient un symptôme de IST chez un homme.

Le tableau ci-après montre une brève description des symptômes de IST chez un homme connus par ces JS ou ces JNS et des méconnaissances de ces jeunes.

► **Tableau 14 :** Distribution des connaissances et des méconnaissances des symptômes des IST chez un homme.

	JS	JNS
	n(%)	n(%)
Connaissance des symptômes des IST chez un homme	(n = 193)	(n = 117)
Ecoulement urétral	57(29,54)	26(22,22)
Brûlure mictionnelle	132(68,39)	91(77,73)
Ulcération ou plaie génitale	4(2,07)	-
Méconnaissance des symptômes des IST chez les hommes	(n = 107)	(n = 49)
Fatigue/amaigrissement/toux chronique/diarrhée chronique	9(8,41)	-
NSP	98(91,59)	49(100)

D'après le tableau 14, le symptôme des IST chez un homme le plus connu par les JS était la brûlure mictionnelle. L'écoulement urétral était cité en deuxième place par presque trois JS sur dix. Parmi les JS méconnaissant les symptômes de IST chez un homme, la majorité déclarait ne rien savoir. Le reste associait la fatigue, l'amaigrissement, les toux chroniques et les diarrhées chroniques à ces symptômes.

Parmi les JNS connaissant un symptôme des IST chez un homme, plus des 3/4 parlaient de brûlure mictionnelle. Les restes invoquaient l'écoulement urétral. Tous les

JNS concernés par la méconnaissance de ces symptômes déclaraient ne rien savoir sur le sujet.

► **Tableau 15 : Liaison entre l'existence d'antécédent de rapport sexuel et les connaissances sur les symptômes des IST chez un homme.**

	Rapport sexuel	
	JNS	
	n = 166	
	Oui	Non
Connaissance sur les symptômes des IST chez un homme		
Oui	58	20
Non	18	70

Le tableau 15 illustre la liaison significative entre l'existence d'antécédent de rapport sexuel chez les JNS ($X^2 = 46,26$; ddl = 1 ; $P = 0,000\sim$) et les connaissances des symptômes des IST chez un homme.

Plus de quatre JNS sur dix n'avaient jamais fait de rapport sexuel et savaient un symptôme des IST chez un homme. Cependant, parmi ceux qui avaient déjà fait de rapport sexuel, les JNS connaissant un symptôme de IST chez un homme dominaient.

Cette liaison n'était pas significative pour les JS.

► Aucune liaison significative n'existait entre les connaissances sur les symptômes des IST chez un homme et les profils restants du portrait du problème suivants : les classes d'âge au premier rapport sexuel, l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel, l'existence de notion de rapport sexuel au cours des 12 derniers mois, l'existence de relation sexuelle avec les PSR ou les PSONP au cours des 12 derniers mois.

► **Tableau 16 : Liaison entre l'existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur les symptômes des IST chez un homme.**

Existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois		
PSP		
Ensemble n = 120		
	Oui	Non
Connaissance sur les symptômes des IST chez un homme		
Oui	12	73
Non	0	35

Le test concluait à une signification de la liaison entre l'existence de relation sexuelle avec les PSP et la connaissance sur les symptômes des IST chez un homme ($P = 0,017\sim$)

Une proportion élevée des jeunes n'avait pas de relation sexuelle avec les PSP au cours des 12 derniers mois et connaissait un symptôme de IST chez un homme. Notons que parmi les jeunes ayant eu des PSP, ceux qui en connaissaient dominaient.

► Les liaisons entre les connaissances sur les symptômes des IST chez les hommes et les portraits restant du problème suivants (le nombre de PSO au cours des 12 derniers mois, l'utilisation de préservatif avec les différents partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale) n'étaient pas significatives.

a.3.1.3- Connaissances du recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale :

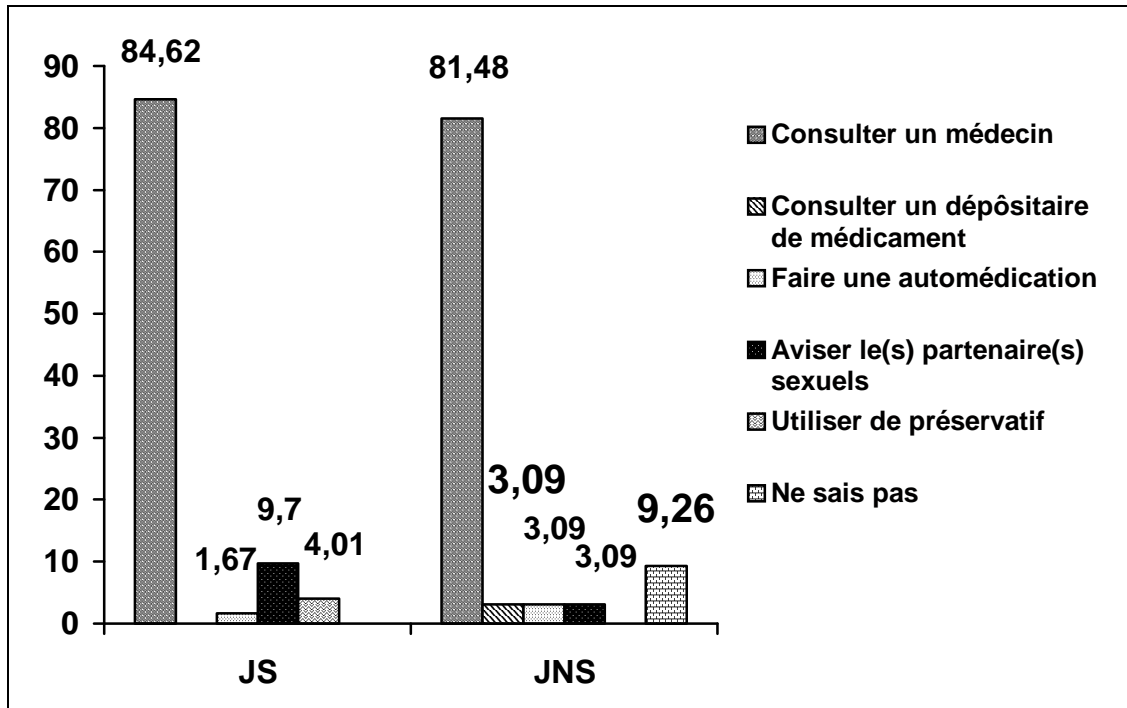


Figure 21 : Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur le recours en cas d'écoulement et/ ou d'ulcération génitale

Le recours en cas d'écoulement et/ ou d'ulcération génitale le plus connu était le médecin. Huit jeunes sur dix l'avaient cité (84,62% des JS et 81,48% des JNS).

Pour les JS, le fait d'aviser le(s) partenaire(s) avait été cité en deuxième place par environ un jeune sur dix. Venait ensuite l'utilisation de préservatif si rapport sexuel devait avoir lieu. Enfin, seulement 1,67 % de ces JS parlaient d'automédication.

Un peu moins d'un JNS sur dix ne connaissait aucun recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale. Une même proportion citait la consultation d'un dépositaire de médicament, l'utilisation de préservatif ou préférait aviser d'abord le(s) partenaire(s).

Note : Penser que le fait de connaître ce qu'on doit faire en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale aurait un impact direct sur un comportement à risque semble ne pas être évident. Cependant nous avons étudié les différences pour chaque groupe adoptant tel ou tel comportement selon sa connaissance de ce recours.

► **Tableau 17** : Différences entre l'existence d'antécédent de rapport sexuel ou non selon les connaissances du recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale.

	Rapport sexuel	
	JNS	
	Oui n(%)	Non n(%)
Connaissance du recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale		
Consulter un médecin	68(91,89)	64(72,73)
Consulter un dépositaire de médicament	1(1,35)	4(4,55)
Faire une automédication	3(4,05)	2(2,27)
Aviser le(s) partenaire(s) sexuel(s)	2(2,70)	3(3,41)
NSP	0(0)	15(17,04)
Total	74(100)	88(100)

Les différences entre l'existence d'antécédent de rapport sexuel ou non chez les JS selon les connaissances du recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale n'étaient pas significatives.

Le tableau 17 éclaire ces différences significatives chez les JNS. ($X^2 = 16,23$; ddl = 4 ; $P = 0,003\sim$).

Plus de JNS ayant déjà fait des rapports sexuels que ceux qui n'en avaient jamais fait connaissaient que la consultation d'un médecin est le recours en cas d'écoulement

et/ou d'ulcération génitale. Aussi, plus de JNS n'ayant jamais fait de rapport sexuel que ceux qui en avaient déjà fait ne savaient aucun recours.

► **Tableau 18 : Différences entre les classes d'âge au premier rapport sexuel selon les connaissances du recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale.**

	Classes d'âge au premier rapport sexuel	
	Ensemble	
	Précoce < ou = 19 ans n(%)	Pas précoce > 19 ans n(%)
Connaissance du recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale		
Consulter un médecin	105(95,45)	10(82,61)
Consulter un dépositaire de médicament	0(0)	1(4,35)
Faire une automédication	1(0,91)	3(13,04)
Aviser le(s) partenaire(s) sexuel(s)	4(3,64)	0(0)
Total	110(100)	23(100)

Les différences des classes d'âge au premier rapport sexuel selon les connaissances du recours étaient significatives. ($P = 0,002\sim$)

D'après le tableau 18, presque tous les jeunes précoces en activité sexuelle citaient le médecin comme recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale. Toutefois, plus de jeunes n'ayant pas été précoce que ceux qui l'avaient été parlaient d'automédication.

► Les différences n'étaient pas significatives entre l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel ou la continuité des activités sexuelle au cours des 12 derniers mois selon les connaissances du recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale

► **Tableau 19 : Différences entre l'existence de relation avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois selon les connaissances du recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale.**

	Existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois	
	PSONP	
	Ensemble	
	Oui n(%)	Non n(%)
Connaissance du recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale		
Consulter un médecin	49(94,23)	37(56,92)
Faire une automédication	2(3,85)	15(23,08)
Utiliser du préservatif	1(1,92)	13(20)
Total	52(100)	65(100)

D'après le tableau 19, seules les différences entre l'existence de relation avec les PSONP selon la connaissance du recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale étaient significatives

Tant pour ceux qui avaient eu de PSONP au cours des 12 derniers mois, que pour ceux qui n'en avaient pas, ces jeunes citaient tous le médecin. Il faut noter que, plus de jeunes n'ayant pas eu de PSONP, que ceux qui en avaient eu, parlaient d'automédication ou d'utilisation de préservatif.

► Le test ne concluait pas à une signification des différences entre les nombres de PSO au cours des 12 derniers mois et les connaissances du recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale.

► **Tableau 20 : Différences entre l'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois selon les connaissances du recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale.**

	Utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois	
	PSR	
	Ensemble	
	Oui n(%)	Non n(%)
Connaissance du recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale		
Consulter un médecin	0(0)	74(91,36)
Consulter un dépositaire de médicament	0(0)	1(1,23)
Faire une automédication	0(0)	2(2,47)
Aviser le(s) partenaire(s) sexuel(s)	1(100)	1(1,23)
Utiliser du préservatif	0(0)	3(3,70)
Total	1(100)	81(100)

Les seules différences significatives selon les connaissances du recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale concernaient l'utilisation de préservatif avec les PSR au cours des 12 derniers mois. ($P = 0,000\sim$)

Le seul JS qui avait utilisé le préservatif avec les PSR parlait du fait d'aviser les partenaires.

Par contre, parmi ceux qui n'en avaient pas utilisé, plus de neuf JNS sur dix savaient comme recours le médecin.

►Enfin, les différences entre l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois selon les connaissances du recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale n'étaient pas significatives.

a.3.1.4- Connaissances du délai de recours chez un médecin en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale :

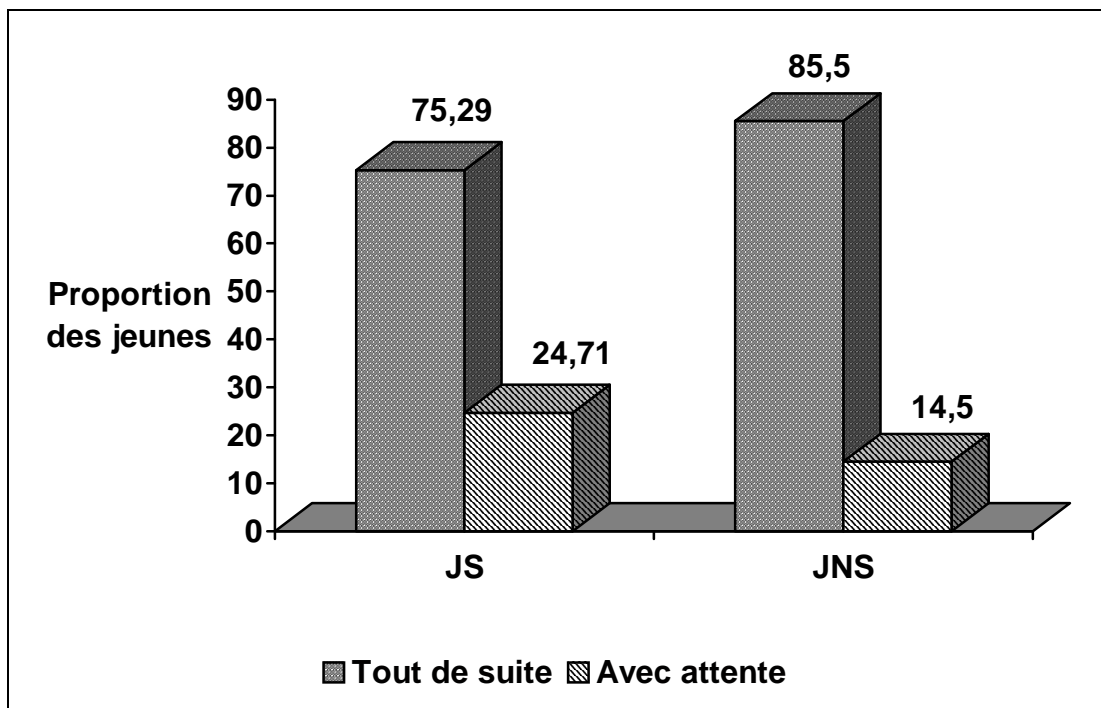


Figure 22 : Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur le délai de recours chez un médecin en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale

3/4 des JS ou plus de huit JNS sur dix savaient qu'il faut tout de suite consulter un médecin dès l'apparition des signes.

Cependant, plus du 1/4 des JS ou plus d'un JNS sur dix parlaient d'une attente variant d'une semaine à plus d'un mois.

Note : Penser que le fait de connaître le délai de recours chez le médecin en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale aurait un impact direct sur un comportement à risque semble ne pas être évident. Cependant nous avons étudié les différences pour chaque groupe adoptant tel ou tel comportement selon sa connaissance de ce délai de recours.

►Aucune différence n'était significative entre l'existence d'antécédent de rapport sexuel, ou entre les classes d'âge ou l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel selon les connaissances du délai de recours chez un médecin en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale.

►**Tableau 21** : Différences entre l'existence et l'absence d'activité sexuelle au cours des 12 derniers mois selon les connaissances du délai de recours chez un médecin en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale.

	Notion de rapport sexuel au cours des 12 derniers mois	
	JS	
	Oui n(%)	Non n(%)
Connaissance du délai de recours chez un médecin en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale		
Tout de suite	22(57,89)	12(92,31)
Avec attente	16(42,11)	1(7,69)
Total	38(100)	13(100)

D'après le tableau 21, les différences entre l'existence et l'absence des activités sexuelles au cours des 12 derniers mois chez les JS selon les connaissances du délai de recours chez un médecin étaient significatives ($P = 0,038\sim$).

Plus de JS n'ayant pas continué à faire de rapport sexuel au cours des 12 derniers mois, que ceux qui l'avaient fait, parlaient de voir un médecin dès l'apparition des écoulements et/ou des ulcérations génitales. Notons que parmi ceux qui évoquaient une attente, les JS qui continuaient leur activité sexuelle dominaient.

Toutefois, le test ne concluait pas à une signification de ces différences pour les JNS.

► Enfin, aucune différence n'était significative entre l'existence de relation avec les différents types de partenaires sexuels, les nombres de PSO au cours des 12 derniers mois ou l'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels, ou l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale selon les connaissances du délai de recours chez un médecin.

☒ CONCLUSION :

Les connaissances sur les IST influençaient le problème dans les sens suivants :

❖ Pour les connaissances sur les symptômes des IST chez les hommes :

➤ **Plus les JNS n'en connaissaient, moins ils entraient dans la vie sexuelle. Toutefois, parmi ceux qui avaient déjà fait des rapports sexuels, les JNS connaissant un symptôme de IST chez les hommes dominaient.**

➤ **Plus les JNS en connaissaient un, moins ils avaient de relation sexuelle avec les PSP. Néanmoins, parmi ceux qui avaient des relations sexuelles avec les PSP, les JNS connaissant un symptôme de IST chez les hommes dominaient.**

Les différences suivantes étaient à signaler :

❖ **Pour les connaissances sur le premier recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale :**

➤ Parmi ceux qui citaient le médecin, les JNS déjà sexuellement actifs dominaient. Pourtant, parmi ceux qui n'en savaient pas, les JNS n'ayant jamais fait de rapport émergeaient.

➤ Parmi ceux qui citaient le médecin, les jeunes ayant été précoces en activité sexuelle dominaient. Toutefois, parmi ceux qui parlaient d'automédication, les jeunes n'ayant fait de rapport qu'à 19 ans ou plus émergeaient.

➤ Parmi ceux qui citaient le médecin, les jeunes ayant eu des relations avec les PSONP dominaient. Seulement, parmi ceux qui évoquaient l'automédication ou l'utilisation de préservatif, les jeunes n'ayant pas eu de relation avec les PSONP émergeaient.

➤ Enfin, parmi ceux qui citaient le médecin, les jeunes n'ayant pas utilisé de préservatif avec les PSR dominaient.

❖ **Pour les connaissances sur le délai de recours chez le médecin en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale :**

➤ Parmi ceux qui parlaient de voir le médecin dès l'apparition des symptômes, les JS qui déclaraient l'absence de rapport sexuel au cours des 12 derniers mois dominaient. Parmi ceux qui évoquaient une attente, les JS ayant fait de rapport sexuel au cours des 12 derniers mois émergeaient.

a.3.2- Connaissances sur le SIDA :

Ces connaissances sur le SIDA comprenaient :

- La description du SIDA,
- La situation épidémiologique du SIDA,
- Le nom du germe responsable du SIDA,
- L'existence de porteur sain du SIDA,
- L'absence de guérison du SIDA,
- L'absence de vaccin contre le SIDA,

- Les moyens de prévention du SIDA,
- Les modes de transmission du SIDA,
- Le moyen de diagnostic du SIDA.

a.3.2.1- Connaissance de la description du SIDA :

Lors des séances en groupe, les jeunes avaient à discuter sur la question :
« Selon votre connaissance, c'est quoi le SIDA ? »

❖ *Les JS :*

Toutes les jeunes filles scolarisées, ayant déjà fait des rapports sexuels, décrivaient le SIDA comme étant une maladie mortelle, transmissible par le rapport sexuel, le sang et la femme enceinte à son enfant. Le SIDA ne se transmet pas selon elles ni par les vêtements, ni par les baisers, mais seulement par le sang et le sperme.

Celles qui n'avaient pas encore fait de rapport sexuel parlaient de la notion de transmission sexuelle et de la transmission par des piqûres ou par des matériels non stérilisés par l'eau bouillante, l'alcool ou le permanganate de potassium.

Pour les garçons scolarisés et sexuellement actifs, trois idées avaient été développées : c'est une maladie transmise par le sexe et le sang, due à un virus qui tue l'organisme et est incurable. Un garçon avait même dit que la personne n'est pas malade, c'est le VIH qui la tue : "Tsy marary ilay olona fa mamono azy ny VIH."

Un autre qui n'avait pas encore fait de rapport sexuel parlait d'une maladie qui affaiblit la personne atteinte et entraîne d'autres maladies. "Ny SIDA dia aretina ratsy, mahery ary niezahana nofongorina fa tsy mety afaka." : Le SIDA est une mauvaise maladie, très forte qu'on avait essayé d'éradiquer.

❖ *Les JNS :*

Une fille non scolarisée déjà sexuellement active disait que c'est une maladie transmise par le rapport sexuel et le contact physique : "Aretina azo avy amin'ny firaisana sy ny fifampikasohan'ny vatan'ny olombelona. "

Deux autres parlaient d'une maladie transmise par le rapport sexuel non protégé par du préservatif ou transmise par le sang.

Une autre décrivait le SIDA comme étant une maladie transmise par le rapport sexuel avec notion de saignement : "Aretina azo avy amin'ny firaisana misy rà. "

Les autres filles pas encore sexuellement actives disaient que le multipartenariat a sa place ici : "Aretina azo avy amin'ny firaisana amin'ny olona maro. " Encore une fois, la notion d'incurabilité et de mortalité émergeaient ici.

Les mêmes idées générales émanaient des garçons non scolarisés ayant déjà fait de rapport sexuel : transmission sexuelle, sanguine ou par des matériels souillés comme les seringues.

Ceux qui n'avaient pas encore fait de rapport sexuel parlaient aussi de cette transmission sexuelle mais aussi de la notion d'incurabilité du SIDA, et de sa prédominance dans les pays en développement : "Aretina tsy misy fanafany ary ny tany an-dalam-pandrosoana no tena misy azy. "

☒ CONCLUSION :

En général, les JS savaient bien décrire le SIDA.

Pourtant, les JNS faisaient des mauvaises descriptions du SIDA. Ils insistaient sur la notion d'une maladie grave qui se transmet par des contacts physiques ou par des rapports sexuels avec saignement.

Ces jeunes décrivaient ainsi le SIDA selon leur connaissance, que savaient-ils de la situation épidémiologique du SIDA ?

a.3.2.2- Connaissance de la situation épidémiologique du SIDA :

Le sujet à débattre était : « Selon votre connaissance, où peut-on rencontrer le SIDA ? »

❖ *Les JS :*

Pour les filles scolarisées ayant déjà fait des rapports sexuels, le SIDA se rencontre partout dans le monde et surtout en Afrique.

Une fille insistait sur le fait que, le SIDA frappe surtout et en premier les régions qui n'ont que peu de connaissance sur la maladie, les pays des races noires. Elle n'omettait pas de mentionner qu'elle avait déjà entendu parler de l'existence du SIDA à Sabotsy Namehana : "Any amin'ny faritra tsy dia mahalala ny SIDA no tena misy azy ... mainty hoditra, zoulou ... any koa no mety hitranga voalohany ny SIDA ... efa naheno aho fa misy SIDA koa eto Sabotsy Namehana."

Une autre fille pensait à l'existence du SIDA dans le sud de Madagascar à causes des régions portuaires où il y a beaucoup de filles qui attirent les étrangers : "Any amin'ny faritra atsimon'i Madagasikara no eritreretiko ho be SIDA satria misy seranana ary be ankizy vavy mahasarika vazaha. "

Celles qui n'avaient pas encore fait de rapport sexuel étaient d'accord qu'on peut rencontrer le SIDA dans le monde entier mais surtout en Afrique. Madagascar est touché, surtout la province d'Antananarivo. Elles pensaient même que Sabotsy Namehana n'est pas indemne : "... Mino izahay fa misy SIDA mihitsy eto Sabotsy Namehana. "

Pour les garçons, le SIDA frappe surtout l'Afrique à cause de l'insuffisance de matériels médicaux.

Selon un garçon ayant déjà fait des rapports sexuels, le SIDA n'existe pas encore à Madagascar. Les statistiques n'avaient été établies que pour promouvoir la vente des préservatifs. Les séropositifs existent mais le SIDA, le plus grave, n'est pas encore chez nous : "Tsy misy SIDA aty Madagasikara fa tarehy marika entina hivarotana kapaoty fotsiny ... misy olona mitondra ny otrik'aretina fotsiny ... (séropositif) ...tafiditra ao aminy ilay virus ... SIDA, ilay tena aretim-be tsy mbola tonga aty. "

Les autres n'étaient pas du même avis en ce qui concerne la grande île : le SIDA existe à Madagascar. Seuls les moyens de le démontrer manquent : "Ny SIDA efa tonga eto fa ny fomba anaporofa azy no tsy ampy. "

Tous ces jeunes gens sexuellement actifs ne pouvaient affirmer l'existence du SIDA dans la Commune Rurale de Sabotsy Namehana. Cela nécessiterait des preuves selon eux.

Les garçons scolarisés n'avaient aucune idée sur Sabotsy Namehana et semblaient plus ou moins désintéressés.

❖ *Les JNS :*

Une fille non scolarisée déjà sexuellement active disait que c'est en Afrique qu'on rencontre surtout le SIDA, Madagascar est très peu atteint, Antananarivo et Sabotsy Namehana sont indemnes d'après elle.

Une autre savait que Madagascar est déjà touché mais doute de la situation de Sabotsy Namehana à cause des comportements de sa population. Les gens sont corrects, les filles sont bien mariées malgré quelques-unes qui se livrent à la prostitution à cause des difficultés de la vie. La prostitution de rue n'est pas encore arrivée à Sabotsy Namehana, les hommes reconnaîtraient cela tout de suite : "Eto Madagasikara dia efa misy SIDA kanefa Sabotsy Namehana dia heveriko fa tsy hisy satria eto mbola maotina be : mihaja ny olona, mivoaka manambady tsara daholo na dia misy vitsy solafaka aza ka miteraka tsy manambady ka sahirana dia lasa mpivaro-tena. Tsy mbola misy

makorelina mijorojoro eto fa fantatry ny lehilahy avy hatrany ireny karazan'olona ireny ..."

Toutes celles qui n'avaient jamais fait de rapport sexuel disaient que Madagascar est déjà touché, pas Sabotsy Namehana.

Les garçons non scolarisés déjà sexuellement actifs disaient tous que c'est en Afrique qu'on rencontre le plus le SIDA. Antananarivo est touché mais Sabotsy Namehana est indemne.

Un garçon de ce groupe parlait surtout de l'existence du SIDA dans les provinces à causes des allées et venues des touristes et des étrangers. Sabotsy Namehana est intact car les boîtes de nuit n'y existent pas encore.

Par contre, à part le fait que l'Afrique soit le plus touché, les garçons non scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel disait que le SIDA existe déjà à Sabotsy Namehana. Seules les explications divergeaient.

- Le SIDA existe à Sabotsy Namehana car c'est une maladie transmissible : "... satria aretina mifindra dia efa misy eto Sabotsy Namehana. "
- Le SIDA vient seulement des femmes à cause de la prostitution : "... Avy amin'ny vehivavy ihany ilay izy ... noho ny fisian'ny vahiny eto ... ny mpivaro-tena misy (...) ..."

☒ CONCLUSION :

Les JS évoquaient que le SIDA peut se rencontrer partout, mais surtout en Afrique (là où les connaissances sur le SIDA sont assez faibles, les pays des races noires). Madagascar (surtout le sud où il y a des ports) est touché, Sabotsy Namehana aussi peut l'être.

Les JNS avaient les mêmes conceptions pour le monde entier et l'Afrique. Pour eux, Madagascar n'est que très peu touché. Sabotsy Namehana, selon certains JNS, est indemne car sa population est correcte.

Ainsi donc situaient ces jeunes le SIDA dans le monde, en Afrique, à Madagascar et surtout dans la Commune Rurale de Sabotsy Namehana. Tous avaient déjà entendu parler du SIDA. Qu'en était-il de leur connaissance à propos du nom du germe responsable du SIDA ?

a.3.2.3- Connaissance du nom du germe responsable du SIDA :

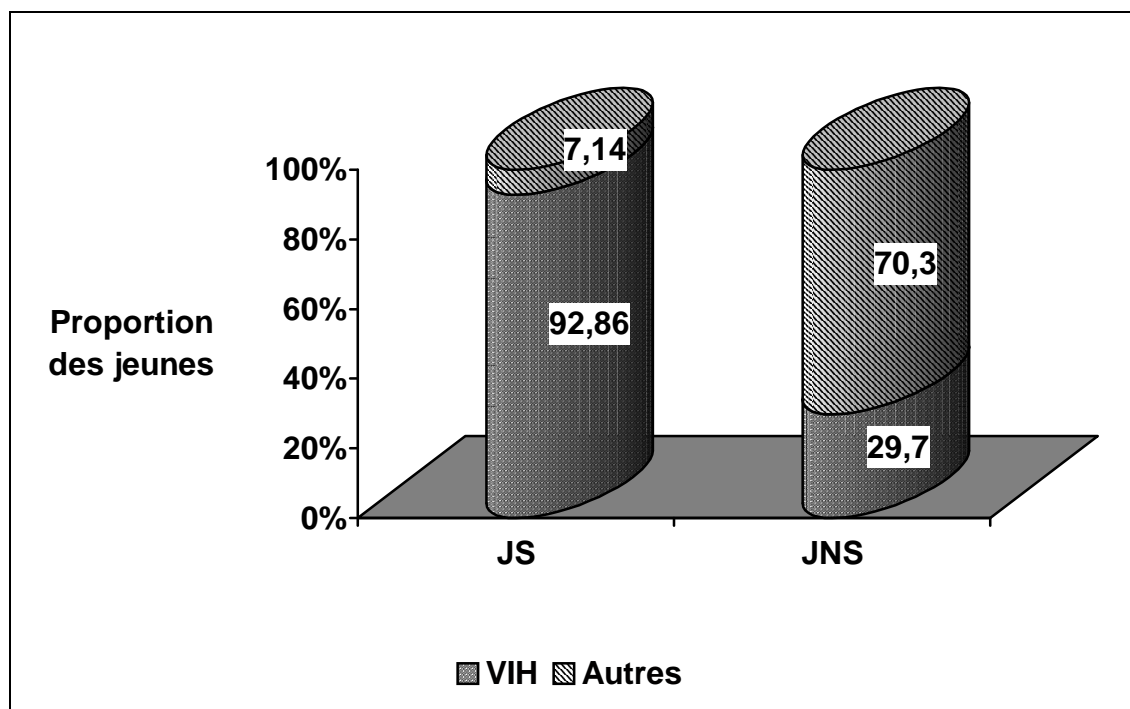


Figure 23 : Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur le nom du germe responsable du SIDA

Le figure 23 décrit que plus de neuf JS sur dix (92,86%) savaient que le VIH est le germe responsable du SIDA.

Plus de sept JNS sur dix (70,30%) ne connaissaient pas le germe responsable du SIDA.

► **Tableau 22 : Liaison entre l'existence d'antécédent de rapport sexuel et la connaissance du nom du germe responsable du SIDA.**

	Rapport sexuel	
	JNS	
	n = 165	
	Oui	Non
Connaissance du nom du germe responsable du sida		
VIH	29	20
Autres	47	69

La liaison entre l'existence d'antécédent de rapport sexuel pour les JS et la connaissance du nom du germe responsable du SIDA n'était pas significative.

Par contre, le test concluait à une signification de cette liaison pour les JNS.
($X^2 = 4,11$; ddl = 1 ; $P = 0,042$ ~)

D'après le tableau 22, plus de JNS n'ayant jamais fait de rapport sexuel que ceux qui en avaient déjà fait ne connaissaient le nom du germe responsable du SIDA. Mais, parmi ceux qui en avaient déjà fait, les JNS qui ne savaient pas ce responsable arrivaient en premier lieu.

► La liaison entre les classes d'âge au premier rapport sexuel et les connaissances du nom du germe responsable du SIDA n'était pas significative.

► **Tableau 23 : Liaison entre l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel et la connaissance du nom du germe responsable du SIDA.**

	Utilisation de préservatif au premier rapport sexuel	
	Ensemble	
	n = 141	
	Oui	Non
Connaissance du nom du germe responsable du sida		
VIH	16	67
Autres	1	57

Le tableau 23 illustre la liaison significative entre l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel et la connaissance du nom du germe responsable du SIDA. ($X^2 = 8,33$; ddl = 1 ; $P = 0,003\sim$)

Une proportion élevée de jeunes n'utilisait pas de préservatif au premier rapport sexuel et connaissait le VIH. Toutefois, parmi ceux qui ne connaissaient pas le nom du germe responsable du SIDA, les JNS n'ayant pas utilisé de préservatif dominaient.

► Le lien entre l'existence de relation sexuelle au cours des 12 derniers mois chez les JS ou les JNS et la connaissance du nom du germe responsable du SIDA n'était pas significative.

► **Tableau 24 : Liaison entre l'existence de relation avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et la connaissance du nom du germe responsable du SIDA.**

	Existence de relation avec les différents partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois	
	PSR	
	Ensemble n = 120	
	Oui	Non
Connaissance du nom du germe responsable du sida		
VIH	56	12
Autres	31	21

Seule la liaison entre l'existence de relation avec un PSR et la connaissance du nom du germe responsable du SIDA était significative. ($X^2 = 6,54$; ddl = 1 ; $P = 0,000\sim$).

Plus de jeunes ayant eu un PSR que ceux qui n'en avaient pas eu, connaissaient le VIH. Néanmoins, parmi ceux qui ne connaissaient pas ce germe, les jeunes ayant eu un PSR dominaient.

► Aucune liaison n'était significative entre la connaissance du nom du germe responsable du SIDA et le nombre de PSO, l'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels et l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois.

☒ CONCLUSION :

La connaissance du nom du germe responsable du SIDA influençait le problème dans les sens suivants :

➤ **Plus les JNS n'en connaissaient pas, moins ils faisaient de rapport sexuel. Toutefois, parmi ceux qui avaient déjà été sexuellement actifs, les JNS qui ne savaient pas le nom du germe dominaient.**

➤ **Plus les jeunes connaissaient le VIH, plus ils n'utilisaient pas de préservatif au premier rapport sexuel.**

➤ **Plus les jeunes connaissaient le VIH, plus ils avaient un PSR. Toutefois, parmi ceux qui ne savaient pas le nom de ce germe, les jeunes ayant eu aussi un PSR dominaient.**

Qu'en était-il de la connaissance de ces jeunes de l'existence de porteur sain du VIH/SIDA ?

*a.3.2.4- Connaissance de
l'existence de porteur
sain du VIH/SIDA :*

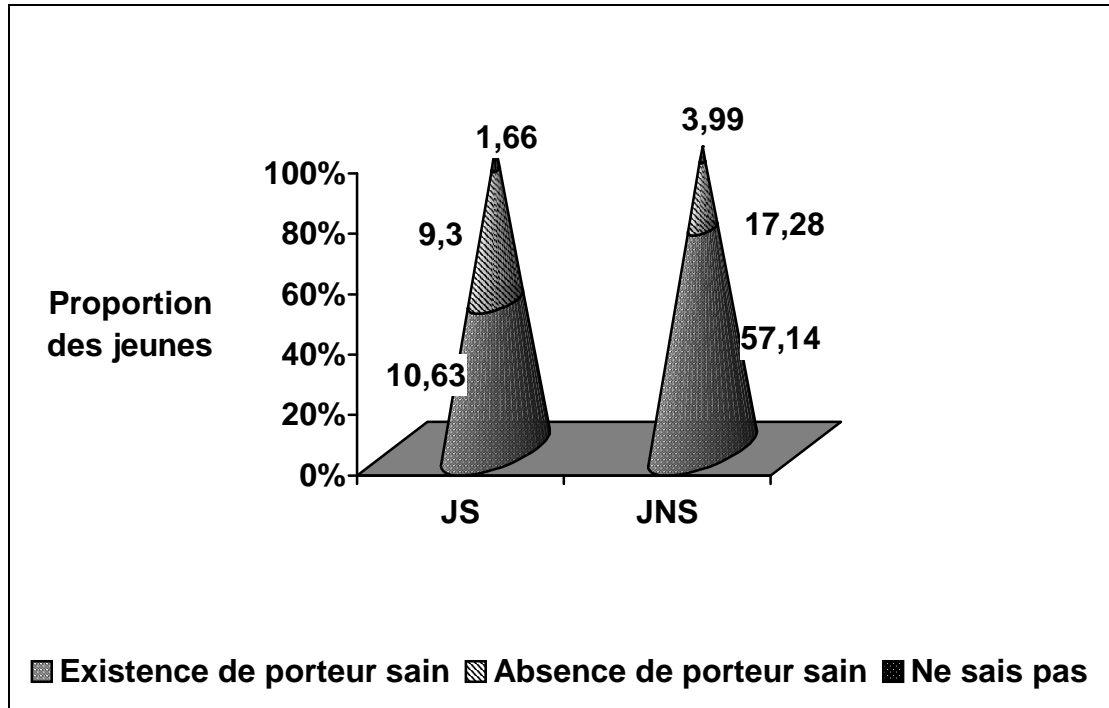


Figure 24 : Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur l'existence de porteur sain du VIH/SIDA

Le figure 24 décrit la réponse des JS ou des JNS à la question : « Selon votre connaissance, une personne en bonne santé peut-elle porter le germe responsable du SIDA ? »

Pour les JS, un peu plus des 2/3 savaient que les porteurs sains peuvent exister. Plus du 1/4 affirmaient que ces porteurs sains n'existent pas. Le reste ne savait rien sur le sujet.

Le cas des JNS était similaire à celui des JS mais avec des proportions différentes. Un peu plus de leur moitié confirmaient l'existence des porteurs sains. Plus de quatre JNS sur dix infirmaient cette hypothèse. Le reste n'en savait rien.

► **Tableau 25 : Liaison entre l'existence d'antécédent de rapport sexuel et la connaissance sur l'existence de porteur sain du VIH/SIDA**

	Rapport sexuel	
	JS	
	n = 301	
	Oui	Non
Connaissance sur l'existence de porteur sain du VIH/SIDA		
Existence de porteur sain	32	172
Absence de porteur sain	28	52
NSP	5	12

Le tableau 25 illustre la liaison significative entre la connaissance de l'existence de porteur sain du VIH/SIDA et l'existence d'antécédent de rapport sexuel chez les JS. ($X^2 = 13,31$; ddl = 2 ; $P = 0,001\sim$)

Plus de JS n'ayant jamais fait de rapport sexuel que ceux qui en avaient déjà fait savaient que des porteurs sains du VIH/SIDA existent. Cependant, parmi ceux qui avaient fait des rapports sexuels, ces JS citant l'existence de porteur sain dominaient.

► Les liaisons entre les classes d'âge au premier rapport sexuel, l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel, l'existence de continuité des activités sexuelles au cours des 12 derniers mois et la connaissance sur l'existence de porteur sain du VIH/SIDA n'étaient pas significatives.

► **Tableau 26 : Liaison entre l'existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et la connaissance de l'existence de porteur sain du VIH/SIDA**

	Existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois			
	PSR		PSONP	
	Ensemble		Ensemble	
	N = 120		n = 120	
	Oui	Non	Oui	Non
Connaissance de l'existence de porteur sain du VIH/SIDA				
Existence de porteur sain	52	9	20	41
Absence de porteur sain	31	23	34	20
NSP	4	1	1	4

La liaison entre l'existence de rapport sexuel avec un PSR et la connaissance sur l'existence de porteur sain du VIH/SIDA était significative. ($P = 0,003\sim$)

D'après le tableau 26, une grande proportion de jeunes savaient qu'il existe des porteurs sains du VIH et avaient un PSR. Seulement, parmi ceux qui affirmaient que ces porteurs sains n'existent pas, les jeunes ayant aussi un PSR dominaient.

Avec les PSONP, pour l'ensemble des jeunes, le test concluait une signification de la liaison. ($X^2 = 11,91$; ddl2 ; $P = 0,002\sim$)

Selon le même tableau 26, plus de jeunes ayant eu des relations avec des PSONP que ceux qui n'en avaient pas eues déclaraient que les porteurs sains du VIH/SIDA n'existent pas. Seulement, parmi ceux qui avaient des PSONP, les jeunes évoquant l'absence de ces porteurs sains dominaient.

Le test ne concluait pas à une signification de la liaison entre l'existence de PSONP et la connaissance sur l'existence de porteur sain du VIH/SIDA.

►Les liaisons entre le nombre de PSO, l'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et la connaissance de l'existence de porteur sain du VIH/SIDA n'étaient pas significatives.

►Tableau 27: Liaison entre l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur l'existence de porteur sain du VIH/SIDA

	Antécédents d'écoulement et/ou ulcération génitale	
	JNS	
	n = 74	
	Oui	Non
Connaissance de l'existence de porteur sain du VIH/SIDA		
Existence de porteur sain	12	28
Absence de porteur sain	19	13
NSP	0	2

Le test ne concluait pas à une signification de la liaison entre l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale chez les JS et la connaissance de l'existence de porteur sain du VIH/SIDA.

Cependant, le tableau 27 illustre l'existence d'une liaison significative pour les JNS. ($P = 0,020\sim$)

Plus de JNS n'ayant jamais eu d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale que ceux qui en avaient déjà eu savaient que des porteurs sains du VIH/SIDA existent. Mais parmi ceux qui contestaient l'existence de ces porteurs sains, les JNS ayant eu un antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale dominaient.

☒ CONCLUSION :

La connaissance de l'existence de porteur sain du VIH/SIDA influençait le problème dans les sens suivants :

➤ **Plus les JS savaient que des porteurs sains du VIH/SIDA existent, moins ils faisaient de rapport sexuel.**

➤ **Plus les jeunes savaient que des porteurs sains du VIH/SIDA existent, plus ils avaient des relations avec un PSR. Toutefois, parmi ceux qui évoquaient l'absence de ces porteurs sains, les jeunes ayant eu un PSR dominaient.**

➤ **Plus les jeunes savaient que des porteurs sains du VIH/SIDA existent, moins ils avaient de relation avec un PSONP. Cependant, parmi ceux qui déclaraient l'absence de ces porteurs sains, les jeunes ayant eu un PSONP dominaient.**

➤ **Plus les JNS savaient que des porteurs sains du VIH/SIDA existent, moins ils avaient eu un antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale. Toutefois, parmi ceux qui déclaraient un antécédent, les JNS qui ne savaient pas l'existence de ces porteurs sains émergeaient.**

Ainsi se présentaient les différents types d'influence de la connaissance de l'existence de porteur sain du VIH/SIDA sur les profils du portrait du problème. Qu'en était-il des connaissances sur l'incurabilité du SIDA ?

*a.3.2.5- Connaissance de
l'absence de guérison
du SIDA :*

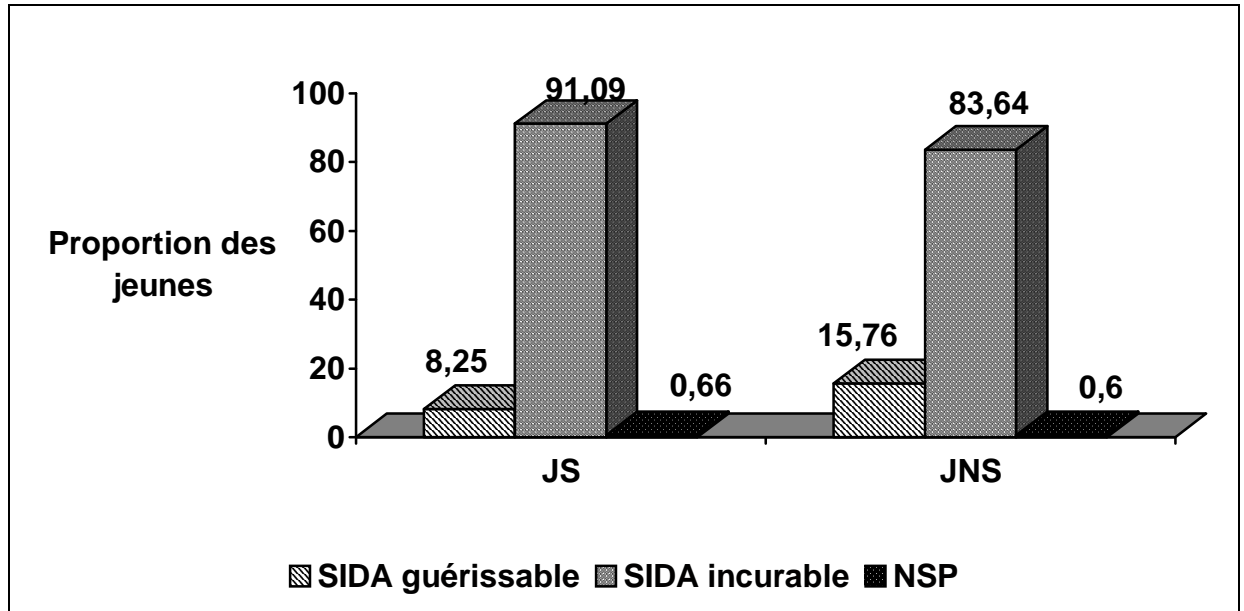


Figure 25 : Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur l'absence de guérison du SIDA

La figure 25 décrit la réponse des JS ou des JNS à la question : « Selon votre connaissance, le SIDA est-il guérissable ou non ? »

La majorité des JS ou des JNS déclaraient que le SIDA est incurable. Venaient ensuite ceux qui affirmaient que le SIDA est guérissable.

►Aucune liaison n'était significative entre la connaissance sur l'incurabilité du SIDA et les profils du portrait du problème identifiés.

Qu'en était-il de la connaissance sur l'absence du vaccin pour prévenir le SIDA ?

a.3.2.6- Connaissance de l'absence du vaccin pour prévenir le SIDA:

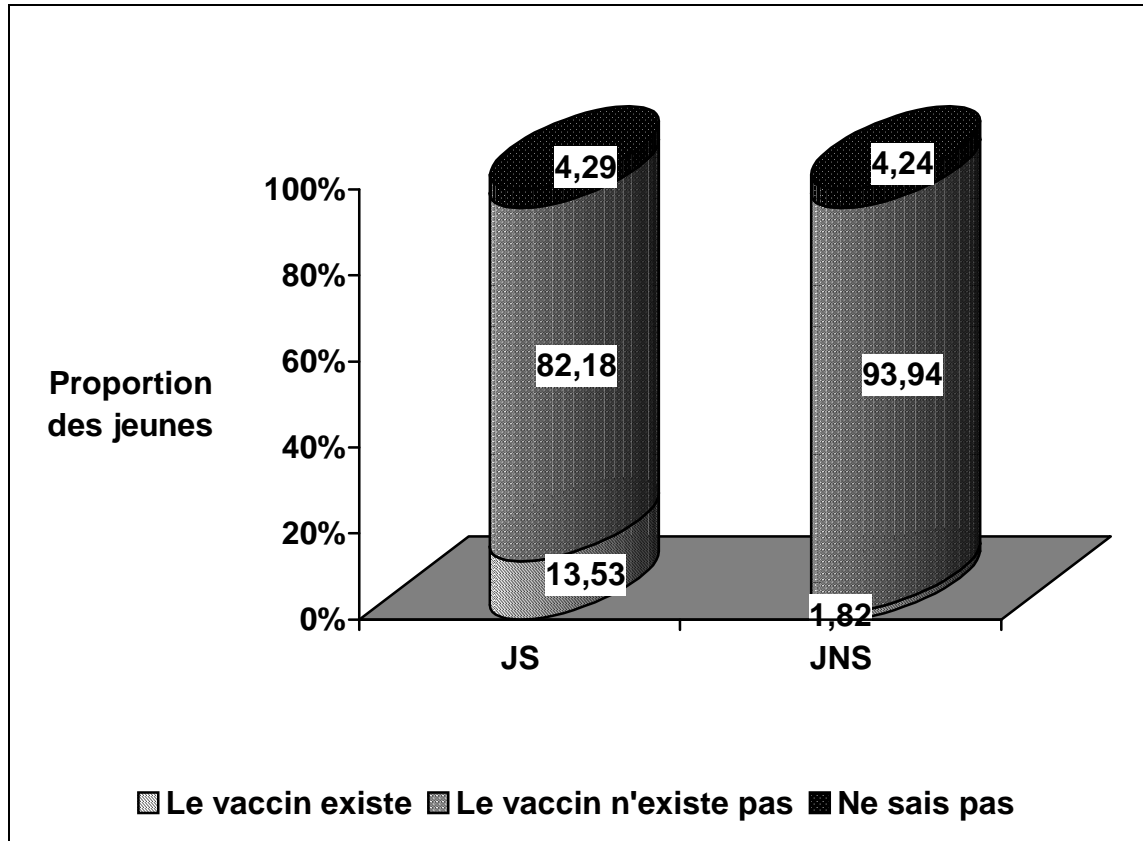


Figure 26 : Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur l'absence de vaccin pour prévenir le SIDA

Les jeunes avaient à répondre à la question : « Selon votre connaissance, existe-t-il un vaccin pour prévenir le SIDA ? »

Les réponses sont représentées dans le figure 26.

Plus de quatre JS sur cinq affirmaient que le vaccin pour prévenir le SIDA n'existe pas. Venaient ensuite ceux qui déclaraient que ce vaccin existe. Le reste n'en savait rien.

Plus de neuf JNS sur dix savaient que le vaccin n'existe pas.

►Aucune liaison n'était significative entre la connaissance sur l'absence de vaccin contre le SIDA et les portraits du problème identifiés.

Que se passait-il avec les connaissances sur les moyens de prévention du SIDA ?

*a.3.2.7- Connaissance des
moyens de prévention du
SIDA :*

► **Tableau 28 : Statut des JS ou des JNS selon leurs connaissances sur les moyens de prévention du SIDA.**

	JS n(%)	JNS n(%)
Connaissance sur les moyens de prévention du sida		
<i>Préservatif</i>	n = 303	n = 165
Protège du sida	253(83,50)	139(84,24)
Ne protège pas du sida	40(13,20)	22(13,33)
NSP	10(3,30)	4(2,42)
<i>Fidélité</i>	n = 302	n = 165
Protège du sida	249(82,45)	144(87,27)
Ne protège pas du sida	50(16,56)	16(9,70)
NSP	3(0,99)	5(3,03)
<i>Abstinence</i>	n = 303	n = 165
Protège du sida	223(73,60)	144(87,27)
Ne protège pas du sida	77(25,41)	16(9,70)
NSP	3(0,99)	5(3,03)
<i>Antibiotique</i>	n = 301	n = 165
Protège du SIDA	41(13,62)	83(50,30)
Ne protège pas du SIDA	239(79,40)	74(44,85)
NSP	21(6,98)	8(4,85)

Remarque : NSP = Ne sais pas

(*) Suite Tableau 28

	JS	JNS
	n(%)	n(%)
<i>Autres contraceptifs : Pilules ...</i>	n = 303	n = 165
Protège du SIDA	87(28,71)	65(39,39)
Ne protège pas du SIDA	185(61,06)	63(38,18)
NSP	31(10,23)	37(22,42)
<i>Miction après rapport sexuel</i>	n = 303	n = 165
Protège du SIDA	26(8,58)	28(16,97)
Ne protège pas du SIDA	235(77,56)	133(80,61)
NSP	42(13,86)	4(2,42)
<i>Toilette après rapport sexuel</i>	n = 303	n = 165
Protège du SIDA	78(25,74)	75(45,45)
Ne protège pas du SIDA	203(67)	82(49,70)
NSP	22(7,26)	8(4,85)

Le tableau 28 illustre la distribution des réponses des JS ou des JNS aux questions sur les moyens de prévention du SIDA.

La majorité des JS était convaincue, avec des proportions différentes, que l'utilisation du préservatif, la fidélité et l'abstinence sexuelle permettent de prévenir le SIDA. Néanmoins, certains JS n'étaient pas persuadés de l'efficacité de ces moyens. Les restes ne savaient rien sur le sujet.

La majorité de ces JS savaient que ni les antibiotiques, ni les autres méthodes contraceptives, ni la miction après chaque rapport sexuel, ni les toilettes après chaque rapport sexuel ne permettent de prévenir le SIDA.

Environ un JS sur dix disait que les antibiotiques et la miction après rapport suffisent pour éviter d'avoir le SIDA. Plus des 1/4 de ces JS étaient d'accord que l'utilisation d'autres méthodes contraceptives comme les pilules ou les toilettes après

rapport peut prévenir le SIDA. Environ un JS sur dix ou moins déclarait ne rien savoir sur les antibiotiques, les autres méthodes contraceptives, la miction après rapport, les toilettes après rapport.

La majorité des JNS était convaincue, avec des proportions différentes, que l'utilisation de préservatif (84,24%), la fidélité et l'abstinence sexuelle permettent de prévenir le SIDA.

La moitié de ces JNS ou presque deux JNS sur cinq déclaraient que les antibiotiques ou l'utilisation d'autres méthodes peuvent prévenir le SIDA. Toutefois, un peu moins de la moitié de ces JNS ou presque deux JNS sur cinq refusaient l'effet préventif de ces moyens. Le reste disait ne rien savoir ni sur les antibiotiques, ni sur les autres contraceptifs.

Cependant, la majorité des JNS ou presque la moitié déclaraient que ni la miction, ni les toilettes après chaque rapport ne préviennent le SIDA. Toutefois, plus d'un JNS sur dix disaient que la miction ferait l'affaire. Un peu moins de la moitié affirmaient la même chose pour les toilettes. Les restes déclaraient ne rien savoir sur la miction et sur les toilettes après chaque rapport.

Qu'en était-elle la liaison entre l'existence d'antécédent de rapport sexuel et les connaissances sur les moyens de prévention de l'infection à VIH ?

► **Tableau 29 : Liaison entre l'existence d'antécédent de rapport sexuel et les connaissances sur les moyens de prévention du SIDA.**

	Rapport sexuel			
	JS		JNS	
	n = 303		n = 165	
	Oui	Non	Oui	Non
Connaissance sur les moyens de prévention du sida				
<i>Préservatif</i>				
Protège du SIDA	49	204		
Ne protège pas du SIDA	11	29		
NSP	5	5		
<i>Autre contraceptif : Pilules ...</i>				
Protège du SIDA			29	36
Ne protège pas du SIDA			37	26
NSP			10	27

Pour les JS, on ne trouvait de liaison significative avec l'existence d'antécédent de rapport sexuel que pour la connaissance sur l'effet préventif des préservatifs. ($X^2 = 6,36$; ddl = 2 ; $P = 0,042\sim$). Plus de JS n'ayant jamais fait de rapport sexuel que ceux qui en avaient déjà fait savaient que l'utilisation de préservatif permet de prévenir le SIDA.

Pour les JNS, on ne trouvait de liaison significative avec l'existence d'antécédent de rapport sexuel que pour la connaissance sur l'effet préventif des autres méthodes contraceptives telles que les pilules. ($X^2 = 9,52$; ddl = 2 ; $P = 0,008\sim$). Plus de JS ayant déjà fait de rapport sexuel que ceux qui n'en avaient jamais fait savaient que l'utilisation d'autre méthode contraceptive ne permet pas de prévenir le SIDA. Notons que parmi les JNS n'ayant jamais fait de rapport sexuel, ceux qui affirmaient que les pilules protègent du SIDA dominaient.

► **Tableau 30 : Liaison entre les classes d'âge au premier rapport sexuel et les connaissances sur les moyens de prévention du SIDA.**

	Classes d'âge au premier rapport sexuel	
	Ensemble	
	n = 141	
	Précoce < ou = 19 ans	Pas précoce > 19 ans
Connaissance sur les moyens de prévention du sida		
Antibiotique		
Protège du SIDA	39	6
Ne protège pas du SIDA	70	7
NSP	9	10
Toilette après rapport sexuel		
Protège du SIDA	51	3
Ne protège pas du SIDA	64	18
NSP	3	2

Pour l'ensemble de ces jeunes, aucune liaison n'était significative entre les classes d'âge au premier rapport sexuel et leur connaissance sur l'effet préventif ou non des préservatifs, de la fidélité, de l'abstinence, des autres moyens contraceptifs, de la miction après chaque rapport sexuel.

Dans le tableau 30, on trouvait une signification de la liaison avec les connaissances sur les antibiotiques ($P = 0,000\sim$) et les toilettes après chaque rapport sexuel ($P = 0,014\sim$).

Plus de jeunes ayant été précoces en activité sexuelle que ceux qui ne l'étaient pas déclaraient que les antibiotiques ou les toilettes après chaque rapport sexuel ne permettent pas de prévenir le SIDA. Néanmoins, parmi ceux qui déclaraient que ces

antibiotiques ou ces toilettes ont des effets préventifs sur le SIDA, les jeunes ayant été précoces en activité sexuelle dominaient.

► **Tableau 31 : Liaison entre l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel et les connaissances sur les moyens de prévention du SIDA.**

	Utilisation de préservatif au premier rapport sexuel	
	Ensemble	
	n = 141	
	Oui	Non
Connaissance sur les moyens de prévention du sida		
<i>Autres contraceptifs : Pilules ...</i>		
Protège du SIDA	2	45
Ne protège pas du SIDA	14	62
NSP	1	17
<i>Toilette après rapport sexuel</i>		
Protège du SIDA	2	52
Ne protège pas du SIDA	15	67
NSP	0	5

Pour l'ensemble de ces jeunes, aucune liaison n'était significative entre l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel et leur connaissance sur l'effet préventif ou non des préservatifs, de la fidélité, de l'abstinence, des autres moyens contraceptifs, de la miction après chaque rapport sexuel.

Dans le tableau 31, on trouvait une signification de la liaison avec les connaissances sur les autres méthodes contraceptives ($X^2 = 6,32$; ddl = 2 ; $P = 0,042\sim$) et les toilettes après chaque rapport sexuel ($P = 0,027\sim$).

Plus de jeunes n'ayant pas utilisé de préservatif au premier rapport sexuel que ceux qui en utilisaient déclaraient que les autres méthodes contraceptives ou les toilettes

après chaque rapport sexuel ne permettent pas de prévenir le SIDA. Toutefois, parmi ceux qui déclaraient que ces autres moyens contraceptifs ou ces toilettes ont des effets préventifs sur le SIDA, les jeunes n'ayant pas utilisé de préservatif au premier rapport sexuel dominaient.

Aussi, plus d'un jeune sur dix ne savaient rien sur le sujet tout n'utilisant pas de préservatif au premier rapport sexuel.

► **Tableau 32 :** Liaison entre l'existence de continuité des activités sexuelles au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur les moyens de prévention du SIDA.

	Notion de rapport sexuel au cours des 12 derniers mois	
	JNS	
	n = 76	
	Oui	Non
Connaissances sur les moyens de prévention du sida		
<i>Autre contraceptif : Pilule ...</i>		
Protège du SIDA	27	2
Ne protège pas du SIDA	36	1
NSP	7	3

Pour les JS, aucune liaison n'était significative entre l'existence de continuité des activités sexuelles au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur les moyens de prévention du SIDA.

Pour les JNS, aucune liaison n'était significative qu'avec les connaissances sur les autres contraceptifs (Illustrées dans le tableau 29. (P = 0,017~))

Plus de JNS ayant fait des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois que ceux qui n'en avaient pas fait savaient que les autres méthodes contraceptives ne protègent pas du SIDA. Notons, parmi ceux qui affirmaient que ces contraceptifs

peuvent prévenir du SIDA, les JNS ayant des rapports sexuels au cours de ces 12 derniers mois dominaient.

► **Tableau 33 : Liaison entre l'existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur les moyens de prévention du SIDA.**

	Existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois					
	PSR		PSONP		PSP	
	Ensemble		Ensemble		Ensemble	
	n = 120		n = 120		n = 120	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Connaissances sur les moyens de prévention du sida						
<i>Antibiotique</i>						
Protège du SIDA	21	19			5	11
Ne protège pas du SIDA	62	11			7	80
NSP	4	3			0	12
<i>Autre contraceptif : Pilules</i>						
Protège du SIDA	25	15				
Ne protège pas du SIDA	54	12				
NSP	8	6				
<i>Miction après rapport sexuel</i>						
Protège du SIDA					4	8
Ne protège pas du SIDA					8	90
NSP					0	5

(*) Suite tableau 33

	Existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois					
	PSR		PSONP		PSP	
	Ensemble		Ensemble		Ensemble	
	n = 120		n = 120		n = 120	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Toilette après rapport sexuel						
Protège du SIDA	23	22	30	21		
Ne protège pas du SIDA	60	11	25	39		
NSP	4	0	0	5		

Les liaisons entre l'existence de relation avec un PSR et la connaissance sur l'effet protecteur ou non des antibiotiques était significative ($P = 0,000\sim$). Il en était de même pour les connaissances sur les autres contraceptifs ($P = 0,038\sim$) ou les toilettes après chaque rapport sexuel ($P = 0,000\sim$).

Une proportion élevée des jeunes déclaraient que les antibiotiques ou les autres contraceptifs ne protègent pas du SIDA. Cependant, parmi ceux qui évoquaient l'effet protecteur des antibiotiques ou des autres contraceptifs, les jeunes ayant eu un PSR dominaient.

Pour l'existence de relation avec les PSONP au cours des 12 derniers mois, seule la liaison avec les connaissances sur les toilettes après rapport était significative.

($P = 0,002\sim$)

Plus de jeunes n'ayant pas eu de relation avec ces PSONP que ceux qui en avaient eu savaient que les toilettes ne protègent pas du SIDA, quoique des jeunes aient affirmé que ces toilettes ont des effets préventifs du SIDA tout en ayant eu de relation avec ces PSONP.

Enfin, pour l'existence de relation avec les PSP, les liaisons avec les connaissances sur l'effet protecteur ou non des antibiotiques ($X^2 = 9,35$; ddl = 2 ; $P = 0,009$ ~) ou des mictions après rapport sexuel ($P = 0,019$ ~) étaient significatives.

Une proportion dominante savait que les antibiotiques ou les toilettes après les rapports sexuels ne protègent pas du SIDA et n'avaient pas de relation avec les PSP au cours des 12 derniers mois.

► Les liaisons entre le nombre de PSO au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur les moyens de prévention du SIDA n'étaient pas significatives.

► **Tableau 34 : Liaison entre l'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur les moyens de prévention du SIDA.**

	Utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois	
	PSONP	
	JS	
	n = 24	
	Oui	Non
Connaissance sur les moyens de prévention du sida		
<i>Autre contraceptif : Pilule ...</i>		
Protège du SIDA	0	8
Ne protège pas du SIDA	5	6
NSP	0	5

D'après le tableau 34, la liaison était significative, seulement entre l'utilisation de préservatif ou non chez les JS avec les PSONP au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur l'effet préventif ou non des autres contraceptifs ($P = 0,024$ ~).

Plus de JS n'ayant pas utilisé de préservatif avec ces PSONP que ceux qui en avaient utilisé déclaraient que ces autres moyens contraceptifs protègent du SIDA.

► Toutes les liaisons avec les connaissances sur les moyens de prévention du SIDA n'étaient pas significatives pour l'existence de relation sexuelles avec les différents partenaires chez les JNS, l'existence d'un antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale.

☒ CONCLUSION :

Les connaissances sur les moyens de prévention du SIDA influençaient le problème dans les sens suivants :

❖ Pour les connaissances sur les préservatifs :

Plus les JS connaissaient que les préservatifs protègent du SIDA, moins ils faisaient de rapport sexuel. Aussi, parmi ceux qui étaient déjà sexuellement actifs, les JS affirmant l'effet protecteur des préservatifs dominaient.

❖ Pour les connaissances sur les antibiotiques :

➤ Plus les jeunes connaissaient que les antibiotiques ne protègent pas du SIDA, plus ils étaient précoces en activité sexuelle. Toutefois, parmi ceux qui affirmaient l'effet protecteur des antibiotiques, les jeunes précoces dominaient.

➤ Plus les jeunes connaissaient que les antibiotiques ne protègent pas du SIDA, plus ils faisaient de rapport sexuel avec un PSR. Parmi ceux qui affirmaient également l'effet protecteur de ces antibiotiques, les jeunes n'ayant pas eu de rapport avec un PSR émergeaient.

➤ Plus les jeunes savaient que les antibiotiques ne protègent pas du SIDA, moins ils faisaient de rapport sexuel avec les prostituées.

❖ Pour les connaissances sur les autres contraceptifs (surtout les pilules) :

➤ Plus les JNS connaissaient que les pilules ne protègent pas du SIDA, plus ils faisaient de rapport sexuel. Toutefois, parmi ceux qui n'avaient jamais fait de rapport sexuel, les JNS affirmant l'effet protecteur des pilules dominaient.

➤ Plus ces jeunes déclaraient que les pilules ne protègent pas du SIDA, plus ils n'utilisaient pas de préservatif au premier rapport sexuel. Cependant, parmi les jeunes évoquant l'effet protecteur des autres contraceptifs, ceux qui n'utilisaient pas de préservatif au premier rapport sexuel dominaient encore.

➤ Plus les JNS connaissaient que les pilules ne protègent pas du SIDA, plus ils faisaient des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois. Notons que, parmi ceux qui affirmaient l'effet protecteur des pilules, les jeunes ayant continué leur activité sexuelle dominaient.

➤ Enfin, plus les jeunes connaissaient que les autres contraceptifs ne protègent pas du SIDA, plus ils faisaient des rapports sexuels avec un PSR. Parmi ceux qui affirmaient également l'effet protecteur de ces autres contraceptifs, les jeunes n'ayant pas eu de rapport avec un PSR émergeaient.

❖ Pour les connaissances sur la miction après chaque rapport sexuel :

➤ Plus les jeunes savaient que les mictions après rapport protègent du SIDA, moins ils faisaient de rapport sexuel avec les prostituées.

❖ Pour les connaissances sur les toilettes après chaque rapport sexuel :

➤ Plus les jeunes connaissaient que les toilettes après rapport ne protègent pas du SIDA, plus ils étaient précoces en activité sexuelle. Toutefois, parmi ceux qui affirmaient l'effet protecteur de ces toilettes, ces jeunes précoces dominaient.

➤ Plus les jeunes connaissaient que les toilettes après rapport ne protègent pas du SIDA, plus ils n'utilisaient pas de préservatif au premier rapport.

Néanmoins, parmi ceux qui affirmaient l'effet protecteur des toilettes après rapport, les jeunes n'ayant pas utilisé de préservatif au premier rapport émergeaient.

➤ Plus les jeunes connaissaient que les toilettes après rapport ne protègent pas du SIDA, plus ils faisaient de rapport sexuel avec un PSR. Parmi ceux qui affirmaient également l'effet protecteur de ces derniers, les jeunes n'ayant pas eu de rapport avec un PSR émergeaient.

➤ Plus les jeunes connaissaient que les toilettes après rapport ne protègent pas du SIDA, moins ils faisaient de rapport sexuel avec les PSONP. Parmi ceux qui affirmaient également l'effet protecteur de ces toilettes, les jeunes ayant de rapport avec les PSONP émergeaient.

Qu'en était-il des connaissances sur les modes de transmission du SIDA ?

a.3.2.8- Connaissance sur les modes de transmission du SIDA :

► **Tableau 35 : Statut des JS ou des JNS selon leurs connaissances sur les modes de transmission du SIDA.**

	JS	JNS
	n(%)	n(%)
Connaissance sur les modes de transmission du sida		
<i>Rapport sexuel</i>	n = 303	n = 164
Transmet le SIDA	301(99,34)	162(98,78)
Ne transmet pas le SIDA	2(0,66)	-
NSP	-	2(1,22)
<i>Sang</i>	n = 303	n = 164
Transmet le SIDA	297(98,02)	163(99,78)
Ne transmet pas le SIDA	6(1,98)	-
NSP	-)	1(0,61)
<i>Femme enceinte à son enfant</i>	n = 303	n = 164
Transmet le SIDA	291(96,04)	162(98,78)
Ne transmet pas le SIDA	8(2,64)	1(0,61)
NSP	4(1,32)	1(0,61)
<i>Seringue souillée</i>	n = 302	n = 164
Transmet le SIDA	298(98,68)	163(99,39)
Ne transmet pas le SIDA	4(1,32)	-
NSP	-	1(0,61)

(*) Suite tableau 35

	JS	JNS
	n(%)	n(%)
<i>Femme allaitant son enfant</i>	n = 302	n = 164
Transmet le SIDA	136(45,04)	118(71,95)
Ne transmet pas du SIDA	111(36,75)	27(16,46)
NSP	55(18,21)	19(11,59)
<i>Piqûre de moustique</i>	n = 302	n = 164
Transmet le SIDA	113(37,42)	93(56,71)
Ne transmet pas du SIDA	175(57,95)	57(34,75)
NSP	14(4,63)	14(8,54)
<i>Embrassade</i>	n = 302	n = 164
Transmet le SIDA	40(13,29)	24(14,63)
Ne transmet pas du SIDA	255(84,72)	134(81,71)
NSP	7(2,33)	6(3,66)
<i>Partage de repas</i>	n = 302	n = 164
Transmet le SIDA	32(10,56)	9(5,49)
Ne transmet pas du SIDA	270(89,11)	153(93,29)
NSP	1(0,33)	2(1,22)
<i>Echange de vêtement</i>	n = 302	n = 164
Transmet le SIDA	63(20,79)	37(22,56)
Ne transmet pas du SIDA	229(75,58)	125(76,22)
NSP	11(3,63)	2(1,22)
<i>Utilisation de toilette publique</i>	n = 303	n = 164
Transmet le SIDA	63(20,79)	37(22,56)
Ne transmet pas du SIDA	229(75,58)	125(76,22)
NSP	11(3,63)	2(1,22)

Le tableau 35 décrit les réponses des JS ou des JNS aux questions sur les modes de transmission du SIDA.

La majorité des JS était convaincue que les rapports sexuels, le sang, la grossesse et l'utilisation de seringues souillées permettent la transmission du SIDA.

Plus de deux JS sur cinq déclaraient que l'allaitement est aussi un mode de transmission du SIDA. Néanmoins, plus du 1/3 déclaraient que cela n'en est pas un. Un peu plus de la moitié savaient que les piqûres de moustique ne constituent pas un mode de transmission du SIDA. Quoique plus d'un JS sur trois aient déclaré le contraire. Le reste ne savait rien sur le sujet.

Enfin, la majorité de ces JS savaient que ni les embrassades, ni les partages de repas avec un sidéen, ni les échanges de vêtements, ni l'utilisation des toilettes publiques ne permettent la transmission du SIDA.

La majorité des JNS savait que les rapports sexuels, le sang, la grossesse et l'utilisation de seringues souillées permettent la transmission du SIDA.

Un peu moins des 3/4 de ces JNS ou plus de la moitié déclaraient que l'allaitement ou les piqûres de moustique en sont aussi un. Les restes se partageaient entre ceux qui déclaraient que l'allaitement ou ces piqûres n'en sont pas un et ceux qui n'en savaient rien.

Enfin, la majorité de ces JNS savaient que ni les embrassades, ni les partages de repas avec les sidéens, ni les échanges de vêtements, ni l'utilisation des toilettes publiques ne permettent de transmettre le SIDA. Notons que, plus d'un JNS sur dix et un peu moins du 1/4 avançaient que les embrassades et les échanges de vêtements ou l'utilisation des toilettes publiques sont des modes de transmission du SIDA.

Le tableau 35 permet donc d'entrevoir des divergences de vue entre les différentes entités des jeunes. Est-ce que ces divergences influençaient les profils du portrait du problème ?

► **Tableau 36 : Liaison entre l'existence d'antécédent de rapport sexuel et les connaissances sur les modes de transmission du SIDA.**

	Rapport sexuel	
	JNS	
	n = 164	
	Oui	Non
Connaissance sur les modes de transmission du sida		
<i>Femme allaitant son enfant</i>		
Transmet le SIDA	46	72
Ne transmet pas le SIDA	19	8
NSP	11	8

Aucune liaison n'était significative entre l'existence d'antécédent de rapport sexuel chez les JS et leurs connaissances sur les modes de transmission du SIDA.

Pour les JNS, et d'après le tableau 36, seule la liaison de l'existence d'antécédent de rapport sexuel avec la connaissance sur l'allaitement était significative. (P = 0,007~)

Dans l'ensemble, plus de JS n'ayant jamais fait de rapport sexuel que ceux qui en avaient déjà fait déclaraient que l'allaitement est un mode de transmission du SIDA. Et parmi ceux qui étaient sexuellement actifs, c'étaient toujours ces JS affirmant l'effet transmetteur de l'allaitement qui dominaient.

Cela étant, est-ce que la connaissance sur les modes de transmission du SIDA avait une influence sur l'âge des jeunes à leur premier rapport sexuel ?

► **Tableau 37 : Liaison entre les classes d'âge au premier rapport sexuel et les connaissances sur les modes de transmission du SIDA.**

	Classes d'âge au premier rapport sexuel	
	Ensemble	
	n = 141	
	Précoce < ou = 19 ans	Pas précoce > 19 ans
Connaissance sur les modes de transmission du sida		
<i>Piqûre de moustique</i>		
Transmet le SIDA	53	4
Ne transmet pas le SIDA	55	16
NSP	6	3

Seule la liaison entre les classes d'âge au premier rapport sexuel et les connaissances sur la notion de transmission du SIDA ou non par des piqûres de moustique était significative. ($P = 0,026\sim$)

Le tableau 37 représente que, plus de jeunes ayant été précoces en activité sexuelle que ceux qui ne l'étaient pas déclaraient que les piqûres de moustiques ne sont pas des modes de transmission du SIDA. Toutefois, une proportion aussi élevée de ces jeunes affirmaient que ces piqûres peuvent transmettre le SIDA, tout en ayant été précoces en activité sexuelle.

► **Tableau 38 : Liaison entre l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel et les connaissances sur les modes de transmission du SIDA.**

	Utilisation de préservatif au premier rapport sexuel	
	Ensemble	
	n = 141	
	Oui	Non
Connaissance sur les modes de transmission du sida		
<i>Femme allaitant son enfant</i>		
Transmet le SIDA	4	70
Ne transmet pas le SIDA		33
NSP	5	21

Seule la liaison entre l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel et les connaissances sur la notion du transmission du SIDA ou non par l'allaitement était significative. ($X^2 = 6,50$; ddl = 2 ; $P = 0,039\sim$)

Le tableau 38 indique que plus de jeunes n'ayant pas utilisé de préservatif au premier rapport sexuel que ceux qui en utilisaient déclaraient que l'allaitement transmet le SIDA. Notons que des jeunes affirmaient que cet allaitement ne transmet pas le SIDA, tout en n'ayant pas utilisé de préservatif.

► Les liaisons entre l'existence de rapport sexuel chez les JS ou les JNS au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur les modes de transmission du SIDA n'étaient pas significatives.

► **Tableau 39 : Liaison entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur les modes de transmission du SIDA.**

	Existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois	
	PSR	
	Ensemble	
	n = 120	
	Oui	Non
Connaissance sur les modes de transmission du sida		
<i>Femme allaitant son enfant</i>		
Transmet le SIDA	38	25
Ne transmet pas du SIDA	30	5
NSP	19	3

Selon le tableau 39, pour l'existence de relation avec les différents types de partenaires sexuels, la seule liaison significative était entre l'existence de relation avec un PSR et la connaissance sur la notion de transmission ou non du SIDA par l'allaitement. ($X^2 = 9,88$; ddl = 2 ; $P = 0,007\sim$)

Une proportion dominante des jeunes avaient un PSR et déclaraient que l'allaitement pourrait transmettre le SIDA. Cependant, 1/4 ou plus de un jeunes sur dix évoquaient l'absence de transmission du SIDA par l'allaitement et avait un PSR.

► Les tests ne concluaient pas à une signification des liaisons entre les connaissances sur les modes de transmission du SIDA et le nombre de PSO ou l'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois.

► **Tableau 40 :** Liaison entre l'existence d'un antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur les modes de transmission du SIDA.

	Antécédents d'écoulement et/ou ulcération génitale au cours des 12 derniers mois	
	JNS	
	n = 74	
	Oui	Non
Connaissance sur les modes de transmission du sida		
<i>Femme allaitant son enfant</i>		
Transmet le SIDA	25	19
Ne transmet pas le SIDA	4	15
NSP	2	9

Aucune liaison n'était significative entre l'existence d'un antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale chez les JS au cours des 12 derniers mois et leurs connaissances sur les modes de transmission du SIDA.

Pour les JNS, illustrée par le tableau 40, seule la liaison avec les connaissances sur la notion de transmission ou non du SIDA par l'allaitement était significative. ($\chi^2 = 9,96$; ddl = 2 ; $P = 0,007\sim$)

Plus de JNS ayant eu un antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois que ceux qui n'en avaient pas eus déclaraient que l'allaitement peut transmettre le SIDA d'une mère à son enfant.

☒ CONCLUSION :

Les connaissances sur les modes de transmission du SIDA influençaient le problème dans les sens suivants :

❖ Pour les connaissances sur l'allaitement :

➤ Plus les JNS connaissaient que l'allaitement transmet le SIDA, moins ils faisaient de rapport sexuel. Toutefois, parmi ceux qui avaient déjà fait des rapports sexuels, les JNS affirmant l'existence de transmission du SIDA par l'allaitement prédominaient.

➤ Plus les jeunes connaissaient que l'allaitement transmet le SIDA, plus ils n'utilisaient pas de préservatif au premier rapport sexuel. Toutefois, parmi ceux qui affirmaient l'absence de transmission par l'allaitement, les jeunes n'ayant pas utilisé de préservatif dominaient.

➤ Plus les jeunes évoquaient que l'allaitement ne transmet pas le SIDA, plus ils avaient de relations sexuelles avec un PSR. Néanmoins, parmi ceux qui affirmaient l'absence de transmission par l'allaitement, ces jeunes ayant eu de relation avec ce PSR émergeaient.

➤ Enfin, plus les JNS connaissaient que l'allaitement transmet le SIDA, moins ils avaient des IST. Cependant, parmi ceux qui ceux qui avaient eu un antécédent de IST, ces JNS connaissant l'existence de la transmission du SIDA par l'allaitement dominaient.

❖ Pour les connaissances sur les piqûres de moustique :

Plus les jeunes connaissaient que les piqûres de moustique ne transmettent pas le SIDA, plus ils étaient précoces en activité sexuelle. Aussi, parmi ceux qui évoquaient une transmission par ces moustiques, ces jeunes précoces dominaient.

La série des connaissances sur le moyen de diagnostic du SIDA terminait l'étude des connaissances sur le SIDA.

a.3.2.9- Connaissance sur le moyen de diagnostic du SIDA :

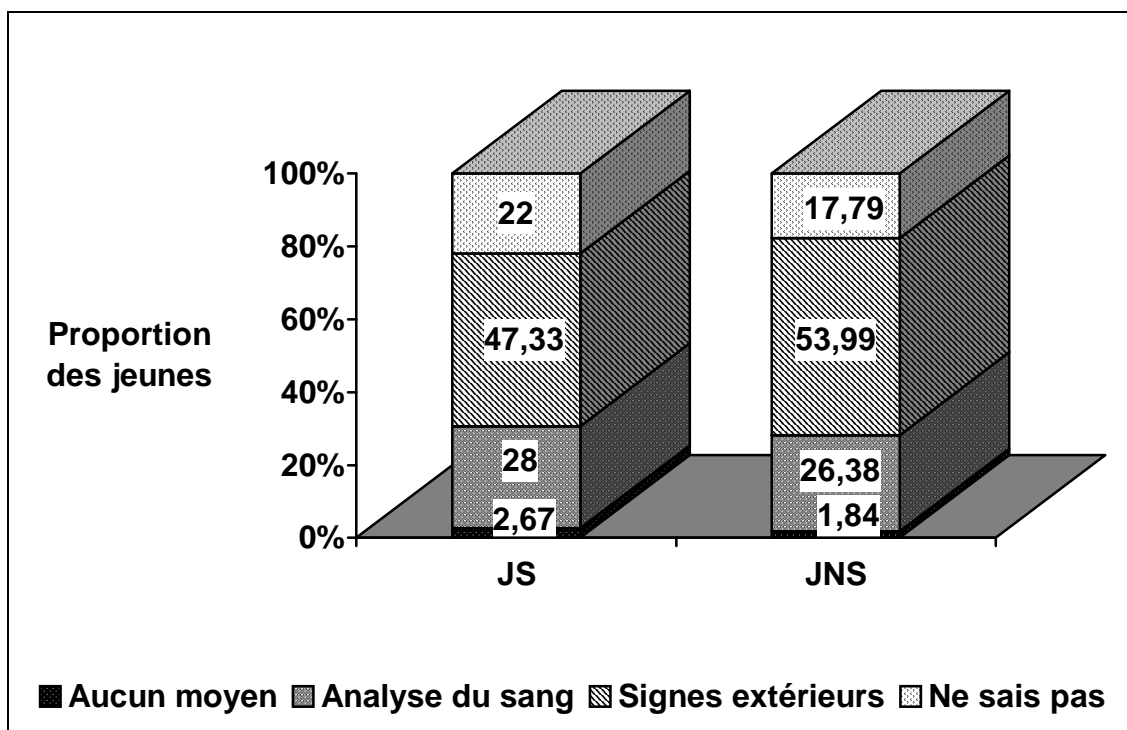


Figure 27 : Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur le moyen de diagnostic du VIH/SIDA

Le figure 27 décrit les catégories de réponses des JS ou des JNS à la question : « Selon votre connaissance, comment savoir si une personne a le SIDA ou non ? »

Le même phénomène se passait pour les deux groupes cibles. Près de la moitié déclaraient qu'on reconnaît le SIDA chez une personne par des signes extérieurs. Plus de 1/4 des jeunes savaient que seule l'analyse de sang permet de faire le diagnostic. Puis, environ deux jeunes sur dix déclaraient ne rien savoir sur le sujet. Enfin, très peu disaient qu'il n'y a aucun moyen pour faire le diagnostic du SIDA.

► Les liaisons n'étaient pas significatives entre l'existence d'antécédent de rapport sexuel chez les JS ou les JNS, les classes d'âge au premier rapport sexuel et les connaissances sur le moyen de faire le diagnostic du SIDA

► **Tableau 41 : Liaison entre l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel et les connaissances sur le moyen de diagnostic du SIDA.**

	Utilisation de préservatif au premier rapport sexuel	
	Ensemble n = 141	
	Oui	Non
Connaissance du moyen de diagnostic du sida		
Aucun moyen	0	4
Analyse du sang	13	34
Signes extérieurs	3	63
NSP	1	23

Le test concluait à une liaison significative entre l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel et les connaissances du moyen de diagnostic du SIDA. ($\chi^2 = 16,26$; ddl = 3 ; $P = 0,001\sim$)

Plus de jeunes n'ayant pas utilisé de préservatif au premier rapport sexuel que ceux qui en avaient utilisé affirmaient que le SIDA peut être diagnostiqué par des signes extérieurs.

► Les liaisons n'étaient pas significatives entre l'existence de continuité des activités sexuelles au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur le moyen de faire le diagnostic du SIDA

► **Tableau 42 : Liaison entre l'existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur le moyen de diagnostic du SIDA.**

	Existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois					
	PSR		PSONP		PSP	
	Ensemble		Ensemble		Ensemble	
	n = 120		n = 120		n = 120	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Connaissance du moyen de diagnostic du sida						
Aucun moyen	4	0	3	1	0	4
Analyse du sang	34	5	12	27	0	39
Signes extérieurs	36	20	32	24	8	48
NSP	13	8	8	13	4	17

La liaison était significative entre l'existence de relations sexuelles avec un PSR et les connaissances sur le moyen de diagnostic du SIDA. ($X^2 = 8,81$; ddl = 3 ; $P = 0,031\sim$)

Une proportion dominante des jeunes déclaraient que les signes extérieurs permettent de faire le diagnostic du SIDA et avaient un PSR.

On avait aussi noté une signification de la liaison avec l'existence de relation sexuelle avec les PSONP. ($X^2 = 8,33$; ddl = 3 ; $P = 0,030\sim$)

Plus de jeunes ayant eu de relation avec les PSONP que ceux qui n'en avaient pas eu répondaient que le VIH/SIDA se diagnostique par les signes extérieurs.

Enfin, le test concluait aussi à une signification de la liaison entre l'existence de relation sexuelle avec les PSP et les connaissances sur le moyen de diagnostic du VIH/SIDA. ($X^2 = 7,83$; ddl = 3 ; $P = 0,049\sim$)

Plus de jeunes n'ayant pas eu de PSP que ceux qui en avaient eu invoquaient que les signes extérieurs permettent de diagnostiquer le VIH/SIDA.

« Avez-vous connu une personne atteint du SIDA ? Comment avez-vous reconnu que cette personne vivait avec le VIH/SIDA ? »

Les réponses à cette question posée lors des focus group, avec les mêmes groupes cibles, permettaient d'avoir un autre aperçu des connaissances des JS ou des JNS sur le moyen de diagnostic du SIDA.

Une fille scolarisée ayant déjà fait des rapports sexuels connaissait une personne Vivant avec le VIH (PVV). Elle reconnaissait la maladie par des plaies au niveau de la main qui s'étaient aggravées avec des fièvres, de l'amaigrissement et restaient incurables : " ... naratra ny tanany dia nihitatra ny fery ka tsy nety sitrana mihitsy. Izay no nahalalako fa voa izy satria rehefa voany dia maty daholo ny sela fotsy mpiaro ka tsy mety sitrana ny aretina mpahazo ... nihitatra ihany ny fery, voan'ny tazo, nihanahia, feno ratra ilay ramatoa dia maty. "

Une autre fille qui n'avait jamais fait de rapport sexuel parlait d'une amie séropositive. La personne concernée avait fait un test selon elle : " Mahafantatra olona tsy mbola sidéen aho fa efa séropositif ... namako ... izy no niteny tamiko ... tsy mbola misy na inona na inona miseho fa nanao test fotsiny no nahalalany azy ... "

Une autre déclaraient qu'il suffit d'avoir des vêtements " sexy" pour être taxé de sidéen : " ... ny namako fotsiny no nanondro hoe iny akia voan'ny SIDA à ! Miakanjo tsara izy sady sexy be ny akanjony. Eto koa raha vao miakanjo tsara dia voatondrotondro. "

Une fille non scolarisée ayant déjà fait des rapports sexuels déclarait que selon ce qu'elle avait entendu parler d'une PVV reconnue par des adénopathies axillaires et inguinales : "Efa naheno olona voa aho ... misy mivonto eo ambany heliny sy eo amin'ny elakelampeny no nahalalana azy. "

☒ CONCLUSION :

Les connaissances sur le moyen de diagnostic du SIDA influençaient le problème dans les sens suivants :

- **Plus les jeunes diagnostiquaient le SIDA par les signes extérieurs, plus ils n'utilisaient pas de préservatif au premier rapport sexuels.**
- **Plus les jeunes diagnostiquaient le SIDA par les signes extérieurs, plus ils avaient de relation avec un PSR.**
- **Plus les JS diagnostiquaient le SIDA par les signes extérieurs, plus ils avaient de relation avec les PSONP.**
- **Plus les JNS reconnaissaient le SIDA par les signes extérieurs, moins ils avaient de relation avec les PSP.**

C'est ainsi que, lors des "focus group", des reconnaissances du SIDA par des signes extérieurs étaient évoquées par ces jeunes.

En somme, les tableaux 22 à 42 présentaient les influences des connaissances sur le SIDA sur les profils du portrait du SIDA. Enfin, qu'en était-il des connaissances sur les préservatifs ?

a.3.3- Connaissances sur les

PRESERVATIFS :

Nous avons surtout étudié les connaissances sur les rôles des préservatifs.

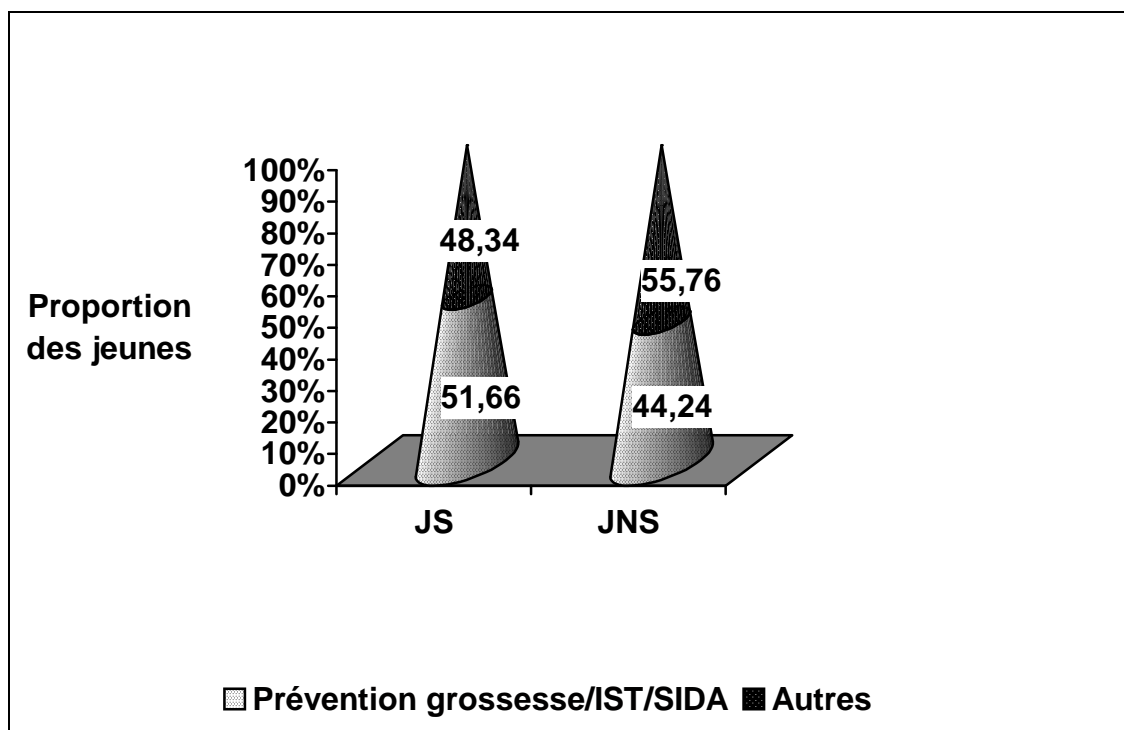


Figure 28 : Statut des JS ou des JNS selon leur connaissance sur les rôles des préservatifs

Le figure 28 illustre les réponses des JS ou des JNS à la question : « Selon votre connaissance, quels sont les rôles des préservatifs ? »

Les seules réponses considérées comme bonnes étaient la prévention de l'ensemble Grossesse/IST/SIDA. Dès qu'un seul élément de ce trio manquait ou d'autres réponses étaient données, on les avait classées dans la catégorie "Autres", donc de mauvaises connaissances.

Presque la moitié des JS et même plus de la moitié des JNS ne savaient pas que les préservatifs permettent de se protéger à la fois des grossesses non désirées, des IST et du SIDA.

►Les liaisons entre les connaissances sur les rôles des préservatifs et l'existence d'antécédent de rapport sexuel, les classes d'âge au premier rapport sexuel n'étaient pas significatives.

►**Tableau 43 : Liaison entre l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel et les connaissances sur les rôles des préservatifs.**

	Utilisation de préservatif au premier rapport sexuel	
	Ensemble	
	n = 141	
	Oui	Non
Connaissance sur les rôles des préservatifs		
Prévention grossesse/IST/SIDA	15	51
Autres	2	73

Le test concluait à une signification de la liaison entre l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel et les connaissances sur les rôles des préservatifs. ($X^2 = 11,50$; ddl = 1 ; $P = 0,001\sim$)

Une proportion élevée des jeunes ne savait pas que les préservatifs protègent à la fois des grossesses, des IST et du SIDA, tout en n'ayant pas utilisé de préservatif au premier rapport sexuel.

►Les liaisons entre les connaissances sur les rôles des préservatifs et l'existence de continuité des activités sexuelles au cours des 12 derniers mois n'étaient pas significatives.

► **Tableau 44 : Liaison entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur le rôle des préservatifs.**

	Existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois	
	PSR	
	Ensemble	
	n = 120	
	Oui	Non
Connaissance sur le rôle des préservatifs		
Prévention grossesse/IST/SIDA	49	10
Autres (*)	38	23

Le tableau 44 montre la seule liaison significative entre l'existence de relation avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et les connaissances sur les rôles des préservatifs. C'était avec les partenaires sexuels réguliers (PSR). ($X^2 = 5,48$; ddl = 1 ; $P = 0,019\sim$)

Plus de jeunes ayant eu des relations avec un PSR que ceux qui n'en avaient pas eu savaient que les préservatifs protègent à la fois des grossesses, des IST et du SIDA. Cependant, parmi ceux qui ne savaient pas ces rôles du préservatif, ces jeunes ayant eu un PSR dominaient.

► Aucune liaison significative n'existait entre les connaissances sur les rôles des préservatifs et le nombre de partenaires sexuels occasionnels (PSO), l'utilisation de préservatif avec les différents partenaires sexuels et l'existence d'un antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois.

☒ CONCLUSION :

Les connaissances sur le rôle des préservatifs influençaient le problème dans les sens suivants :

➤ **Plus les jeunes ne savaient pas que les préservatifs protègent à la fois des grossesses non désirées, des infections sexuellement transmissibles (IST) et du SIDA, plus ils n'utilisaient pas de préservatif au premier rapport sexuel.**

➤ **Plus les jeunes savaient que les préservatifs protègent à la fois des grossesses non désirées, des IST et du SIDA, plus ils avaient des relations avec un partenaire sexuel régulier (PSR) au cours des 12 derniers mois. Seulement, parmi ceux qui ne savaient pas ces rôles, les jeunes ayant eu un PSR émergeaient.**

a.4- Les attitudes de ces jeunes avaient-elles eu des influences sur les profils du problème ?

a.4.1- Les attitudes thérapeutiques vis à vis des IST :

Les facteurs étudiés étaient :

- Le premier recours en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale,
- Le délai de recours chez un médecin en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale,
- L'utilisation des médicaments prescrits par le médecin en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale,
- La notion de prise en charge du(des) partenaire(s) sexuel(s) lors du dernier épisode d'écoulement et/ou d'ulcération génitale de ces jeunes,
- L'incitation, par les jeunes, du dernier partenaire sexuel ayant eu des écoulements et/ou des ulcérations génitales à se faire traiter,

Note : Penser que l'itinéraire thérapeutique en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale aurait un impact direct sur un comportement à risque semble ne pas être logique. Cependant nous avons étudié des différences pour chaque groupe adoptant tel ou tel comportement selon leur attitude.

a.4.1.1- Le premier recours des jeunes lors du dernier épisode d'écoulement et/ou d'ulcération génitale :

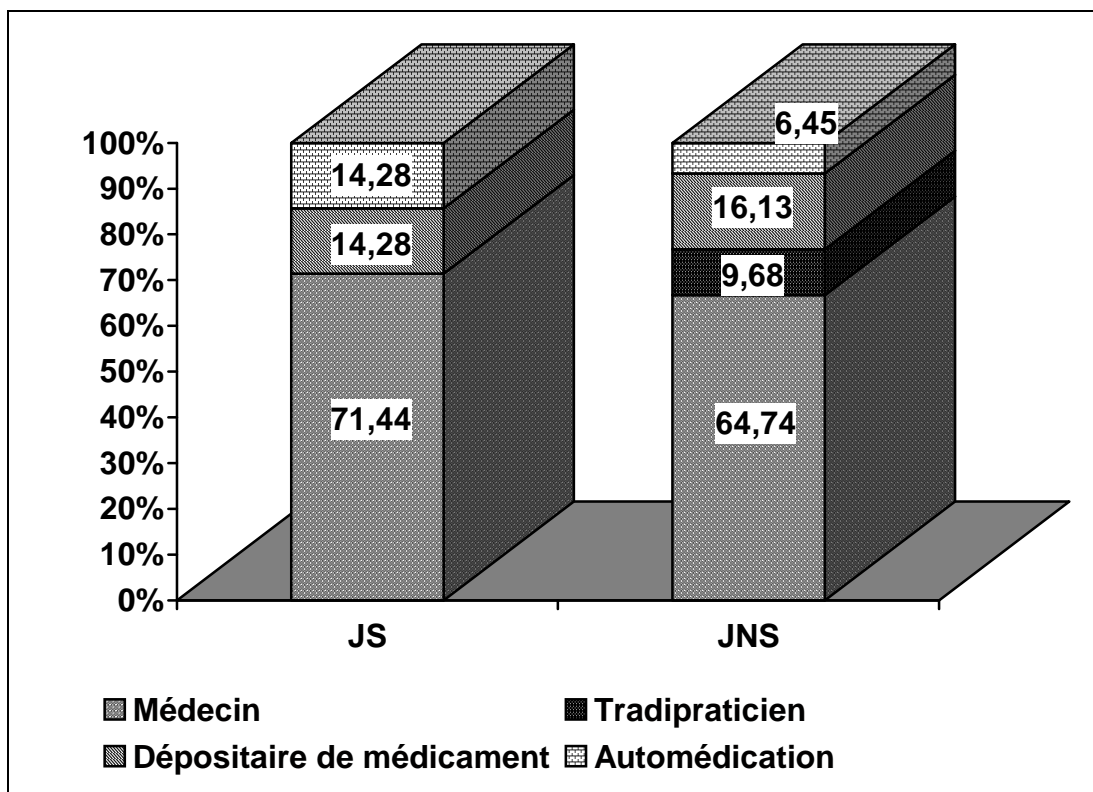


Figure 29 : Statut des JS ou des JNS selon leur premier recours lors du dernier épisode d'écoulement et/ou d'ulcération génitale

Sept JS sur dix consultaient un médecin lors du dernier épisode d'écoulement et/ou d'ulcération génitale. Le reste allait directement demander l'avis d'un dépositaire de médicament ou optait pour l'automédication.

Six JNS sur dix seulement consultaient un médecin. Venaient ensuite ceux qui allaient directement chez un dépositaire de médicament. Presque un JNS sur dix consultait un tradipraticien. A peine 6% faisaient de l'automédication.

►Aucune différence n'avait été significative entre les portraits du problème de ces jeunes, selon leur premier recours lors du dernier épisode d'écoulement et/ou d'ulcération génitale.

►Il en était de même avec leur connaissance sur ces recours.

a.4.1.2- Le délai de recours de ces jeunes chez un médecin lors du dernier épisode d'écoulement et/ou d'ulcération génitale :

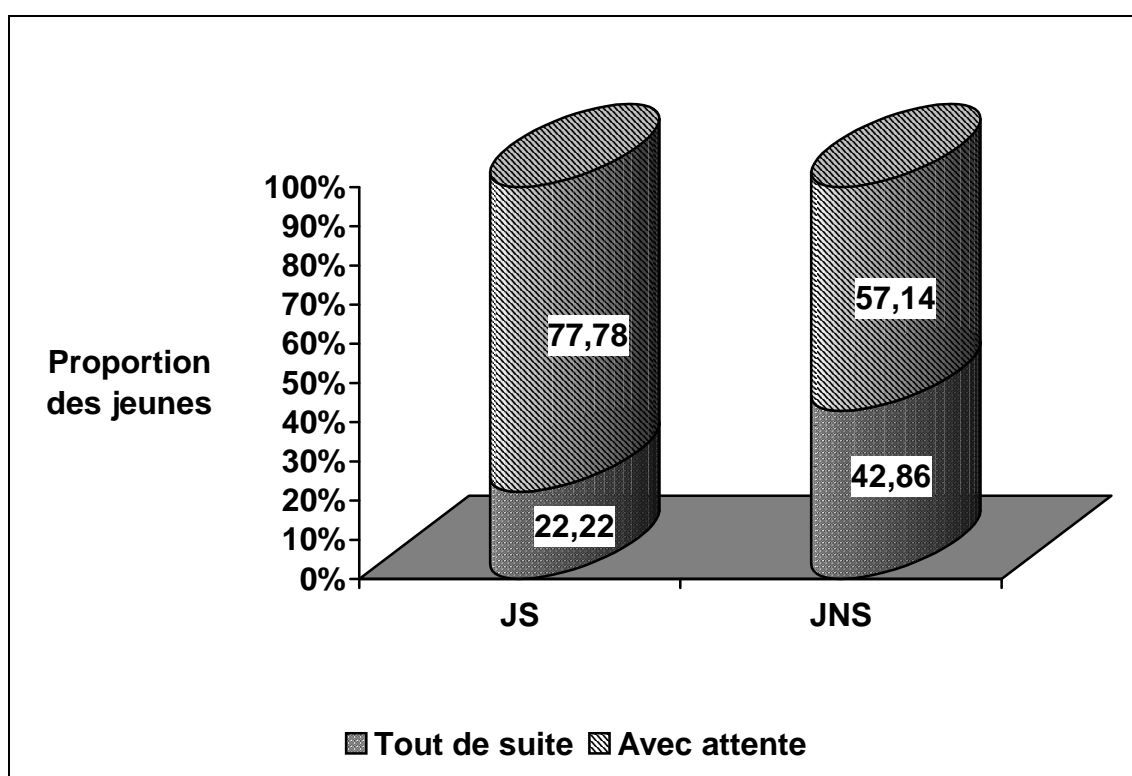


Figure 30 : Statut des JS ou des JNS selon le délai de recours chez un médecin lors du dernier épisode d'écoulement et/ou d'ulcération génitale

Plus des 3/4 des JS et plus de la moitié des JNS ne consultaient pas le médecin dès l'apparition des écoulements et/ou des ulcérations génitales. Ils préféraient attendre une semaine à plus d'un mois.

►Aucune différence n'avait été significative entre les portraits du problème de ces jeunes, selon le délai de leur recours au le médecin lors du dernier épisode d'écoulement et/ou d'ulcération génitale.

►Il en était de même avec leur connaissance sur ces recours.

a.4.1.3- L'utilisation des médicaments prescrits par le médecin lors du dernier épisode d'écoulement et/ou d'ulcération génitale :

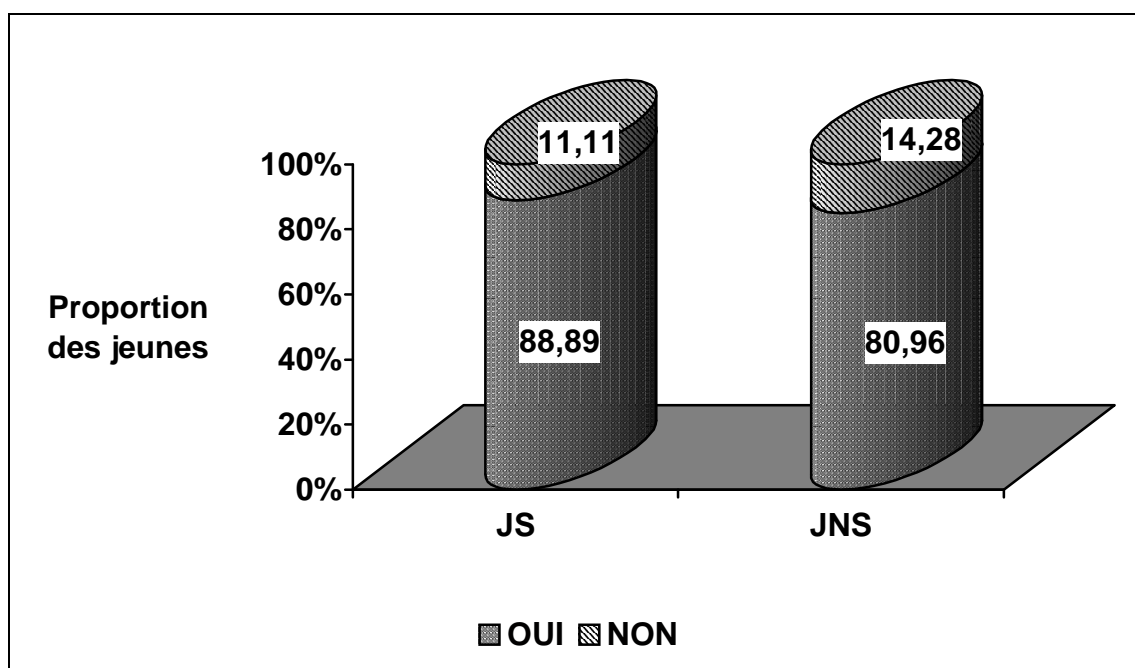


Figure 31 : Statut des JS ou des JNS selon l'utilisation des médicaments prescrits par le médecin lors du dernier épisode d'écoulement et/ou d'ulcération génitale

Plus de huit jeunes sur dix utilisaient les médicaments prescrits par le médecin lors du dernier épisode d'écoulement et/ou d'ulcération génitale. Toutefois, plus d'un jeune sur dix ne les utilisaient pas.

Note : Le JS et les deux JNS qui n'avaient pas utilisé ces médicaments déclaraient que ces médicaments avaient trop d'effets secondaires. Un JNS disait seulement qu'il était confiant de son état.

►Aucune différence n'avait été significative entre les portraits du problème de ces jeunes, selon le délai de leur recours au le médecin lors du dernier épisode d'écoulement et/ou d'ulcération génitale.

►Il en était de même avec leur connaissance sur ces recours.

a.4.1.4- Notion de prise en charge du(des) partenaire(s) sexuel(s) lors du dernier épisode d'écoulement et/ou d'ulcération génitale de ces jeunes :

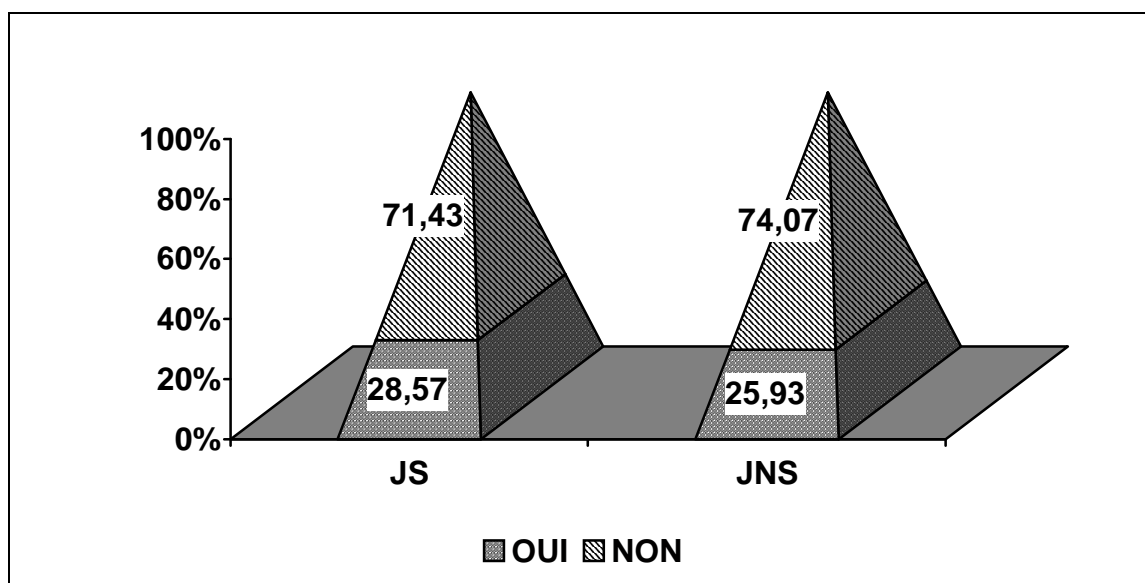


Figure 32 : Statut des JS ou des JNS selon la notion de prise en charge de leur partenaire sexuel lors du dernier épisode d'écoulement et/ou d'ulcération génitale

Presque 3/4 de ces jeunes déclaraient que leur(s) partenaire(s) sexuel(s) n'avaient pas été pris en charge lors du dernier épisode d'écoulement et/ou d'ulcération génitale de ces jeunes.

►Aucune différence n'avait été significative entre les portraits du problème de ces jeunes, selon la notion de prise en charge du(des) partenaire(s) sexuel(s) lors du dernier épisode d'écoulement et/ou d'ulcération génitale de ces jeunes.

a.4.1.5- Incitation, par les jeunes, du dernier partenaire sexuel ayant eu des écoulements et/ou des ulcérations génitales à se faire traiter:

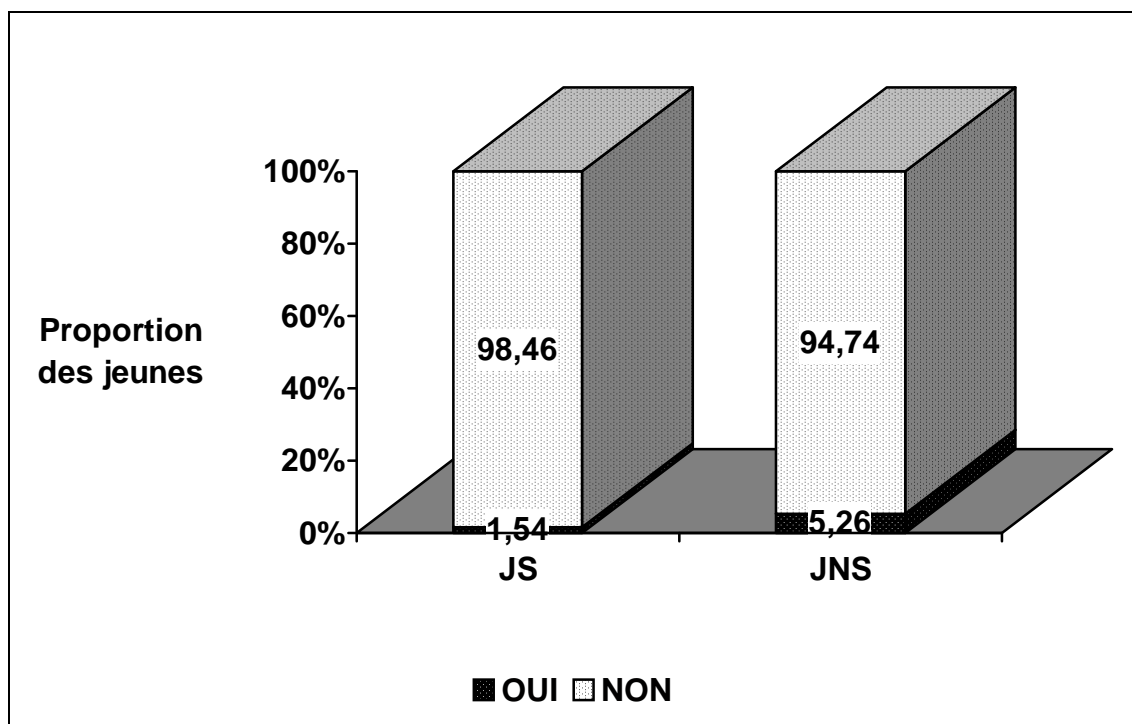


Figure 33 : Statut des JS ou des JNS selon l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale chez un partenaire sexuel

Très peu de jeunes avaient eu un partenaire sexuel ayant eu des écoulements et/ou des ulcérations génitales : un JS et quatre JNS.

► Les JS n'incitaient pas ce partenaire à se faire traiter. Par contre, tous les JNS le faisaient.

► Le JS et la moitié des JNS qui avaient eu un partenaire à écoulement et/ou ulcération génitale n'avaient pas été pris en charge.

►La recherche de liaison ou de différence n'était pas faisable.

☒ CONCLUSION :

Les attitudes thérapeutiques de ces jeunes n'avaient pas d'influence sur les portraits du problème.

a.4.2- Les attitudes vis à vis du SIDA :

Deux groupes d'attitudes étaient étudiés :

- Les attitudes de ces jeunes devant une personne vivant avec le VIH (PVV),
- Les attitudes de ces jeunes si eux-mêmes vivaient avec le VIH/SIDA,

a.4.2.1- Les attitudes face à une PVV :

Plusieurs variétés d'attitudes étaient identifiées selon le statut de ces jeunes et en fonction des catégories de PVV

❖ *Les JS :*

►*Les filles scolarisées sexuellement actives:*

■Si cette PVV était une simple connaissance, l'une de ces filles n'opterait pas à une marginalisation. Seulement, si c'était un homme, elle éviterait d'utiliser son rasoir, voire jeter son rasoir : "Tsy mihataka aminy aho satria tsy hitako izay antony hanaovako an'izany. Raha lehilahy moa no voa dia tsy mampiasa ny rasoir nampiasainy aho fa tonga dia hariako".

Une autre disait même qu'elle prendrait bien en charge cette personne jusqu'à son décès : "Karakaraiko tsara io olona io mandra-pahafatiny".

Une dernière dirait au partenaire de cette PVV de faire attention, en ne disant pas tout de suite que cette personne a le SIDA. Elle avait souligné que c'est une personne comme elle : "Teneniko izay olona miaraka aminy hoe tandremo ny fiainana ... tsy tonga dia teneniko hoe voan'ny SIDA io olona io fa mba olona toa ahy ihany koa izy".

■ Si cette PVV était leur époux, l'avis se partageait en deux.

Quatre filles divorceraient tout de suite pour différentes raisons :

Une fille penserait à son avenir après avoir blâmé son époux : "Latsalatsaiko dia avelako eo ... misaraka mihitsy ... tokony mbola hanambady aho nefa hiaritra fotsiny ?".

Une autre aurait pitié de son époux et se demanderait la raison de son comportement. Pourquoi ce mari cherchait de l'amour ailleurs ? Et elle divorcerait : "Mampalahelo izy ka mety hanontany tena aho hoe tsy ampy ve ny fitiavana omeko azy dia mitady any an-kafa izy ? ... izany eo ihany fa misaraka avy hatrany".

Une autre déclarait que ce serait l'absence de respect ou de confiance mutuelle qui la dégoûterait : "Tonga dia misaraka satria tsy misy fifanajana sy fifampitokisana, ka na ny mijery azy aza maharikoriko". Elle mettrait une réserve sur l'origine de la maladie. Si c'était à cause des matériels médicaux souillés, elle ne saurait quoi faire.

La dernière divorcerait tout de suite car ce serait une honte pour toute la famille. Elle n'épouserait plus personne : "Mangataka divorce satria mitondra henatra ho an'ny fianakaviana avy hatrany izy. Tsy hanambady intsony koa aho".

Deux filles isoleraient seulement leur époux vivant avec le VIH/SIDA :

"Atokako efitra dia omena sakafo mandra-pahafatiny. Atokana toerana manokana ny borosy nify" : Elle le mettrait dans une chambre à part et le nourrirait jusqu'à son décès. Elle isolerait aussi sa brosse à dent.

Une autre isolerait son mari car il pourrait transmettre à d'autres : "Atokako fa manjary mamindra fotsiny".

■ Deux idées étaient recueillies si la PVV était leur petit copain (sipa).

Six filles s'en sépareraient et préviendraient les autres personnes qui voudraient sortir avec lui que ce garçon a le SIDA. "Sarahina dia tenenina izay olona mitady hiaraka aminy hoe voan'ny SIDA iny".

Une fille irait même jusqu'à la déposition de plainte si cela était autorisé : " ... sady raha azo toriana dia toriako".

Une fille déclarait que ce serait impossible que son petit copain ait le SIDA. Elle n'y croirait pas sauf si c'était lui qui l'affirmait et le prouvait : "Saroitra ho ahy ny hino hoe ny sipako ho voan'ny SIDA ... tsy possible izany ... raha tsy hoe izy mihitsy no miteny sy manaporofa".

■ Si leurs parents (père et/ou mère) vivaient avec le VIH/SIDA, trois grandes attitudes étaient à souligner :

Trois filles ne rejetteraient pas leurs parents. Au contraire, elles les prendraient en charge comme les amener dans un centre de santé, les conseiller. Elles prendraient de grandes précautions avec les matériels pour ne pas attraper la maladie : "Tiako foana satria Ray aman-dReniko fa ateriko any amin'ny toera-pitsaboana. Karakaraiko izy fa miaro tena be aho ... mitandrana amin'ny fitaovana ampiasaina".

"Tsy ariako fa ataoko tonga saina ... fa maninona no tsy mahay mitandrana ? ". Elles ne les rejetteraient pas mais les conscientiseraient pour ne pas avoir pris de précaution.

Deux autres filles le haïraient car c'est une marque de non-respect des autres : "Tsy tiako intsony satria tsy mifanaja".

Deux autres se contenteraient de leur conseiller de ne plus faire des enfants : "Tenenina hoe aza miteraka intsony fa mamindra amin'ny ankizy".

■ Si cette PVV était seulement de la famille, une fille pourrait lui rendre visite comme tout malade et l'encouragerait : "Mamita ny adidiko toy ny havako marary rehetra fotsiny aho fa tsy hidirako lalina ary tsy manakivy azy ... vangiaiko".

Une autre s'en écarterait et se féliciterait que ce n'était pas une personne vivant avec elle : "Mihatakataka aho koa ... zara aza tsy olona ao an-trano no voa ..."

Trois autres auraient la honte, s'écarteraient et attendraient le décès de cette personne : "Menatra aho, ary tonga dia tsy mipoitra any fa miandry ny fahafatesany".

■ Si cette PVV était un(e) ami(e), l'attitude de rejet émergeait.

Une fille répondait : "Mampilaza ny sipany aho hoe voan'ny SIDA ilay namako miaraka aminy ka mitadiava solony" (Change de copain(ne) car mon ami(e) qui sort avec toi a le SIDA.)

Une autre avertirait le directeur de son école. Selon elle, beaucoup de professeurs, sortant avec leurs élèves, auraient le SIDA alors que c'est à eux de donner de bons exemples et ce serait une honte : " Milaza amin'ny tale aho hoe misy voan'ny SIDA ato am-pianarana. Betsaka ny mpampianatra manadala mpianatra, ary betsaka ny mpianatra manaiky ... dia ny mpampianatra indray ve no ho voa kanefa izy no tokony ho mpitarika ? ... mahamenatra".

Une autre ne saurait quoi faire mais pensait que cette personne mériterait le renvoi : " Asa ! ... tonga dia fandroahana angamba no mendrika azy".

Enfin, une fille déclarait que cette situation serait incroyable : " ... Ny tena marina tsy azoko an-tsaina ny hataoko satria tsy azo inoana".

► Les filles scolarisées n'ayant jamais fait de rapport sexuel :

■ Si cette PVV était une simple connaissance, toutes ces filles ne la rejetteraient pas. Elles la conseilleraient. Elles la prendraient en charge surtout psychologiquement et socialement :

"Anariko izy dia asaiko manatona dokotera sao mbola misy azo atao ihany satria aleo maty rahampitso toy izay maty androany" : Une fille conseillerait cette personne de voir un médecin car il vaut mieux mourir demain qu'aujourd'hui.

Une autre lui conseillerait de ne plus faire de rapport sexuel car cela transmet le virus.

Une dernière consolerait et soutiendrait cette personne pour qu'elle ne diffuse pas la maladie.

■ Si cette PVV était leur époux, la réponse se partageait en quatre catégories :

Une fille irait voir le médecin pour savoir si elle a déjà le virus en elle. Elle encouragerait et aiderait son époux : "Mankany amin'ny dokotera haingana aho mijery hoe voe sa tsy voa. Izy kosa anefa tsy kiviana ary tsy ambaniana, ampiana amin'ny fiainana izy".

Trois autres filles opteraient pour l'abstinence sexuelle.

"Abstinence sexuelle mandrakizay no ataoko" : ... de l'abstinence sexuelle pour toujours ...

" ... ary tsy manao firaisana intsony na dia misy kapaoty aza ...": Cette fille ne ferait plus de rapport avec son époux même avec préservatif.

" ... tsy hanao firaisana aminy intsony aho na dia misy kapaoty aza satria mety misy défaut de fabrication ireny ka risque be" : Cette fille ne ferait plus de rapport avec son époux même avec préservatif. Ces préservatifs pourraient avoir des défauts de fabrication.

Une fille parlait d'isolement car une transmission des maladies dues au SIDA comme la tuberculose serait possible. Ce n'est pas une idée de marginalisation déclarait-elle mais de prévention. Elle ne dirait à personne que son époux a le SIDA. Cela resterait un secret familial.

Deux autres ne seraient pas d'accord pour l'isolement car cela alourdirait la souffrance de cette PVV.

■ Si la PVV était leur petit copain, deux attitudes générales émergeaient : une séparation et des conseils.

"Tonga dia misaraka fa tsy misy resaka" : Une fille se séparerait immédiatement de ce petit copain.

Une autre le conscientiserait d'abord avant de s'en séparer pour que ce copain n'ait pas l'idée de diffuser sa maladie.

■Si leurs parents vivaient avec le VIH/SIDA, toutes les filles ne les rejetteraient pas et les conseilleraient. Notons qu'elles montraient une certaine réticence dans leur communication non verbale.

Leurs déclarations ressemblaient toutes à ceci : " Raha ny dadako na ny reniko no voan'izany dia tsy hanova fihetsika aminy aho fa atoro tsara ny tokony hataony izy" : Si mon père ou ma mère avait le SIDA, je ne changerais pas d'attitude et je ne serais pas avare de conseils.

■Si cette PVV était seulement de la famille, toutes les filles ne savaient quoi répondre. Toutefois, la réticence se lisait dans leur visage.

■Enfin, si cette PVV était un(e) ami(e), l'attitude de prise en charge psychosociale émergeait :

" Tsy hovaiko ny fihetsiko fa manoro hevitra azy. Mbola misangy sy mifampitantana tsara eny an-dalana". Cette fille ne changerait pas d'attitude vis à vis de cet(te) ami(e) et lui donnerait conseil.

Une autre fille ne blâmerait pas cet(te) ami(e) pour que les autres ne se moquent pas de lui : " Tsy latsalatsaina izy any am-pianarana sao hanihanian'ny ankizy izy".

►Les garçons scolarisés
sexuellement actifs:

■Si cette PVV était une simple connaissance :

Un garçon s'écarterait de cette personne. Selon lui, un moindre contact physique avec des matériels souillés par du sang, comme les lames ou les ciseaux peuvent transmettre le SIDA.

Les autres n'écarteraient pas cette personne.

Un garçon déclarait qu'il ne faudrait pas s'écarter de cette personne. Elle aurait besoin d'une personne à qui se confier pour lui remonter le moral et pour faire face à la maladie.

■ Si cette PVV était leur épouse, la réponse se partageait en trois catégories.

Trois garçons divorceraient tout de suite. L'un d'eux irait jusqu'à réfléchir que lui aussi a eu le virus par des rapports sexuels. Il se demanderait qui était la source de la maladie. Si c'était son épouse, à part le divorce, on devrait l'emprisonner. Transmettre le SIDA même involontairement, c'est un homicide. Si c'était lui, ça ferait longtemps qu'il s'est suicidé pour ne pas diffuser la maladie, surtout aux enfants :

" Mieritreritra aho hoe efa voa koa satria manao firaisana izahay... Raha avy aminy no source dia karazan'ny mamandrika ahy izy izany ... dia misaraka ihany. Toy ny mamono ankolaka izy amin'izany ka tokony hogadraina mihitsy. Raha avy amiko kosa dia efa ela aho no namono tena mba tsy hiparitahan'ny aretina ao amin'ny fiarahamonina, indrindra amin'ny zaza ao an-trano".

Deux garçons parlaient de séparation de corps et des matériels utilisés.

Un garçon déclarait seulement qu'il penserait à ses enfants : " Ny ankizy no ho jereko".

■ Si la PVV était leur petite copine, tous étaient d'accord, avec un rire collectif, pour une séparation immédiate. Nous allons rapporter quelques-unes de leurs phrases.

"Tsy hitsebaka mihitsy ... raha efa mifanerasera tsara dia mijanona ho mpinamana fotsiny" : Je n'entrerai pas dans cet engrenage. Je resterai seulement ami avec elle.

"Miala satria aleo maty rahampitso toy izay maty androany" : Je partirai car il vaut mieux mourir demain qu'aujourd'hui.

"Tsisy solution ! ... Tsy maintsy misaraka satria nanota na nijangajanga matoa voa. Mitady fitiavana any an-kafa indray" : Il faudra se séparer. Elle était infidèle pour avoir cette maladie. Je chercherai de l'amour ailleurs.

"Voatery tsy maintsy misaraka satria tsy nanaja" : je serai obligé de m'en séparer car elle ne me respectait pas.

"Tsy maninona raha misaraka ... izy no voa ka ahoana moa no hidirako kizo amin'izany ? " : C'est elle qui est malade ... et comment entrerais-je encore dans cet engrenage ?

■Si leur parent (père ou mère) vivait avec le VIH/SIDA, tous ces garçons parlaient de soutien psychologique et social.

■Si cette PVV était seulement de la famille, un garçon l'écarterait, l'ignorerait tout en le prévenant de ne pas diffuser la maladie : "Tsy rarahiko izy ... avelako any ... hihatakatahako. Tenenina kosa izy tsy hanaparitaka ny aretina".

Un autre déclarait que pour ne pas avoir des problèmes avec la société, il faudrait seulement faire ce qu'on lui doit : "Mba tsy ho voatsiny dia atao fotsiny izay adidy aminy ... tsy azo ialàna izany"

■Enfin, si cette PVV était un(e) ami(e), trois attitudes se distinguaient.

Deux garçons conseilleraient à cet(te) ami(e) de ne pas propager la maladie.

Un autre disait qu'on pourrait faire beaucoup de choses avec lui : s'asseoir sur le même banc à l'école, rentrer ensemble après la classe.

Il y aurait des choses à éviter : ne pas sortir avec lui ou (ou elle).

Trois autres garçons déclaraient que c'est délicat d'avoir un(e) ami(e) vivant avec le SIDA. Ils disaient même que c'est dangereux. La raison, c'est que dans leur établissement scolaire, beaucoup font des rapports sexuels collectifs : "Mampitahotra ny

manana namana voan'ny SIDA satria ao am-pianarana dia betsaka ny manao rapport collectif". L'un de ces trois garçons ajoutait : "Tsy atao ny revy be hifampitaritrika ... manao firaisana miaraka be hifampitarihan'ny tanora eto Sabotsy Namehana ... Fa raha firaisana tsotra fotsiny tsy maninona" : Il ne faudrait pas faire de rapport sexuel collectif ... Il n'y aurait pas de problème si c'était des rapports avec une seule personne.

►Les garçons scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel :

■Si cette PVV était une simple connaissance

Trois garçons parlaient d'un soutien moral. L'un d'eux monterait même une association des PVV. Selon lui, ces PVV devraient témoigner pour guider les gens.

Trois autres garçons n'étaient pas d'accord pour cette association sauf si c'était du SIDA transmis par le sang :

"Tsy tokony hatao izany fa tokony ampitahorina aza ny olona fa tsy amporisihina" : Il ne faudrait pas mettre en place cette association. Au contraire, il faudrait dramatiser la situation au lieu d'encourager les gens.

"Mahamenatra izany fikambanana izany raha eto Madagasikara" : C'est honteux d'avoir une telle association à Madagascar.

Un garçon conseillera à cette personne d'aller voir un médecin.

■Si cette PVV était leur épouse, quatre idées se distinguaient :

Un garçon disait que si son épouse avait le SIDA, forcément il l'avait aussi. Si ce n'était pas le cas, il lui dirait de ne pas propager la maladie. Il s'abstiendrait sexuellement même avec préservatif et penserait à sa famille pour ne pas traumatiser les enfants avec des disputes interminables. Ainsi, il mettrait à part les matériels qu'utiliserait sa femme et prendrait en charge cette dernière : "... Dia voa koa aho

izany. Noho izany tsy korotaniko ny tokatranoko. Raha sendra tsy voa moa aho dia tenina izy tsy hanaparitaka intsony, indrindra fa ny firaisana no tsy atao na dia misy kapaoty aza ... Ny fianakaviako aloha no jereko ary ny zaza tsy simbaiko amin'ny gidragidra isan'andro ao an-trano. Noho izany ny fitaovana no sarahiko dia karakaraiko izy".

Deux autres garçons agiraient selon la source de la maladie de leur épouse. Si leur femme était infidèle, le divorce serait inévitable.

Deux autres déclaraient qu'ils éviteraient seulement les objets tranchants ou pointus.

Un dernier déclarait qu'il n'y penserait que quand la circonstance se présenterait.

■ Si la PVV était leur petite copine, trois attitudes émergeaient.

Quatre garçons se sépareraient immédiatement de leur petite copine.

Deux autres opteraient pour les conseils, comme l'abstinence sexuelle, la consultation d'un médecin. Ils étaient d'accord qu'il ne faudrait pas se moquer de leur petite copine.

Un dernier ne dévoilerait jamais l'état de sa petite copine.

■ Si leur parent (père ou mère) vivait avec le VIH/SIDA, tous les garçons parlaient d'un soutien moral et social par le biais des conseils et des aides matérielles. Seulement, un garçon s'abstiendrait de conseiller car les parents sont des personnes âgées.

■ Si cette PVV était seulement de la famille les mêmes attitudes qu'avec un parent vivant avec le VIH/SIDA seraient adoptées par tous les garçons. C'est-à-dire, la prise en charge psychosociale.

■ Si cette PVV était un(e) ami(e) :

Quatre garçons opéreraient pour un soutien moral et physique.

Un autre conseillera à ses pairs de classe de ne pas se moquer de la PVV :
"Amboarina ny toe-tsain'ny mpiara-mianatra tsy hanakora".

❖ Les JNS :

► Les filles non scolarisées
sexuellement actives:

■ Si cette PVV était une simple connaissance, les réponses se partageaient en deux catégories :

Deux filles parlaient d'un soutien moral tout en prenant des précautions physiques : "Raisina tsara izy, torona hevitra, ampaherezina ... ary miaro tena !"

Trois autres filles déclaraient qu'elles ne tiendraient même pas la main de cette personne. Pour elles, ce ne serait pas bien de fréquenter cette personne car si une personne a le SIDA, toutes celles qui seront en relation avec elles auront aussi le SIDA. En approfondissant, elles répondaient que cette relation est du genre contact physique : "Tsy mifampikasoka aminy".

■ Si cette PVV était leur époux :

Trois filles l'emmèneraient voir un médecin.

Deux autres divorceraient tout de suite.

Une dernière se contenterait d'un soutien moral.

■ Si la PVV était leur petit copain, toutes les filles s'en sépareraient, resteraient amies avec lui. Elles le soutiendraient moralement.

■ Si leur parent (père ou mère) vivait avec le VIH/SIDA ces filles étaient d'accord que leurs attitudes ne changeraient pas sauf que :
Une fille mettrait à part les matériels utilisés par ses parents.

Une autre disait qu'il faudrait suivre l'avis d'un médecin. Elle avait insisté que le VIH est fragile ... de l'eau bouillante suffirait de le tuer ... mais une fois en contact avec le sang, ce virus aurait plus de force et on n'y pourrait plus rien : " ... Mora maty anie ny VIH e ! ... rano mangotraka dia mahafaty azy fa rehefa tafiditra any anaty rà dia mitombo ny heriny ka tsy azo atao na inona na inona intsony".

■ Si cette PVV était seulement de la famille, ces filles ne savaient quoi répondre. Leurs mimiques étaient réticentes.

■ Si cette PVV était un(e) ami(e), ces filles ne changeraient pas d'attitude. Elles s'abstiendraient d'avoir du sang de la part de ces PVV.

► Les filles non scolarisées
n'ayant jamais fait de rapport
sexuel :

■ Si la PVV était une simple connaissance :

Une fille n'échangerait pas de couverts avec cette personne. Elle n'emprunterait rien à cette dernière. Selon elle, ce n'est pas une marginalisation mais une mesure de prévention pour ne pas attraper la maladie : "Tsy mifampindrana sotro. Tsy hoe fanilikiliana akory izany fa fiarovako ny tenako tsy ho voa. Tsy mindrana entana aminy. "

Une autre déclarait qu'elle ne fréquenterait pas cette personne pour ne pas avoir de problème dans la société : "Tsy mifanerasera aminy fa manahirana ny fiarahamonina".

■ Si cette PVV était leur époux :

Une fille déclarait qu'elle s'est déjà engagée, donc elle serait obligée de s'occuper de son époux, entre autres, laver ses linges : "Tsy maintsy karakaraina izy satria efa nekena : sasàna ny akanjony".

Une autre écouterait l'avis ou le conseil d'un médecin avant de changer d'attitude.

■ Si la PVV était leur petit copain ces filles ne pouvaient prévoir leurs attitudes.

Une fille déclarait que son attitude n'est pas envisageable en ce moment si ses parents vivaient avec le VIH/SIDA.

Une autre disait qu'elle ferait ce qu'elle devrait faire, comme une simple visite, si cette PVV était seulement de la famille : "Atao ny adidy tokony atao aminy : famangiana ..."

■ Enfin, si cette PVV était un(e) ami(e), ces filles n'avaient aucune réponse.

►Les garçons non scolarisés
sexuellement actifs:

■Si cette PVV était une simple connaissance :

Il suffirait pour un garçon de ne pas fréquenter cette personne.

Trois garçons répondaient qu'il faudrait prévenir l'entourage de l'existence de cette PVV pour se protéger. En plus, c'est une honte pour la localité : "Manala-baraka ny tanàna izany fa tonga dia teneniko izay olona akaiky azy mba hiaro tena".

■Si cette PVV était leur épouse, deux idées se distinguaient :

Deux garçons divorceraient immédiatement : "Tonga dia misaraka tsy mihambahamba".

Trois autres adopteraient pour une prise en charge médicale. "Izaho koa izany efa voa ka tsy manome tsiny azy intsony fa manatona mpitsabo" : Ainsi, j'ai aussi la maladie. Je ne persécuterais pas mon épouse. J'irais voir un médecin.

■Si la PVV était leur petite copine :

Un seul garçon émettait les idées suivantes :

- "Je ne m'écarterais pas d'elle. Je prendrais des précautions.
- Je lui conseillerais d'aller voir un médecin,
- Il n'y aurait plus ni de rapport sexuel, ni de relation sanguine ...

sauf en cas d'utilisation de préservatif, et encore ... ces préservatifs sont fins, surtout le PROTECTOR PLUS. Les responsables attestent que : « c'est plus fin ».

■Si leur parent (père ou mère) vivait avec le VIH/SIDA, deux catégories d'attitudes se dégageaient de la discussion de groupe :

Quatre garçons conseilleraient à leur parent de voir un médecin ... avec diverses mesures accompagnatrices.

"Ny tenako no jereko voalohany sao dia efa misy koa. Asaina manatona dokotera izy" : Je ferais tout pour savoir si j'ai la maladie. Puis, je lui dirais de voir un médecin.

"Tsy maintsy tezitra aminy amin'ny voalohany. Fa atoro ihany izy mba tsi hanaparitaka aretina. Asaina manatona dokotera mba hampitony kely fotsiny ny aretina" : Je devrais être en colère en premier lieu. Mais je lui conseillerais de ne pas répandre la maladie, et de consulter un médecin pour atténuer le mal".

Un autre garçon pensait qu'il serait difficile de faire de la morale aux parents. Ces derniers, selon ce garçon, savent ce qu'ils auraient à faire : "Sarotra be ny hanabanty sy hanome moral Ray aman-dReny fa dia fantany ny hataony".

■Si cette PVV était seulement de la famille, ces garçons ne l'écarteraient pas. Ils se contenteraient de la conseiller.

■Si cette PVV était un(e) ami(e) :

Deux garçons ne le (la)rejetteraient pas cette personne et ne changeraient pas leurs attitudes envers lui (ou elle).

Un autre se contenterait de conseiller cette personne.

►Les garçons non scolarisés
n'ayant jamais fait de rapport
sexuel :

■Si cette PVV était une simple connaissance ou une petite copine, ces garçons n'avaient rien à prévoir.

■Si cette PVV était une épouse :

Deux garçons divorceraient immédiatement.

Un autre l'enverrait chez un médecin. Ce dernier devrait l'enfermer. Il faudrait l'isoler selon ce garçon, car elle pourrait propager volontairement la maladie pour que les autres meurent : "Alefa any amin'ny dokotera izy dia tokony hidiny any toy ny any amin'ny prison kely mihitsy ... Hatoka-monina satria mety hanana toe-tsaina hoe raha ho faty aho dia tsy maintsy maty koa ialahy. "

Deux autres n'écarteraient pas cette personne car la maladie ne se transmet ni par le contact physique, ni par voie aérienne.

■ Si leur parent (père ou mère) vivait avec le VIH/SIDA :

Un garçon lui dirait de s'écarter de la société, pour que les autres personnes en bonne santé n'aient pas de craintes.

Un autre déclarait qu'il ne resterait plus que la prise en charge médicale et l'encouragement pour atténuer la douleur : " Inona moa fa dia karakaraina izy ! "

■ Si cette PVV était seulement de la famille, un garçon répondait que ce serait une situation difficile. Il faudrait l'envoyer et l'enfermer en brousse, car il se pourrait que cette personne ait une mauvaise foi pour diffuser la maladie : "Saroitra ! ... Alefa any ambanivohitra be, dia hidina tsara izy satria mety andeha ny sain-dratsiny hamindra amin'ny hafa".

■ Si cette PVV était un(e) ami(e), tous ces garçons ne changeraient pas d'attitudes. Ils conseilleraient à cette personne de ne pas disperser la maladie.

☒ CONCLUSION :

A part les prises en charge psychosociales, les JS et les JNS prévoyaient une exclusion de ces PVV. Cette attitude d'exclusion s'adressait surtout aux partenaires sexuels. Ils se limiteront aux conseils pour les autres. Notons, que les garçons non scolarisés étaient les plus enclins à marginaliser.

a.4.2.2- Les attitudes de ces jeunes si eux-mêmes vivaient avec le VIH/SIDA :

❖ *Les JS :*

► Les filles scolarisées sexuellement actives:

■ L'idée de mourir persécuterait ces filles si elles portaient le VIH :

- Dia miandry fahafatesana fotsiny ka inona moa ... dia manaja tena" : J'attendrais seulement la mort tout en me respectant.
- "Mamono tena avy hatrany aho" : je me suiciderais tout de suite.
- "Miandry ny farany aho ka haninona moa ? " : Que ferais-je à part l'attente de la fin ?

■ Une autre déclarait qu'elle ne dirait à personne son état. Elle ferait ce qu'elle voudrait sans propager la maladie : "Tsy miteniteny amin'ny olona aho hoe voa fa manao izay mahafinaritra ahy rehetra ... kanefa tsy hamindra"

►Les filles scolarisées n'ayant
jamais fait de rapport sexuel :

■Deux filles iraient voir un médecin et ne raconteraient à personne leur maladie.
Ainsi, elles ne changeraient leurs attitudes dans la société.

■Quatre autres se confieraient à leurs parents :

- " ... Amboariko ny saiko. Juste relation amicale sisa. Tsy hitantara amin'ny vahoaka rehetra aho hoe voan'ny SIDA fa amin'ny Ray aman-dReny ihany. Tsy hanaparitaka ny aretina aho" : Je me contenterais de relations amicales. Je ne raconterais à tout le monde que j'ai le SIDA, sauf à mes parents. Je ne diffuserais pas la maladie.

- "Taitra aho raha tsy mbola nanao firaisana ... fa lazaiko amin'ny Ray aman-dReniko hoe izao no manjo ahy. Atokako ny effet personnel-ko. Tsy miteny amin'ny namako aho fa fantatro ny nataoko ..." : Je serais étonnée si je n'avais pas encore fait de rapport sexuel. Je parlerais de mes problèmes à mes parents. Je mettrais à part mes effets personnels. Je n'en parlerai à mon copain car je saurais ce que j'ai fait ou subi.

- "Tsy manova fihetsika aho. Tsy menatra. Lazaiko amin'ny Ray aman-dReniko na dia matahotra aza aho satria izy irery no afaka manampy ahy" : Je ne changerais pas d'attitude. Je n'aurais pas honte. J'en parlerais à mes parents même si j'ai peur car eux seuls pourraient m'aider.

- "Miteny amin'ny Ray aman-dReny. Mampionona tena. Tsy manova fihetsika amin'ny manodidina. Tsy manao sipa intsony" : J'en parlerais à mes parents. Je m'encouragerais. Je ne changerais pas mes attitudes envers la société. Je ne sortirais plus avec personne.

■Une autre attendrait seulement la mort :

"Tsy taitra aho raha efa manao firaisana ka hatoniko ilay nanaovako firaisana. Ny lehilahy en général mantsy dia infidèle ka sûr fa avy aminy no nahazoako izany. Dia izay ataony ... ka izaho aza efa voa dia miandry fahafatesana" : Je ne serais pas étonnée si j'ai déjà fait de rapport sexuel. J'en parlerais à mon partenaire sexuel. Les hommes en

général sont infidèles et c'est sûr que c'est de lui que j'ai eu la maladie ... Ce qu'il déciderait m'importe peu ... la maladie est en moi, j'attendrai la mort.

►Les garçons scolarisés
sexuellement actifs:

■Un garçon prendrait la fuite pour que la famille ne sache pas ce qu'il a : "Miala amin'ny fianakaviana iray manontolo mba tsy ahitany ny zava-manjo ahy".

■Un autre irait à l'église car c'est seulement la foi qui pourrait le secourir : "Mandeha any am-piangonana aho satria resaka finoana ihany no mahavonjy".

■Un autre ne changerait pas d'attitude et éviterait de propager la maladie.

■Un dernier dirait la vérité à la famille sans le divulguer à tout le monde.

►Les garçons scolarisés n'ayant
jamais fait de rapport sexuel :

■Un garçon ferait tout pour être guéri. Il n'en parlerait à personne car leurs attitudes pourraient changer : "Atao izay fialàna nenina ary tsy lazaiko amin'iza na iza fa manjary miova daholo ny fihetsiky ny olona hafa amiko".

■Un autre prierait : " ... Mivavaka".

■Un autre ne répandrait pas la maladie et se contenterait de ne plus jamais faire de rapport sexuel : "Tsy manaparitaka aretina fa dia amboarina ny saina tsy hanao firaisana intsony".

■Un dernier n'aurait pas l'esprit tranquille, s'écarterait de la famille, conseillerait les autres et penserait à l'avenir c'est-à-dire la mort.

❖ Les JNS :

►Les filles non scolarisées
sexuellement actives:

■Une fille aurait le courage d'attendre la mort : "Miandry fahafatesana sisa kanefa tsy kivy fa mampahery tena foana"

■Deux filles ne diffuseraient pas la maladie à d'autres personnes.

■Une autre en parlerait aux parents et à son partenaire sexuel.

■Une dernière s'isolerait dans une maison à part pour que la maladie ne se propage trop : "Mitoka-monina amin'ny trano mitokana amin'izay tsy dia miparitaka ny aretina"

►Les filles non scolarisées
n'ayant jamais fait de rapport
sexuel :

■Deux de ces filles en parleraient à ceux qui habiteraient avec elles avant d'aller voir un médecin.

■Une autre ne saurait quoi faire. Se plaindre, ce serait la honte ; ne rien dire, la maladie la rongerait :

" ... Hitaraina, menatra ; tsy hitaraina, miaritra aretina"

►Les garçons non scolarisés
sexuellement actifs:

■Trois idées étaient rapportées par un garçon : Voir un médecin, ne pas changer d'attitude si personne n'est au courant, avoir la honte si une personne est au courant.

■Un autre répliquait : "Tsy hivoaka ny trano intsony aho fa menatra" : Je ne sortirais plus car j'aurais honte.

■Un autre n'aurait pas peur d'avoir le SIDA car selon lui, il ne ferait pas d'adultère. Si jamais c'était le cas, il en parlerait à des amis : "Izaho tsy matahotra ho voan'ny SIDA satria tsy hijangajanga. Raha voa dia miezaka mitantara ny problème amin'ny namana".

■Un dernier irait voir un médecin et prendrait la fuite en brousse, là où personne ne pourrait le voir.

►Les garçons non scolarisés
n'ayant jamais fait de rapport
sexuel :

■Un garçon témoignerait en attendant la mort : "Miandry fahafatesana dia mijoro vavolombelona. Milaza ampahibemaso hoe voa ... manoro ny namana ... tsy heloka io fa tratan'ny tsy fidiny" : J'attendrais la mort et je témoignerais. Je dirais publiquement que j'ai le SIDA ... je conseillerais les amis ... ce n'est pas un crime ...

■Un autre irait voir un médecin ... attendrait la mort, aurait honte ... s'écarterait de ces amis pour que ces derniers n'aient pas la maladie par le partage des mégots par exemple : "mamonjy dokotera ... miandry fahafatesana, menatra ... mihataka amin'ny namako aho mba tsy hifindran'ny aretina ... ohatra raha mifoka sigara aho dia manome borka azy dia voa izy"

■Un dernier diffuserait la maladie à la femme d'un autre à qui il aurait des rancunes. Cela lui importe peu s'il était emprisonné car selon lui, il aurait l'esprit ailleurs : " ... Raha misy bandy hananako rancune dia ataoko izay hahavao ny vadiny dia voa izy amin'izay. Tsy maninona na migadra aza aho. Izaho tsinona efa marary ka tsy ao ny saiko"

☒ CONCLUSION :

Les jeunes des deux groupes (JS et JNS) envisageaient de ne parler de leur problème qu'à un médecin et aux parents.

Pour les JS, surtout les filles, l'attente de la mort primerait. L'attitude de fuite émergeait.

La honte amènerait aussi les JNS à fuir.

*a.4.3- Les attitudes vis à vis des
PRESERVATIFS :*

Les points étudiés étaient :

- Les motifs d'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel,
- Les motifs de non-utilisation de préservatif au premier rapport sexuel,
- Les motifs d'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois,
- Les motifs de non-utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois.

*a.4.3.1- Les motifs
d'utilisation de préservatif
au premier rapport sexuel:*

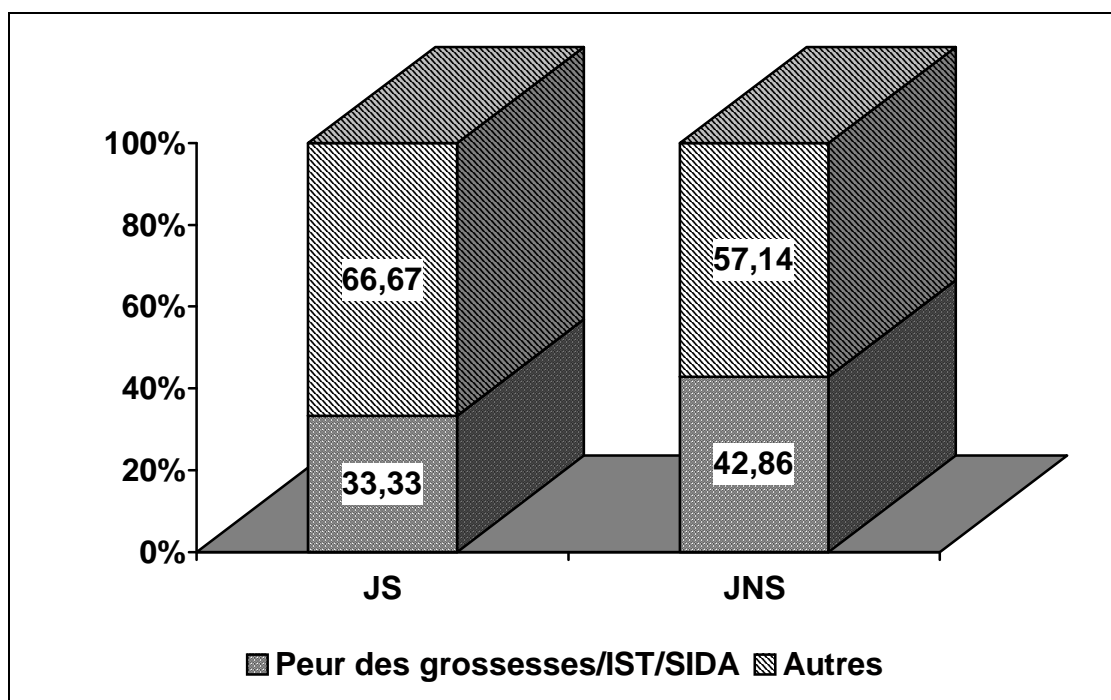


Figure 34 : Statut des JS ou des JNS selon les motifs d'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel.

2/3 des JS et plus de la moitié des JNS n'avaient pas comme motif d'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel la peur de la triade grossesse/IST/SIDA.

► **Tableau 45 :** Liaisons entre les classes d'âge au premier rapport sexuel et les motifs d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel.

	Classes d'âge au premier rapport sexuel	
	Ensemble	
	n = 16	
	Précoce < ou = 19 ans	Pas précoce > 19 ans
Motifs d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel		
Peur des grossesses/IST/SIDA	3	3
Autres	10	0

Seule la liaison entre les classes d'âge au premier rapport sexuel et les motifs d'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel était significative. (P = 0,036~)

Une grande proportion des jeunes étaient précoces en activité sexuelle et n'avaient pas comme motif d'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel la peur du trio grossesse/IST/SIDA.

► La liaison entre les connaissances sur les rôles des préservatifs et les motifs d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel n'était pas significative.

a.4.3.2- Les motifs de non-utilisation de préservatif au premier rapport sexuel:

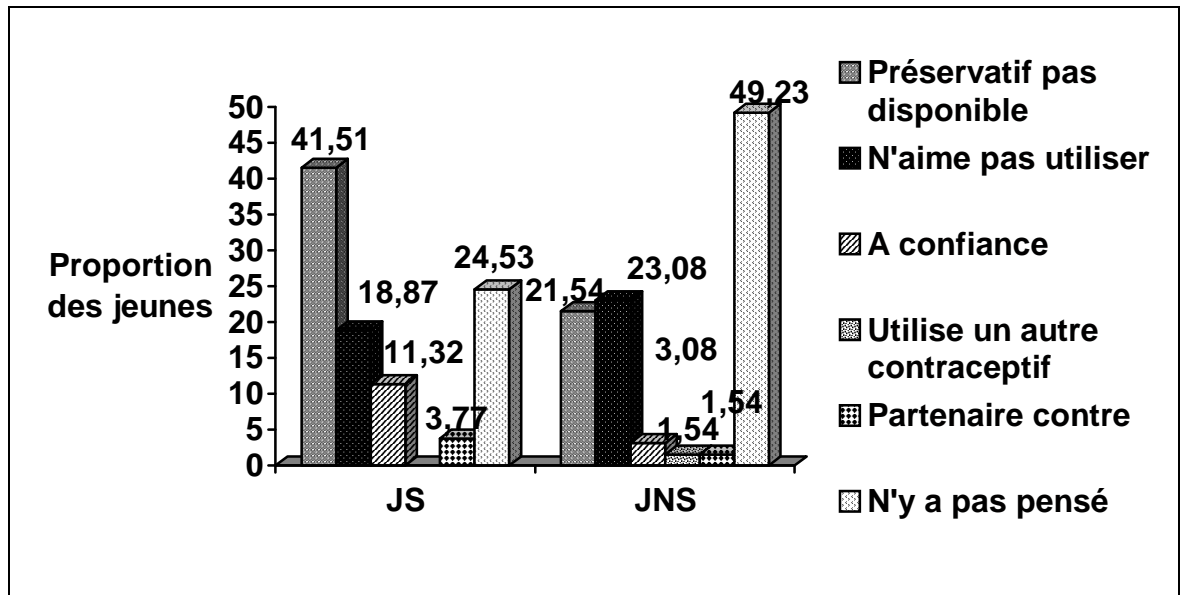


Figure 35 : Statut des JS ou des JNS selon les motifs de non-utilisation de préservatif au premier rapport sexuel

Quatre JS sur dix n'utilisaient pas de préservatif au premier rapport sexuel car ces préservatifs n'étaient pas disponibles. Presque 1/4 n'avaient pas seulement pensé à cela. Venaient en troisième place ceux qui n'aimaient pas en utiliser. Plus d'un JS sur dix déclaraient avoir confiance en eux-mêmes ou en leur partenaire sexuel. Les JS dont les partenaires étaient contre l'utilisation de préservatif dépassaient à peine les 3%.

Par contre, presque la moitié des JNS ne pensaient pas seulement d'en utiliser. Moins de 1/4 n'aimaient pas cela. A peine 3,08% déclaraient avoir confiance en eux-mêmes ou en leur partenaire. Le reste se partageait entre ceux qui utilisaient d'autres contraceptifs et ceux dont les partenaires étaient contre l'utilisation du préservatif.

►Les liaisons entre les classes d'âge au premier rapport sexuel, la continuité des activités sexuelles au cours des 12 derniers mois, l'existence de relation avec les

différents partenaires sexuels, le nombre de PSO et les motifs de non-utilisation de préservatif au premier rapport sexuel, n'étaient pas significatives.

► **Tableau 46 : Liaisons entre l'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et les motifs de non-utilisation de préservatif au premier rapport sexuel.**

	Utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois	
	PSP	
	Ensemble n = 12	
	Oui	Non
Motifs de non-utilisation de préservatif au premier rapport sexuel		
Préservatif pas disponible	0	2
N'aime pas utiliser	4	1
N'a pas pensé à ça	5	0

Seule la liaison entre l'utilisation de préservatif avec les PSP et les motifs de non-utilisation de préservatif au premier rapport était significative. ($P = 0,021\sim$)

D'après le tableau 46, des proportions élevées de jeunes avaient utilisé le préservatif avec le dernier PSP et n'avaient pas pensé à en utiliser ou n'aimaient pas en utiliser au premier rapport sexuel.

Néanmoins, plus de jeunes n'ayant pas utilisé de préservatif avec le PSP que ceux qui en avaient utilisé n'avaient pas de préservatif à leur disposition au premier rapport sexuel.

►La liaison, entre l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois et les motifs de non-utilisation de préservatif au premier rapport sexuel, n'était pas significative.

a.4.3.3- Les motifs d'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois :

►**Tableau 47 :** Statut des JS ou des JNS selon les motifs d'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois

	JS n(%)	JNS n(%)
Motifs d'utilisation du préservatif avec le dernier PSR	(n = 11)	(n = 3)
Peur des grossesses/IST/SIDA	2(18,18)	-
Autres	9(81,82)	3(100)
Motifs d'utilisation du préservatif avec le dernier PSONP	(n = 7)	(n = 6)
Peur des grossesses/IST/SIDA	1(14,29)	1(16,67)
Autres	6(85,71)	5(83,33)
Motifs d'utilisation du préservatif avec le dernier PSP	(n = 3)	(n = 7)
Peur des grossesses/IST/SIDA	-	-
Autres	3(100)	7(100)

Plus de huit JS sur dix utilisaient le préservatif avec le dernier PSR ou PSONP pour d'autres raisons que la peur du trio grossesse/IST/SIDA. Cette proportion était de 100% pour les PSP.

Tous les JNS utilisaient le préservatif avec le dernier PSR ou PSP pour d'autres raisons que la peur de la triade grossesse/IST/SIDA. Cette proportion était de huit JNS sur dix avec le dernier PSONP.

►Aucune liaison n'était significative entre les motifs d'utilisation du préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et les portraits du problème. Il en était de même avec les motifs d'utilisation du préservatif au premier rapport ou les connaissances des rôles du préservatif.

a.4.3.4- Les motifs de non-utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois :

►**Tableau 48 :** Statut des JS ou des JNS selon les motifs de non-utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois.

	JS	JNS
	n(%)	n(%)
Motifs de non-utilisation de préservatif avec le dernier PSR	(n = 35)	(n = 82)
Préservatif pas disponible	8(22,86)	18(21,95)
N'aime pas utiliser	8(22,86)	14(17,07)
A confiance en soi/au partenaire	10(28,57)	17(20,73)
Utilise un autre contraceptif	3(8,57)	12(14,63)
Partenaire contre	1(2,86)	5(6,10)
N'a pas pensé à ça	5(14,28)	16(19,51)

(*) Suite tableau 48

	JS	JNS
	n(%)	n(%)
Motifs de non-utilisation de préservatif avec le dernier PSONP	(n = 20)	(n = 50)
Préservatif pas disponible	8(40)	15(30)
N'aime pas utiliser	5(25)	17(34)
A confiance en soi/au partenaire	2(10)	4(8)
Utilise un autre contraceptif	2(10)	2(4)
Partenaire contre	1(5)	3(6)
N'a pas pensé à ça	2(10)	9(18)
Motifs de non-utilisation de préservatif avec le dernier PSP	(n = 1)	(n = 3)
Utilise un autre contraceptif	-	1(33,33)
N'a pas pensé à ça	1(100)	2(66,67)

Plus du 1/4 des JS n'utilisaient pas de préservatif avec le dernier PSR car ils avaient confiance en eux ou en leur PSR. Les deux motifs qui suivaient étaient la non disponibilité de préservatif et le fait que ces JS n'en aimaient pas utiliser. Environ un JS sur dix n'y pensaient même pas. Les restes se partageaient entre ceux qui utilisaient déjà d'autres contraceptifs, et ceux dont le PSR était contre l'utilisation de préservatif.

Quatre JS sur dix déclaraient ne pas en avoir utilisé avec les PSONP car ils n'avaient pas de préservatif à leur disposition. Le 1/4 n'aimait pas en utiliser. Un JS sur dix avait confiance en lui-même ou en son partenaire ou utilisait un autre contraceptif ou n'y pensait pas seulement. Un seul JS déclarait que son PSONP était contre l'utilisation d'un préservatif.

Enfin, un JS n'utilisait pas de préservatif avec le dernier PSP car tout simplement il n'y pensait pas.

Un peu plus de deux JNS sur dix n'utilisaient pas de préservatif avec le dernier PSR car ils n'en avaient pas ou avaient confiance en eux ou en leur partenaire. Venaient ensuite ceux qui déclaraient ne pas y avoir pensé ou n'aimaient pas en utiliser ou utilisaient un autre contraceptif. Enfin 6,10% parlaient de PSR contre l'utilisation d'un préservatif.

Plus du 1/3 des JNS n'utilisaient pas de préservatif avec le dernier PSONP car ils n'aimaient pas en utiliser. Presque 1/3 aussi n'avaient pas de préservatif à leur disposition. Un peu moins de deux JNS sur dix n'y pensaient même pas. Le reste se répartissait entre ceux qui avaient confiance en eux ou en leur partenaire, ceux dont le partenaire était contre et ceux qui utilisaient un autre contraceptif. Enfin, 2/3 des JNS n'utilisaient pas de préservatif avec les PSP car ils n'y avaient pas pensé. Le 1/3 utilisait déjà un autre contraceptif.

►Les liaisons entre les motifs de non utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et l'existence d'antécédent de rapport sexuel, la classe d'âge au premier rapport sexuel, l'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel, la continuité des activités sexuelles au cours des 12 derniers mois n'étaient pas significative. Il en était de même avec les motifs d'utilisation de préservatif au premier rapport ou les connaissances des rôles du préservatif.

► **Tableau 49 : Liaison entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les motifs d'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois.**

	Existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois			
	PSR		PSP	
	Ensemble n = 81		Ensemble n = 47	
	Oui	Non	Oui	Non
Motifs de non-utilisation de préservatif avec le dernier PSR				
Préservatif pas disponible	18	0	0	10
N'aime pas utiliser	14	0	0	6
A confiance en soi/au partenaire	13	3	3	4
Utilise un autre contraceptif	12	0	0	9
Partenaire contre	5	0	0	4
N'a pas pensé à ça	16	0	0	11

Les tests concluaient à une signification des liaisons entre l'existence de relation avec un PSR ($P = 0,026\sim$) ou avec les PSP ($X^2 = 18,31$; ddl = 5 ; $P = 0,002\sim$) et les motifs de non-utilisation de préservatifs avec le dernier PSR.

Une proportion dominante de jeunes avait un PSR et n'avait pas de préservatif à leur disposition lors du dernier rapport avec un PSR.

Une autre proportion importante avait des relations avec les PSP et n'avait pas pensé à utiliser de préservatif avec le dernier PSR.

► **Tableau 50 :** Liaisons entre l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois et les motifs de non-utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels.

	Antécédents d'écoulement et/ou ulcération génitale au cours des 12 derniers mois	
	JNS	
	n = 45	
	Oui	Non
Motifs de non-utilisation de préservatif avec le dernier PSR		
Préservatif pas disponible	3	7
N'aime pas utiliser	2	4
A confiance en soi/au partenaire	3	4
Utilise un autre contraceptif	0	9
Partenaire contre	4	0
N'a pas pensé à ça	2	7

Plus de JNS n'ayant pas eu un antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale que ceux qui en avaient eu déclaraient avoir utilisé un autre contraceptif. Toutefois, parmi ceux qui en avaient eu, les JNS dont les partenaires étaient contre l'utilisation de préservatif dominaient.

☒ CONCLUSION :

Les attitudes vis-à-vis des préservatifs influençaient le problème dans les sens suivants :

❖ Pour les motifs d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel :

Plus les jeunes n'avaient pas comme motif la peur de la triade Grossesses/IST/SIDA, plus ils étaient précoces en activité sexuelle.

❖ **Pour les motifs de non-utilisation de préservatif au premier rapport sexuel : Plus ces jeunes ne pensaient pas en utiliser au premier rapport, plus ils utilisaient le préservatif avec les PSP.**

❖ **Pour les motifs de non-utilisation de préservatif avec le dernier PSR au cours des 12 derniers mois :**

➤ **Plus les jeunes n'avaient pas de préservatif à leur disposition lors du dernier rapport avec un PSR, plus ils avaient des relations avec ce PSR.**

➤ **Plus les jeunes ne pensaient pas utiliser du préservatif avec le dernier PSR, moins ils avaient de relation avec les PSP.**

➤ **Plus les JNS utilisaient d'autres contraceptifs avec le dernier PSR, moins ils avaient un antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale.**

a.5- Les croyances de ces jeunes avaient-elles eu des influences sur les profils du problème ?

Une question était élucidée : Les croyances sur l'origine du SIDA.

a.5.1- Les JS :

► Les filles scolarisées sexuellement actives:

Deux filles croyaient que le SIDA est une punition de Dieu si on l'a eu par l'adultère : "Ozona na famaizana avy amin'Andriamanitra ny SIDA raha azo tamin'ny fijangajangana".

Par contre, trois filles de ce groupe déclaraient que ce n'est pas de Dieu, car ça n'a jamais été guéri par l'exorcisme. Elles croyaient que si c'est de Lui, il suffira que son serviteur dise : "C'est guéri" : "Tsy avy amin'Andriamanitra satria tsy sitrana na ametrahan-tanana isan'andro aza. Raha avy Aminy mantsy dia miteny hoe sitrana dia sitrana".

Cependant, elles étaient toutes d'accord que ce n'est pas du sortilège.

►Les filles scolarisées n'ayant jamais fait de rapport sexuel :

Toutes ces filles étaient d'accord que ce n'est pas une punition de Dieu.

- "Tsy kapok'Andriamanitra fa tsy fitandreman'ny olona" : Ce n'est pas un châtiment de Dieu, mais une négligence de l'homme.

- "Aretina fa raha famaizana dia tokony ho voa ny rehetra" : C'est seulement une maladie. Si c'était une punition, tout le monde aurait pu l'attraper.

Elles croyaient aussi que le SIDA n'est pas un sortilège.

►Les garçons scolarisés sexuellement actifs:

Ces garçons ne parlaient ni d'un sortilège, ni d'une punition de Dieu. Ils évoquaient que c'était dû à des rapports sexuels animalo-humains ou des échecs expérimentaux.

- "Avy amin'ilay fanandrakandraman'ny olombelona indrindra fa ny vazaha. Nanao firaisana tamin'ny biby. Ny tena marina dia nisy nitondra teto mba hanapotehina an'i Madagasikara": C'était dû aux expériences des hommes, surtout les étrangers : faire des rapports sexuels avec des animaux. La vérité c'est qu'on avait introduit cela chez nous pour détruire Madagascar.

- "Aretina avy amin'ny rajako ka misy olona manao firaisana tamin'io. Nefa koa mety misy prof mahay be tany ho any dia namorona virus tany ka nanao fanandramana tsy nahomby dia nivadika ho SIDA" : C'est une maladie des singes. Une personne avait fait du rapport sexuel avec l'un d'eux ... Peut-être aussi qu'un professeur aurait essayé d'inventer un virus et cela avait mal tourné.

- "Avy amin'ny biby sy ny vehivavy no nahazoan'ny lehilahy azy" : L'homme l'a attrapé par les animaux et les femmes.

►Les garçons scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel :

Un garçon de ce groupe évoquait aussi l'origine animale (égratignures par un singe) : "Avy amin'ny rajako ka nisy olona voarangotra dia nihitatra".

Un autre était sidéré que c'était toujours des pays extérieurs que les maladies mortelles arrivaient chez nous, comme le choléra : "Avy any ivelany foana no hisian'ny areti-mandoza mahafaty eto amintsika. Toy ny choléra ihany io ... Mahagaga ! "

Un autre était convaincu que c'est seulement dû à ce qu'on a fait : "Vokatry ny natao ihany io".

Trois autres garçons de ce groupe croyaient que c'est de Dieu :

- "Famaizan'Andriamanitra : misy anjely alefan'Andriamanitra nandefa aretina teto amintsika" : C'est un châtiment de Dieu. Il a envoyé des anges porteurs de maladie à Madagascar.

- "Avy amin'Andriamanitra satria tsy mety voafehin'ny siansa" : C'est de Dieu car les scientifiques n'arrivent pas à le maîtriser.

- "Tsy mety hitan'ny olombelona ny fanafodiny. Noho izany avy amin'Andriamanitra" : Les Hommes n'arrivent pas à trouver son remède, donc c'est de Dieu.

Note : Une question avait été soulevée par les garçons scolarisés déjà sexuellement actifs : « Pourrait-on avoir le SIDA lors du premier rapport sexuel ? »

Deux garçons de ce même groupe répondaient que c'est impossible. Ils avaient chacun leur raison.

- "Impossible ! ... Rano iray kôpy ve haharesy rano iray zinga ? ... raha vao indray mandeha tsy ho vanona mihitsy ny aretina fa tonga dia potika ... Eo amin'ny in-telo eo vao mamindra" : Impossible ! ... Une tasse d'eau n'infectera pas un grand récipient d'eau ... La maladie n'arrivera jamais à maturation pour un rapport sexuel ...à trois fois oui ...
- "Impossible raha olona roa tsy mbola nanao firaisana mihitsy raha tsy io voalohany io avy" : C'est impossible pour deux personnes n'ayant jamais eu chacune un antécédent de rapport sexuel.

Un autre déclarait : "Raha efa niodina ny iray dia mamindra" : Si l'autre avait déjà fait un rapport sexuel, cela transmet la maladie.

a.5.2- Les JNS :

►Les filles non scolarisées sexuellement actives:

Une fille de ce groupe croyait en une importation de la maladie de l'Afrique du Sud à Antananarivo : "Avy any an-dafy (Afrique du Sud) no nisy nitondra teto Madagasikara"

Une autre croyait en une action satanique plutôt que divine : "Tsy kapoka avy amin'Andriamanitra fa avy amin'ny devoly"

Une dernière ne croyait pas en une action maléfique car beaucoup auraient pu l'avoir : "Tsy mino aho hoe ataon'ny olona satria maro no mety efa voany noho izy aretina mampitahotra, mampijaly ary tsy maintsy matiny izay azony"

►Les filles non scolarisées n'ayant jamais fait de rapport sexuel :

Une fille croyait en une condamnation divine puisque ce n'est pas guérissable jusqu'à maintenant. Selon elle, Dieu voulait transmettre un message aux personnes qui avaient le SIDA : "Azo eritreretina ho famaizan'Andriamanitra satria tsy mbola nahitana fanafany haramin'izao ... Misy hafatra tian'Andriamanitra hampitaina amin'ny olona voany.

Une autre croyait que c'est une maladie trop compliquée pour être un sortilège.

►Les garçons non scolarisés sexuellement actifs:

Un garçon de ce groupe évoquait l'origine rapport animalo-humain : "Avy amin'ny biby : nisy olona niray taminy"

Un autre croyait à la punition de Dieu pour éviter l'adultère.

► Les garçons non scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel :

Deux garçons suscitaient l'origine rapport animalo-humain, ou c'était tout simplement une invention d'un professeur.

Un autre croyait que c'est une maladie comme tant d'autres. Les origines étaient les animaux, les rapports hétérosexuels, les rapports homosexuels et tout ce qui est surnaturel.

Un autre croyait que c'est possible que ce soit de Dieu. C'est comme la sécheresse dans le sud de Madagascar où beaucoup de gens vénèrent des idoles. Aussi, Dieu ne supporte pas l'infidélité : "Mety avy Aminy satria diso maditra loatra aho dia faiziny ... Ataony tsy misy rano any atsimo satria misy mivavaka amin'ny fanafody ny olona any. Dia toy izany koa : tsy zakan'ny any ambony intsony raha manambady betsaka aho"

☒ CONCLUSION :

Des fausses croyances étaient rapportées par ces jeunes qu'ils étaient sexuellement actifs ou non :

➤ **Les JS parlaient de punition de Dieu, échecs expérimentaux, rapport sexuel entre les animaux et la race humaine, maladie importée des pays étrangers par des gens malveillants.**

➤ **Les JNS évoquaient de même le châtiment divin, l'action satanique, l'importation, les rapports animalo-humains, mais aussi l'invention d'un professeur chercheur.**

a.6- Les valeurs de l'amour pour ces jeunes avaient-elles eu des influences sur les profils du problème ?

« Par quel moyen prouvez-vous l'amour que vous avez pour une personne ? »

Telle était la question posée.

a.6.1- Les JS :

►Les filles scolarisées sexuellement actives répondaient que ce n'est pas forcément par le rapport sexuel. Elles citaient la jalousie, le respect.

►Les filles scolarisées n'ayant jamais fait de rapport sexuel citaient les baisers, la communication verbale, les gestes, l'entraide dans les études. Elles insistaient sur le fait qu'il faudrait éviter de prendre l'argent offert par son partenaire.

Une fille de ce groupe soulignait que l'amour n'implique pas forcément des rapports sexuels, mais surtout de la fidélité. " ... Tsy tokony ho ohatry ny any an-dafy isika ... raha vao tia dia tsy maintsy firaisana aloha" : On ne devrait pas imiter les étrangers selon lesquels quand on s'aime, il faut faire des rapports sexuels d'abord.

►Pour les garçons scolarisés sexuellement actifs, l'amour peut être prouvé par des rencontres fréquentes, des tendresses. D'après eux, l'argent ferait le bonheur pour certaines filles.

►Un garçon scolarisé n'ayant jamais fait de rapport sexuel parlait d'une entraide. Il ajoutait que la notion d'amour se confond en ce moment. Ce ne sont pas tous ceux qui s'enlacent au marché qui s'aiment. Il ne ferait de rapport sexuel que dans le mariage :
" Efa mifangaro be amin'izao fotoana izao ny atao hoe mifankatia. Tsy izay mifampisakambina eny an-tsena ihany no atao hoe mifankatia ... Midity amin'ny fanambadiana aho vao manao izany firaisana ara-nofo izany"

Les autres citaient le fait de ne pas se laisser tomber surtout dans les pires, d'entrer dans le mariage, d'acheter des vêtements, de faire ce qui plaît à l'autre.

a.6.2- Les JNS :

►Les filles non scolarisées sexuellement actives:

Une fille de ce groupe avançait : "Oroka azo anehoana fitiavana. Ny firaisana amiko dia filàna ara-nofo fotsiny ka atao fa tsy fitiavana. Mipetraka koa anefa, ary ekeko ny hoe rehefa tena tiako ilay olona dia tsy maintsy manao firaisana koa ny farany" : Les baisers sont des preuves d'amour. Pour moi, les rapports sexuels ne sont que des besoins que l'on doit satisfaire mais pas de l'amour. Cependant, j'accepte le fait que quand j'aime vraiment la personne, je finirai par avoir des relations sexuelles avec elle.

Une autre répondait : "Tsy voatery amin'ny firaisana fa raha tsy manaiky aza ilay lehilahy dia ahoana ? ... Azo atao koa ny manome cadeau kely ho azy" : Le rapport sexuel n'est pas obligatoire pour prouver l'amour. Mais si le garçon n'accepte pas ? ... On pourrait aussi offrir un petit présent.

►Toutes les filles non scolarisées n'ayant jamais fait de rapport sexuel déclaraient que les rapports sexuels ne prouvent pas obligatoirement l'amour. Il y a aussi l'entraide dans la vie active.

►Trois garçons non scolarisés sexuellement actifs citaient les rencontres journalières, la communication, les baisers, les gestes. Mais tout cela se terminera par des rapports sexuels selon eux.

Un autre insistait : "Firaisana ara-nofo no tena izy. Noho izany, fitiavana égal firaisana ... Nanana sipa aho. Niaraka roa taona izahay ary tsy nety nisy firaisana mihitsy ... dia nisaraka ... isika mila tairina kely" : L'amour équivaut à un rapport sexuel. J'ai eu une copine. Nous étions ensemble deux ans et nous n'avons jamais fait de rapport sexuel ... d'où la séparation ... nous avons besoin d'être un peu excités.

Un autre appuyait que l'on veuille ou non, le rapport sexuel vient toujours en premier dans la tête : "Na tiana na tsy tiana dia firaisana no ao an-doha voalohany".

►Deux garçons non scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel déclaraient que le rapport sexuel est obligatoire dès qu'on aime quelqu'un.

Les autres citaient le respect, le dialogue, l'entraide.

☒ CONCLUSION :

Les JS soutenaient que les rapports sexuels ne sont pas obligatoires pour prouver l'amour. Pour eux, on peut avoir recours à la jalousie, le respect, le baiser, la communication, l'entraide mutuelle, la fidélité, les rencontres fréquentes, la tendresse. Ils sont seulement contre l'argent ou les cadeaux pécuniaires.

Les JNS ayant déjà été sexuellement actifs insistaient sur le fait que l'amour vaut obligatoirement des rapports sexuels. Ceux qui n'avaient jamais fait de rapport sexuel parlaient d'entraide, de respect et de communication.

a.7- Les PERCEPTIONS de ces jeunes avaient-elles eu des influences sur les profils du problème ?

Cinq sujets méritaient d'être considérés :

- La perception du risque d'attraper le VIH/SIDA,
- La perception de l'incurabilité du SIDA,
- La perception de l'utilisation du préservatif,
- La perception du multipartenariat,
- La perception de l'homosexualité.

a.7.1- La perception du risque d'attraper le VIH/SIDA :

a.7.1.1- Les JS :

►Quatre filles scolarisées sexuellement actives pensaient qu'elles n'auront le SIDA.

- "Tsy matahotra ho voan'izany aho satria ny kapaoty aza efa betsaka. Ireo olona maditra nefa tsy mampiasa kapaoty toy ny makorelina no mety ho voan'ny SIDA": Je ne pourrai pas attraper le SIDA. Les préservatifs sont déjà nombreux. Ce sont les personnes incorrectes qui n'en utilisent pas, comme les prostituées, qui peuvent avoir le SIDA.

- "Tsy matahotra aho satria manaja tena. Ireo mahantra tsy manambola ka lasa mivaro-tena no tena voan'ny SIDA" : Je n'ai pas peur car je me respecte. Ce sont les pauvres ayant recours à la prostitution qui peuvent avoir le SIDA.

- "Tsy matahotra aho satria matoky ny olona miaraka amiko. Ireny chauffeur ireny izao no mety ho voan'izany satria mandehandeha" : Je n'ai pas peur car j'ai confiance en mon partenaire. Ce sont les chauffeurs qui peuvent l'avoir car ils se déplacent partout.

- "Tsy misy tokony hatahorako satria ireo olona mifanerasera matetika amin'ny vahiny toy ny makorelina no tena voany" : Il n'y a pas de raison pour que j'aie le SIDA. Ce sont les personnes qui fréquentent les étrangers comme les prostituées qui peuvent l'avoir.

Une seule fille de ce groupe a peur d'attraper le SIDA par les modes de transmission autres que les rapports sexuels. Par exemple, chez le médecin.

►Deux garçons scolarisés déjà sexuellement actifs étaient convaincus que tout le monde peut attraper le SIDA.

Un autre avait plutôt peur des répercussions du SIDA : souffrance, marginalisation. Toutefois, il ne pensait pas qu'il aura le SIDA car pour lui, c'est une personne qui aime s'aventurer qui pourrait l'avoir.

►Tous les garçons scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel avaient peur d'être infectés car les personnes porteuses sont inconnues. Néanmoins, ils évoquaient des catégories vulnérables.

- "Ny mpivaro-tena no voany satria ny mpamangy eny amin'ny arcade tsy fantatra amin'ny ankapobeny fa mety voa daholo. Ny tanora anelanelan'ny 16 sy 22 taona no tena tratra amin'ny mpivaro-tena" : Les prostitués sont les plus touchés car il est impossible de savoir lesquels de leurs clients ont le SIDA. Ce sont les jeunes prostitués de 16 à 22 ans qui sont les plus atteints.

- " ... Ny olona ambony no tena voa noho ny fitadiavana fahafinaretana" : Ce sont les hautes personnalités qui sont les plus touchées. Ce sont les besoins pour la recherche de plaisir qui sont en cause.

- " ... Ny olona ambany tsy mahita asa ka mivaro-tena" : ... Les personnes qui sont en chômage et se livrent ainsi à la prostitution.

- " ... Ny mpamindra rà koa" : Egalement les transfuseurs et les donneurs de sang.

a.7.1.2- Les JNS :

►Deux filles non scolarisées sexuellement actives déclaraient n'avoir pas peur d'être touchées par le VIH/SIDA.

- "Tsy matahotra ho voa aho satria tsy mijangajanga. Ny olona maditra no voan'izany" : Je n'ai pas peur d'avoir le SIDA car ce sont des personnes qui s'adonnent à l'adultère qui sont touchées par cette maladie.

- "Ny *syphilis* no tena atahorako satria maratra be fa tsy mieritreritra ho voan'ny SIDA aho. Ny mpivaro-tena no tena voan'ny SIDA satria miaraka amin'ny vazaha" : J'ai surtout peur de la syphilis car j'aurai beaucoup de plaies. Mais je pense que je n'aurai pas le SIDA. Ce sont les prostituées qui sont les plus touchées car elles sortent avec des étrangers.

Une autre fille disait que tout ce qui ne se comporte pas bien pourra attraper le virus du SIDA.

Une dernière soutenait : "Tsy ny SIDA amin'ny maha-aretina azy no atahorako fa ny vavan'ny olona sy ny fiatraikan'izany. Ary sady matahotra ny ho voa aho no tsy

matahotra ... misy fotoana aho miroboka be amin'ny firaisana, ary misy fotoana manao karemy" : Je n'ai pas peur du SIDA en tant que maladie mais des jugements de la société. Je pourrais avoir le SIDA car il y a des moments où je suis très active sexuellement. Mais je pourrai ne pas l'avoir aussi car il arrive que je m'en abstienne.

►Une fille non scolarisée n'ayant jamais fait de rapport sexuel avait quasiment cette dernière appréciation. Elle avait peur de l'impact social de cette maladie qu'est l'exclusion : "Tsy matahotra ho voan'ny SIDA aho fa matahotra ny fiantraikany. Tsy maintsy havahan'ny olona amin'ny hafa"

►Trois garçons non scolarisés sexuellement actifs déclaraient n'avoir pas le risque d'attraper le SIDA car ils ne se livrent pas à l'adultère.

Cependant, les autres se sentaient concernés par cette maladie. Ils semblaient quand même appartenir à des catégories vulnérables :

- "Matahotra aho satria tsy fantatrao raha tsy efa vita izay natao ... raha ho fantatra aza ... Voa ny olona any ambanivohitra satria mitady asa any andrenivohitra dia tsy mahita na voaroaka dia mivaro-tena" : J'ai peur car il se peut qu'on ne soit pas au courant de la maladie ... Les gens de la brousse sont les plus atteints. Ils cherchent du travail en ville et échouent et s'adonnent à la prostitution.

- " Matahotra aho ... Ny manana no tena voany fa sarotra ho an'ny mahantra ..." : J'ai peur... Les gens aisés sont les plus touchés. Il est difficile pour les pauvres de l'avoir.

- "Tsy maintsy matahotra aho amin'ny maha areti-mandoza azy satria betsaka ny olona mifandray amiko" : Je dois avoir peur car c'est une grave maladie. De plus, je fréquente beaucoup de gens.

- "Ny tanora no betsaka voany satria tia andrakandrana loatra" : Les jeunes sont les plus touchés car ils aiment trop s'aventurer.

►Enfin, un garçon non scolarisé n'ayant jamais fait de rapport sexuel déclarait qu'il n'aura pas le SIDA car il se respecte.

a.7.2- La perception de l'incurabilité du SIDA :

La question était : "Pensez-vous que le SIDA sera un jour guérissable ? »

a.7.2.1- Les JS :

►Cinq filles scolarisées sexuellement actives étaient persuadées de l'action des prières, de la foi.

- "Sitrana amin'ny alalan'ny vavaka raha tsy tamin'ny fijangajangana no nahazoana azy" : Le SIDA serait guéri par la prière si on ne l'avait pas eu par l'adultère.

- "Mivavaka dia mifady hanina no sady hametraha-tanana, fa tsy ho sitran'ny mpanao fanafody gasy mihitsy aloha" : Prières, jeûnes ... Mais jamais par des guérisseurs traditionnels.

- "Tena mila finoana mafy angamba dia sitrana ary arahina fiovam-pihetsika tanteraka" : Peut-être qu'une grande conviction spirituelle accompagnée d'un changement de comportement radical assurera la guérison.

Deux autres auraient entendu parler de gens qui arrivent à guérir toutes les maladies, même à Madagascar.

Une autre était certaine que le SIDA restera à jamais incurable.

►Une fille scolarisée n'ayant jamais fait de rapport sexuel pensait que seule la foi, par l'intermédiaire des exorcistes, pourrait guérir cette maladie : "Mety ho sitrana raha hametrahana mpiandry tanana ka manam-pinoana ny ho sitrana ilay voan'ny SIDA"

►Les opinions des garçons scolarisés déjà sexuellement actifs divergeaient :

- Un garçon est persuadé que le SIDA restera incurable.
- Un autre pensait qu'il se pourrait qu'il y ait des tisanes qui feraient l'affaire.

- Un autre suivait cette idée en ajoutant que cela serait faisable si Madagascar en avait les moyens.

a.7.2.2- Les JNS :

►Une fille non scolarisée sexuellement active semblait avoir entendu à la radio : un Africain, déjà exécuté, avait trouvé le remède et aurait guéri trois personnes.

►Un garçon non scolarisé sexuellement actif concevait que d'ici 10 à 15 ans, cette maladie pourra être guérie car les chercheurs ne se lassent de travailler. Selon lui, la guérison du SIDA sera due aux travaux des chercheurs, non pas aux prières.

►Enfin, un garçon non scolarisé n'ayant jamais fait de rapport sexuel déclarait qu'il ne peut concevoir une possibilité de curabilité du SIDA car Jusqu'à maintenant, même les grands chercheurs n'avaient pas trouvé le remède.

a.7.3- La perception de l'utilisation du préservatif :

Les jeunes avaient à discuter sur la question : « Selon vous, quelles catégories de personnes doivent utiliser le préservatif ? »

a.7.3.1- Les JS :

►Toutes les filles scolarisées sexuellement actives étaient d'accord que seuls les hommes doivent utiliser le préservatif. Et ceci dans les circonstances suivantes :

- Les couples de jeunes et les couples mariés pour éviter les grossesses non désirées ;
- Les personnes malades qui ne peuvent pas s'abstenir de rapport sexuel ;
- Tout rapport sexuel avec les prostituées.

►Selon les filles scolarisées n'ayant jamais fait de rapport sexuel, les personnes qui doivent utiliser le préservatif sont :

- Les couples dans le mariage pour éviter les grossesses non désirées ;
- Toutes personnes désirant planifier leur grossesse ;
- Les couples en union libre ;
- Les prostituées : "Tsy maintsy mampiasa ny mpisipa satria manao firaisana amin'ny olona betsaka toy ny Afrikana, Amerikana" : Les prostituées doivent

utiliser des préservatifs car elles ont des relations avec beaucoup de personnes, entre autres, les Africains et les Américains.

► Les garçons scolarisés déjà sexuellement actifs pensaient qu'on devrait utiliser le préservatif avec les prostituées. Ils insistaient sur le fait qu'il faudrait même doubler ce préservatif dans ces cas.

Un garçon de ce groupe ajoutait que si on n'est pas sûr de soi, il faut en utiliser.

► Presque tous les garçons scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel concevaient que les personnes qui doivent utiliser le préservatif sont les suivantes :

- Les prostituées ;
- Les gens qui fréquentent les personnes toujours en mission ;
- Les couples de jeunes pour éviter les maladies et les grossesses non désirées ;
- Les couples mariés pour éviter les grossesses non désirées .

Cependant, un garçon de ce groupe déclarait ceci : "Tsy tokony hampiasa kapaoty mihitsy satria mora rovitra ka mitovy ihany ka tsy aleo ve mahazo fahafinaretana rehefa samy ho voa ihany ?" : On ne devrait jamais utiliser ces préservatifs car ça se déchire facilement. Les résultats seront les mêmes. On aura toujours la maladie. Pourquoi ne pas se procurer de plaisir en même temps ?

a.7.3.2- Les JNS :

► Une fille non scolarisée sexuellement active déclarait qu'elle-même en utilise par peur d'avoir le SIDA et pour éviter les grossesses non désirées.

Une autre fille citait les prostituées.

Une dernière déclarait que le SIDA ne touche pas encore Sabotsy Namehana, donc il n'y a pas de raison pour utiliser le préservatif. Elle complétait qu'une fois la maladie arrivée dans la Commune, tout le monde devrait en utiliser.

► Un garçon non scolarisé sexuellement actif avançait que tout ce qui fait des rapports sexuels doit en utiliser car on ne sait pas qui porte le virus.

Un autre répondait que cela dépend des préférences, selon lesquelles on aime ou on n'aime pas en utiliser.

►Tous les garçons non scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel déclaraient aussi que tout le monde doit en utiliser, mais surtout les prostituées.

Un garçon rajoutait que les préservatifs protègent du SIDA Mais c'est embarrassant de faire un rapport sexuel avec une personne vivant avec le VIH ; même avec préservatif.

a.7.4- La perception du multipartenariat :

Les jeunes avaient à émettre leur conception sur la question : « Que pensez-vous des personnes qui ont beaucoup de partenaires sexuels ? »

a.7.4.1- Les JS :

►Une fille scolarisée sexuellement active déclarait : "Tiako ny mampirafy satria tsy mbola ilaina ny fidélité amin'ny mpisipa, fa rehefa manambady vao tsy tokony hampirafy. Tsy maintsy mijery tanjona aho ary mila manao sélection izay ho vadiko, ka tsy afaka hisafidy aho raha tsy betsaka ny bandy miaraka amiko" : Je préfère sortir avec beaucoup de garçons ...La fidélité n'aura sa place qu'une fois je serai mariée. J'ai un objectif et je dois collectionner des garçons afin de sélectionner le bon.

Une autre soutenait le fait que le multipartenariat est bon pour les jeunes. Mais une fois dans le mariage, c'est un manque de respect.

Trois filles de ce groupe n'étaient pas pour le multipartenariat car cela entraînerait des contrariétés pour l'un ou l'autre.

►Toutes les filles scolarisées n'ayant jamais fait de rapport sexuel étaient contre ce multipartenariat, car il y en a qui le font seulement pour frimer.

►Les garçons scolarisés déjà sexuellement actifs avaient aussi cette même conception. De plus, il faudrait ne pas le faire pour éviter les maladies. Et il serait nécessaire de se demander pourquoi ces gens cherchent-ils de l'amour ailleurs.

►Les garçons scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel n'étaient pas pour le multipartenariat et cherchait à comprendre les facteurs :

- Ces personnes ne sont pas satisfaites de leurs conjoints.
- Elles ont trop de besoins à satisfaire. L'argent entre en jeu ici.
- C'est une question d'éducation et de mentalité.

a.7.4.2- Les JNS :

►Deux filles non scolarisées sexuellement actives n'étaient pas pour le multipartenariat.

Deux autres posaient le problème sur le nombre de ces partenaires. L'une déclarait qu'il y aura un problème au-dessus de deux. L'autre accepterait jusqu'à cinq.

►Quatre filles non scolarisées n'ayant jamais fait de rapport sexuel ne soutiennent pas le multipartenariat.

- Deux d'entre elles basaient leur opinion sur le fait que c'est interdit par la bible.
- Une autre pensait imaginer la facilité de transmission des IST.

Une fille réservait le multipartenariat pour les jeunes pour qu'elle puisse bien choisir.

Une dernière était pour cela à condition que les personnes concernées fassent régulièrement des visites médicales.

►Trois garçons non scolarisés sexuellement actifs n'étaient pas pour le multipartenariat.

Un autre concevait que c'est acceptable pour les jeunes et les couples mariés qui ne s'entendent pas bien. Il disait : "Ka rehefa tsy mahita fifaliana amin'ny iray ve tsy hitady amin'ny hafa !" : Si on n'est pas satisfait, il faudra chercher ailleurs.

►Trois garçons non scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel étaient contre, car ils n'auraient pas aimé qu'on leur fasse la même chose.

Un autre avouait que quand il sort le soir, c'est pour aller danser, mais c'est aussi pour chercher des filles.

Un autre le fera à l'insu de sa femme qui vient d'avoir un bébé. Ce n'est que pour satisfaire ses besoins et ses habitudes.

a.7.5- La perception de l'homosexualité :

La question posée était : « Que pensez-vous des hommes qui ont de relation sexuelle avec d'autres hommes ? »

a.7.5.1- Les JS :

►Toutes les filles scolarisées sexuellement actives méprisaient l'homosexualité et déclaraient que c'est un mode de transmission du SIDA. Elles basaient leur idée sur la Bible.

Une fille ne donnait pas tort à ces gens, car selon elle, il se pourrait qu'ils étaient déçus par une fille.

►Trois filles scolarisées n'ayant jamais fait de rapport sexuel n'acceptaient pas ces hommes qui ont des partenaires sexuels masculins. "Tsy zakan'ny toe-tsaintsika Malagasy izany fa maro ireo liam-baovao dia mangala-tahaka fotsiny" : La mentalité malgache ne supporte pas cela. Il y a seulement ceux qui sont curieux et imitent bêtement.

►Tous les garçons scolarisés déjà sexuellement actifs étaient contre l'homosexualité. Ils déclaraient que :

- Ce sont des gens mentalement instables ;
- Ce sont des hommes déçus par les femmes ;
- C'est tout simplement un type de prostitution ;

- "Efa fialàna amin'ny maha-olona tsotra izao ka lasa toy ny biby. Misy anefa tia andrakandrana fotsiny no fiatombohany" : C'est vraiment monstrueux. Toutefois il y en a qui commencent par de simples aventures expérimentales.

a.7.5.2- Les JNS :

► Toutes les filles non scolarisées sexuellement actives étaient réticentes à l'homosexualité. L'une d'entre elles avançait : "Tsy d'accord aho fa mandà ny nataon'Andriamanitra ireny ... tsy ny firaisan'ny lahy sy ny vavy ihany no mamindra SIDA fa ny an'ny lahy sy ny lahy koa" : Je ne suis pas d'accord car c'est refuser ce que Dieu a fait. Et puis ça transmet le SIDA.

► Tous les garçons non scolarisés sexuellement actifs ou n'ayant jamais fait de rapport avançaient la même chose. Un garçon prévoyait même d'être agressif en face de l'un de ces homosexuels car c'est dégoûtant : " ... Raha mahita aho dia felahiko fa maharikoriko ahy"

☒ CONCLUSION :

❖ Pour les perceptions du risque d'avoir le VIH/SIDA :

➤ Des JS ayant déjà fait des rapports sexuels ne pensaient pas qu'ils auront le SIDA car ils sont fidèles d'après eux. De plus, ces JS classaient certains groupes plus vulnérables qu'eux : les prostituées (surtout les jeunes de 16 à 22ans), les pauvres, les chauffeurs, les gens aisés et les personnels des services transfuseurs et les donneurs de sang.

➤ Les JNS, en général, ne se sentaient pas aussi concernés par le VIH/SIDA. De plus, ceux qui étaient déjà sexuellement actifs évoquaient des groupes vulnérables : les infidèle, les prostituées, les étrangers (pour les filles) ; les gens de la brousse, les personnes aisées, mais aussi les jeunes.

❖ **Pour les perceptions de l'incurabilité du VIH/SIDA :**

➤ Des JS ayant déjà fait des rapports sexuels ne pensaient pas que le SIDA puisse être guéri par la prière ou par les tisanes. Les filles insistaient sur la foi.

➤ Des JNS sexuellement actifs évoquaient que seuls les chercheurs pourraient trouver le remède du SIDA.

❖ **Pour les perceptions du multipartenariat :**

➤ Des JS étaient contre le multipartenariat. Cependant, l'idée que cela est tolérable pour les jeunes émergeait.

➤ Les JNS rejetaient, en général, ce multipartenariat. Toutefois, des filles concevaient que c'est acceptable si des visites médicales sont envisagées. Des garçons insistaient sur le fait que c'est indispensable pour satisfaire les besoins.

❖ **Tous les jeunes méprisaient l'homosexualité.**

a.8- D'autres FACTEURS SOCIOLOGIQUES avaient-ils eu des influences sur les profils du problème ?

Six facteurs hypothétiques y avaient été classés :

- Le nombre de partenaires sexuels prémaritaux,
- L'existence de coercition dans le couple,
- Le type de coercition dans le couple,
- Les classes d'âge des derniers PSR et PSONP,
- L'existence d'antécédent de violence sexuelle,
- Les types d'auteur du viol.

a.8.1- Le nombre de partenaires sexuels prémaritaux :

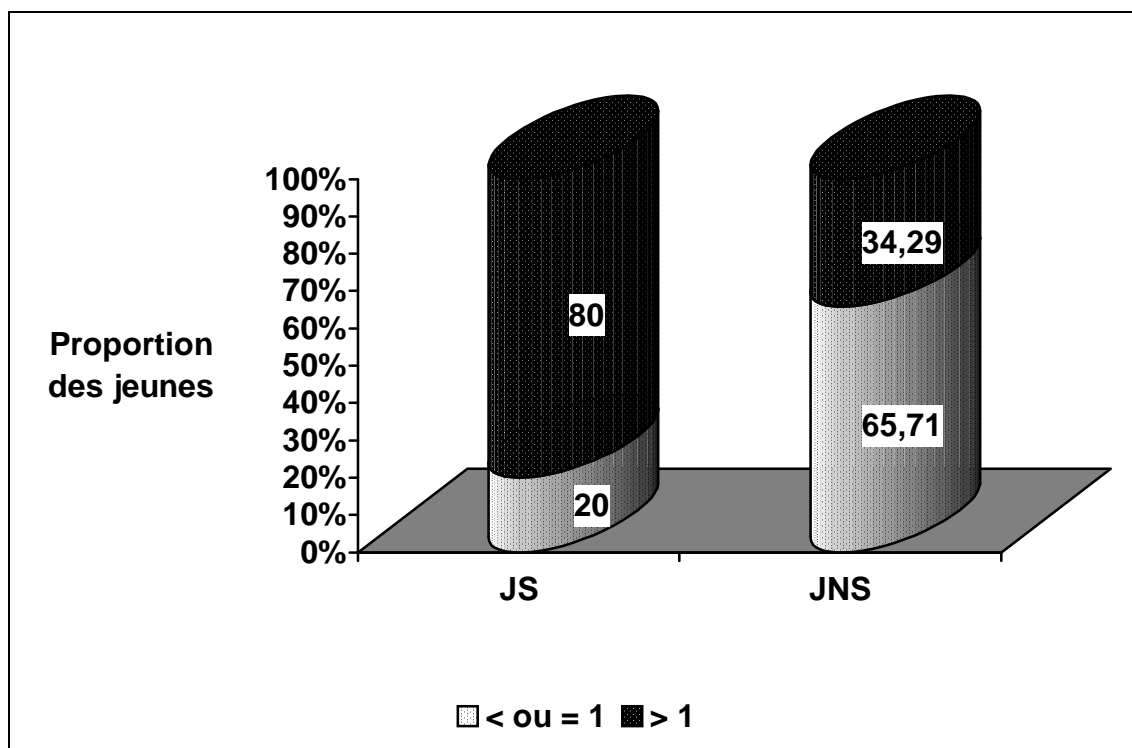


Figure 36 : Statut des JS ou des JNS selon le nombre de partenaires sexuels prémaritaux

Quatre JS sur cinq déclaraient avoir eu plus d'un partenaire sexuel avant le mariage.

Cependant, 1/3 des JNS faisaient la même déclaration.

Note : Penser que le nombre de partenaires prémaritaux aurait un impact direct sur des comportements à risque semble ne pas être logique, vu que nous n'avons pas de données sur la période du mariage de ces jeunes. Cependant nous avons étudié les différences pour chaque groupe adoptant tel ou tel comportement selon ce paramètre.

► **Tableau 51 : Différences entre les classes d'âge au premier rapport sexuel selon le nombre de partenaires sexuels prémaritaux.**

	Classes d'âge au premier rapport sexuel	
	Ensemble	
	Précoce < ou = 19 ans n(%)	Pas précoce > 19 ans n(%)
Nombre de partenaires sexuels prémaritaux		
< ou = 1	19(79,17)	5(31,25)
> 1	5(20,83)	11(68,75)
Total	24(100)	16(100)

On trouve une différence significative des classes d'âge au premier rapport sexuel selon le nombre de partenaires prémaritaux. ($P = 0,004\sim$)

Le tableau 51 illustre que, parmi les jeunes ayant été précoces en activité sexuelle, ceux qui n'avaient qu'un partenaire avant le mariage dominaient. Pour ceux qui n'étaient pas précoces, les jeunes ayant eu plus d'un partenaire prémarital émergeaient.

► Les différences n'étaient pas significatives entre l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel ou la continuité des activités sexuelle au cours des 12 derniers mois selon le nombre de partenaires sexuels prémaritaux. Il en était de même pour l'existence de relation avec les époux ou les PSP pour l'ensemble des jeunes ou avec les autres PSR pour les JS.

► **Tableau 52 : Différences entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois selon le nombre de partenaires sexuels prémaritaux.**

	Existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois	
	PSONP	
	Ensemble	
	Oui n(%)	Non n(%)
Nombre de partenaires sexuels prémaritaux		
< ou = 1	1(12,50)	22(70,97)
> 1	7(87,50)	9(29,03)
Total	8(100)	31(100)

Les différences entre l'existence de relations sexuelles avec les PSONP pour l'ensemble des jeunes selon le nombre de partenaires prémaritaux étaient significatives. (P = 0,004~)

Le tableau 52 illustre que plus de jeunes ayant eu de relations sexuelles avec les PSONP au cours des 12 derniers mois que ceux qui n'en avaient pas eu avaient plus d'un partenaire prémarital.

► Par contre, aucune différence n'était significative entre les nombres de PSO, l'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels, l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois selon le nombre de partenaires sexuels prémaritaux.

a.8.2- L'existence de coercition dans le couple :

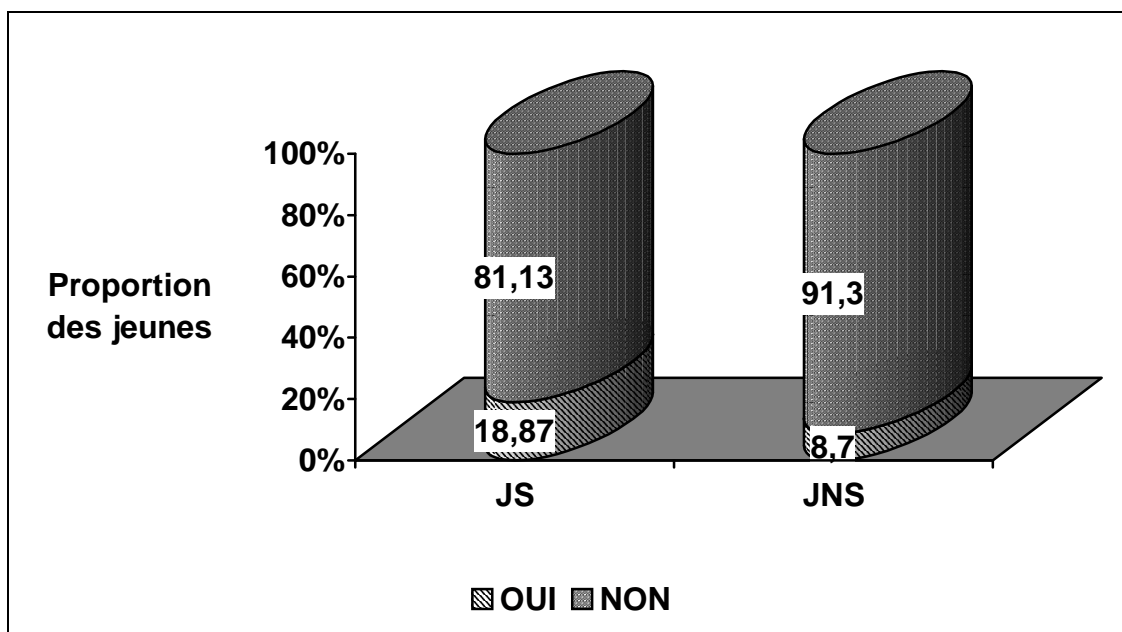


Figure 37 : Statut des JS ou des JNS selon l'existence de coercition dans le couple

Un peu moins de deux JS sur dix et presque un JNS sur dix déclaraient une existence de coercition dans leur couple.

►Les liaisons entre les différents portraits du problème et l'existence de coercition dans le couple n'étaient significatives sauf pour le nombre de PSONP au cours des 12 derniers mois ($P = 0,015\sim$) (cf. Tableau LIII), et l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale ($P = 0,006\sim$) (cf. Tableau LIV).

► **Tableau 53 :** Liaison entre le nombre de PSO au cours des 12 derniers mois et l'existence de coercition dans le couple

	Nombre de PSO au cours des 12 derniers mois	
	PSONP	
	Ensemble n = 53	
	1	>1
Existence de coercition dans le couple		
Oui	7	0
Non	23	23

Autant de jeunes n'ayant eu qu'un PSONP que ceux qui en avaient eu plus d'un PSONP déclaraient n'avoir pas eu une contrainte sexuelle dans leur couple. (P = 0,015~)

► **Tableau 54 :** Liaison entre l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois et l'existence de coercition dans le couple

	Antécédents d'écoulement et/ou ulcération génitale au cours des 12 derniers mois	
	JNS	
	n = 67	
	Oui	Non
Existence de coercition dans le couple		
Oui	6	0
Non	24	37

Le tableau 54 éclaire qu'une proportion élevée de JNS n'avait pas un antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois et ne subissait pas de coercition dans leur couple. ($P = 0,006 \sim$)

a.8.3- Les types de coercition dans le couple :

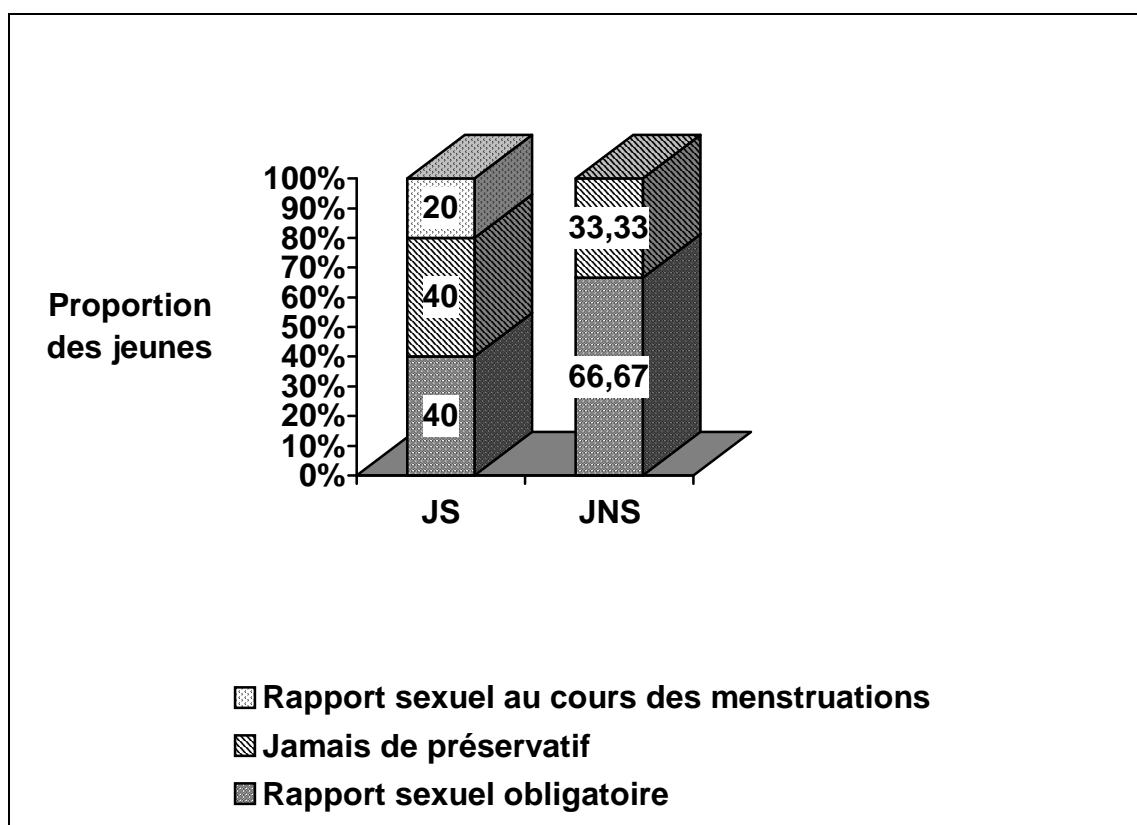


Figure 38 : Statut des JS ou des JNS selon les types de coercition dans le couple

Quatre JS sur dix étaient obligés de faire des rapports sexuels ou de ne jamais utiliser de préservatif dans leur couple, tandis que deux JS sur dix étaient obligés d'en faire au cours des règles.

2/3 des JNS avaient une contrainte de faire des rapports sexuels dans leur couple. 1/3 avaient une contrainte de ne jamais utiliser de préservatif.

►Aucune liaison n'était significative entre les types de coercition dans le couple et l'existence de relation avec les époux, les autres PSR et les PSONP au cours des 12 derniers mois.

►**Tableau 55 :** Liaison entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les types de coercition dans le couple.

	Existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois	
	PSP	
	Ensemble n = 16	
	Oui	Non
Types de coercition dans le couple		
Rapport sexuel obligatoire	0	8
Jamais de préservatif	0	6
Rapport sexuel au cours des règles	2	0

Seule la liaison entre l'existence de relation avec les PSP et les types de coercition dans le couple était significative.

(P = 0,000~)

Le tableau 55 montre que des proportions élevées de jeunes n'avaient pas eu de relations avec les PSP au cours des 12 derniers mois et étaient obligés de faire du rapport sexuel ou de ne jamais utiliser de préservatif dans leur couple régulier. Toutefois, parmi ceux qui avaient fait de rapport sexuel avec les PSP, ceux qui étaient obligés de le faire avec leur partenaire régulier au cours des règles dominaient.

► **Tableau 56 : Liaison entre le nombre de PSO au cours des 12 derniers mois et les types de coercition dans le couple.**

	Nombre de PSO au cours des 12 derniers mois	
	PSONP	
	Ensemble n = 7	
	1	>1
Types de coercition dans le couple		
Rapport sexuel obligatoire	3	0
Jamais de préservatif	2	0
Rapport sexuel au cours des règles	0	2

Seule la liaison entre le nombre de PSONP au cours des 12 derniers mois pour l'ensemble des jeunes et les types de coercition dans le couple était significative. ($P = 0,030\sim$)

Sur le tableau 56, une proportion supérieure de jeunes n'avait qu'un PSONP au cours des 12 derniers mois et était obligé de faire de rapport sexuel avec leur couple régulier. Toutefois, presque trois jeunes sur dix (28,57%) avaient plus d'un PSONP et étaient obligés de faire des rapports sexuels au cours des règles.

► Les tests ne concluaient pas à une signification des liaisons entre les types de coercition dans le couple et l'utilisation de préservatif avec les différents partenaires, l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale.

a.8.4- Les différences d'âge avec les derniers PSR et PSONP :

► **Tableau 57 : Statut des JS ou des JNS selon les différences d'âge avec le dernier PSR et le dernier PSONP.**

	<i>JS</i>	<i>JNS</i>
	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>
Différence d'âge avec le dernier PSR	(n = 34)	(n = 47)
Aucune	13(38,23)	6(12,77)
Dernier PSR plus âgé	15(44,12)	24(51,06)
Dernier PSR moins âgé	6(17,65)	17(36,17)
 Différence d'âge avec le dernier PSONP	 (n = 16)	 (n = 20)
Aucune	3(18,75)	5(25)
Dernier PSONP plus âgé	9(56,25)	4(20)
Dernier PSONP moins âgé	4(25)	11(55)

Plus de quatre JS sur dix avaient des rapports sexuels avec un PSR plus âgé qu'eux. Venaient ensuite ceux qui n'avaient aucune différence d'âge avec le dernier PSR. Un peu moins de deux JS sur dix avaient des relations avec un PSR moins âgé.

De même, plus de la moitié de ces JS avaient des relations avec un PSONP plus âgé qu'eux. 1/4 en avaient avec un PSONP moins âgé. Le reste entretenait une relation avec un PSONP sans aucune différence d'âge.

Plus de la moitié des JNS avaient des relations avec un PSR plus âgé qu'eux. Plus du 1/3 en avaient avec un PSR moins âgé. Les autres avaient un PSR de même classe d'âge qu'eux.

Cependant, plus de la moitié de ces JNS avaient un PSONP moins âgé. 1/4 en avaient un de même classe d'âge. Et deux JNS sur dix avaient un PSONP plus âgé.

Selon le tableau 58, les seules liaisons significatives étaient celles entre les différences d'âge avec le dernier PSR au cours des 12 derniers mois. ($X^2 = 6,59$; ddl2 ; $P = 0,037 \sim$)

► **Tableau 58 :** Liaison entre l'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et les différences d'âge avec le dernier PSR.

	Existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois	
	PSP	
	Ensemble	
	Oui	Non
Différence d'âge avec le dernier PSR	(n = 80)	
Aucune	2	17
Dernier PSR plus âgé	0	38
Dernier PSR moins âgé	0	23

Une proportion dominante de jeunes avait un dernier PSR plus âgé et n'avait pas de relation sexuelle avec un PSP au cours des 12 derniers mois. ($X^2 = 6,59$; ddl = 2 ; $P = 0,037 \sim$)

Rappelons que :

PSR = Partenaire Sexuel Régulier

PSONP = Partenaire Sexuel Occasionnel Non Prostitué

PSP = Partenaire Sexuel Prostitué

a.8.5- L'existence d'antécédent de violence sexuelle :

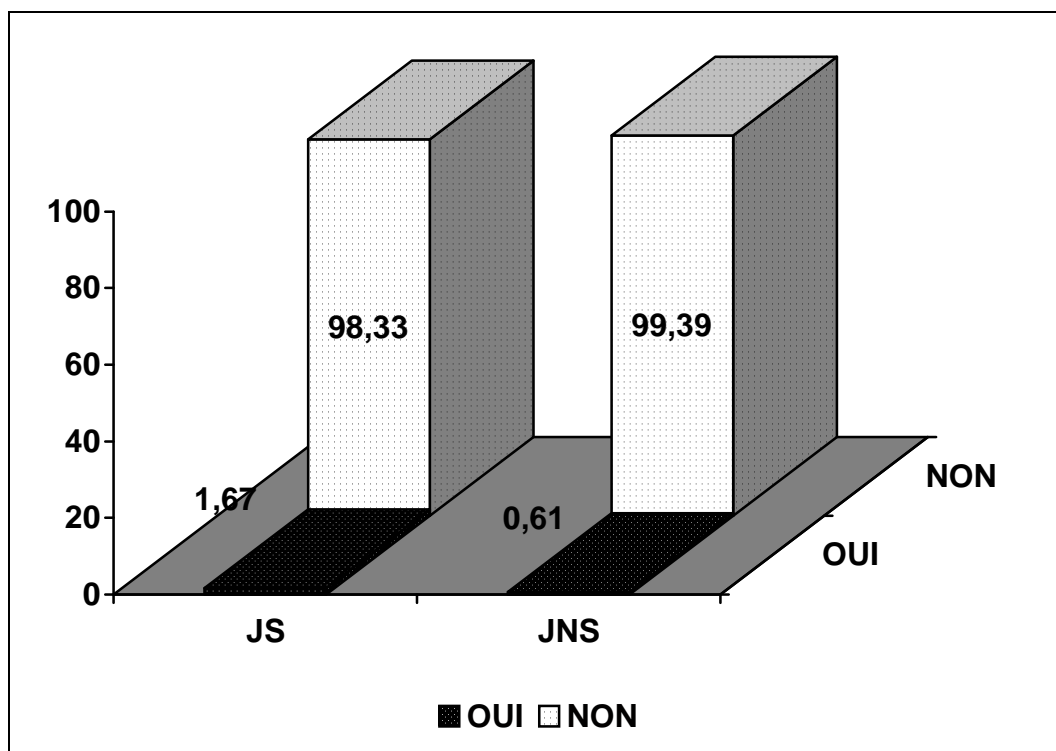


Figure 39 : Statut des JS ou des JNS selon l'existence d'antécédent de violence sexuelle

Presque tous les JS et tous les JNS ne déclaraient pas d'antécédent de violence sexuelle.

►En ce qui concernait cette existence d'antécédent de violence sexuelle, aucune liaison n'était significative avec les portraits du problème identifiés.

Note : Parmi ceux qui déclaraient un antécédent de violence sexuelle, six JS sur dix étaient victimes de leur partenaire sexuel, un JNS d'un inconnu.

☒ CONCLUSION :

Les différents facteurs sociologiques influençaient le problème dans les sens suivants :

❖ Pour l'existence de coercition dans le couple :

➤ Autant de jeunes ayant eu un PSONP, que ceux qui en avaient plus d'un ne vivaient pas de coercition dans leur couple. Notons que parmi ceux qui déclaraient une coercition dans leur couple, ceux qui n'avaient qu'un PSONP dominaient.

➤ Plus les JNS ne vivaient pas de coercition dans leur couple, moins ils avaient de IST.

❖ Pour les types de coercition dans le couple :

➤ Plus ces jeunes avaient une obligation de faire des rapports sexuels dans leur couple, moins ils entretenaient de relation sexuelle avec les PSP. Toutefois, parmi ceux qui avaient des relations avec les PSP, les jeunes obligés de faire des rapports sexuels au cours des règles émergeaient.

➤ Plus ces jeunes étaient obligés de faire des rapports sexuels dans leur couple, moins ils avaient beaucoup de PSONP. Toutefois, parmi ceux qui avaient plus d'un PSONP, les jeunes obligés de faire des rapports sexuels au cours des règles dominaient.

❖ Pour les différences d'âge avec le dernier PSR :

Plus le dernier PSR était plus âgé, moins ces jeunes avaient des relations avec les PSP.

Des différences sont à signaler selon le nombre de partenaires sexuels prémaritaux :

➤ Parmi ceux qui étaient précoces en activité sexuelle, les jeunes n'ayant eu au maximum qu'un partenaire avant le mariage dominaient. Et parmi ceux qui n'étaient pas précoces, les jeunes ayant eu plus d'un partenaire sexuel prémarital émergeaient.

➤ Parmi les JNS ayant eu plus d'un partenaire sexuel avant le mariage, ceux qui entretenaient des relations sexuelles avec les autres PSR dominaient.

➤ Parmi ceux qui avaient eu des relations avec les PSONP au cours des 12 derniers mois, les jeunes ayant eu plus d'un partenaire prémarital émergeaient. Et parmi ceux qui n'avaient pas eu de PSONP, les jeunes n'ayant eu qu'au maximum un partenaire prémarital dominaient.

Ainsi se présentaient les influences des facteurs de risque liés aux jeunes sur les portraits du problème.

Qu'en était-il des influences des facteurs de risque liés aux services ?

III.A.3.1.b- Les facteurs de risque liés aux services :

Dans cette partie, nous avons étudié les facteurs antérieurs aux comportements. Ces facteurs incluent les habiletés personnelles et les ressources nécessaires à l'accomplissement des comportements, c'est-à-dire la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services. Ainsi, nous les avons associés aux «Facteurs Facilitateurs » du modèle d'étude des comportements humains de GREEN.

Deux services étaient étudiés :

- La vente des préservatifs.
- La prise en charge des IST

b.1- La disponibilité des ressources :

Trois paramètres seront décrits :

- Les structures existantes,
- Les matériels disponibles par structures,
- Les ressources humaines compétentes disponibles.

b.1.1- Les structures :

❖ Trois structures distinctes étaient disponibles pour la vente des préservatifs :

- Les établissements de santé à statut CSB2 (FLM Ebenezero, Dispensaire ABC Sabotsy Namehana), le CHD1 Anosy Avaratra et les cabinets médicaux gérés par des médecins privés.
- Toutes les pharmacies ou les dépôts de médicaments dans les quatre arrondissements.
- Tous les magasins grossistes et détaillants.

❖ Pour la prise en charge des IST classiques :

- Tous les prestataires de soins dans les centres de santé privés ou publics prenaient en charge les IST curables. Le CHD1 Anosy Avaratra recevaient les cas référés par ces centres de santé. En général, cette prestation n'était pas à part mais inclus dans les consultations externes ou les SMI ou la PF ou la maternité.
- Les pharmacies ou les dépôts de médicaments offraient aussi des services en matière de prise en charge des IST classiques.
- Il en était de même pour les magasins grossistes et détaillants.

b.1.2- Les matériels et médicaments :

❖ Pour la distribution des préservatifs :

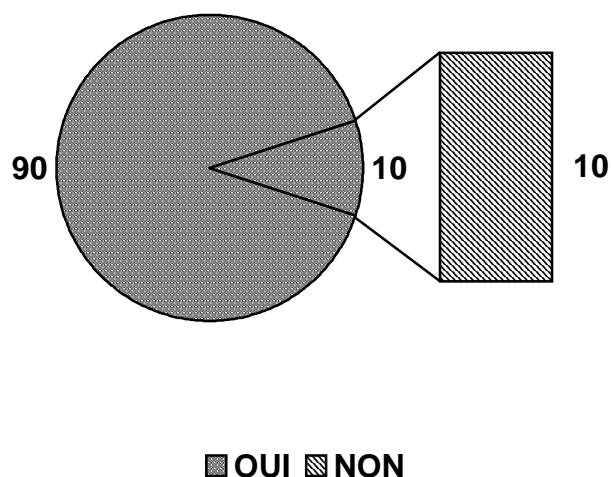


Figure 40 : Statut des prestataires de soins selon la disponibilité de stock de préservatifs

Selon la figure 40, neuf prestataires de soins sur dix disposaient d'un stock de préservatifs. L'état de ce stock a été vérifié. L'effectivité de la disponibilité de ces préservatifs chez ces soignants a été vérifiée. En moyenne, 35,222 unités de préservatifs ont été disponibles pour les neuf soignants. Le nombre de ces préservatifs variaient de cinq à 82 unités. Ces différences étaient statistiquement significatives (Test statistique de Student = 3,986 ; ddl8 ; $P = 0,004\sim$). Ni le sexe, ni la catégorie professionnelle des prestataires n'avait de liaison significative avec la disponibilité ou l'état de stock des préservatifs.

Par ailleurs, les pharmacies, les dépôts de médicaments, les magasins grossistes et détaillants disposaient tous de préservatifs. Toutefois, l'état de leur stock n'était pas disponible au moment de notre passage dans ces structures.

❖ Pour la prise en charge des IST classiques :

- Tous les prestataires de soins disposaient d'une table d'examen et de gants. Sept sur dix avaient au moins un spéculum. Six sur dix avaient une lampe d'examen. Enfin, neuf prestataires sur dix disposaient de seringues. Parallèlement aux prestations de soins dans ces centres de santé, la disponibilité des médicaments a sa place dans la prise en charge des IST. 20% des prestataires de soins déclaraient avoir des problèmes d'approvisionnement de médicaments. Les causes évoquées étaient les ruptures de stock et l'inexistence de probénécide.

- La vente des médicaments essentiels des IST classiques dans les pharmacies ou les dépôts de médicaments avait aussi sa place dans la prise en charge des IST. Ces médicaments étaient disponibles dans ces locaux, pour ceux qui apportaient des ordonnances, pour ceux qui faisaient de l'automédication et pour ceux qui demandaient l'avis de ces officines et dépositaires de médicaments.

- Enfin, des vendeurs de marchandises générales offraient aussi des antibiotiques (surtout la tétracycline) avec lesquels les patients partisans de l'automédication traitaient leurs IST à l'aveuglette.

b.1.3- Les ressources humaines qualifiées :

❖ Des personnels des différentes structures étaient disponibles pour la distribution / vente des préservatifs. (Médecins, sage femme, infirmiers, dépositaires de médicaments, grossistes, épiciers). La qualité des services offerts par ces personnels a été observée préalablement.

- En général, les centres de santé (sauf ceux dont la religion était contre) distribuaient des préservatifs surtout pour les consultants sous forme de vente, rarement accompagnée d'éducation.

- Toutes les pharmacies ou les dépôts de médicaments vendaient aussi ces préservatifs comme de simples produits sans aucun conseil aux utilisateurs qui étaient déjà très rares.

- Il en était de même pour les magasins. Les détaillants s'approvisionnaient chez les grossistes. Ces détaillants ravitaillaient les usagers en général. Aucun conseil n'était livré aux acheteurs.

❖ Pour la prise en charge des IST classiques :

12 médecins et trois sage-femmes privés étaient recensés et disponibles dans la commune rurale de Sabotsy Namehana. Dans le CHD1, huit médecins, une sage-femme et des personnels d'appui (administratifs ou techniques) étaient disponibles.

Les pharmacies ou les dépôts de médicaments offraient aussi des services en matière de prise en charge des IST classiques. Il en était de même pour les magasins grossistes et détaillants.

Néanmoins, il a été décidé de tenir compte de la compétence des prestataires de soins. L'étude consistait en une "Evaluation de la qualité de la prise en charge des IST dans les établissements de santé à Madagascar". Il s'agissait de mesurer les indicateurs de prévention 6 et 7.

Note :

Les scores étaient obtenus de la façon suivante :

Nombre de personnes venues consulter avec une IST dans les établissements de santé, évaluées et soignées de la façon appropriée (Selon les normes nationales)

Score IP6 = _____
Nombre de personnes venues consulter avec une IST dans les établissements de santé

Ce score IP6 était évalué pour la prise en charge de trois syndromes :

- l'écoulement urétral chez l'homme,
- les pertes vaginales chez la femme,
- l'ulcération génitale chez l'homme et la femme.

Le score était bon si le soignant satisfaisait aux normes concernant:

- la prise d'anamnèse,
- l'examen physique,
- le diagnostic,
- le traitement.

Nombre de personnes venues consulter pour une IST dans les établissements de santé, ayant reçu des conseils de base sur les préservatifs et la notification aux partenaires (Selon les normes nationales)

Score IP7 =

Nombre de personnes venues consulter pour une IST dans les établissements de santé

Ce score IP7 était évalué pour toutes personnes venant consulter pour IST, même si elles pouvaient ne pas être malades lors de la consultation.

Le score était bon si le soignant donnait des conseils sur :

- l'usage des préservatifs,
- la notification des partenaires.

La première étape de l'étude consistait à une observation du personnel soignant (médecin, sage femme) au cours de leur contact avec les patients se plaignant d'une IST ou de symptômes de IST.

La deuxième étape était l'entretien avec ce soignant.

✓ **Observation :**

24 observations étaient menées.

→ **Interrogatoire des patients :**

Tous les prestataires posaient des questions à leur patient.

Trois questions devaient être posées par ces soignants :

- Les symptômes actuels,
- Le début ou la durée des symptômes,
- La recherche des relations sexuelles récentes.

► **Tableau 59 : Score pour les différents éléments de l'anamnèse à l'observation des prestataires de soins IST.**

	Éléments de l'interrogatoire des patients		
	n(%)		
	Symptômes actuels	Début ou durée des symptômes	Recherche de rapports sexuels récents
Score			
Total positif	24(100)	22(91,7)	14(58,3)
Total négatif	0(0)	2(8,3)	10(41,7)
Total des cas	24(100)	24(100)	24(100)

Les différences rencontrées dans le tableau 59 étaient statistiquement significatives. ($P = 0,000\sim$)

La plus faible cotation positive était la recherche de relations sexuelles récentes (58,3%). Aucune liaison n'était significative avec le sexe du patient, l'âge du patient, le motif de consultation, la catégorie professionnelle et le sexe du soignant.

→ **Examen physique :**

Huit éléments étaient observés :

- La visibilité des parties génitales (PGV),
- L'utilisation des gants (UG),
- La recherche d'écoulement (RE),
- La rétraction du prépuce (RP),

- L'écartement des lèvres (EL),
- L'examen au spéculum (ES),
- La suffisance de lumière (LS),
- L'examen bimanuel (EB).

► **Tableau 60 : Score pour les différents éléments de l'examen physique à l'observation des prestataires de soins IST.**

	Éléments de l'examen physique							
	PGV	UG	RE	PR	EL	ES	LS	EB
Score								
Total positif	14 (58,3)	12 (50)	14 (58,3)	2 (28,6)	7 (41,2)	4 (23,5)	2 (11,8)	8 (47,1)
Total négatif	10 (41,7)	12 (50)	10 (41,7)	5 (71,4)	10 (58,8)	13 (76,5)	15 (88,2)	9 (52,9)
Total des cas	24	24	24	7	17	17	17	17

Les différences rencontrées dans le tableau 60 étaient statistiquement significatives. ($X^2 = 15,22$; ddl = 7 ; $P = 0,033$ ~)

La cotation positive la plus faible était pour l'utilisation de lumière suffisante. Venait ensuite l'examen au spéculum puis la rétraction du prépuce et l'écartement des lèvres. L'examen bimanuel tenait la cinquième place. Seule la moitié des cas observés était sujette à l'utilisation de gants. Enfin, presque six patients sur dix étaient sujets à la recherche d'écoulement ou avaient les parties génitales visibles au cours de l'examen.

Ni le sexe du patient, ni l'âge du patient, ni le motif de consultation, ni le sexe ou la catégorie professionnelle des soignants n'avaient d'influence statistiquement significative avec ces différentes étapes de l'examen physique d'un patient consultant pour une IST.

→ Examen paraclinique :

L'examen de laboratoire n'était plus très demandé par ces prestataires de soins IST. Seuls deux cas sur les 24 (8,3%) étaient soumis à ces examens paracliniques. Des sérologies de la syphilis ont été demandées pour les deux cas.

Les tests ne concluaient pas à des liaisons significatives avec le sexe du patient, l'âge du patient, le motif de consultation, le sexe ou la catégorie professionnelle des prestataires de soins.

→ **Diagnostic :**

► **Tableau 61 :** Score pour les différents types de diagnostic à l'observation des prestataires de soins IST.

	Fréquence	%
Diagnostic		
Etiologique	8	33,3
Syndromique	16	66,7
Total des cas	24	100

Les différences entre ces proportions étaient significatives. ($\chi^2 = 5,33$; ddl = 1 ; $P = 0,021$ ~)

Ainsi, l'approche syndromique dominait l'approche étiologique. Ni le sexe du patient, ni l'âge du patient, ni le motif de consultation, ni le sexe du soignant, ni la profession du soignant n'avaient d'influence statistiquement significative avec le type de diagnostic.

Parmi les diagnostics étiologiques établis, il y avait :

- un cas de chancre mou,
- cinq gonorrhées,
- deux syphilis.

En ce qui concernait les approches syndromiques, on notait :

- un cas de candidose,
- deux cervicites,
- trois écoulements urétraux,

- trois infections pelviennes,
- quatre ulcérations génitales,
- trois vaginites.

→ **Traitement :**

Pour le traitement, il a été décidé de ne considérer que la notion de traitement correct. C'est-à-dire, quand tous les médicaments préconisés par les différents protocoles (Voir Annexe) ont été prescrits tout en respectant la quantité, la posologie, la durée des prises. Ceci permet d'éviter de négliger l'existence d'antagonisme entre les médicaments indiqués par le soignant.

► **Tableau 62 : Scores pour le traitement selon les différents types de diagnostic à l'observation des prestataires de soins IST.**

	Traitement étiologique n(%)	Traitement symptomatique n(%)	Total des cas n(%)
Evaluation du traitement			
Traitement correct	2(25)	9(56,25)	11(45,8)
Traitement incorrect	6(75)	7(43,75)	13(54,2)
Total	8(100)	16(100)	24(100)

Aucune différence n'était significative entre les traitements étiologiques et les traitements symptomatiques.

Toutefois, seul 1/4 des cas, soumis à un diagnostic étiologique, donc de traitement étiologique, étaient correctement pris en charge. Par ailleurs, moins de six traitements symptomatiques sur dix étaient corrects.

Au total, plus de quatre cas sur dix seulement étaient correctement traités.

Tout cela n'était en liaison significative ni avec le sexe du patient, ni avec l'âge du patient, ni avec le motif de consultation, ni avec le sexe du prestataire de soin, ni avec la profession du soignant.

Toutefois, il est intéressant de savoir la répartition des diagnostics établis selon que les patients ont été traités correctement ou non.

► **Tableau 63 : Scores pour le traitement selon les diagnostics établis à l'observation des prestataires de soins IST.**

	Traitement correct n(%)	Traitement incorrect n(%)	Total des cas
Diagnostic étiologique			
Gonorrhée	1(20)	4(80)	5
Syphilis	1(50)	1(50)	2
Chancre mou	0(0)	1(100)	1
Ensemble	2(25)	6(75)	8
Diagnostic syndromique			
Candidose	1(100)	0(0)	1
Cervicite	2(100)	0(0)	2
Ecoulement urétral	3(100)	0(0)	3
Ulcération génitale	3(75)	1(25)	4
Infection pelvienne	0(0)	3(100)	3
Vaginite	0(0)	3(100)	3
Ensemble	9(56,25)	7(43,75)	16

En ce qui concerne les diagnostics étiologiques, la plus faible cotation de traitement correct était retrouvée pour le chancre mou, puis la gonorrhée. Cependant, la cotation pour la syphilis n'atteignait que 50%.

Quant aux diagnostics syndromiques, aucune infection pelvienne et aucune vaginite n'ont été traitées correctement. Par ailleurs, la cotation pour le traitement correcte des ulcérations génitales s'élevait à 75%. Enfin, tous les cas de candidoses ou de cervicites étaient traités correctement.

Notons que les liaisons avec le sexe du patient, l'âge du patient, le motif de consultation, le sexe ou la profession du soignant n'étaient pas statistiquement significatives.

Qu'en était-il pour les conseils ?

→ **Conseil :**

► **Tableau 64 :** Score pour les différents éléments du conseil à l'observation des prestataires de soins IST.

	Score		
	Total positif	Total négatif	Total des cas
Conseils			
Nécessité de suivre le traitement jusqu'au bout	22(91,7)	2(8,3)	24
Risque d'attraper le SIDA	13(54,2)	11(45,8)	24
Intérêt des préservatifs	12(50)	12(50)	24
Distribution ou vente de préservatif	7(29,2)	17(70,8)	24
Démonstration et indication de l'utilisation de préservatif	0(0)	24(100)	24
Notification des partenaires sexuels	18(75)	6(25)	24
Traitement des partenaires sexuels	1(16,7)	5(83,3)	6

Pour le calcul de l'IP7, la plus faible cotation positive était pour l'éclaircissement de l'intérêt des préservatifs. La cotation pour la notification des partenaires sexuels atteignait 75%.

Par ailleurs, celle pour les conseils sur le risque d'attraper le SIDA dépassait 90%. Seuls, trois prestataires sur dix distribuaient ou vendaient des préservatifs à leurs patients. Aucun ne faisait de démonstration quant à l'utilisation de ces préservatifs. Relevons que ces différences étaient statistiquement significatives. ($P = 0,000\sim$).

Notons que, parmi les cas dont les partenaires sexuels n'ont pas été notifiés, 16,70% ont eu à ramener un traitement indiqué par le prestataire pour leurs partenaires. Aucun de ces paramètres n'avait de liaison significative avec le sexe du patient, l'âge du patient, le motif de consultation, le sexe ou la catégorie professionnelle du prestataire.

→ **Conclusion de l'observation :**

- **Calcul de l'IP6 à l'observation :**

► **Tableau 65 : Scores IP6 à l'observation des prestataires de soins IST.**

	Score IP6 à l'observation
Éléments	
Anamnèse	54,2(13/24)
Examen physique	25(6/24)
Traitement	45,8(11/24)
Total	16,7(4/24)

La cotation finale de l'IP6 était de 4 sur 24 patients (16,7%). Ainsi, 83,3% des cas de IST étaient mal évalués et mal soignés. Aucune différence n'était significative ni avec le sexe du patient, ni avec l'âge du patient, ni avec le motif de consultation, ni avec les catégories de profession de soignants, ni avec les deux sexes des prestataires de soins.

- **Calcul de l'IP7 à l'observation :**

► **Tableau 66: Scores IP7 à l'observation des prestataires de soins IST.**

	Score IP7 à l'observation
Éléments	
Intérêt des préservatifs	50(12/24)
Notification des partenaires	75(18/24)
Total	41,7(10/24)

La cotation finale de l'IP7 était de 10 sur 24 patients (41,7%). De ce fait, plus de la moitié des cas (58,3%) étaient mal conseillée. Ce score faible résultait de celui obtenu avec les conseils de base sur les préservatifs(50%).

Aucune liaison n'était significative avec le sexe du patient, l'âge du patient, le motif de consultation, le sexe ou la profession du soignant.

Qu'en était-il des scores IP6 et IP7 à l'entretien ?

✓ **Entretien :**

10 entretiens étaient réalisés. Notons que tous ces prestataires faisaient l'objet d'observation.

→ **Interrogatoire des patients :**

Tous les prestataires posaient toujours des questions à leurs patients consultant pour IST.

► **Tableau 67 : Distribution des connaissances des prestataires de soins IST sur les éléments de l'anamnèse.**

	Score		
	Total positif	Total négatif	Total des cas
Connaissances des éléments de l'interrogatoire			
Symptômes actuels	10(100)	0(0)	10
Début/Durée des symptômes	8(80)	2(20)	10
Recherche de relations sexuelles récentes	7(70)	3(30)	10

La plus faible cotation positive était la recherche de relations sexuelles récentes.

Notons que la liaison entre la recherche du début ou de la durée des symptômes et la catégorie professionnelle des prestataires de soins (voir Tableau 68) était statistiquement significative. ($P = 0,022\sim$)

► **Tableau 68 : Liaison entre la connaissance ou non de la recherche du début ou de la durée des symptômes et les catégories professionnelles des prestataires de soins.**

	Connaissance de la recherche du début/durée des symptômes	
	Oui	Non
Profession des prestataires de soins		
Médecin	8(80)	0(0)
Sage femme	0(0)	2(20)

Plus de médecins que de sages-femmes savaient qu'il faut rechercher le début ou la durée des symptômes. Aussi, parmi ceux qui ne savaient pas cela, on rencontrait surtout des sage-femmes.

→ **Examen physique :**

Tous les prestataires avaient déjà consulté des patients de sexe masculin et des patients de sexe féminin.

► **Tableau 69 : Distribution des connaissances des prestataires de soins IST sur les éléments de l'examen physique.**

	Score		
	Total positif	Total négatif	Total des cas
Connaissances des éléments de l'examen physique			
Parties génitales de l'homme visibles	7(70)	3(30)	10
Recherche d'écoulement urétral	8(80)	2(20)	10
Prépuce rétracté	7(70)	3(30)	10
Examen physique complet d'un homme	6(60)	4(40)	10
Parties génitales de la femme visibles	9(90)	1(10)	10
Ecartement des lèvres	8(80)	2(20)	10
Recherche des pertes vaginales	8(80)	2(20)	10
Examen au spéculum	4(40)	6(60)	10
Examen bimanuel	6(60)	4(40)	10
Examen physique complet d'une femme	4(40)	6(60)	10

La plus faible cotation positive était pour l'examen au spéculum. Venait ensuite celle de l'examen bimanuel, puis la visibilité des parties génitales de la femme.

Trois prestataires sur dix n'évoquaient pas qu'il faut que les parties génitales de l'homme soient visibles ou qu'il faut rétracter son prépuce. Deux prestataires sur dix n'évoquaient pas la recherche des écoulements urétraux ou l'écartement des lèvres.

Notons aussi qu'ici, la liaison entre la recherche d'écoulement urétral et la catégorie professionnelle des prestataires de soins (voir Tableau 70) était statistiquement significative. ($P = 0,022\sim$)

► **Tableau 70 : Liaison entre la connaissance ou non de la recherche d'écoulement urétral et les catégories professionnelles des prestataires de soins.**

	Connaissance de la recherche d'écoulement urétral	
	Oui	Non
Profession des prestataires de soins		
Médecin	8(80)	0(0)
Sage femme	0(0)	2(20)

Plus de médecins que de sages-femmes savaient qu'il faut rechercher les écoulements urétraux. Aussi, parmi ceux qui ne savaient pas cela, on rencontrait surtout des sages-femmes.

→ Diagnostic :

► **Tableau 71 : Distribution des connaissances des prestataires de soins IST sur les différents types de diagnostic.**

	Fréquence	%
Diagnostic		
Etiologique	1	10
Symptomatique	3	30
Etiologique et symptomatique	6	60
Total	10	100

Six prestataires sur dix évoquaient qu'ils fondaient leur diagnostic à la fois sur les étiologies et les symptômes. Venaient ensuite ceux qui se basaient sur les symptômes. Les diagnostics étiologiques arrivaient en dernier lieu.

Ni le sexe, ni la profession des prestataires n'avaient de liaison statistiquement significative avec les bases de diagnostic.

→ Traitement :

- Traitement étiologique :

► **Tableau 72 : Répartition des connaissances des prestataires de soins IST sur le traitement selon le diagnostic établi de façon étiologique.**

	n (%)
Connaissance du traitement d'une gonococcie	
Correcte	4(40)
Incorrecte	6(60)

(*) Suite Tableau 72

	n
	(%)
Connaissance du traitement d'une	
uretrite non-gonococcique	
Correcte	9(90)
Incorrecte	1(10)
Connaissance du traitement d'une	
syphilis	
Correcte	6(60)
Incorrecte	4(40)
Connaissance du traitement d'un	
chancre mou	
Correcte	6(60)
Incorrecte	4(40)
Traitement étiologique correct	2(20)

Deux prestataires sur dix seulement savaient à la fois les protocoles de traitement d'une gonococcie, d'une urétrite non gonococcique, d'une syphilis et d'un chancre mou.

La plus faible cotation était retrouvée pour la connaissance du traitement d'une gonococcie. Venait ensuite celle d'une syphilis ou d'un chancre mou. Le traitement le plus connu était celui d'une urétrite non-gonococcique.

Pour ces paramètres, aucune liaison n'était significative avec le sexe ou la profession des prestataires.

► **Tableau 73 : Distribution des connaissances des prestataires de soins IST sur le traitement selon le diagnostic établi à partir des symptômes**

	n
	(%)
Connaissance du traitement d'un écoulement urétral	
Correcte	3(30)
Incorrecte	7(70)
Connaissance du traitement d'une ulcération génitale chez un homme	
Correcte	2(20)
Incorrecte	8(80)
Connaissance du traitement d'une ulcération génitale chez la femme	
Correcte	3(30)
Incorrecte	7(70)
Traitement symptomatique correct	2(20)

Pour les traitements symptomatiques, deux prestataires sur dix seulement savaient à la fois les protocoles de traitement d'un écoulement urétral, d'une ulcération génitale chez l'homme puis chez la femme.

La plus faible cotation était retrouvée pour la connaissance du traitement d'une ulcération génitale chez un homme.

Pour ces paramètres, aucune liaison n'était significative avec le sexe ou la profession des prestataires.

→ **Conseils :**

Tous les prestataires évoquaient qu'il faut donner des conseils aux patients.

► **Tableau 74 : Distribution des connaissances des prestataires de soins IST sur les éléments de conseils.**

	Score		
	Total positif	Total négatif	Total des cas
Connaissance des éléments de conseil			
Terminer jusqu'au bout le traitement	10(100)	0(0)	10
Intérêt des préservatifs dans la prévention	8(80)	2(20)	10
Notification et traitement des partenaires	9(90)	1(10)	10

Les scores au cours de l'entretien sur la nécessité de terminer jusqu'au bout le traitement, l'intérêt des préservatifs et la notification des partenaires sexuels étaient tous élevés.

→ **Conclusion de l'entretien :**- **Calcul de l'IP6 à l'entretien :**

► **Tableau 75 : Scores IP6 à l'entretien avec les prestataires de soins IST.**

	Score IP6 à l'entretien
Éléments	
Anamnèse	70(7/10)
Examen physique	40(4/10)
Traitement	10(1/10)
Total	0(0/10)

La cotation finale de l'IP6 à l'entretien était nulle. C'était toujours le score pour le traitement qui faisaient baisser l'IP6 final. Aucune différence n'était significative ni entre les catégories de profession, ni entre les deux sexes de ces prestataires de soins.

- Calcul de l'IP7 à l'observation :

► **Tableau 76 : Scores IP7 à l'entretien avec les prestataires de soins IST.**

Score IP7 à l'entretien	
Éléments	
Intérêt des préservatifs	80(8/10)
Notification des partenaires	90(9/10)
Total	70(7/10)

La cotation finale de l'IP7 à l'entretien était de 7 sur 10. Pour cet IP7 final, aucune liaison n'était significative avec le sexe ou la profession des prestataires.

Note :

Une comparaison des scores obtenus à l'observation et à l'entretien est opportune.

► **Tableau 77 : Comparaison des scores obtenus à l'observation et à l'entretien avec les prestataires de soins IST.**

	Score			
	Observation		Entretien	
Anamnèse	54,2	(13/24)	70	(7/10)
Examen physique	25	(6/24)	40	(4/10)
Traitement	45,8	(11/24)	10	(1/10)
IP6 final	16,7	(4/24)	0	(0/10)
Intérêt des préservatifs	50	(12/24)	80	(8/10)
Notification des partenaires	75	(18/24)	90	(9/10)
IP7 final	41,7	(10/24)	70	(7/10)

En général, tous les scores obtenus à l'entretien étaient supérieurs à ceux de l'observation. Le cas du traitement infirmait ceci. Le score obtenu à l'entretien était inférieur à celui de l'observation. D'où la baisse de l'IP6 final à l'entretien.

b.2- L'accessibilité aux services :

b.2.1- Accessibilité géographique :

La figure suivante représente cette accessibilité aux préservatifs selon les jeunes de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana.

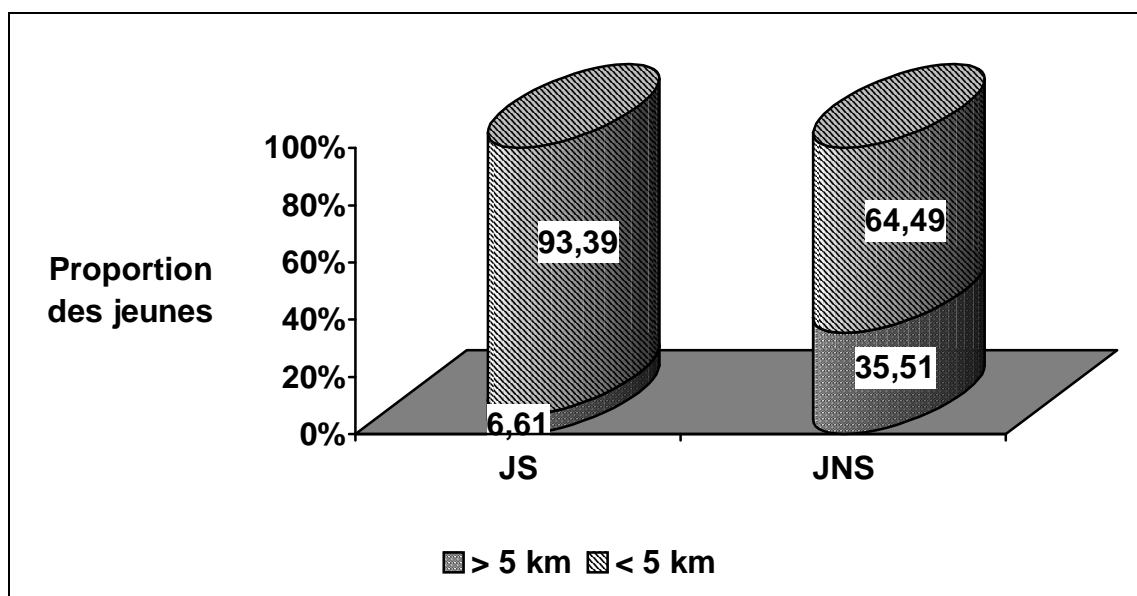


Figure 41 : Statut des JS ou des JNS selon leur éloignement par rapport aux vendeurs de préservatifs

Les différences entre les JS et les JNS selon leur éloignement par rapport aux vendeurs de préservatifs étaient significatives. ($\chi^2 = 51,80$; ddl = 1 ; $P = 0,000\sim$)

Une proportion élevée de JS était à moins de 5 km des sources de préservatifs. Pourtant, il y avait plus de 1/3 des JNS qui étaient éloignés (à plus de 5km) des sources de préservatifs.

Toutefois, les tests ne concluaient pas à des liaisons significatives entre l'utilisation de préservatif avec les différents partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et l'éloignement des sources de préservatif.

La figure ci-après représente cette accessibilité aux centres de santé selon les jeunes de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana.

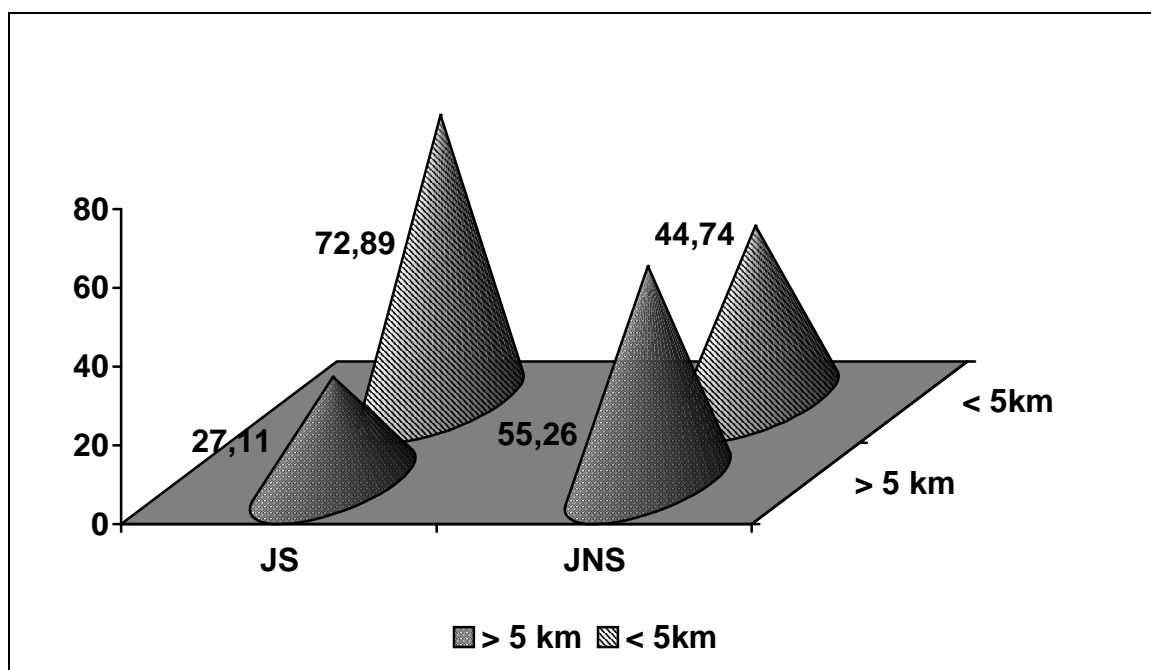


Figure 42 : Répartition des JS ou des JNS selon leur éloignement géographique par rapport aux centres de santé.

Les différences entre les JS et les JNS selon leur éloignement par rapport aux centres de santé étaient significatives. ($X^2 = 32,49$; ddl = 1 ; $P = 0,000\sim$)

Une proportion élevée de JS était à moins de 5 km des centres de santé. Pourtant, il y avait plus de la 1/2 des JNS qui était éloigné (à plus de 5km) des centres de santé.

Toutefois, les tests ne concluaient pas à des liaisons significatives entre le recours chez un médecin ou le délai de recours chez un médecin et l'éloignement des centres de santé.

b.2.2- Accessibilité temporelle :

Au cours de notre observation, très peu de jeunes rejoignait ces sources de préservatif aux heures de pointe des usagers. Nous avons remarqué qu'ils n'y venaient qu'aux heures où très peu de gens fréquentaient les centres de santé, les pharmacies ou dépositaires de médicaments et les magasins.

Toutefois, ces problèmes d'accessibilité temporelle aux préservatifs n'étaient pas soulevés par les jeunes dans les motifs de non-utilisation de préservatif.

Le même phénomène se présentait pour la prise en charge des IST.

b.2.3- Accessibilité financière :

Au cours des enquêtes individuelles, tous les jeunes, qu'ils étaient scolarisés ou non, déclaraient pouvoir s'acheter des préservatifs en cas de besoin.

Aussi, aucun problème financier n'était évoqué quant aux motifs de non-utilisation des préservatifs.

De même, aucun problème d'argent n'était soulevé par ces jeunes pour les motifs d'absence de prise en charge des cas de IST.

b.3- L'utilisation des services :

Ce problème était évoqué auparavant.

Les préservatifs n'étaient pas utilisés par :

- 87,95% des jeunes au premier rapport sexuel,
- 98,52% des jeunes avec le dernier PSR des 12 derniers mois,
- 90,56% avec le dernier PSONP des 12 derniers mois,
- 25% avec le dernier PSP des 12 derniers mois.

Tout ceci formait même un des éléments du problème central.

Par contre, les centres de santé, par l'intermédiaire des médecins quant à la prise en charge des IST, étaient fréquentés à 71,44% pour les JS et à 64,74% pour les JNS. Notons, que plus d'un jeune sur dix (14,28% des JS ou 16,13% des JNS) avaient recours aux dépositaires de médicaments.

☒ CONCLUSION :

❖ Pour la vente de préservatif :

➤ Des structures distribuant des préservatifs existaient dans la plupart des arrondissements. Les préservatifs étaient disponibles sans qu'un état de stock en bonne et due forme ne le soit lors de notre passage. Il en était de même pour les ressources humaines, mais aucun conseil n'était offert par ces personnes au moment des ventes.

➤ Aucune liaison n'existait entre l'accessibilité géographique, temporelle ou financière et les différents portraits du problème. Seulement, ces jeunes faisaient comme s'ils n'avaient pas accès à ses services qu'aux heures creuses.

➤ Quant à la notion d'utilisation de ces préservatifs, elle rejoignait les portraits du problème.

❖ Pour la prise en charge des IST :

➤ ■Des structures prenant en charge les IST existaient dans la plupart des arrondissements.

■Il en était de même pour les matériels, sauf que plus de la moitié des prestataires de soins dans les centres de santé ne possédaient pas de spéculum. Deux sur dix signalaient une rupture de stock de médicaments (surtout le probénécide) au cours des 12 derniers mois. Tous les jeunes désirant se procurer de médicaments et/ou d'avis chez un dépositaire de médicaments ou chez les épiciers pouvaient en obtenir.

■Des ressources humaines pour les différents structures étaient disponibles. Lors de l'évaluation des IP6 et IP7 des prestataires de soins en IST dans les centres de santé, les faits suivants ont été constatés :

- En général, les scores obtenus à l'entretien étaient supérieurs à ceux de l'observation sauf pour le traitement, d'où la baisse de l'IP6 final à l'entretien.

- A propos de la qualité des prestations :

- A l'anamnèse, les symptômes actuels et le début ou la durée de ces symptômes ont été demandés. Les rapports sexuels récents n'ont été recherchés que par un peu plus de la moitié des agents de santé.

- A l'examen physique, la plupart des femmes ont été examinées sans spéculum et les lèvres génitales n'ont été écartées dans plus de la moitié des cas. De même, l'examen bimanuel n'était entrepris dans plus de la moitié des cas. La plupart des hommes n'étaient sujets à une rétraction du prépuce. Plus de la moitié des prestataires tenaient à ce que les parties génitales (masculine et féminine) soient visibles et recherchaient les écoulements ou les ulcérations génitales. Signalons que seule la moitié utilisait des gants à l'examen.

- Les diagnostics étaient basés sur les syndromes dans la plupart des cas.

- En considérant tous les médicaments, le traitement symptomatique était le plus maîtrisé par ces prestataires. Les traitements inadéquats étaient ceux du chancre mou, de l'infection pelvienne, de la vaginite, puis celui de la gonorrhée, de la syphilis et des ulcérations génitales.

- les patients ont été surtout priés de prendre tous les médicaments et d'envoyer leurs partenaires sexuels se faire soigner. L'intérêt des préservatifs n'était expliqué que pour la moitié des cas.

- A propos de l'entretien avec les prestataires de soins IST :

- Au moins une question était posée par ces prestataires à leur patient. La question la moins posée était la recherche de relation sexuelle

récente. Plus ces prestataires n'étaient pas des médecins, moins ils évoquaient la recherche du début ou de la durée des symptômes.

–La plupart des prestataires évoquait un examen physique complet d'un homme ou un examen physique incomplet d'une femme. En général, ces prestataires insistaient sur le fait que les parties génitales devraient être visibles, la recherche d'écoulement urétral, de pertes vaginales ou d'ulcération génitale devrait être faite. Il en était de même pour la rétraction du prépuce, l'écartement des lèvres. Plus de la moitié parlaient de l'examen au spéculum.

Plus ces prestataires n'étaient pas médecin, moins ils savaient qu'il faudrait rechercher les écoulements urétraux.

–Un prestataire sur dix déclarait fonder son diagnostic sur l'étiologie. Six sur dix associaient le diagnostic étiologique et le diagnostic syndromique.

–Deux prestataires sur dix étaient capables de citer correctement et simultanément les traitements étiologiques d'une gonorrhée, d'un uretrite non-gonococcique, d'une syphilis et d'un chancre mou. Aussi, ces deux prestataires pouvaient citer correctement et simultanément les traitements symptomatiques d'un écoulement urétral et des ulcérations génitales chez l'homme ou chez la femme.

–La plupart des prestataires déclaraient dispenser des conseils sur la prise des médicaments, les préservatifs et la notification des partenaires.

➤ Les remarques pour l'accessibilité aux préservatifs s'appliquaient aussi pour l'accessibilité à la prise en charge des IST.

➤ Les prestataires déclaraient que les jeunes fréquentaient les structures appropriées (surtout les médecins et les dépositaires de médicaments). Malgré une certaine honte, la confiance entre ces prestataires et ces jeunes s'établissait progressivement.

III A.3.2- Les facteurs de vulnérabilité :

Ces facteurs étaient définis comme étant les facteurs subséquents aux comportements et qui servent de récompense, d'incitation ou de punition pour un comportement donné. Ainsi, nous les avons associés aux «Facteurs de Renforcement » du modèle d'étude des comportements humains de GREEN.

Quatre groupes de facteurs étaient décrits :

- Les systèmes sociaux d'échange sexuel,
- Les sources d'information,
- Les préférences des jeunes en matière d'éducation.
- Les facteurs politiques,

III A.3.2.a- Les systèmes sociaux d'échange sexuel :

a.1- Les lois ou coutumes régissant la société en matière de sexualité :

❖ Tous les JS évoquaient l'un des dix commandements : "Aza mijangajanga" (Ne commets pas d'adultère)

❖ Les JNS parlaient aussi de cette Loi. Puis, des garçons non scolarisés ayant déjà fait des rapports sexuels soulignaient que chez les catholiques, au début, seuls ceux qui étaient vierges avaient droit au mariage.

Ultérieurement, un grand changement avait été constaté. Les filles qui avaient déjà eu des enfants n'avaient plus droit au voile du mariage.

Un autre disait que les lois existent : seuls les rapports sexuels dans le mariage sont permis.

Pour les garçons n'ayant jamais fait de rapport sexuel, les faits suivants étaient rapportés :

- Les prêtres reniaient la prostitution,
- Les FJKM ont les principes communs à tous les chrétiens : rapport sexuel seulement après le mariage,
- Un pasteur, au cours de séances d'éducation pour les jeunes en matière de sexualité, conseillait à ces jeunes de ne pas faire de rapport sexuel dans leur jeunesse car cela pourrait entraîner une stérilité.
- A ce propos, un dernier évoquait qu'il serait honteux de parler de sexualité à l'église.

Qu'en était-il des réseaux sociaux pour les jeunes de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana ?

a.2- Les réseaux sociaux :

a.2.1- L'appartenance à un groupe de rencontre :

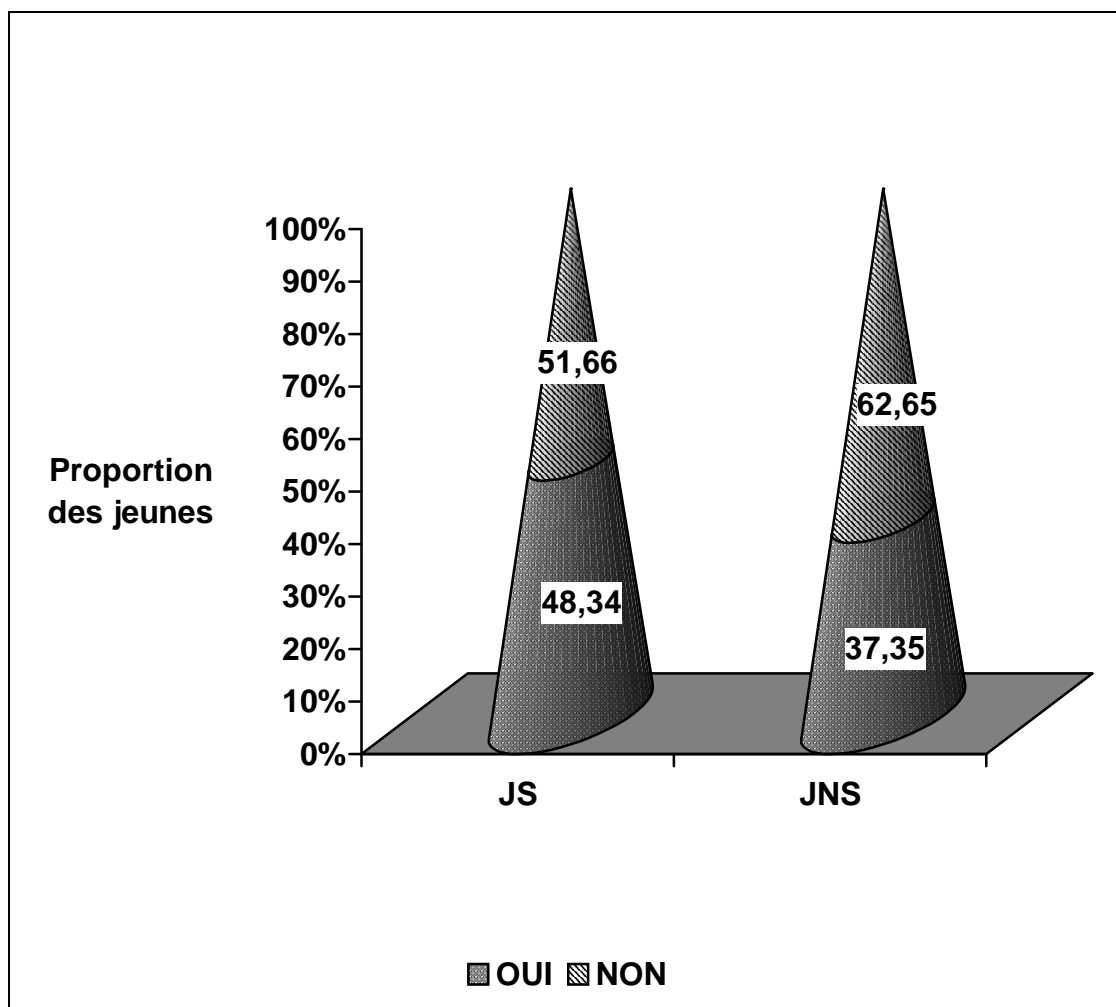


Figure 43: Statut des JS ou des JNS selon leur appartenance à un groupe de rencontre.

Un peu moins de la moitié des JS et plus des 1/3 des JNS déclaraient leur appartenance à des groupes ou des associations où ils se rencontraient régulièrement.

Qu'en était-il des influences de cette appartenance ou non à une association sur le problème ?

Une comparaison s'imposait pour les pratiques au premier rapport, une recherche de liaison pour les 12 derniers mois.

► **Tableau 78 :** Différences entre l'existence et l'absence d'antécédent de rapport sexuel selon l'appartenance à un groupe de rencontre.

	Rapport sexuel			
	JS		JNS	
	Oui	Non	Oui	Non
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Appartenance à un groupe de rencontre				
Oui	49(75,38)	97(40,93)	19(25)	43(47,78)
Non	16(24,62)	140(59,07)	57(75)	47(52,22)
Total	65(100)	237(100)	76(100)	90(100)

Toutes les différences étaient significatives. (P = 0,000~ pour les JS ; P = 0,004~ pour les JNS)

Plus de JS ayant fait des rapports sexuels que ceux qui n'en avaient jamais fait appartenaient à des associations.

Cependant, plus de JNS n'ayant jamais fait de rapport sexuel que ceux qui en avaient déjà fait appartenaient à une association.

Notons que 3/4 des JNS ayant déjà fait des rapports sexuels n'appartenaient pas à ces groupes de rencontre.

► **Tableau 79 : Différences entre les classes d'âge au premier rapport sexuel selon l'appartenance à un groupe de rencontre.**

	Classes d'âge au premier rapport sexuel	
	Ensemble	
	Précoce	Pas précoce
	< ou = 19 ans n(%)	> 19 ans n(%)
Appartenance à un groupe de rencontre		
Oui	51(43,22)	17(73,91)
Non	67(56,78)	6(26,09)
Total	118(100)	23(100)

Les tests concluaient à des significations des différences de classes d'âge au premier rapport sexuel selon l'appartenance ou non à une association. ($P = 0,011\sim$)

Plus de jeunes n'ayant pas été précoces en activité sexuelle que ceux qui l'étaient appartenaient à des associations.

De même, parmi ceux qui étaient précoces, plus de la moitié n'appartenaient pas à un groupe de rencontre.

► **Tableau 80 : Différences entre l'utilisation et la non-utilisation de préservatif au premier rapport sexuel selon l'appartenance à une association.**

	Utilisation de préservatif au premier rapport sexuel	
	Oui	Non
	n(%)	n(%)
Appartenance à un groupe de rencontre		
Oui	17(100)	51(41,13)
Non	0(0)	73(58,87)
Total	17(100)	124(100)

Les différences entre l'utilisation ou non de préservatif au premier rapport sexuel selon l'appartenance à un groupe de rencontre étaient significatives. ($P = 0,000\sim$)

Plus de jeunes ayant utilisé le préservatif au premier rapport sexuel que ceux qui n'en utilisaient pas appartenaient à un groupe de rencontre.

Néanmoins, parmi ceux qui n'en utilisaient pas, plus de la moitié n'appartenaient pas à une association.

► **Tableau 81 : Liaison entre l'existence de rapport sexuel au cours des 12 derniers mois et l'appartenance à un groupe de rencontre.**

	Notion de rapport sexuel au cours des 12 derniers mois			
	JS		JNS	
	OUI	NON	OUI	NON
Appartenance à un groupe de rencontre				
Oui	34	15	13	6
Non	16	0	57	0

Les tests concluaient à une signification des liaisons entre l'existence de rapport sexuel au cours des 12 derniers mois et l'appartenance ou non à une association. ($P = 0,014$ ~pour les JS ; $P = 0,000$ ~ pour les JNS)

Une proportion élevée de JS faisait des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et appartenait à un groupe de rencontre.

Pourtant, une autre proportion dominante de JNS faisait des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et n'appartenait pas à une association.

►**Tableau 82 : Liaison entre l'existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois et l'appartenance à une association.**

	Existence de relation sexuelle avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois			
	PSONP		PSP	
	Ensemble		Ensemble	
	n = 120		n = 34	
	Oui	Non	Oui	Non
Appartenance à un groupe de rencontre				
Oui	43	25	2	15
Non	12	40	10	7

Seules les liaisons entre l'existence de relation avec les PSONP ($P = 0,000$ ~) ou avec les PSP ($P = 0,010$ ~) au cours des 12 derniers mois et l'appartenance ou non à un groupe de rencontre étaient significatives.

Une proportion élevée des jeunes avait des relations avec les PSONP au cours des 12 derniers mois et appartenait à un groupe de rencontre.

Cependant, une autre proportion importante n'avait pas fait de relation avec les PSP au cours des 12 derniers mois et appartenait à une association. Aussi, parmi ceux

qui faisaient des relations sexuelles avec les prostituées, ceux qui n'appartenaient pas à un groupe de rencontre dominaient.

► **Tableau 83 : Liaisons entre le nombre de PSO au cours des 12 derniers mois et l'appartenance à un groupe de rencontre.**

	Nombre de partenaires sexuels occasionnels au cours des 12 derniers mois	
	PSONP	
	Ensemble n = 55	
	1	> 1
Appartenance à un groupe de rencontre		
Oui	14	29
Non	12	0

Seule, la liaison entre le nombre de PSONP au cours des 12 derniers mois et l'appartenance ou non à une association était significative. ($P = 0,000\sim$)

Une proportion élevée des jeunes avait plus d'un PSONP au cours des 12 derniers mois et appartenait à un groupe de rencontre.

Aucune liaison n'était significative entre l'appartenance à une association et l'utilisation de préservatif avec les différents partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois ou l'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale.

a.2.2- Les types d'association où se rencontrent les jeunes :

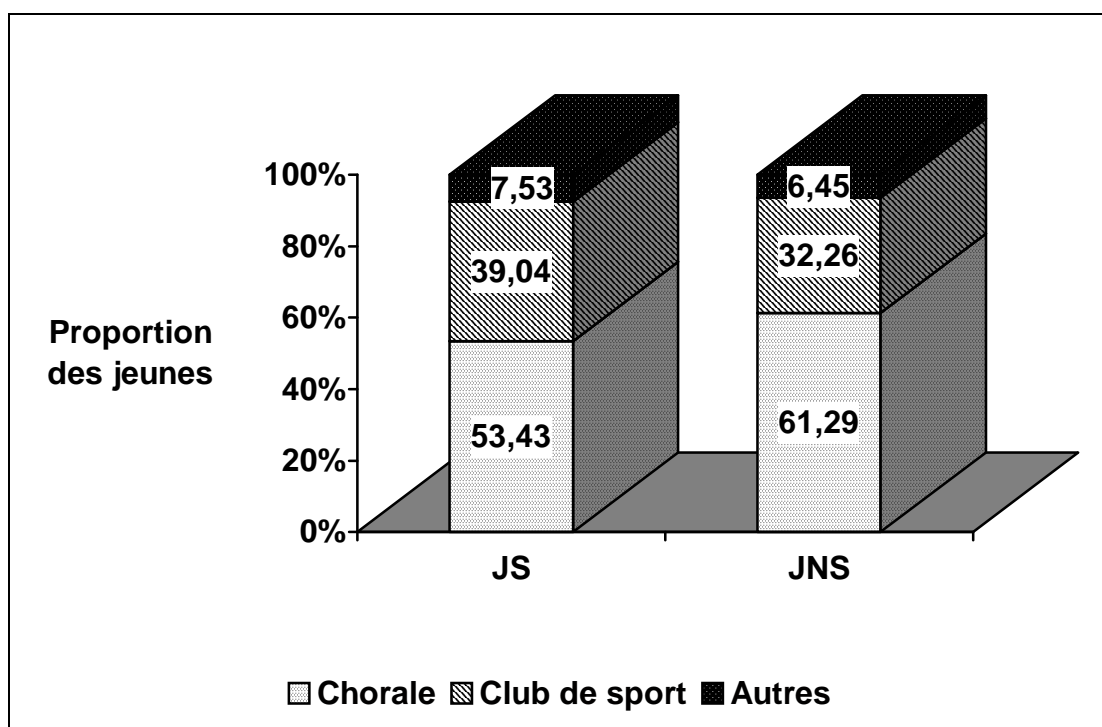


Figure 44 : Statut des JS ou des JNS selon les types de groupes de rencontre

Plus de la moitié des JS et un peu moins des 2/3 des JNS appartenaient à des chorales évangéliques. Presque quatre JS sur dix et presque 1/3 des JNS se rencontraient dans des associations sportives.

Aucune liaison n'était significative entre les portraits du problème et le fait d'appartenir à telle ou telle association.

Note : Notons que lors des "Focus group", on avait des déclarations par des jeunes scolarisés sur l'existence de ce qu'ils qualifiaient de "relation sexuelle collective" au sein d'un établissement scolaire.

De quelles sources d'information disposaient ces jeunes ?

III.A.3.2.b- Les sources d'information :

b.1- Les sources d'information en matière de préservatif / IST / SIDA :

Ces données étaient recueillies lors des focus group.

b.1.1- Les JS :

❖ Trois sources étaient évoquées par les filles scolarisées ayant déjà eu des rapports sexuels :

- Deux filles obtenaient des renseignements sur les IST/SIDA auprès des parents.
- Deux autres parlaient du film "BAKAPILESY". Seule l'une des deux retenait un message : "Tokony hampiasa kapaoty foana rehefa manao firaisana satria sady mihazona ny sipa tsy handeha no miaro amin'ny otrik'aretina. " : on doit utiliser du préservatif à chaque rapport sexuel. Cela permet de garder le partenaire sexuel et protéger des maladies.

L'autre fille évoquait que le message n'était pas bien compris. Il y avait trop de changement de scénarios. D'où des confusions pour elle.

- Une dernière évoquait l'émission radiophonique. Elle estimait que ses parents étaient réticents dès qu'elle parlait avec eux de ce sujet.

❖ Toutes les filles n'ayant jamais fait de rapport sexuel recevaient des informations sur les IST/SIDA par le film "BAKAPILESY". Les messages reçus divergeaient :

- Une fille retenait que c'est à chacun de voir l'utilité ou non des préservatifs.
- Une autre déclarait qu'il ne fallait pas diffuser ce film à la télévision. Cela inciterait les gens à utiliser le préservatif, alors qu'elle ne voyait pas son utilité.
- Une autre trouvait le film très utile pour savoir les conséquences de certains comportements.
- Une dernière évoquait : " ... mba ho fanentanana ireo tsy mahafehy tena ... fa raha ireo tsy mbola nanao firaisana tsy misy ilàna azy fa manjary mamporisika hiditra amin'izany. " : ce film était utile pour ceux qui ne pouvaient pas s'abstenir. Cela

n'avait pas de sens pour ceux qui n'avaient jamais fait de rapport sexuel car cela les inciterait à la débauche.

❖ Deux garçons scolarisés ayant déjà fait de rapport sexuel citaient la radio et la télévision. Deux messages étaient retenus :

- Les conséquences des IST,
- Le recours au médecin dès l'apparition d'écoulement génital.

Un dernier évoquait des pairs (des élèves du Lycée Jules Ferry). Il retenait qu'il faut respecter les partenaires sexuels par l'utilisation de préservatif.

❖ Trois garçons scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel indiquaient aussi le film "BAKAPILESY". Ils retenaient qu'il faudrait faire attention, utiliser le préservatif et écouter les conseils.

Un dernier invoquait l'école par le biais des "Sciences de la vie".

b.1.2- Les JNS :

❖ Deux filles non scolarisées ayant déjà fait des rapports sexuels mentionnaient la radio et retenaient la fidélité.

Une autre évoquait le film "BAKAPILESY". Elle retenait que l'utilisation des préservatifs préserve du SIDA.

❖ Deux filles non scolarisées n'ayant jamais fait de rapport sexuel indiquaient des sensibilisateurs pour l'utilisation de préservatif. Leurs avis divergeaient :

- L'une retenait que ces préservatifs protègent des maladies et des grossesses non désirées.
- L'autre n'était pas attirée car pour elle, ce film incitait seulement les jeunes à faire de rapport sexuel vu la disponibilité des préservatifs.

Une dernière évoquait la radio et ses pairs.

❖ Deux garçons non scolarisés ayant déjà fait de rapport sexuel parlaient des séances d'éducation en plein air (spectacle, cinéma). L'éducation était axée sur l'utilisation de préservatif.

Un autre invoquait la radio et la télévision, ainsi que les discussions au sein de la famille. Il ajoutait aussi les informations dans des livres.

❖ Les garçons non scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel évoquaient aussi la radio et la télévision.

- Un garçon retenait que les préservatifs protègent du SIDA.
- Un autre avait entendu parler des modes de transmission du SIDA.

Un garçon de ce groupe mentionnait les affiches mais ne retenait pas leur contenu. Il indiquait en même temps le livre "LIZA".

Un dernier signalait les sensibilisateurs mobiles.

b.2- Les sources d'informations générales :

Nous pensions qu'il fallait décrire les sources d'informations générales de ces jeunes.

► **Tableau 84 : Statut des JS ou des JNS selon la fréquence d'écoute de la radio, la fréquence des séances de télévision et la fréquence des séances de vidéo.**

	JS	JNS
	n(%)	n(%)
Fréquence d'écoute de la radio	n = 303	n = 166
Tous les jours	276(91,09)	157(94,58)
Tous les week-end	18(5,94)	-
Toutes les deux semaines	1(0,33)	-
Par mois	2(0,66)	-
Jamais	6(1,98)	9(5,42)
Fréquence des séances de télévision	n = 300	n = 164
Tous les jours	210(70)	52(31,71)
Tous les week-end	66(22)	8(4,88)
Toutes les deux semaines	2(0,67)	1(0,61)
Par mois	1(0,33)	-
Jamais	21(7)	103(62,80)
Fréquence des séances de vidéo	Ensemble n = 460	
Tous les jours	5(1,09)	
Tous les week-end	89(19,35)	
Toutes les deux semaines	12(2,61)	
Par mois	26(5,65)	
Jamais	328(71,30)	

Pour la fréquence d'écoute de la radio, les différences entre les JS et les JNS étaient significatives. ($\chi^2 = 15,62$; ddl = 4 ; $P = 0,003\sim$).

La majorité des JS ou des JNS écoutait la radio tous les jours.

Ces différences étaient aussi significatives pour la fréquence des séances de télévision. ($X^2 = 171,14$; ddl = 4 ; $P = 0,000\sim$)

Sept JS sur dix regardaient la télévision tous les jours. Presque 1/4 la regardaient toutes les fins de semaine. Cependant, presque 2/3 des JNS ne regardaient jamais la télévision. Seulement moins du 1/3 la regardaient tous les jours.

Enfin, pour les séances de vidéo, les différences n'étaient pas significatives entre les JS et les JNS.

Ainsi, presque 3/4 des jeunes ne regardaient jamais la vidéo. Toutefois, presque deux jeunes sur dix la regardaient tous les week-ends.

III A.3.2.c- Les facteurs politiques :

c.1- Les réglementations locales en matière de sexualité :

Suite à des entretiens avec les dirigeants de la Commune, aucune réglementation en matière de sexualité n'était précisée particulièrement pour la CRSN. Ces dirigeants déclaraient que la communauté a un rôle dans la mise en œuvre de la santé de reproduction. Ils savaient le principe général de ce rôle : "La prévention", sans avoir évoqué les deux principaux rôles de la communauté ainsi que les éléments des deux activités minima en santé de reproduction prévues par la PNSR. Toutefois, ces dirigeants mentionnaient que le rôle curatif s'appliquait au SSD.

c.2- Les préférences éducationnelles des jeunes :

Des séries de questions étaient posées lors des focus group dans un contexte de programme éducatif en matière de IST/SIDA.

c.2.1- Lieu d'éducation :

c.2.1.1- Les JS :

❖ Pour les filles scolarisées ayant déjà fait des rapports sexuels, trois préférences étaient recueillies :

- En dehors de la commune pour confidentialité.
- A l'école avec des approfondissements sur le sujet ; selon ces filles, ce qu'elles avaient eu en troisième était trop superficiels.

- Sur des lieux publics : marché, "Tranopokonolona", terrain de sport.

❖ Les filles scolarisées n'ayant jamais fait de rapport sexuel aimeraient :

- Les lieux publics,
- Les lieux calmes où l'on peut discuter,
- Les lieux facilement visibles avec de grands écriteaux :
"FILANKEVITRA MOMBA NY IST/SIDA" (Conseils pour IST/SIDA)

❖ Les garçons scolarisés déjà sexuellement actifs énonçaient l'école.

❖ Les garçons scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel évoquaient les places publiques comme le marché.

c.2.1.2- Les JNS :

❖ Les filles non scolarisées déjà sexuellement actives préféraient les lieux publics visibles par tout le monde.

❖ Les garçons non scolarisés déjà sexuellement actifs favorisaient les écoles où les jeunes ont beaucoup plus besoin d'éducation selon eux.

❖ Les garçons non scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel énonçaient :

- Les grandes places dans la commune,
- Les zones franches où il y a beaucoup de jeunes,
- A l'école dès les petites classes.

c.2.2- Les éducateurs :

c.2.2.1- Les JS :

❖ Les filles scolarisées déjà sexuellement actives préféraient des jeunes comme animateurs des discussions.

❖ Les filles scolarisées n'ayant jamais fait de rapport sexuel favorisaient aussi les jeunes. Néanmoins, elles accepteraient des personnes plus âgées qu'elles mais qui sachent bien communiquer.

❖ Les garçons scolarisés ayant déjà fait des rapports sexuels déclaraient que les messages passeraient beaucoup plus entre jeunes.

c.2.2.2- Les JNS :

❖ Les filles non scolarisées déjà sexuellement actives préféraient des personnes qui ne marginalisent pas certaines couches sociales.

❖ Les garçons non scolarisés déjà sexuellement actifs favorisaient tous jeunes spécialistes en reproduction qui seront capables de les persuader.

❖ Les garçons non scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel évoquaient seulement les critères de connaissance en matière d'IST, comme les médecins. Et ils en préféraient les jeunes aux autres.

c.2.3- Les Moments de l'éducation :

c.2.3.1- Les JS :

❖ Tous ces JS préféraient les jours de congés. Sinon, ils aimeraient que cette éducation en SR/IST/SIDA soit une matière indépendante à l'école.

c.2.3.2- Les JNS :

❖ Les filles non scolarisées déjà sexuellement actives n'avaient pas de préférence car selon elles, elles peuvent travailler tout en écoutant les conseils.

❖ Tous les garçons non scolarisés favorisaient les jours non ouvrables.

*c.2.4- Les moyens de transmission de l'éducation :**c.2.4.1- Les JS :*

❖ Les filles scolarisées ayant déjà fait des rapports sexuels citaient :

- Les films suivis de débats,
- Les séances participatives,

❖ Les filles scolarisées n'ayant jamais fait de rapport sexuel énonçaient des séances de discussion en groupe.

❖ Les garçons scolarisés déjà sexuellement actifs insistaient sur la libre communication.

❖ Les garçons scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel évoquaient :

- Les formes de propagande en début de soirée,
- Les spectacles,
- Les affiches plus attrayantes en couleur,
- La communication directe.

c.2.4.2- Les JNS :

❖ Les filles non scolarisées déjà sexuellement actives évoquaient les sensibilisations par quartier ciblant les grandes personnes et les jeunes.

❖ Les garçons non scolarisés déjà sexuellement actifs citaient :

- Les tournois de sport,

- Les spectacles,
- Les débats,
- Les livres.

c.2.5- Les "Pairs-étudiants" :

c.2.5.1- Les JS :

❖ Toutes les filles scolarisées ayant déjà fait de rapport sexuel préféraient étudier les IST/SIDA avec leurs camarades de classe ou leurs amis à l'église. L'important pour elles c'est qu'il n'y a que des jeunes dans un groupe restreint. Elles préféraient surtout un groupe de couples.

❖ Toutes les filles scolarisées n'ayant jamais fait de rapport sexuel évoquaient qu'elles aimeraient des groupes de jeunes ayant le même niveau d'instruction.

❖ Les garçons scolarisés déjà sexuellement actifs proposaient des éducations avec des filles afin de partager les expériences.

❖ Les garçons scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel préféraient les connaissances. Selon eux, il faudrait éviter de les jumeler à une personne de la famille car cela leur ferait honte.

c.2.5.2- Les JNS :

❖ Toutes les filles n'avaient pas de préférence sur ce sujet.

❖ Les garçons non scolarisés déjà sexuellement actifs favorisaient les groupes de jeunes mixtes.

❖ Les garçons non scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel évoquaient qu'un groupe hétérogène serait utile pour bien partager les expériences.

c.2.6- Les thèmes intéressants les jeunes :

c.2.6.1- Les JS :

- ❖ Les filles scolarisées ayant déjà fait des rapports sexuels citaient :
 - L'approfondissement en matière de reproduction, surtout les moyens de contraception naturelle,
 - L'éducation à la vie familiale, car parler seulement de reproduction inciterait à des mauvais comportements
- ❖ Les garçons scolarisés déjà sexuellement actifs évoquaient les relations entre l'alcool et le SIDA.

c.2.6.2- Les JNS :

- ❖ Les filles non scolarisées déjà sexuellement actives évoquaient tout ce qui concerne la Santé de Reproduction.
- ❖ Les garçons non scolarisés déjà sexuellement actifs citaient :
 - La planification familiale,
 - Les connaissances nécessaires sur la puberté,
 - Les sensibilisations pour la prévention des avortements.
- ❖ Les garçons non scolarisés n'ayant jamais fait de rapport sexuel énonçaient la reproduction, la fidélité, la planification familiale.

c.3- Les reflets des indicateurs de prévention VIH/SIDA :

La mesure de ces indicateurs de prévention permet d'évaluer un programme de lutte contre le VIH/SIDA. Nous avons pu tirer des reflets de ces indicateurs de prévention pour avoir un aperçu global et spécifique du programme local de lutte contre le VIH/SIDA dans la CRSN, vis à vis des jeunes.

- ❖ La plupart des JS et des JNS connaissaient des bons moyens de prévention du SIDA. Les scores variaient entre 73,60% et 83,50% pour les JS ou 84,24% et 87,27% pour les JNS.(Reflet de l'IP1)

❖ Les préservatifs étaient disponibles au niveau central (Pour la CRSN, ce sont les structures offrant la vente de préservatif). Une quantification était impossible vu que l'état de stock n'était pas disponible chez ces structures au moment de notre visite. Ainsi, la mesure exacte des scores n'était pas faisable. (Reflet de l'IP2)

❖ Tous les jeunes déclaraient pouvoir s'acheter de préservatif au moment de l'étude. Ainsi, le score était à 100%. (Reflet de l'IP3, les jeunes considérés comme le niveau périphérique)

❖ Des JS et des JNS déclaraient avoir eu des PSO non prostitués ou prostitués au cours des 12 derniers mois. Ainsi, le score, en matière de déclaration de PSONP était de 48%, pour les JS. Pour les JNS c'était à 55%. A propos d'existence de PSP, ce score était de 8% pour les JS et celui des JNS était évalué à 11,43%. (Reflet de l'IP4)

❖ Peu de JS ou pas de JNS déclaraient une utilisation de préservatif avec les PSONP au cours des 12 derniers mois. Ainsi, le score à ce propos s'évaluait à 20,83% pour les JS et celui des JNS à 0%.

Pour l'utilisation de préservatif avec les PSP, au total (JS et JNS), le score était à 75%. (Reflet de l'IP5)

❖ Les IP6 et IP7 avaient été mesurés antérieurement.

L'IP6 à l'observation étaient à 16,70%. Celui de l'entretien était évalué à 1% avec les critères de traitement correct.

L'IP7 à l'observation était à 41,70%. Celui de l'entretien était évalué à 70%.

❖ La prévalence des IST chez des jeunes filles enceintes n'avait pu être mesurée. (Reflet de l'IP8)

❖ 21 (dont 5 JS et 16 JNS) cas d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération au cours des 12 derniers mois étaient déclarés par les garçons. Ainsi, le score s'évaluait au total à 33,87%, dont 6,90% pour les JS et 48,48% pour les JNS. (Reflet de l'IP9)

❖ Enfin, aucune déclaration de dépistage de VIH n'était rapportée. Ainsi, la prévalence de l'infection à VIH chez les filles ne pouvait être mesurée. (Reflet de l'IP10)

Le tableau ci-après récapitule ces constats avec quelques observations.

► **Tableau 85 : Mesure des indicateurs de prévention du VIH/SIDA chez les jeunes de la CRSN**

Indicateurs de prévention (OMS)	Reflet des indicateurs de prévention CRSN	Cibles	Scores	Evaluation	Réserves
IP1 = Connaissance des pratiques de prévention	Connaissance des moyens de prévention	JS	73,60% à 84,24%	+	Certains jeunes affirmaient de mauvaises pratiques de prévention.
		JNS	83,50% à 87,27%	+	
IP2 = Disponibilité de préservatif (niveau central)	Disponibilité de préservatif au niveau des distributeurs / vendeurs		Données non disponibles	-	Stock de préservatif existant
IP3 = Disponibilité de préservatif (niveau périphérique)	Jeunes pouvant se procurer des préservatif	JS	100%	+	
		JNS	100%	+	

(*) Suite tableau 85

Indicateurs de prévention (OMS)	Reflet des indicateurs de prévention CRSN	Cibles	Scores	Evaluation	Réserves
IP4 = PSO déclarés	PSONP déclarés	JS	48%	-	
		JNS	44,83%	-	
		Ensemble	45,83%	-	
	PSP déclarés	JS	8%	+	
		JNS	11,43%	+	
		Ensemble	10%	+	
IP5 = Utilisation déclarée du préservatif avec un PSO	Utilisation déclarée du préservatif avec un PSONP	JS	20,83%	-	
		JNS	0%	-	
	Utilisation déclarée du préservatif avec un PSP	JS	75%	+	
		JNS	75%	+	
		Ensemble	75%	+	

(*) Suite tableau 85

Indicateurs de prévention (OMS)	Reflet des indicateurs de prévention CRSN	Cibles	Scores	Evaluation	Réserves
IP6 = Prise en charge des cas de IST	Evaluation et traitement des patients consultant pour IST	Observation	16,70%	-	Seuls les traitements corrects ont été retenus
		Entretien	1%	-	
IP7 = Prise en charge des cas de IST	Conseils aux patients consultant pour IST	Observation	41,70%	-	
		Entretien	70%	+	
IP8 = Prévalence des IST (Femmes)	Prévalence des IST chez les filles enceintes	JS	Données non	-	
		JNS	disponibles	-	

(*) Suite tableau 85

Indicateurs de prévention (OMS)	Reflet des indicateurs de prévention CRSN	Cibles	Scores	Evaluation	Réserves
IP9 = Incidence déclarée de IST chez les hommes	Incidence déclarée de IST chez les garçons	JS	6,90%	-	
		JNS	48,48%	-	
IP10 = Prévalence du VIH chez les femmes	Prévalence VIH chez les filles	JS	Données non	-	
		JNS	disponibles	-	

☒ CONCLUSION :

❖ Pour les systèmes sociaux d'échange sexuel :

➤ En général, les JS évoquaient l'un des Dix Commandements "Aza mijangajanga" (Ne commet pas d'adultère) selon Exode 20 : 14 comme loi régissant la société en matière de sexualité.

➤ Des JS ayant déjà fait des rapports sexuels avançaient cette même loi, ou l'interdiction du mariage à défaut de virginité ou l'interdiction de port de voile marital pour les filles mères ou l'interdiction de faire des rapports sexuels en dehors du mariage.

➤ Des JNS n'ayant jamais fait de rapport sexuel évoquaient aussi l'interdiction du rapport sexuel en dehors du mariage ou la honte de parler de la sexualité à l'église ou la probabilité de stérilité en cas de rapport sexuel dans la jeunesse.

❖ Pour les réseaux sexuels :

➤ Les différences suivantes sont à signaler :

■ Parmi les JS déjà sexuellement actifs, ceux qui appartenaient à un groupe de rencontre, quel que soit le type, dominaient. Par ailleurs, parmi les JNS ayant déjà fait des rapports sexuels, ceux qui n'évoluaient pas dans un groupe de rencontre émergeaient.

■ Parmi les jeunes précoces, ceux qui n'appartenaient pas à un groupe de rencontre dominaient.

■ Parmi les jeunes ayant utilisé le préservatif au premier rapport sexuel, ceux qui étaient des éléments d'un groupe de rencontre dominaient.

➤ L'appartenance ou non à un groupe de rencontre influençait les autres profils du portrait dans les sens suivants :

■ Plus les JS appartenaient à un groupe de rencontre, plus ils faisaient des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois.

■ Moins les JNS appartenaient à un groupe de rencontre, plus ils faisaient des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois.

■ Plus les jeunes appartenaient à un groupe de rencontre, plus ils avaient des rapports sexuels avec les PSONP au cours des 12 derniers mois et moins ils avaient de relation sexuelle avec les PSP.

■ Plus les jeunes appartenaient à un groupe de rencontre, plus ils avaient plus d'un PSONP au cours des 12 derniers mois.

❖ Pour les sources d'informations :

➤ La plupart des jeunes décrivaient comme sources d'informations en matière de IST/SIDA le film Bakapilesy, la radio et la télévision. Les différences : les JS évoquaient les écoles ou la réticence des parents. Les JNS parlaient en plus des sensibilisateurs mobiles et les bandes dessinées (Liza).

➤ Comme sources d'informations générales, signalons que la plupart des jeunes écoutaient la radio tous les jours. Environ 1/4 des JS ne regardait la télévision que le week-end et les 2/3 des JNS n'en regardaient jamais. Enfin, la plupart des jeunes ne regardait jamais la vidéo. Seuls deux sur dix la regardaient le week-end.

❖ **Pour les facteurs politiques :**

➤ **Des règlements particuliers et précis en matière de santé de reproduction pour la localité de Sabotsy Namehana n'étaient pas disponibles.**

➤ **La diversité des préférences éducationnelles des jeunes étaient à souligner :**

■ **Pour tous les jeunes, des séances sur les grandes places publiques ou dans les écoles dès le premier cycle, transmises par des jeunes les jours de congé à l'aide de film suivi de débat, des spectacles, des discussions en groupe seraient préférables. Ces jeunes aimeraient approfondir tous les volets de la santé de reproduction.**

■ **Les JS avaient des préférences particulières. Il s'agissait de séances d'éducation en dehors de la Commune ou carrément dans un endroit bien indiqué, considérer la santé de reproduction comme une matière à part entière, recevoir cette éducation dans un groupe mixte mais homogène du point de vue instruction.**

■ **Quand aux JNS, ils insistaient sur les jeunes des zones franches, le sport, la sensibilisation par quartier tout en ciblant les grandes personnes en même temps que les jeunes, le sport. Ainsi, ils préféraient des groupes mixtes et hétérogènes.**

➤ **Enfin, dans l'ensemble, le programme de lutte contre le VIH/SIDA montrait des points à améliorer dans le sens que les reflets des IP4 et IP5 relatifs au PSONP, l'IP9, l'IP6 à l'observation et à l'entretien, l'IP7 à l'observation étaient faibles. Des réserves étaient posées pour les reflets des IP2 et IP10 qui n'étaient pas mesurables, et les IP6 ne considéraient que les traitements corrects. Signalons que les indicateurs de prévention suivants étaient cotés positivement : l'IP1, l'IP3, l'IP4 relatif au PSP, l'IP5 relatif au PSP et l'IP7 à l'entretien.**

Ainsi se présentaient les résultats de notre étude et les interprétations que nous avons proposées. Quelles sont alors les significations de ces résultats ? Nous n'oublions pas de relever les points forts et les limites de cette étude.

III.B- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Afin de donner un sens aux résultats présentés et en défendre la validité et l'intérêt, nous allons pour chaque profil du portrait du problème :

- montrer comment ces résultats et l'interprétation que nous avons proposée sont en accord ou en désaccord avec la littérature,
- discuter les résultats, en émettant nos argumentations afin de fournir des recommandations pertinentes,

En outre, les limites et les points forts de l'étude seront résumées à la fin de cette section.

L'entrée dans la vie sexuelle :

Premièrement, nos résultats montrent que plus du quart des jeunes faisaient déjà de rapport sexuel. Ce chiffre représentait moins du quart des JS et plus de quatre jeunes non scolarisés (JNS) sur dix. Ces résultats sont en accord avec ceux de *Westhoff et coll.* [33] qui rapporte que 31% des jeunes dominicains âgés de 18 à 19 ans en 1996 ont déjà eu des relations sexuelles. Ils ne sont pas loin des 37% des namibiens âgés de 12 à 18 ans évoqués par *Werdelin et coll.* en 1992 [33]. En outre, le cas des jeunes de la CRSN n'est pas très alarmant par rapport à celui des jeunes de Mahajanga, une province de Madagascar. Selon *Randriamialisoa et coll.* en 1998 [42], presque 49% des JS et 65% des JNS sont déjà sexuellement actifs dans cette localité. Il en est de même pour le *GOELAND* chez les jeunes de 15 ans selon *Werdelin et coll.* en 1992 [33], l'Australie chez les jeunes de 18 à 19 ans selon *Rodden et coll.* en 1996 [33] et les Etats-Unis selon *Wethoff et coLL.* en 1996 [33] où plus de la moitié des jeunes de 15ans le sont. Par ailleurs, ces jeunes de la CRSN sont trois ou quatre fois moins actifs sexuellement que les jeunes de 18 à 19 ans de la Nouvelle Zélande selon *Paul et coll.*

en 1995 (66,50%) [33], et des lycéens de Gabon selon *Atende C.* en 1990 (83%) [38]. Bref, il faut admettre que le cas des jeunes de la CRSN est similaire du cas de quelques pays où le taux d'infection à Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est élevé. Ainsi, nous nous permettons de déduire que le fait que ces jeunes étaient sexuellement actifs est déjà une véritable menace pour la Commune Rurale de Sabotsy Namehana (CRSN).

Des premiers faciès du problème relatifs aux facteurs qui peuvent influencer l'entrée dans la vie sexuelle et même le fait d'être sexuellement actif émergent. Des points communs aux jeunes scolarisés (JS) et aux jeunes non scolarisés (JNS) sont parmi les dénouements de notre travail :

- des mauvaises attitudes basées sur la stigmatisation des Personnes Vivant avec le VIH (PVV) et la fuite en cas de leur propre infection à VIH,
- des fausses croyances sur l'origine du SIDA,
- l'absence de perception de risque d'attraper le VIH/SIDA,
- la conviction que le SIDA est guéri par la prière selon les JS et par des travaux des chercheurs selon les JNS,
- le consentement au multipartenariat.

Notons qu'avec des données qualitatives, établir une liaison statistiquement significative entre cause et effet semble ne pas être évident. Et ceci est toujours valable pour toute notre analyse. Toutefois, nous déduisons que ces faits prédisposent les jeunes de la CRSN au risque d'attraper le VIH, de par leur interaction qui mène à des comportements à risque. En effet, ces jeunes se livrent au rapport sexuel car ils sont confiants en leur invulnérabilité au VIH dans le sens qu'en écartant les PVV, par ignorance, par dédain ou par peur, ils sont hors d'atteinte. De plus, ils étiquettent certaines personnes par leur fausse croyance. Une maladie grave incurable par des médecins serait à tort classée SIDA par ces jeunes. Si personne n'arrive pas à guérir le SIDA, primo c'est un châtiment de Dieu ou un sortilège, et secundo que seule la prière la guérira. Ainsi il y a toujours une chance de curabilité. Tout comportement serein est le bienvenu. D'où le risque d'explosion de l'infection. Une partie de ce cycle est en accord avec une constatation générale de l'*ONUSIDA* en 1998 [1]. Cet organisme

évoque que même si la stigmatisation est difficile à mesurer, son association à la peur accélère la propagation du VIH.

D'autres points communs sont à mettre en évidence. Les facteurs relatifs aux jeunes cités précédemment ne sont pas seulement liés entre eux-mêmes. Ils sont surtout liés à l'environnement où ces jeunes évoluent et les rendent vulnérables aux VIH :

- La Loi Biblique qui interdit tout adultère était maintes fois soulevée par ces jeunes.
- Ils invoquaient presque les mêmes sources d'information en matière de IST/SIDA à quelques supports près.
- Les JNS étaient plus attentifs aux sensibilisateurs mobiles et aux bandes dessinées.
- Aucune réglementation locale relative à la sexualité n'était rapportée.
- Face à une mauvaise qualité générale du programme local de lutte contre le SIDA (PLLS), la diversité de préférence éducative de ces jeunes est à noter. D'ailleurs, cette dernière est similaire du cas des jeunes de Mahajanga évoqué par *Randriamialisoa et coll.* en 1998 [42].

En effet, vu la connaissance d'un des Dix Commandements contre l'adultère, les JS pouvaient penser que ce précepte était destiné aux personnes mariées. Il leur interdit d'avoir des compagnons(gnes) autres que leur conjoint(e). Ainsi, les jeunes n'ont pas à le suivre. D'un autre côté, les JNS pensent que des visites médicales mettront à l'abri ces derniers. Tout ceci malgré le risque d'attraper le VIH. Un risque que d'ailleurs ces jeunes ignoraient. Avec la conception qu'avoir plusieurs partenaires sexuels s'ajoute à cela, la conséquence s'alourdit. De même, cette Loi serait la genèse de leur croyance sur l'origine du SIDA. Ces jeunes croient à la guérison du SIDA par des chercheurs car selon eux cette infection n'est autre que l'œuvre de ces chercheurs mêmes.

Nous retranchons aussi que des informations insuffisantes sur les IST/SIDA, comme la conduite à tenir devant les PVV ou si eux-mêmes avaient cette infection, des informations trop standards malgré l'existence de diversité des préférences de ces jeunes en matière d'éducation, ont des effets néfastes sur les attitudes, les croyances, les perceptions du risque, d'où des comportements à risque, particulièrement l'entrée dans la vie sexuelle. Cette déduction rejoint celle de l'*ONUSIDA* en 1998 constatant

généralement que quand les jeunes sont informés, éduqués et encadrés, ils ont des comportements sexuels moins risqués. En outre, *Dawson* [26] publie que des jeunes Américains qui ont bénéficié de l'éducation sexuelle en 1996 ont plus de chance de recourir au premier rapport sexuel si les cours étaient dispensés avant le début de leur vie sexuelle. Par ailleurs, beaucoup d'auteurs [26] ont prouvé à partir de leurs études le contraire, tels que *Pick de Weiss et coll.* à Mexico en 1990, *Philliber et Tatum* aux USA en 1992, *Furstenberg et coll.* aux USA en 1985, *Ku et coll.* aux USA en 1992. Ces auteurs évoquent le fait qu'il n'y a aucune raison de penser que l'éducation favoriserait les rapports sexuels. Ils constatent des changements de comportement (résistance aux activités sexuelles et essor de l'abstinence) dès l'entrée de l'éducation sexuelle. Ces différences confirmeraient-elles la relation entre une éducation spécifique et adaptée et ses conséquences.

De plus, nous évoquons que l'absence de réglementation locale en matière de sexualité engendre des failles dans les informations à passer, d'où les problèmes d'éducation provoquant parfois des comportements à risque.

Un aspect particulier de notre étude était la découverte de points à améliorer dans le programme local de lutte contre le SIDA (PLLS). Nous admettons que cette "mauvaise" qualité du PLLS est à la fois un effet de certains facteurs engendrant des comportements à risque, une cause de ces facteurs et un reflet du problème central. Elle est un effet car par manque d'informations ou avec des informations inadéquates, il serait difficile d'obtenir des déclarations de Partenaire Sexuel Occasionnel (PSO), des pratiques y afférentes comme l'utilisation de préservatif, des antécédents d'Infection Sexuellement Transmissible (IST) particulièrement d'urétrite. Ainsi, on peut s'attendre à une augmentation des IST non traitées. La prévention serait difficile à gérer. Bref, il serait impossible de gérer la propagation des IST. D'où un risque d'explosion de l'infection à VIH. De plus, réitérons que vues les conséquences des mauvaises attitudes, des fausses croyances, des mauvaises perceptions, les mesures préventives et les soins seraient impossibles sans la correction de ces dernières. En parlant de perception, vu le consentement des jeunes au multipartenariat, des jeunes pourraient considérer un partenaire occasionnel comme un partenaire régulier. D'où une faible déclaration des PSO. Aussi ces jeunes continueraient à adopter des comportements à risque tels que la non-utilisation de préservatif avec ses Partenaires Sexuels Occasionnels Non Prostitués

(PSONP) par confiance. Le mécanisme de causalité peut être envisagé comme le suivant : de mauvaises prestations de soins (IP6 et IP7 à l'observation) dans la prise en charge d'un patient consultant pour IST, comme l'absence de conseils sur l'intérêt des préservatifs, engendrent de mauvaises attitudes ou même des pratiques négatives de ces jeunes. De même, quand les prestataires ne connaissent pas correctement les indications thérapeutiques (IP6 à l'entretien), les jeunes adoptent des traitements inadéquats, d'où l'amplification des IST mal traitées, porte d'entrée du VIH/SIDA. Aussi, la non-disponibilité des informations sanitaires jugées au préalable nécessaires (les indicateurs de prévention) pourrait enfreindre la base de conduite de ces jeunes. Toutefois, nous pensons qu'il ne faut pas trop se fier aux statistiques seules.

Nos résultats montrent en deuxième lieu un point spécifique aux JS. C'est le fait qu'appartenir à un groupe de rencontre prédispose la plupart de ces JS à faire des rapports sexuels. Ils montrent en outre que les JNS ayant déjà fait des rapports sexuels étaient surtout des JNS qui n'appartenaient pas à un groupe de rencontre. Une publication de l'*ONUSIDA* en 1998 montre que *Parker* [46] insiste sur les rôles sociaux ou les rôles des pairs dans la propagation du VIH/SIDA. Ainsi, ces jeunes continuent à prendre exemple sur d'autres jeunes. En effet, nous admettons que leur comportement dépend dans une large mesure de l'information, de l'apprentissage et des soutiens que leurs aînés voudront leur accorder. Un aspect inattendu de notre étude est le sens de l'influence significative de l'appartenance à un groupe de rencontre selon les groupes cibles, en tant que phénomènes sociaux. Pour les JS, appartenir à un groupe de rencontre favorise les rapports sexuels dans le sens que ces jeunes imitent leurs pairs ou leurs aînés. Le groupe est donc un support d'information. D'autre part, les JNS qui n'appartiennent pas à un groupe de rencontre ont des relations sexuelles, sûrement par absence d'encadrement.

Enfin, des particularités des JNS sont présentes dans nos résultats. Ces JNS faisaient preuve d'une déperdition de la valeur de l'amour. Nous déduisons que pour eux, avoir des relations sexuelles avec un premier ou avec tous les contacts est une preuve d'amour. La satisfaction de leurs besoins primait dans les discussions.

De mauvaises connaissances sur le SIDA, particulièrement sur sa description et sa situation épidémiologique sont à l'origine de leur mauvaise perception et attitude vis-à-vis de l'infection. En même temps, le SIDA mal défini ou mal situé est la conséquence de l'insuffisance d'information inadéquate.

D'autres aspects du problème se distinguent et forment des éléments exceptionnels de notre étude. Ceci concerne en premier lieu la relation entre des facteurs supposés influençant positivement le problème, or ils engendraient des risques.

En effet, nos résultats montrent que :

- Pour les JS, une bonne connaissance de la description du SIDA, une bonne connaissance de la situation épidémiologique de cette infection à VIH, le maintien de la valeur de l'amour,
 - Une bonne connaissance des JNS de l'effet non protecteur des autres contraceptifs,
 - Et un rejet de l'homosexualité pour les deux groupes cibles
- ne suffisaient pas pour empêcher les activités sexuelles.

Alors quels pourraient être les sens de nos résultats ?

Ces résultats ne sont-ils pas un artefact lié à la méthodologie ou susciteraient-ils d'autres travaux de recherche ? Nous pensons le contraire car les résultats discutés précédemment ne font que compléter ceux déjà énoncés. De plus, nos résultats rejoignent la déclaration de *Dawson* en 1996 [26] qui rapporte que les jeunes bénéficiaires d'éducation sexuelle ont plus de chance de recourir au premier rapport sexuel si le cours est dispensé avant leur vie sexuelle. Ne serait-il pas ultime de réviser cette situation ?

La constatation se porte maintenant sur les JNS. La plupart des JNS n'avaient jamais fait de rapport sexuel et ne savaient pas des symptômes des IST chez l'homme ou ne savaient pas le nom du germe responsable du SIDA. Nous admettons que ces JNS sont prédisposés au risque car ils ne savent pas ce qui les attend s'ils font des rapports sexuels. Vu que les IST sont des portes d'entrée du VIH, le problème est d'autant plus grave. Le rapport de l'*ONUSIDA* citant que l'une des plus grandes vulnérabilités des

jeunes est qu'ils ne savent rien sur les IST et le VIH. Ne serait-il pas important de leur donner des repères auxquels ils peuvent s'en tenir quand ils auront à faire des rapports sexuels ?

Enfin, nos résultats confirment que, parmi les JS n'ayant jamais fait de rapport sexuel, nous rencontrons surtout ceux qui connaissaient l'existence de porteur sain du VIH. Et parmi les JNS, c'était surtout ceux qui connaissaient la transmission du VIH par l'allaitement. Ces constatations rejoignent nos argumentations avancées ci-dessus. Si ces connaissances ont particulièrement aidé ces jeunes à ne pas entrer dans la vie sexuelle, ne serait-il pas bon d'accorder une attention à ces éléments ?

Avec le cas des jeunes de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana, en matière d'entrée dans la vie sexuelle, qui se rapproche à celui de quelques pays où la prévalence de l'infection à VIH est élevée (comme la Namibie), nous nous permettons d'en déduire que le fait d'avoir eu un antécédent de relation sexuelle, compte tenu des différents facteurs influençant, pourrait déjà déclencher l'explosion du SIDA.

Qu'en était-il du sens des résultats obtenus et des interprétations proposées pour le deuxième portrait du problème, tout en tenant compte des discussions évoquées auparavant ?

Les classes d'âge au premier rapport sexuel :

La plupart des jeunes de la CRSN ayant déjà fait des rapports sexuels avaient une vie sexuelle précoce. Rappelons que nous avons défini toute relation sexuelle avant l'âge de 19 ans comme étant une vie sexuelle précoce. Il s'agit du tout début de rapport sexuel dans l'adolescence ou même avant. Notons que l'âge moyen au premier rapport sexuel pour l'ensemble des jeunes est de 16,82 ans (allant de 11 à 23 ans). Ces résultats sont similaires de toutes les littératures que nous avons revues. D'ailleurs, les résultats de ces auteurs se rejoignent. Les jeunes Anglais ont des rapports sexuels en moyenne dès 17 ans selon *Wellings et al.* en 1995 [33]. De même, les jeunes Américains selon *Zelnik et Shah* en 1998 [33] et les jeunes suédois selon *Schwartz* en 1993 [33] entrent dans la vie sexuelle en moyenne respectivement à 15,95 ans et à 16,80 ans. Quant aux

jeunes Gabonais, c'est à 16, 30 ans selon *Atende C.* en 1990 [38]. D'autres publications évoquent la même chose avec des différences selon le sexe de ces jeunes : les garçons sont plus précoces que les filles. Ce qui n'était pas le cas des jeunes de la CRSN. Bref, ces jeunes de la CRSN sont aussi précoces en activité sexuelle que les jeunes du monde entier. Or, parmi ces derniers, beaucoup appartiennent au pays où la prévalence du VIH est élevée. Ainsi, nous confirmons que ce problème engendre une menace pour ces jeunes et que ce problème n'était pas venu tout seul.

Nos résultats montrent une liaison bilatérale significative entre l'adoption de mauvais motif d'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel, qui n'est pas la peur de la triade grossesse/IST/SIDA et le fait d'être précoce en activité sexuelle. Il en était de même avec le fait d'appartenir à un groupe de rencontre.

Notons d'abord qu'en matière de motif d'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel, nos résultats sont semblables aux résultats rapportés par *Atende C.* en 1990 [38] pour des élèves gabonais. Cet auteur publie que les motifs les plus soulevés sont la prophylaxie des IST, la contraception, le premier contact sexuel ou les rapports sexuels occasionnels, la crainte du SIDA. Tous ces motifs sont évoqués séparément. Ainsi, la peur de la triade grossesse/IST/SIDA n'est pas non plus mentionnée. L'effet causal de la précocité serait le plus évident. Nous pensons que ces jeunes de la CRSN ne sont pas bien préparés ou non préparés à l'entrée dans la vie sexuelle. Ainsi, il leur manquait un apprentissage de la sexualité incluant l'éducation sur les préservatifs. Ainsi, le risque d'explosion du SIDA existe toujours dans ce sens.

Si nous suivons le raisonnement établi pour l'entrée dans la vie sexuelle, dans un groupe de rencontre peuvent exister des sources d'informations dans le sens que ces jeunes imitent leurs pairs ou leurs aînés. *Parker* [46] parle aussi de ce phénomène de groupe. Ainsi, ces jeunes sont plus prédisposés à la précocité s'ils appartiennent à un groupe, qu'ils soient scolarisés ou non. *Wellings et al.* [33] est à la fois pour et contre notre constatation. Pour lui, les garçons qui ont comme source d'information l'école ont

plus de chance d'être vierges à 16 ans que ceux qui ont comme source d'information les pairs. Subséquemment, le fait que les pairs influencent cette précocité est en accord avec nos résultats. Par ailleurs, l'inexistence de liaison significative avec la scolarisation est en désaccord avec ces résultats de *Wellings et al.* [33]. Serait-il bon de réorganiser ce groupe au lieu d'y dissocier ces jeunes vu les divers effets de ce fait d'appartenir à un groupe que nous avons étudié jusqu'à maintenant ?

Un dernier aspect du problème relatif à cette précocité en activité sexuelle mérite réflexions.

Nos résultats invoquent que la plupart des jeunes précoces avaient une bonne connaissance du recours en cas d'écoulement et / ou d'ulcération génitale et étaient précoces en activités sexuelles, des moyens de prévention et des modes de transmission de l'infection à VIH. Un aspect inattendu de notre étude est qu'à notre connaissance, aucun auteur n'évoque ce cas de figure que nous jugeons important. En effet, ces jeunes savaient donc leur itinéraire si le problème devait se présenter et ceci afin d'éviter le pire. De ce fait, ils n'avaient pas peur d'entrer dans la vie sexuelle quel que soit leur âge à ce moment. Ce qui constitue un comportement à risque favorisant le risque d'explosion du SIDA. Apporter une touche spécifique sur les connaissances des IST serait-il utile ?

Qu'en était-il du sens des résultats obtenus et des interprétations proposées pour le troisième profil du portrait du problème ?

L'utilisation de préservatif au premier rapport sexuel :

Le rapport sexuel non protégé, même dès le premier contact, est un moyen de transmission du VIH/SIDA. Or, la plupart des jeunes de la CRSN n'utilisaient pas de préservatif au premier rapport sexuel. Le cas de la CRSN est grave car cette proportion est trois fois plus élevée qu'en Europe Occidentale où 30% des jeunes seulement n'utilisaient pas de préservatif au premier rapport sexuel. Elle est aussi deux fois plus élevée que pour les jeunes Américains : 37% de non-utilisation de préservatif pour les garçons et 47% pour les filles. Ceci d'après un rapport de l'*ONUSIDA* en 1999 [33].

Comment se fait alors la liaison entre ce grave problème et ses facteurs influençants ? Nous rapportons ici trois aspects.

Nos résultats montrent premièrement que, des différences s'établissaient dans l'ensemble de notre population cible. Les jeunes qui n'utilisaient pas de préservatif au premier rapport sexuel étaient surtout ceux qui méconnaissaient le moyen de diagnostic du VIH/SIDA (plus précisément, ceux qui évoquaient le diagnostic par des signes extérieurs), et ceux qui méconnaissaient le rôle des préservatifs. Ces résultats confirment nos hypothèses. Nous avançons alors deux mécanismes qui permettent d'expliquer nos résultats. Le premier fait est que la mauvaise ou la non-information sur les préservatifs, pouvait entraîner la non-utilisation de ces derniers. Ce raisonnement est en accord avec la constatation de l'*ONUSIDA* en décembre 1998 [1] qui signale que l'absence d'informations sur les préservatifs est l'un des points qui forment la plus grande vulnérabilité des jeunes. Le deuxième argument (méconnaissance du rôle des préservatifs) semble irrationnel et très approfondi. Toutefois, nous sommes convaincue que si les jeunes croyaient qu'ils peuvent diagnostiquer le SIDA simplement en détectant les signes extérieurs chez leurs partenaires sexuels, et que la réponse fut négative, ils seraient davantage confiants de l'absence de risque d'infection. Ainsi, ils ne prendraient pas la précaution appropriée, et n'utiliseraient donc de préservatif. D'où le risque d'explosion de l'infection à VIH.

D'autres différences assez particulières émergent dans notre étude. Selon l'acquisition de connaissance, vu la non-utilisation de préservatif au premier rapport sexuel, d'autres faciès du problème sont inattendus, et à notre connaissance, aucun auteur ne les a élucidés.

En effet, ces jeunes avaient un premier rapport sexuel non protégé tout en connaissant le nom du germe responsable du SIDA, l'effet non protecteur des contraceptifs autres que les préservatifs et des toilettes intimes après chaque rapport sexuel, l'existence de transmission du VIH d'une mère infectée à son enfant par l'allaitement maternel. Le dernier faciès du problème relatif à la connaissance sur la transmission du VIH par l'allaitement est vraiment rare et même considéré comme nul au début. Ces résultats ne sont probablement pas un artefact lié à la méthodologie. Ils confirment une fois de plus que ces éléments inclus dans l'éducation classique sur les IST/SIDA ne suffisent pas pour changer les comportements à risque des jeunes de la CRSN. D'où l'intérêt de la distinction de ce cas particulier.

Nos résultats montrent enfin d'autres différences spécifiques. Parmi les jeunes qui utilisaient le préservatif au premier rapport sexuel, la plupart appartiennent à un groupe de rencontre. Encore une fois, cette appartenance à un groupe est à considérer dans le sens que son influence varie selon les portraits. La plupart du temps, elle favorise des comportements à risque. Nous pensons qu'actuellement ces jeunes pourraient être en phase d'assimilation des exemples donnés par leurs pairs ou leurs aînés. Ainsi, ne serait-il pas bon d'anticiper ce problème ?

Nous admettons que la vie sexuelle est un véritable cursus. La vie sexuelle ne se résume pas au premier contact sexuel. D'ailleurs, l'ancienneté de ce dernier dans le temps, il est aussi intéressant d'approfondir le problème à partir des données plus

récentes. Ainsi, avons-nous analysé les activités sexuelles et les antécédents des 12 derniers mois.

L'existence de relations sexuelles au cours des 12 derniers mois :

La plupart des jeunes, qui avaient déjà fait des rapports sexuels, continuaient dans ce sens au cours des 12 derniers mois. Rappelons que plus des 3/4 des JS et plus de 9/10 des JNS faisaient partie de ce groupe. Aucune des revues consultées n'a avancé des statistiques se rapportant à ce sujet.

Toutefois, cela ne nous empêche pas d'analyser les liaisons significatives que nous avons constatées.

Déjà, des recoupements pour l'entrée dans la vie sexuelle, concernant surtout les données sur la stigmatisation des PVV, les fausses croyances, les perceptions et les valeurs, sont aussi applicables ici.

Aussi, nos résultats confirment en premier lieu que la plupart des JS qui faisaient de rapport sexuel au cours des 12 derniers mois étaient des filles, des JS qui méconnaissaient le meilleur délai de recours à un médecin en cas d'IST et des JS qui appartenaient à un groupe de rencontre. Notre premier constat est en désaccord avec les résultats de *Cheringou H.* [40] portant sur des jeunes Camerounais. Dans ce groupe, les filles sont de moins en moins nombreuses à faire des rapports sexuels.

D'autres travaux de recherche seraient-ils opportuns pour élucider l'influence du genre sur cette continuité des activités sexuelles.

D'autre part, les jeunes sont plus vulnérables s'ils ne savent rien sur les IST signale l'*ONUSIDA* en décembre 1998 [1]. Nous réitérons ce concept. Nous pensons à une relation bilatérale. Sans connaître le délai de recours à un médecin en cas d'IST, les

jeunes ne sont pas conscients de l'état de gravité de la maladie et continueraient toute relation sexuelle avec un PSR ou un PSO. D'où le risque d'explosion du SIDA par aggravation des IST transmises par ces rapports sexuels.

L'explication de la relation entre l'appartenance à un groupe de rencontre et la continuité des activités sexuelles au cours des 12 derniers mois se fait par le mécanisme des phénomènes sociaux que nous rappelons ci-après. Ces jeunes imitent leurs pairs ou leurs aînés. Ainsi, ce groupe de rencontre est encore comme un support d'information.

Ces résultats montrent en outre pour les JNS que seul un caractère socio-démographique avait une influence sur le fait d'avoir continué à être sexuellement actif au cours des 12 derniers mois. C'était le type de cohabitant et significativement le fait de cohabiter avec les parents. Ce résultat est en désaccord avec ceux de certains auteurs, dans le sens que, selon la publication de l'*ONUSIDA* en 1998 pour le Brésil [1], c'est la profession ou le niveau social qui influence ce comportement : "le fait de proposer aux jeunes femmes une autre alternative que de vivre dans les rues change leur comportement". Pour la Thaïlande en décembre 1997, l'*ONUSIDA* cite : "certains groupes passent dans la maille du filet de la prévention, comme ceux qui vivent dans les rues" [18]. Une fois encore, le niveau social est soulevé. Le mécanisme qui permet d'expliquer nos résultats peut être envisagé dans le sens que, même si ces jeunes cohabitent avec leurs parents, considérés comme des aînés sexuellement parlant, évoquer la sexualité en famille est un tabou pour les Malgaches. Ce qui est confirmé par la constatation du PNLS en 1999 [29] à Madagascar les gens sont encore frappés par la pudeur et les tabous. De plus, vu que "les jeunes continuent à prendre exemple sur leurs aînés", les éventuelles mauvaises conduites de ces grandes personnes pourraient envenimer la situation.

Une étude des comportements des adultes serait-il le bienvenu dans la CRSN ?

Des cas particuliers ont aussi émergé dans notre étude à propos de ce quatrième profil du portrait du problème des jeunes de la CRSN qu'est la continuité des activités sexuelles au cours des 12 derniers mois.

En effet, nos résultats montrent que la plupart des JNS connaissaient les effets non protecteurs des autres contraceptifs, quant à l'infection à VIH, tout en continuant de faire des rapports sexuels au cours de ces 12 derniers mois. Il faut admettre que nous n'avons pas étudié le fait s'ils en utilisaient ou non. Ainsi, nos discussions se limitent au savoir. Nous déduisons que l'éducation classique, incluant des connaissances sur les mauvais moyens de prévention, ne suffit pas pour motiver l'abstinence chez ces jeunes de la CRSN et confirme donc la pertinence des résultats sur les autres problèmes cités en premier lieu.

Parmi les études des comportements sexuels au cours des 12 derniers mois, très peu offre une grande importance au type de partenaire sexuel, alors que nous y avons consacré une assez grande place. Serait-ce une limite de notre étude ? La réponse devrait être non. Vu que la notion de "conjoint(e)" n'est pas encore ancrée dans la culture des jeunes du monde rural comme la CRSN, nous avons maintenu la définition classique de partenaire régulier ou de partenaire occasionnel. De plus tenir compte de cette conjugalité changerait le contenu de notre outil de travail, la collecte déjà faite.

L'existence de relations sexuelles avec les différents types de partenaires au cours des 12 derniers mois :

Aussi, nous sommes convaincue que, ce n'est pas le fait d'avoir tel ou tel partenaire sexuel qui prédispose au risque, mais c'est surtout les attitudes de stigmatisation des PSP qui les précèdent. Ces jeunes qualifient les PSR et les PSONP de partenaires sexuels sans risque. Aussi, notons au passage que, la proportion de jeunes selon les types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois diminue, au fur et à mesure qu'ils classent ces partenaires d'à haut risque, à moindre risque ou même sans risque. Plus de jeunes avaient un PSR, et le fait d'avoir un PSP arrive en dernier lieu.

Ainsi, en guise de stigmatisation, nos résultats montrent en premier lieu qu'environ 3/4 des jeunes déclaraient un PSR au cours des 12 derniers mois. Aucun auteur, selon notre bibliographie, ne fait allusion à cette variable. Il se peut qu'il existe des jeunes n'ayant eu que ce PSR sans savoir le comportement que pouvait avoir ce dernier. Ainsi, ils passeront à travers les mailles du filet. Trois cas se présentent.

D'abord, plus ces jeunes

- étaient des célibataires,
- habitaient la commune depuis plus de 10 ans,
- cohabitaient avec les parents,
- étudiaient seulement,
- méconnaissaient le moyen de diagnostic du SIDA,
- avaient comme motif de non-utilisation de préservatif avec le PSR la

non-disponibilité de ce préservatif,

plus ils avaient un PSR au cours des 12 derniers mois. Les mécanismes qui permettent d'expliquer nos résultats sont les suivants.

Quatre caractères socio-démographiques ont des influences sur l'existence d'activité sexuelle au cours des 12 derniers mois. Le fait d'être célibataire peut être un artéfact lié à l'échantillonnage. En effet, ces jeunes sont en majorité des célibataires. Si non, ces jeunes célibataires ont pour objectif de conquérir un(e) compagnon(ne). Ainsi, ils se fixent un partenaire sexuel et ont des rapports sexuels avec ce partenaire. En outre le fait d'être célibataire suppose la dépendance de ces jeunes vis-à-vis de leurs parents allant même jusqu'à la cohabitation. Ces jeunes prennent exemple de leurs parents et se fixent donc un partenaire avec une stabilité dans le temps.

Deux autres phénomènes de groupe ont été rencontrés. Dans notre étude, la Commune Rurale de Sabotsy Namehana (CRSN) est considérée comme un groupe où évoluent ces jeunes. Les écoles en sont aussi une. Associé à des résultats du focus groupe, nous admettons qu'avoir un partenaire fixe depuis longtemps est une fierté pour ces jeunes. Ainsi s'établit un genre de compétition entre eux, allant même jusqu'à

"déballer" entre eux leurs "aventures" sexuelles. Toutefois, signalons que changer ces caractères socio-démographiques semble ne pas être évident.

Par ailleurs, ces jeunes se fixent de Partenaire Sexuel régulier (PSR) sous prétexte que l'absence de signes extérieurs peut insinuer l'absence d'IST ou d'infection à VIH. Cette attitude prédispose ainsi ces jeunes au risque d'explosion du SIDA car ils ne se soucient pas du risque de contamination.

Enfin, une interaction bilatérale entre la non-disponibilité de préservatif lors du dernier rapport avec le PSR et la continuité des activités sexuelles se fait sentir. Vu qu'avoir un PSR suppose une relation sexuelle qui a duré depuis un an ou plus, la confiance s'établit entre les deux personnes avec une fidélité subjective. Ainsi, ces jeunes ne se soucient pas de l'utilisation de préservatif avec ce dernier PSR et fait même preuve de négligence en matière d'achat de ce moyen.

En deuxième lieu, nos résultats présentent que malgré de bonne connaissance sur certains éléments classiques de l'éducation sur les IST/SIDA, ces jeunes avaient toujours des relations sexuelles avec les PSR au cours de ces 12 derniers mois. Ils savaient le nom du germe responsable du SIDA, l'effet non protecteur des antibiotiques ou des autres contraceptifs ou des toilettes intimes et l'existence de transmission du VIH/SIDA d'une mère infectée à son enfant par l'allaitement maternel. En effet, apprendre à ces jeunes de la CRSN ces éléments classiques ne suffisaient pas pour un changement de comportement.

Enfin, une bonne connaissance sur l'existence de porteurs sains du VIH aiderait ces jeunes à s'abstenir de toute relation sexuelle avec les PSR. Cela nécessite une attention particulière car s'ils savent qu'une personne en bonne santé apparente peut être séropositive en VIH, ils n'auront pas facilement de relation avec un PSR durant un an. Par contre, ils se soucieront du grand risque d'attraper le VIH s'ils ne connaissent pas l'état de ce PSR.

Les problèmes relatifs aux nombres de partenaires sexuels occasionnels (PSO) sont abordés par peu d'auteurs, sans distinguer le type de relation (rémunérée avec les PSP ou non avec les PSONP). En effet, selon l'*ONUSIDA* en avril 1998 [32], deux jeunes Maliens sur cinq, soit un peu moins de la moitié des jeunes sexuellement actifs et qui ont 20 ans disent avoir eu un rapport sexuel avec une prostituée ou un autre PSO au cours des 12 derniers mois.

Cependant, notre étude rejoint cette publication de l'*ONUSIDA* [32]. Un peu moins de la moitié de nos jeunes avait eu des rapports sexuels avec un PSONP. Ceci est aussi en accord avec les résultats d'une étude au Malawi rapportée par l'*ONUSIDA* en décembre 1997 [28]. Il y est publié que la moitié des jeunes de ce pays ont signalé avoir eu un PSO au cours de ces 12 derniers mois. Des particularités sont à annoncer pour le cas des jeunes mariés ayant eu un PSONP au cours de ces 12 derniers mois. D'abord, il n'y avait pas de liaison significative entre la situation matrimoniale et le fait d'avoir eu des PSONP. Puis, si des jeunes mariés depuis peu ou depuis longtemps n'avaient pas eu de rapport sexuel avec ce partenaire cette dernière année, ce dernier était classé PSO.

Nos résultats montrent une relation significative s'interposant entre le fait d'avoir eu des rapports sexuels avec les PSONP et la méconnaissance du moyen de diagnostic du SIDA qui se traduit par la citation des signes extérieurs, le multipartenariat prémarital, l'appartenance à un groupe de rencontre. Les mécanismes qui peuvent expliquer nos résultats sont les suivants. En effet, considérer des signes extérieurs comme un moyen de diagnostic du SIDA inciterait ces jeunes à les rechercher chez le premier venu. Si les résultats s'avèrent négatifs, ils se livrent sans hésitation au rapport sexuel avec ce PSO. Ce serait dans ce cas un comportement qui engendre un risque d'IST ou d'infection à VIH, car l'absence de signes apparents peut être trompeuse.

Aussi, l'habitude de changer de partenaire sexuel vu le multipartenariat prémarital, peut-elle sembler une recherche de stabilité, d'où un penchant à avoir des relations sexuelles occasionnelles.

Enfin, le phénomène de groupe se répète ici et prédispose au risque d'explosion du SIDA dans le sens que l'esprit de compétition prédomine. Ainsi, avoir une relation sexuelle avec le premier venu met ses jeunes en valeur entre eux. La question de savoir si leur relation va durer ou non leur importe peu.

Par ailleurs, le genre de liaison inattendu de l'étude, déjà évoqué auparavant, se reproduit dans cette séquence. Nos résultats invoquent que plus ces jeunes connaissent qu'il faut aller voir un médecin en cas d'écoulement et/ou d'ulcération génitale, plus ils ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois. Ces résultats confirment les effets de cette connaissance du recours en cas d'IST. En sachant où aller en cas de problème, ces jeunes n'ont pas peur de tout genre de relation particulière avec les PSONP.

Enfin, notons au passage que la connaissance de l'existence de porteur sain pousse ces jeunes à s'abstenir de toute relation sexuelle avec des PSONP. Notre avis à ce propos concernant les PSR est encore valable ici avec toutefois une seule réserve. La relation avec ces PSONP pourrait encore empiéter sur la perception de la valeur de l'amour. C'est dire que ces jeunes confondent l'amour au rapport sexuel, et se permettent d'en faire dès qu'ils sont amoureux d'une personne. Ils pensent même que c'est une bonne habitude des Occidentaux.

Outre le fait que les PSP sont considérés comme à haut risque par ces jeunes vu le nombre de clients qu'elles peuvent avoir, d'autres facteurs peuvent justifier le choix de ces jeunes d'avoir une relation avec les PSP.

D'abord, nos résultats montrent que seul un garçon sur dix avait fait des rapports sexuels avec un PSP au cours des 12 derniers mois. Ils sont en désaccord avec ceux des provinces de Thaïlande publiés par l'*ONUSIDA* [18] où 1/3 des jeunes ouvriers ont des rapports sexuels avec ces PSP. Le cas de ces jeunes de la CRSN n'est pas grave par rapport à ce des pays où la prévalence de l'infection à VIH est élevée. Cependant, nous nous sommes posés une question. Pourquoi ces jeunes choisissent des PSONP plutôt que des PSP ? Des données recueillies lors des focus group montrent que les prostituées ne s'affichaient pas encore dans la commune. Mais des garçons déclaraient qu'ils pouvaient les reconnaître. Ainsi, ils pouvaient les aborder très facilement. Néanmoins, nous admettons que vu l'esprit de compétition évoqué précédemment, ces jeunes préfèrent sortir avec des filles "nettes" probablement pour éviter toute discrimination. La prostitution est encore mal vue dans la CRSN. Cette attitude de stigmatisation est à risque car toute personne, même en bonne santé apparente, peut être porteuse du VIH.

Nous avons découvert que les jeunes qui avaient eu de relation sexuelle avec des PSP au cours des 12 derniers mois étaient tous des garçons. Leurs partenaires étaient tous des filles et aucune allégation de relation sexuelle avec des partenaires masculins n'était recueillie. L'homosexualité, surtout rémunérée, n'est pas probablement un problème actuel de ces jeunes. Les résultats des focus groupe montrent cependant que ces jeunes savent que les homosexuels existent dans la CRSN. Leur relation avec ces derniers n'est apparemment qu'au stade de taquinerie, selon leur déclaration. Ces homosexuels n'offrent pas encore des "services sexuels" dans la CRSN autant que savaient ces jeunes.

Par ailleurs, des particularités se présentent à propos de ces relations avec les PSP.

Nous avons déduit que la plupart des jeunes n'avaient pas des rapports sexuels avec les PSP au cours des 12 derniers mois et méconnaissaient le moyen de diagnostic

du SIDA, étaient obligés d'avoir des rapports sexuels avec leur partenaire habituel, avaient un dernier PSR plus âgé qu'eux, ne pensaient pas à une utilisation de préservatif avec le dernier PSR, appartenaient à un groupe de rencontre. Ces résultats s'expliquent de la façon suivante.

Premièrement, vu les notions de stigmatisation des PVV et la perception que les prostituées sont des personnes pouvant porter le VIH/SIDA selon les résultats des focus group, associées au fait que ces jeunes ne savaient pas comment diagnostiquer le SIDA ou en avaient des connaissances erronées, ils refusent d'avoir des relations sexuelles avec des prostituées. Cela peut être paradoxalement un comportement à risque dans le sens qu'avec ce préjugé, ces jeunes feront des rapports sexuels avec le premier venu autre que prostituée, malgré le même risque de contamination.

Deuxièmement, vu que des femmes subissaient une coercition masculine dans leur couple comme l'obligation de faire des rapports sexuels avec leur conjoint. Selon elles, leur partenaire ne cherche qu'à satisfaire leurs besoins. Nous pensons que la coercition est ici un point positif car elle aide les hommes à ne pas avoir de relation sexuelle ailleurs. Ce mécanisme est contraire à celui de *Heise L. et coll.* en 2000 [46] : "les hommes qui entretiennent de relations sexuelles hors mariage ont 6,2 fois plus de chances que les autres d'abuser de leurs épouses". Ainsi, plus ces hommes abusent de leur femme, plus ils ont des relations sexuelles ailleurs. D'où la spécificité de la CRSN.

Troisièmement, nous jugeons que le fait d'avoir un PSR plus âgé, dans le sens qu'il existe un respect de l'aîné, est un reflet de la culture malgache qui sauvegarde un sujet jeune de la CRSN des rapports sexuels avec les PSP. Un aspect inattendu de cette étude est que l'*ONUSIDA* publie une année après l'établissement et l'exécution de notre protocole de recherche une proposition d'étude de cet indicateur pour évaluer et suivre un programme SIDA.

Ensuite, l'indicateur suivant s'appuie toujours sur l'association de l'attitude de rejet ou de discrimination des PVV avec la stigmatisation des prostituées. Ces deux attitudes engendrent le fait d'éviter d'avoir des rapports sexuels avec les PSP et de ne pas se préoccuper de l'utilisation du préservatif avec les PSR non stigmatisés. En effet, une relation bilatérale s'interpose entre ces deux variables. Notons au passage que les motifs de non-utilisation de préservatif avec les PSR pour les jeunes de la CRSN diffèrent de ceux des jeunes Gabonais, étudiés par *Atende C.* en 1990 [38]. Ce dernier

évoque la crainte d'une diminution de plaisir (25%), la confiance (21,8%), la fidélité(20,7%). La négligence ou l'oubli ne se chiffre qu'à 3,7%.

Le fait d'appartenir à un groupe de rencontre empêcherait ces jeunes d'avoir des rapports sexuels avec les PSP. Ce mécanisme s'explique dans le sens que vue la stigmatisation de ces prostituées, ces jeunes ont peur d'être aussi à leur tour condamnés. Cette variable est bonne si ces jeunes se préoccupent de la prévention. Elle est par contre mauvaise si la notion de stigmatisation est cultivée dans des groupes ou des associations où évoluent ces jeunes. Ne serait-il pas bon de corriger les attitudes de ces jeunes dans ces groupes de rencontre ?

Finalement, nos résultats confirment que les jeunes qui n'avaient pas de PSP au cours des 12 derniers mois étaient surtout ceux qui n'avaient jamais bu d'alcool, connaissaient les symptômes des IST chez l'homme, connaissaient l'effet non protecteur des antibiotiques ou des mictions après chaque rapport sexuel. En effet, l'alcool peut affecter le comportement sexuel par inhibition du rationnel et augmente le risque d'être infecté par le VIH ou par les autres IST. Ainsi, il est bien normal que des jeunes tout à fait lucides arrivent à se contrôler dans une situation jugée complexe. Le fait d'avoir des rapports sexuels avec les PSP est complexe ici vue la stigmatisation de ces derniers par ces jeunes de la CRSN.

De plus, l'apprentissage des connaissances classiques des IST/SIDA, comme les moyens de prévention (bon ou mauvais) aide ces jeunes à maintenir un comportement à moindre risque si le cas en est. Nous pensons qu'il est utile de réitérer une remarque à propos des rapports sexuels avec les PSP au cours des 12 derniers mois. C'est que les jeunes de la CRSN s'en méfient tout de suite tout en connaissant les faits.

Comme mentionné précédemment, le fait d'avoir des rapports sexuels avec tel ou tel partenaire sexuel importe peu. L'étude de cette variable manque de sens s'il n'est pas associé à l'étude d'autres variables telles que, le nombre de PSO et l'utilisation de préservatif avec ces différents types de partenaires sexuels.

Comme la définition l'indique, le nombre de PSR ne peut être qu'un. Ainsi, nous n'avons projeté que d'étudier le nombre de PSO. Il a été opportun d'avoir étudié chaque type de PSO car les comportements des jeunes de la CRSN variaient selon ces types vus les résultats cités et discutés précédemment. Ceci est en désaccord avec les constatations des chercheurs qui préfèrent étudier l'ensemble. Néanmoins, nous pouvons avancer que ces jeunes de la CRSN vont plutôt pour le multipartenariat. En effet, presque la moitié de ces jeunes de la CRSN s'offraient plutôt au multipartenariat dont plus de la moitié des JS et environ deux JNS sur cinq. Ceci confirme des résultats du focus group qui montrent que des JS ne rejettent pas le multipartenariat pour les jeunes, les JNS émettent des réserves en faveur de ceux qui bénéficient des visites médicales.

Comment se présente le problème pour chaque type de PSO ?

Le nombre de PSO au cours des 12 derniers mois :

Nos résultats montrent que plus de la moitié des jeunes avaient plus d'un PSONP au cours des 12 derniers mois. De plus les tests concluaient que ceci est en

liaison significative avec le fait que ces jeunes étaient des garçons, âgés de 20 à 24 ans et appartenaient à un groupe de rencontre.

Le premier confirme les cas vus par les autres auteurs, tels que l'*ONUSIDA* en décembre 1997 qui évoque qu'au Malawi [28], ce sont les garçons qui ont surtout signalé avoir eu plus d'un PSO.

L'âge entre en jeu du fait que ces jeunes de 20 à 24 ans ont acquis beaucoup plus de connaissances par rapport à leurs cadets. Ils se croient ainsi être hors de toute contamination, si on se réfère à leur perception vis-à-vis des relations sexuelles avec les PSONP et la stigmatisation des PSP.

Enfin, l'appartenance à un groupe de rencontre joue un rôle. En effet, ces jeunes ont l'esprit de compétition. Avoir beaucoup de PSONP est leur fierté. Le phénomène de groupe, où ces jeunes prennent en exemple leurs pairs ou leurs aînés, s'associe à cela. Cette part d'éducation des pairs et des aînés tient un grand rôle. Ces recommandations que nous proposons sont en accord avec les constatations de *ANDERSON et al.* aux USA en 1990 [36] rapportant que l'éducation en rapport avec le VIH/SIDA chez les multipartenaires est importante.

Particulièrement, il a été constaté que la plupart des jeunes qui avaient plus d'un PSONP n'étaient pas soumis à une coercition dans le couple. Ceci contredit la découverte de *Heise L et coll.* en 2000 [46]. Rappelons que pour eux, les hommes qui entretiennent des relations hors mariage ont 6,2 fois plus de chances que les autres d'abuser de leurs épouses. Nous déduisons que cet auteur n'a tenu compte que des coercitions masculines. Le mécanisme qui permet d'expliquer nos résultats peut être envisagé à partir du fait que si aucune contrainte n'est infligée à ces jeunes de la CRSN dans leur couple habituel, ils se croient libres de tout acte et se permettent d'avoir des aventures sexuelles.

Les résultats suivants confirment-ils ce propos ?

Effectivement, la plupart des jeunes n'avaient pas de multiples PSONP et étaient soumis à une coercition dans leur couple habituel. A notre avis, c'est une variante du

cas précédent. Il faut admettre que ces résultats garantissent la particularité des jeunes de la CRSN qui ont besoin de contrainte conjugale afin de respecter la fidélité mutuelle dans leur couple.

Réaffirmons au passage que la moitié des jeunes, qui avaient eu des relations sexuelles avec des PSP au cours des 12 derniers mois, en avaient eu plus d'un. Même si aucune liaison n'était significative, ne serait-il pas nécessaire de projeter d'autres travaux de recherche relatifs aux activités sexuelles rémunérées ?

L'utilisation de préservatif avec les différents types de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois :

Pour l'utilisation de préservatif au cours des 12 derniers mois, nous avons continué dans l'esprit des variances selon les types de partenaires sexuels. Toutefois, il est préférable de rapporter les découvertes de certains auteurs. Selon l'*ONUSIDA*, ce sont surtout les adolescents de 15 à 18 ans qui utilisent le plus de préservatif au Chili, Brésil et Mexique. Pour les jeunes Gabonais [38], la non-utilisation de préservatif se chiffre à environ 50%. Des données peuvent être avancées pour les jeunes des pays où le taux de prévalence de l'infection à VIH est élevé. Pour la Tanzanie, la plupart des adolescentes sexuellement actives et 2/3 des garçons n'utilisent pas de préservatif. En Zambie en 1996 [33], environ 1/3 des jeunes filles s'abstiennent d'utiliser le préservatif. Le contraire se présente pour Lusaka la capitale [33] où le taux d'utilisation de préservatif est très élevé. Ces données serviront de repères aux résultats suivants.

Nos résultats montrent que la plupart des jeunes n'utilisaient pas de préservatif avec leur PSR. Ceci concorde avec le cas de la Tanzanie cité précédemment [33] sans tenir compte du type de partenaire sexuel.

Dans la CRSN, la plupart de ce qui n'utilisait pas de préservatif avec leur PSR était surtout des Merina. Nous admettons que ce résultat est probablement un artefact lié à l'échantillonnage.

En particulier, plus ces jeunes savaient qu'il faut consulter un médecin en cas d'écoulement et / ou d'ulcération génitale, plus ils n'utilisaient pas de préservatif avec les PSR. Le mécanisme qui permet d'expliquer ce cas est la perception de "garde fou" (ces jeunes savent qu'au pire, il y a toujours une solution) associée à l'absence de perception de risque. Ils ont confiance en leur PSR. Ainsi, ils n'utilisent pas de préservatif avec le PSR malgré la possibilité de contamination. D'où le risque d'attraper des IST ou l'infection à VIH. Il faut admettre que l'absence de conseil dans la vente des préservatifs a sa place ici. Sinon, déjà que ces jeunes n'achètent de préservatifs qu'aux heures creuses, ils ne s'y attarderont pas pour recevoir des conseils. Soit qu'ils ont peur, qu'ils ont honte ou que c'est une pure ignorance.

A propos de l'utilisation de préservatif avec les PSONP, la plupart, dont plus des 3/4 des JS et tous les JNS, n'en utilisaient pas,. Ainsi, le fait d'entrer dans le milieu scolaire renforce leur comportement à risque de ces jeunes.

En outre, un seul cas de figure se présente.

Plus les JS cohabitaient avec les parents, plus ils n'utilisaient pas de préservatif avec les PSONP. Beaucoup de conditions se posent : les JS considèrent que parler de sexualité avec les parents serait honteux. Ces parents sont réticents en matière de sexualité et par conséquent ils ont peur de leurs parents, ces jeunes ont honte d'aller

acheter des préservatifs, d'où la non-utilisation de préservatif. Au fait, nous admettons que les parents sont pour les jeunes des obstacles à l'accessibilité aux préservatifs, ceci par pudeur.

Enfin, plus du 1/4 de ces jeunes n'utilisaient pas de préservatif avec les PSP. Ceci est similaire aux résultats concernant les jeunes Thaïlandais en 1997 [18]. Dans ce pays à haute prévalence de VIH/SIDA, seuls 13% des jeunes de 20 à 24 ans n'utilisent pas systématiquement pas de préservatif avec les PSP dans les maisons de passe. Deux cas particuliers se présentent.

D'abord, plus les jeunes n'avaient pas pensé à utiliser de préservatif au premier rapport sexuel, plus ils en avaient utilisé avec le dernier PSP au cours des 12 derniers mois. Il faut admettre que cet indicateur semble ne pas être évident. Toutefois, le mécanisme qui peut expliquer nos résultats est rattaché aux attitudes de stigmatisation de certains groupes. Le fait de classer le PSP comme grand porteur de VIH ou la personne de premier contact sexuel non rémunéré (en espérant maintenir la valeur de l'amour) conditionne tout de suite le comportement. Ces jeunes ne pensent pas utiliser le préservatif avec le premier contact sexuel tout en se posant la question : "ce partenaire sexuel serait-il contaminant ou non ?". D'où le risque d'explosion du SIDA car il existe des porteurs sains du VIH/SIDA.

Nos résultats montrent entre autres que plus les jeunes n'avaient jamais pris de drogue, plus ils utilisaient du préservatif avec le dernier PSP au cours des 12 derniers mois. En effet, les drogues peuvent affecter les comportements sexuels et augmentent le risque d'être infecté par le VIH et par les autres IST. Le cas s'applique ici sur les rapports sexuels non protégés avec les PSP.

Notons qu'une absence d'états de stock en préservatifs dans les structures visitées a été constatée. Ceci est dû à la notion de méconnaissance de l'utilité de ces états et leur répercussion dans la société. Ces informations sanitaires assurent la disponibilité effective de ces préservatifs là où il le faut. Logiquement, ce problème de disponibilité affecte l'accessibilité et l'utilisation ; déjà, ces jeunes ont leur propre problème lié à l'obtention et à l'utilisation (la honte) de ces préservatifs.

Les IST sont des conséquences de tous ces comportements à risque et sont en même temps une porte d'entrée du VIH/SIDA. Etudier cette variable et tous les facteurs qui peuvent l'engendrer importe beaucoup.

L'existence d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale :

Nos résultats montrent qu'environ 1/3 des jeunes sexuellement actifs avaient un antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale, dont environ 1/4 des JS et plus de quatre JNS sur dix. Ces résultats sont alarmants par rapport aux statistiques nationales. De plus, ils rejoignent la prévalence du VIH/SIDA des pays à haute prévalence où une personne sur trois est infectée par le VIH. Or ces IST forment une porte d'entrée privilégiée pour ce virus. Des cas particuliers sont à discuter pour les relations entre cette variable et les autres.

Une liaison était significative entre le fait de connaître que le SIDA se transmet d'une mère enceinte à son enfant par l'allaitement et l'existence d'un antécédent d'IST chez ces jeunes de la CRSN. Un aspect inattendu de cette étude est que l'éducation classique qui inclut la transmission des connaissances sur la prévention n'empêche pas ces jeunes d'être la proie des IST. Ceci signifie que pour nous, cette éducation est inadaptée ou insuffisante pour ces jeunes de la CRSN. Serait-il intéressant d'insister sur l'intérêt de la prévention et des soins de ces IST par rapport à celles du VIH/SIDA ? il ne faut pas par ailleurs que la contamination de l'enfant se fait surtout par la voie parentérale.

Ensuite, nos résultats montrent spécifiquement pour les JNS que ce sont surtout les JNS ayant un niveau d'instruction de second cycle qui n'avaient pas eu d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois. Ce mécanisme s'explique sur le fait qu'à Madagascar en général, sauf dans des sites pilotes et à Sabotsy Namehana en particulier, l'éducation formelle en matière de IST/SIDA se fait en troisième (fin du premier cycle). Ainsi, les jeunes qui atteignent le niveau second cycle ont des bagages en matière de IST. Qu'en était-il alors des cas des jeunes s'arrêtant aux classes inférieures ? Inévitablement, ces derniers sont les proies de ce fléau.

En outre, plus les JNS utilisaient d'autres contraceptifs avec le dernier PSR, plus ils n'avaient pas d'antécédent d'IST. Le mécanisme qui permet d'expliquer ce résultat est une relation bilatérale telle que si ces JNS n'ont jamais eu de IST, ils se contentaient d'utiliser d'autres contraceptifs avec un PSR malgré le risque de contamination. Ce cas représente une particularité pour les jeunes de la CRSN.

Enfin, nos résultats confirment que la plupart de ces JNS n'avaient jamais eu d'antécédent d'écoulement et/ou d'ulcération génitale au cours des 12 derniers mois et n'avaient jamais bu d'alcool ou connaissaient l'existence de porteur sain de VIH ou ne

subissaient pas de coercition dans le couple. En effet, ces constats sont logiques dans les sens suivants :

L'alcool affecte le comportement d'un jeune et le rend irresponsable. Ainsi, ne pas en prendre, aide ces JNS à ne pas avoir un comportement à risque et diminue la possibilité d'être infecté par les IST et le VIH/SIDA.

De plus, la connaissance de l'existence de porteur sain du VIH par ces JNS les rend méfiant de tout contact sexuel.

Enfin, le JNS parvient toujours à imposer à leur partenaire sexuel habituel tout comportement à moindre risque en l'absence de coercition dans ce couple. Ces comportements à moindre risque diminuent de la sorte la transmission de l'agent pathogène

Rappelons encore l'interaction synergique entre les IST et l'infection à VIH. Cependant, les prévenir ne suffit pas pour diminuer le risque d'explosion du SIDA. Il faut assurer aussi les soins. La description de ces derniers va nous aider à former le squelette de la lutte contre les IST/SIDA.

Nos résultats évoquent d'une part la non-utilisation de spéculum par la plupart des prestataires de soins IST, or c'est la moitié seulement qui n'en possède pas. Nous avons aussi recueilli l'existence d'antécédent de rupture de stock en médicament surtout pour le *Probénécide*, s'associent à cela la liberté des jeunes pour l'obtention de médicaments chez les dépositaires de médicaments ou chez les vendeurs de marchandises générales, puis la méconnaissance des prestataires de soins IST, dans les centres de santé, des traitements des IST, par l'approche syndromique exigeant la maîtrise de tous les traitements étiologiques possibles d'un symptôme. Puis, nous avons déduit que ces jeunes de la CRSN considéraient qu'ils n'avaient accès à ces structures prenant en charge les IST qu'aux heures creuses, auxquelles les prestations ne sont pas toujours disponibles. D'autre part, l'absence de recherche de relation sexuelle récente chez la moitié des prestataires de soins faisait surface. S'ajoutait à cela l'absence de quelques gestes inévitables au cours d'un examen physique d'une personne consultant

pour IST. La moitié de ces prestataires n'écartaient pas les lèvres des patientes à la recherche d'éventuel écoulement vaginal ou d'ulcération génitale. Plus de la moitié ne faisaient pas un examen bimanuel afin de détecter des douleurs pelviennes. La plupart ne demandaient pas à leur patient de rétracter le prépuce de ces derniers. Plus de la moitié n'utilisaient pas de gant malgré le risque de contamination, alors que tout le monde en possède. Et moins de la moitié ne faisaient en sorte que les parties génitales de leur patient soient bien visibles. Nous en déduisons qu'il a été impossible pour ces prestataires de pousser à fond leur diagnostic. Enfin, la moitié n'expliquaient pas aux patients l'intérêt des préservatifs au moins à un patient. Ainsi, ces prestataires de la CRSN ont des lacunes dans le savoir-faire, surtout en matière d'examen physique et de conseils en préservatif. Par contre, pour le traitement, la faille se présente dans le savoir même. Vu que les IST sont des portes d'entrée du VIH/SIDA, le cas de la CRSN est assez grave et présente une similarité avec les résultats nationaux publiés par *Rakotomalala R.* en juin 2000 [48]. Le niveau national se résume en ces deux points : il y a lacune dans les connaissances en matière d'évaluation et de traitement de ces IST, sur le savoir-faire en matière de conseils. Deux points sont en commun avec le cas de la CRSN : le problème de savoir-faire sur les conseils en préservatif et la non-maîtrise du traitement. Ces deux entités rejoignent le troisième et le septième portraits de notre problème central ; des problèmes relatifs à l'utilisation du préservatif. Un point est spécifique pour la CRSN : le problème de savoir-faire en matière d'évaluation. Ce dernier reflète le huitième portrait ; un problème rejoignant l'existence d'antécédent d'IST, le tout expliquant le risque d'explosion du SIDA. Nous pensons que ces problèmes sont dus à l'incompréhension de la politique d'approche syndromique des IST à Madagascar par la population générale et par les prestataires, vu sa complexité engendrant aussi une perte de temps pour certaines personnes. De plus, les attitudes des jeunes faisant comme s'ils n'ont accès aux soins ou aux autres services qu'aux heures creuses aggravent cette situation. Enfin, une attention particulière s'adresse à l'endroit des dépositaires de médicaments qui à l'évidence sont préférés par des jeunes en matière de prise en charge d'IST.

La prévalence de l'infection à VIH

En dernier lieu, nous n'avons pas pu avoir le statut sérologique des jeunes de la CRSN. Toutefois, aucune déclaration d'authentique dépistage volontaire du VIH/SIDA n'était émise par ces jeunes. Ce manque d'information n'est pas pour nous un obstacle pour la prévention de cette infection dans le CRSN. Par contre, il pose un problème pour une éventuelle prise en charge des PVV. Il faut aussi admettre que la non-disponibilité de cette information est liée à notre méthodologie. Surtout que le dépistage volontaire de l'infection à VIH ne couvre pas encore les localités comme la Commune Rurale de Sabotsy Namehana (CRSN).

❖ LES LIMITES ET LES POINTS FORTS DE L'ETUDE

La méthode de recherche a été réalisée dans un but systémique. Malgré l'ampleur et la complexité du diagnostic établi, nous n'avons pas pu planifier une étude de tous les déterminants sous-jacents aux principaux facteurs engendrant le risque d'explosion du SIDA chez ces jeunes de la CRSN. Ils feront l'objet d'une étude ultérieure. De même, dans un but diagnostic, notre travail se limite à l'ébauche des principaux axes stratégiques. La suite fera l'objet de publications spécifiques pour chaque cas diagnostiqué compte tenu de son ampleur. Enfin, des artefacts liés à l'échantillonnage ont été évoqués surtout à propos des liaisons entre les portraits du problème et les caractéristiques socio-démographiques. Cependant, nous pensons que cela n'aura pas de grave répercussion dans le sens que la plupart du temps, ces variables sont difficiles à changer.

Toutefois, l'approche méthodologique utilisée a pour avantage de permettre, grâce à la normalisation des techniques, une bonne reproductibilité du travail. Ceci, afin de suivre l'évolution de la situation d'ici deux ou trois ans.

Cette même approche nous a permis d'obtenir des résultats très particuliers, inattendus et très importants. Les "Focus group" étaient très enrichissants.

Enfin, notre travail nous a convaincue que cette méthodologie de recherche sur le système de santé est faisable et applicable dans toutes les circonstances, malgré son coût élevé. Elle permet en même temps d'émettre des solutions spécifiques et adaptées, donc adéquates et opérationnelles.

❖ **CONCEPTUALISATION :**

Bref, compte tenu des résultats de l'étude, le SIDA risque vraiment d'exploser chez les jeunes de la CRSN. Plusieurs facteurs agissent significativement à différents niveaux, et engendrent ce risque. Toutefois, vues nos argumentations, cette circonstance est potentiellement évitable.

La question sur ce problème est vue sous quatre aspects, en regard des tendances :

- Des hypothèses, sont vérifiées. Les principaux facteurs concernés sont présentés dans le tableau 86.
- Des faits sont inattendus. Des éléments ayant classiquement des influences positives sur les comportements engendrent des risques selon le tableau 87.
- Des faits ont des valeurs prédictives. Ne serait-il pas intéressant d'anticiper ces problèmes en corrigeant les facteurs présentés dans le tableau 88 ?
- D'autres ont aussi cette valeur prédictive. Ne pourrait pas-t-on maintenir les profils du risque dans ce cas en renforçant les facteurs énumérés dans le tableau 89 ?

En résumé, le problème est réel et des changements sont ultimes. Cependant, des problèmes sont à anticiper et des profils sont à maintenir.

►Tableau 86 : Les facteurs influençant négativement le portrait du problème

Facteurs de risque individuels	Facteurs de risque liés aux services	Facteurs de vulnérabilité
1- Attitudes de rejet et de discrimination	1- Mauvaise qualité des services	1- Diversité des préférences éducationnelles
2- Fausses croyances de l'origine du SIDA	distributeurs de préservatifs (Stock,	2- Absence de réglementation locale en
3- Mauvaises perception du risque, de	Conseils)	matière de sexualité
l'incurabilité du SIDA, des lois, du	2- Mauvaise qualité de la prise en charge	3- Existence de groupe de rencontre
multipartenariat	des IST (Absence de savoir-faire en	4- Failles du programme local de lutte
4- Méconnaissance du SIDA (description,	anamnèse, examen physique, conseils ;	contre le SIDA
situation épidémiologique, moyen de	méconnaissance des traitements par	
diagnostic),	approche syndromique)	
5- Déperdition de la valeur de l'amour		
6- Mauvaise attitude vis à vis des		
préservatifs		
7- Méconnaissance du recours en cas de IST		
8- Mauvaise attitude thérapeutique vis à vis		
des IST		
9- Absence de recours au dépistage du VIH		
10- Sexe, cohabite avec les parents, habite la		
commune plus de 10 ans, étudie		
seulement, âgé de 20 à 24 ans.		

►Tableau 87 : Les facteurs ayant classiquement des influences positives mais engendrent des risques

Facteurs de risque individuels	Facteurs de risque liés aux services	Facteurs de vulnérabilité
1- Attitude de rejet de l'homosexualité		
2- Connaissance du recours aux soins IST ; des rôles du préservatif ; de la description, de la situation épidémiologique, des mauvaises pratiques de préventions, du nom du germe responsable et de la transmission par l'allaitement du SIDA		
3- Maintien de la valeur de l'amour		
4- Absence de coercition dans le couple		

►Tableau 88 : Les facteurs à corriger éventuellement pour anticiper le problème

Facteurs de risque individuels	Facteurs de risque liés aux services	Facteurs de vulnérabilité
1- Méconnaissance des symptômes de IST chez les hommes, du nom du germe responsable du SIDA, du moyen de diagnostic 2- Mauvaise attitude vis à vis des préservatifs 3- Niveau d'instruction moyen (second cycle)		1- Dernier partenaire sexuel régulier plus âgé 2- Existence de coercition dans le couple

►Tableau 89 : Les facteurs influençant positivement le portrait du problème

Facteurs de risque individuels	Facteurs de risque liés aux services	Facteurs de vulnérabilité
1- Connaissance de l'existence de porteur sain du VIH, des effets protecteurs du préservatif, des mauvais moyens de prévention, de la transmission du VIH par l'allaitement, des symptômes des IST chez un homme 2- Abstinence en alcool 3- Niveau d'instruction second cycle		1- Existence de coercition dans le couple

Compte tenu de nos diagnostics validés dans cette partie de notre travail, comment résoudre pertinemment le problème de ces jeunes de la CRSN ?

RECOMMENDATIONS

IV- RECOMMANDATIONS :

Chaque profil du portrait du problème présente ses propres caractéristiques qui s'expriment par les liaisons ou différences établies lors de l'analyse des résultats, défendues et validées dans la section commentaires et discussions.

Afin de mieux agir, nos recommandations seront représentées en fonction des quatre aspects du problème validés dans la section précédente.

Il s'agit pour nous d'essayer de traiter tous les faciès du problème en commençant d'établir les priorités tout en suivant la conceptualisation des commentaires et discussions.

Toutefois, vu l'ampleur du diagnostic, seuls les axes stratégiques seront planifiés. Une méthode pour y parvenir est l'établissement des solutions par la technique *ZOPP* (*Ziel Orientierte Program Planung*) [60][61]. Aux facteurs correspondent des objectifs spécifiques en vue d'une opérationnalisation des solutions.

Ainsi, nous allons d'abord énoncer nos objectifs de changement. Puis, en considérant ces aspects du problème, nous représenterons nos propositions de solutions. Dans cette section, ces grandes lignes seront des composants d'un prochain programme de promotion en vue d'une mise en œuvre, d'un maintien et d'une évaluation de ce programme.

IV.A- Quels sont les changements que nous projetons ?

La figure ci-après illustre qu'au problème central et à ses variables dépendantes correspondent en miroir une solution générale et des solutions intermédiaires.

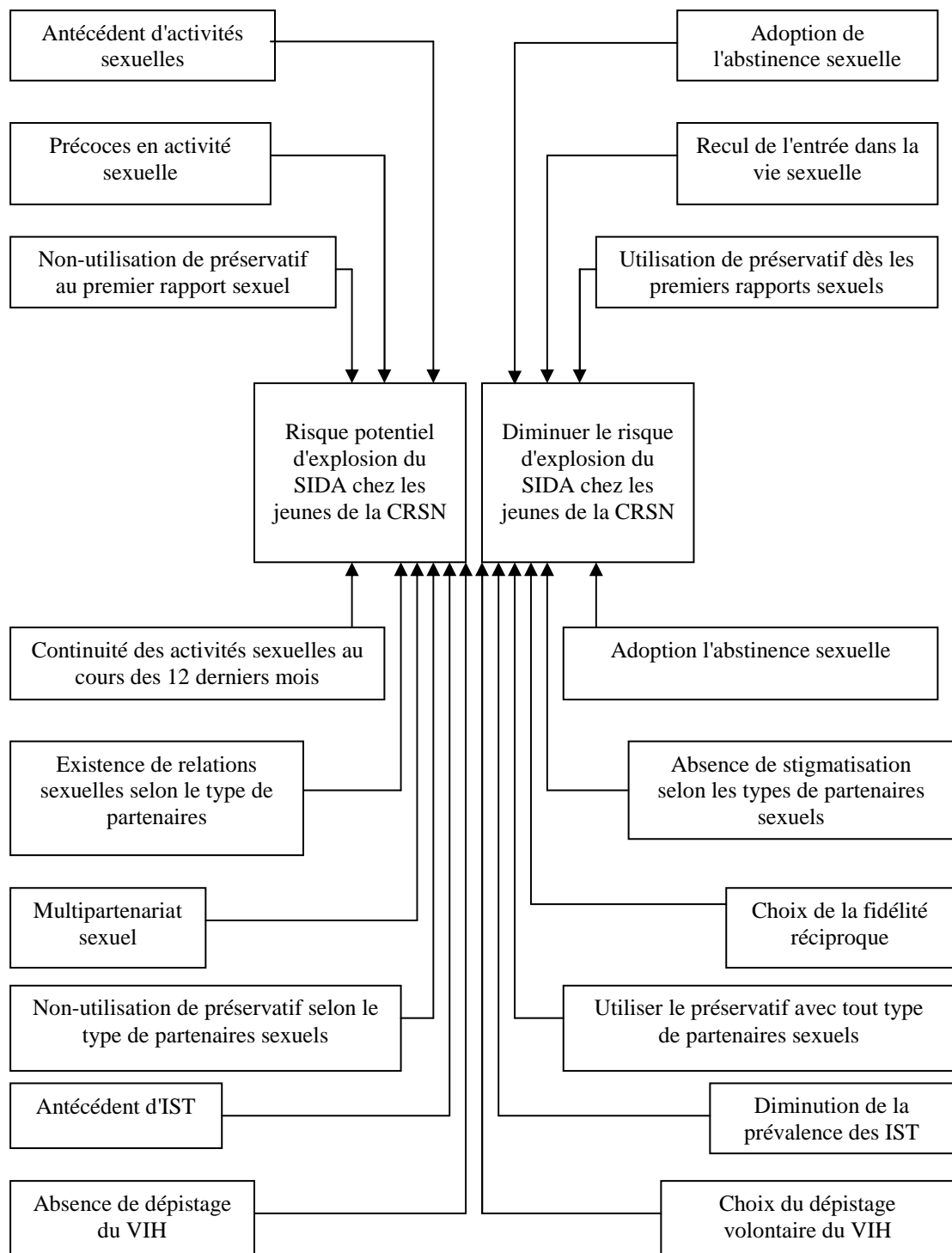


Figure 45 : Le problème central, ses profils et les solutions

En général, à la fin de la mise en œuvre de nos programmes, une diminution du risque d'explosion du VIH/SIDA chez les jeunes de 15 à 24 ans de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana (CRSN) sera palpable.

Pour cela, ces jeunes adopteront en premier lieu des pratiques sexuelles à moindre risque, telles que :

- Adopter l'abstinence pour ceux qui n'avaient jamais fait de rapport sexuel, et même pour ceux qui étaient déjà sexuellement actifs. Les JNS seront des cibles prioritaires.
- Retarder l'entrée de ces jeunes dans la vie sexuelle,
- Protéger tout rapport sexuel, afin de prévenir les IST/SIDA et les grossesses non désirées. Encore une fois, une attention particulière s'adressera aux JNS.
- Choisir de ne pas avoir plusieurs partenaires sexuels,

Puis, la prévalence des IST chez ces jeunes, surtout les JNS de 15 à 24 ans devra diminuer.

Enfin, ces jeunes choisiront le dépistage volontaire de l'infection à VIH/SIDA.

Ainsi, compte tenu des quatre aspects évoqués dans la conceptualisation, nous projetons aussi d'anticiper les problèmes. Les jeunes n'ayant jamais fait des rapports sexuels et ceux adoptant déjà de bons comportements seront spécifiquement ciblés. Ceci a pour but d'optimiser les stratégies.

IV.B- Comment atteindre ces objectifs ?

Vue l'ampleur des résultats, nous n'avons pas pu reproduire dans cet ouvrage l'organigramme (image en miroir) correspondant au troisième niveau du réseau causal. Néanmoins, nous avons suivi la même technique que ci-dessus et nous avons pu dégager des solutions convergentes.

Trois grands axes stratégiques sont inévitables pour le problème relatif au risque d'explosion du SIDA chez les jeunes de 15 à 24 ans de la CRSN :

- Un programme de Communication pour le Changement de Comportement
- Un programme de formation,
- Enfin, d'autres travaux de recherche indispensables

Quelles seront les stratégies que nous proposons pour ces trois grands programmes en considérant les résultats de notre étude et les arguments que nous avons proposés ?

IV.B.1- La Communication pour le Changement de comportement (CCC):

IV.B.1.1- Les segments cibles :

Le programme de Communication pour le Changement et pour le maintien de Comportement ciblera directement les jeunes en milieu scolaire et les jeunes non scolarisés. Toutefois, nous avons constaté que la communauté a sa part de comportement dans le risque d'explosion du SIDA chez les jeunes de la CRSN. Ainsi, ce programme visera indirectement la communauté (les parents, la famille, les leaders de groupe, les dirigeants, le grand public) où évoluent ces jeunes.

IV.B.1.2- Les objectifs de communication :

IV.B.1.2.a- Les objectifs de communication ciblant les jeunes :

Il s'agira dans l'ordre et à priori de :

- Prendre conscience de l'ampleur et de la gravité de l'infection à VIH,
- Faire percevoir la notion d'incurabilité de l'infection à VIH,
- Persuader de la valeur de l'amour,
- Faire savoir le moyen de diagnostic de l'infection à VIH,
- Faire connaître les notions relatives au préservatif,
- Persuader sur le recours aux soins immédiats et chez le médecin en cas d'écoulement et / ou d'ulcération génitale,
- Faire connaître la prise en charge psychosociale des Personnes Vivant avec le VIH (PVV),
- Faire recourir aux conseils et tests volontaires de l'infection à VIH.

Spécifiquement, il faudra conscientiser ces jeunes de l'absence de sexe sans risque.

Enfin, pour maintenir les images positives du problème des jeunes de la CRSN, notre programme de communication va :

- Accroître les connaissances de ces jeunes, surtout les JNS, sur les symptômes des IST,
- Améliorer les connaissances de ces jeunes, surtout les JNS, sur le VIH et le SIDA,
- Approfondir les connaissances de ces jeunes sur les moyens de prévention de l'infection à VIH.

Spécifiquement donc, le résultat attendu est qu'à la fin de la mise en œuvre du programme, les jeunes seront capables de :

- Décrire le SIDA,
- Déterminer la situation épidémiologique de l'infection à VIH,
- Décrire l'origine de l'infection à VIH,
- Justifier l'existence de transmission du VIH par l'allaitement, et l'absence de cette transmission par les piqûres de moustique,
- Expliquer le moyen de diagnostic de l'infection à VIH,
- Enoncer l'incurabilité du SIDA,
- Justifier les effets non protecteurs des toilettes après chaque rapport sexuel, des antibiotiques, des autres contraceptifs,
- Définir le rôle du préservatif,
- Justifier le recours au médecin en cas d'IST,
- Expliquer le délai de recours au médecin en cas d'IST,
- Exposer le risque d'attraper le VIH,
- Corriger la stigmatisation vis-à-vis des personnes susceptibles d'être à haut risque d'infection,
- S'opposer au multipartenariat,
- Eviter l'homosexualité,
- Défendre et développer la valeur de l'amour,
- Assister les PVV et assumer leur responsabilité face au VIH,
- Coopérer avec leur partenaire sexuel en matière de sexualité.
- Choisir les conseils et tests volontaires relatifs à l'infection à VIH,

IV.B.1.2.b- Les objectifs de communication ciblant la communauté :

Nos objectifs de communication pour cette communauté sont de :

- Conscientiser de la situation des jeunes de la CRSN en matière de IST/SIDA,
- Organiser la communauté pour une inclusion et adaptation de l'éducation pour la santé sexuelle dans le milieu scolaire et le milieu non scolaire (association, organisation ...)
- Plaidoyer, auprès des institutions concernées, pour l'inclusion du programme de communication pour le changement de comportement des jeunes dès le début du premier cycle dans les milieux scolaires de la CRSN. Il en est de même pour les diverses entités non scolaires où évoluent les jeunes de la CRSN.

IV.B.1.3- Elaboration de stratégies :

Vu ces objectifs, d'une part, des actions prioritaires et d'autres actions spécifiques sont à planifier. D'autre part, des stratégies particulières sont envisagées. En somme, nous avons retenu des modules de communication suivant les cibles.

IV.B.1.3.a- Les modules de communication pour les jeunes:

- La tendance épidémiologique actuelle,
- La place de l'infection à VIH à Madagascar et dans toutes ses régions,
- L'évolution clinique de l'infection à VIH,
- Le VIH, son mode d'action et ses impacts dans le corps humain,
- Le caractère incurable de l'infection à VIH,
- Les rôles, les indications et le mode d'utilisation des préservatifs,
- Les symptômes des IST chez les hommes et chez les femmes,
- Le moyen de diagnostic de l'infection à VIH,
- L'interaction synergique entre les IST curables et l'infection à VIH,
- Les modes de transmission et les moyens de prévention de l'infection à VIH.
- Les itinéraires thérapeutiques en cas d'IST,
- La prise en charge psychosociale des PVV,
- Les conseils et tests volontaires relatifs au VIH/SIDA,
- La santé sexuelle,

IV.B.1.3.b- Les modules de communication pour la communauté :

- La tendance épidémiologique actuelle,
- La place de l'infection à VIH à Madagascar et dans toutes ses régions,
- L'évolution clinique de l'infection à VIH,
- Les résultats de l'étude se rapportant aux jeunes de la CRSN,
- La santé sexuelle.

Des messages clairs, précis et spécifiques seront transmis à ces cibles, au moment opportun. La transmission de ces messages nécessitera des canaux de communication. Ainsi, le choix des supports de communication devra être envisagé. Une fois les messages et les supports choisis, des pré tests de nos stratégies seront menés avant la mise en œuvre du programme. A la fin, ce programme sera évalué compte tenu des changements souhaités.

Comme la communication pour le changement de comportement revient aux éducateurs, le volet formation s'ajoute au premier programme décrit précédemment. De même, vu l'interaction avec les facteurs de risque liés aux services des stratégies spécifiques devront s'adresser aux prestataires de soins IST et aux distributeurs de préservatifs.

IV.B.2- La formation :

Ce programme cible trois groupes distincts.

IV.B.2.1- Les segments cibles :

Tous les éducateurs qui auront à faire la communication pour le changement de comportement seront des cibles d'un programme de formation. Feron part de ces éducateurs :

- Les pairs (des préférences de ces jeunes),
- Les parents (vu qu'ils cohabitent avec la plupart de ces jeunes),
- Les enseignants,
- Les leaders de groupes,

- Les prestataires de soins,
- Les distributeurs de préservatif,
- Les dirigeants.

Vu les tâches des prestataires de soins IST et des distributeurs de préservatifs, ces derniers seront sujets à des programmes de formation spécifique.

IV.B.2.2- Les objectifs de formation :

IV.B.2.2.a- Les objectifs de formation ciblant les éducateurs :

A la fin du programme de formation, les éducateurs des jeunes sauront

- Maîtriser les modules relatifs au programme de communication pour le changement de comportement,
- Utiliser les techniques de communication,
- Conduire des séances de counseling en tenant compte des spécificités des groupes nécessitant ce service,
- Elaborer, essayer et produire des messages ciblés et des matériaux éducatifs appropriés.

IV.B.2.2.b- Les objectifs de formation ciblant les prestataires de soins IST :

A la fin du programme de formation, les prestataires de soins IST sauront :

- Mener convenablement des évaluations des cas de IST,
- Soigner correctement les patients consultant pour IST,
- Conduire des séances de counseling à l'endroit des patients consultant pour IST.

IV.B.2.2.c- Les objectifs de formation ciblant les distributeurs / vendeurs de préservatifs :

A la fin du programme de formation, les distributeurs / vendeurs de préservatifs sauront :

- Se ravitailler, stocker les préservatifs
- Distribuer ces préservatifs en suivant des techniques de communication adaptées.

IV.B.2.3- Elaboration de stratégies de formation:

Vu ces objectifs, nous avons retenu des modules de formation suivant les cibles.

IV.B.2.3.a- Les modules de formation pour les éducateurs:

- Tous les modules relatifs aux modules du programme pour le changement de comportement,
- Les techniques et stratégies de communication,

IV.B.2.3.b- Les modules de formation pour les prestataires de soins IST :

- La prise en charge par l'approche syndromique des patients consultant pour IST,
- La Communication Interpersonnelle,
- Le counseling IST/SIDA.

IV.B.2.3.c- Les modules de formation pour les distributeurs / vendeurs de préservatifs :

- La gestion des stocks et la vente de préservatifs,
- La Communication Interpersonnelle,
- Le counseling santé de reproduction.

Des contenus clairs, précis et spécifiques de ces modules seront transmis à ces cibles, au moment de la formation. La transmission de ces contenus nécessitera des

matériels et des méthodes de formation, du temps, des facilitateurs. Ainsi, l'élaboration des protocoles de mise en œuvre de ces programmes de formations devra être envisagée.

IV.B.3- Les ultimes approfondissements :

Constitué d'un diagnostic systémique, notre travail a permis de relever tous les facteurs que nous avons jugés pertinents. Cependant, vue la complexité d'une étude systémique, d'autres points méritent un approfondissement. De la sorte, d'autres travaux de recherche seront des implications de notre travail.

Nous proposons d'étudier avec un point de vue systémique pour le CRSN et les communes environnantes :

- Les situations des adultes face à l'infection à VIH/SIDA et à la sexualité en général,
- Les relations sexuelles rémunérées.

Pour finir, la recherche de la politique appropriée à la mise en œuvre des programmes proposés ci-dessus sera le prochain travail qui doit être fait. Ainsi, à l'issue de notre travail qui est surtout axé sur l'établissement d'un diagnostic systémique, les axes stratégiques présentés aideront à élaborer un protocole de programme local de lutte contre l'infection à VIH. Ce programme va cibler spécifiquement les jeunes de la CRSN et nécessitera beaucoup d'acteurs selon nos résultats.

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

Grâce à la méthodologie que nous avons empruntée, nous estimons que nous avons pu atteindre nos objectifs de recherche. Notre travail, basé sur le risque potentiel d'explosion du SIDA chez les jeunes de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana (CRSN) a permis de poser un diagnostic systémique et de proposer des ébauches de solutions que nous jugeons adéquates à la situation.

Effectivement, il faut être vigilant, le SIDA risque d'exploser chez les jeunes de la CRSN. Nous avons pu identifier les raisons de ce risque. Des jeunes ont déjà eu des relations sexuelles. La majeure partie de ces jeunes ont leur premier rapport sexuel avant leurs 19 ans. De plus, ils n'utilisent pas de préservatif à ce moment précis de leur vie sexuelle. La plupart ont un partenaire sexuel régulier au cours de ces 12 derniers mois. Un peu moins de la moitié ont des relations sexuelles avec les partenaires occasionnels non prostitués et un sur dix avec les partenaires prostitués au cours de ce même intervalle de temps. Presque tous ces jeunes n'utilisent pas de préservatif avec les partenaires sexuels réguliers. Cependant, trois jeunes sur quatre en utilisent avec les partenaires sexuels prostitués. Enfin, nous déduisons qu'aucun jeune n'a fait de dépistage du VIH/SIDA.

Sans négliger les jeunes évoluant dans le milieu scolaire, une attention particulière se porte sur les jeunes qui ne fréquentent plus le milieu scolaire vis-à-vis d'autres variables qui expliquent le problème central, à savoir le fait d'avoir des relations sexuelles, la non-utilisation de préservatif avec les partenaires sexuels non prostitués et le problème relatif avec l'existence d'antécédent d'écoulement et / ou d'ulcération génitale.

Les profils du portrait du risque d'explosion du SIDA chez les jeunes de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana ainsi décrits, des facteurs regroupés dans trois catégories (facteurs de risque liés à l'individu, facteurs de risque liés aux services, facteurs de vulnérabilité) influencent significativement et différemment ces éléments du problème central.

Non seulement ces facteurs ont des influences directes sur le problème central, mais des interactions existent aussi entre eux.

Compte tenu de ces résultats et des différents arguments que nous avons apportés, nous proposons trois grands axes stratégiques avec des éléments spécifiques pour ce problème relatif au risque d'explosion du SIDA chez les jeunes de 15 à 24 ans de la CRSN. En général, un programme de Communication pour le Changement de Comportement ciblant directement les jeunes et indirectement la communauté sera planifié. S'y ajoute un programme de formation des trois cibles spécifiques dont les éducateurs (surtout les pairs) des jeunes, les prestataires de soins IST et les personnels offrant la vente des préservatif. Enfin, d'autres travaux méritent encore d'être faits, tant pour approfondir certains volets de cette étude que pour explorer d'autres sommaires de ce problème du SIDA dans la Commune Rurale de Sabotsy Namehana.

ANNEXES

Annexe 1

QUESTIONNAIRE : ENQUETE INDIVIDUELLE APPROFONDIE AUPRES DES JEUNES DE LA CRSN
--

**0-IDENTIFICATION DE CHAQUE QUESTIONNAIRE : (A remplir au
préalable)****001**-N° questionnaire : I__I__I**002**-Lieu de l'enquête:.....**003**-Enquêteur :..... Code : I__I__I**004**-Date de l'enquête : I__ __I__ __I__ __IVérification du superviseur :.....

<u>I-IDENTIFICATION DES REpondants :</u>	
101-Sexe 1-Masculin 2-Féminin	I__I
102-Quel âge avez-vous ? Age :..... 88-NSP 99-PR	I__I__I
103-Etes-vous marié(e) ? 1-Oui 2-Non 9-PR	I__I
104-Avez-vous fréquenté l'école ? 1-Oui 2-Non ➡ Allez à 106 9-PR	I__I
105-Quel niveau d'instruction avez-vous atteint ? 1-Primaire 2-Secondaire 1 ^{er} cycle 3-Secondaire 2 nd cycle 4-Supérieur 8-NSP 9-PR	I__I
106-Depuis combien d'années habitez-vous à Sabotsy Namehana ? Nombre d'années :..... 88-NSP 99-PR	I__I__I
107-Quelle est votre religion ? 0-Aucune 1-Protestante 2-Catholique 3-Advantiste 4-Témoin de Jehovah 5-Autres :..... 8-NSP 9-PR	I__I
108-Quelle est votre ethnité ? 1-Merina 2-Betsileo 3-Betsimisaraka 4-Merina/Betsileo 5-Merina/Betsimisaraka 6-Autres : 8-NSP 9-PR	I__I
109-Avec qui habitez-vous actuellement ? 0-Personne 1-Parents 2-Epoux(se) 3-Famille 4-Autres :..... 8-NSP 9-PR	I__I

110-Quelle est votre profession ? 0-Aucune 1-Agriculteur/Eleveur/Artisan ➡ Allez à 112 2-Marchand ambulant ➡ Allez à 112 3-Salarié ➡ Allez à 112 4-Cadre moyen ➡ Allez à 112 5-Cadre supérieur ➡ Allez à 112 6-Etudiant/Lycéen/Collégien/ 7-Autres :..... ➡ Allez à 112 8-NSP 9-PR	I__I
111-Qui prend en charge vos frais de scolarité ou vos besoins quotidiens ? 1-Moi même 2-Parents 3-Epoux(se) 4-Autres 8-NSP 9-PR	I__I
112-Buvez-vous de l'alcool ? 1-Jamais 2-Occasionnellement 9-Régulièrement	I__I
113-Prenez-vous de drogue ? 1-Jamais ➡ Allez à 115 2-Occasionnellement 9-Régulièrement	I__I
114-Comment les utilisez-vous ? 1-Orale 2-Injectable 3-Autres : 8-NSP 3-PR	I__I
115-Etes-vous membre d'un groupe de rencontre? 1-Oui 2-Non ➡ Allez à A2O1 3-PR ➡ Allez à A2O1	I__I
116-Quel type de groupe est-ce ? 1-Chorale 2-Scout 3-Club de sport 4-Autres :..... 5-PR	I__I
119-Quel genre de sport faites-vous ? 1-Basket-ball 2-Rugby 3-Volley-ball 4-Foot-ball 5-Karate 6-Autres :..... 8-NSP 9-PR	I__I

<p>2-PRATIQUES SEXUELLES : 2A-NOMBRE ET TYPES DE PARTENAIRES SEXUELS : A201-Avez-vous déjà fait des rapports sexuels ? I__I 1-Oui 2-Non ☞ Allez à F201 9-PR ☞ Allez à F201</p> <hr/> <p>A202-Quel âge aviez-vous au cours de votre premier rapport sexuel ? I__I__I Age au premier rapport : 88-NSP 99-PR</p> <hr/> <p>A203-Avez-vous utilisé du condom au cours de votre premier rapport sexuel ? I__I 1-Oui 2-Non ☞ Allez à A205 8-NSP ☞ Allez à A205 9-PR ☞ Allez à A205</p> <hr/> <p>A204-Pourquoi avez-vous utilisé du condom au cours de votre premier rapport sexuel ? I__I 1-Peur d'une grossesse 2-Peur des IST 3-Peur du SIDA 4-Peur d'une grossesse et des IST/SIDA 5-Autres : 8-NSP 9-PR</p> <hr/> <p>A205-Pourquoi n'aviez vous pas utilisé de condom au cours de votre premier rapport sexuel ? I__I 1-Condom pas disponible 2-Je n'aime pas utiliser 3-J'ai confiance en moi/en lui 4-J'utilise déjà d'autres contraceptifs 5-Mon partenaire n'en voulait pas 6-Je n'ai pas pensé à cela 7-Autres : 8-NSP 9-PR</p> <hr/> <p>A206-Avez-vous fait des rapports sexuels au cours de ces douze derniers mois ? I__I 1-Oui 2-Non ☞ Allez à F201 8-NSP ☞ Allez à F201 9-PR ☞ Allez à F201</p> <hr/> <p>A207-Filtre : Si 103 = Oui (1) Avez-vous fait des rapports sexuels avec un PSR au cours de ces 12 derniers mois ? I__I 1-Oui ☞ Passez par B201 2-Non 8-NSP 9-PR</p>	<p>A208-Avez-vous fait des rapports sexuels avec un partenaire « occasionnel » non prostitué ces douze derniers mois ? I__I 1-Oui ☞ Passez par A209 et C201 2-Non ☞ Allez à A210 8-NSP ☞ Allez à A210 9-PR ☞ Allez à A210</p> <hr/> <p>A209-Avec combien de « Partenaires sexuels occasionnels non prostitués » avez-vous fait des rapports sexuels ces 12 derniers mois ? I__II__I Nombre de partenaires sexuels occasionnels non prostitués : 88-NSP 99-PR</p> <hr/> <p>A210-POUR LES GARCONS : Avez-vous fait des rapports sexuels avec des prostituées ces douze derniers mois ? I__I 1-Oui ☞ Passez par à AA212 et D201 2-Non ☞ Allez 213 8-NSP ☞ Allez à A213 9-PR ☞ Allez à A213</p> <hr/> <p>A211-Avec combien de prostitués avez-vous fait des rapports sexuels ces 12 derniers mois ? I__II__I Nombre de partenaires prostitués : 88-NSP 99-PR</p> <hr/> <p>A212-POUR LES GARCONS : Jusqu'à maintenant nous avons parlé des personnes de sexe féminin avec qui vous avez eu des rapports sexuels. Ainsi avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec des personnes de sexe masculin ? I__I 1-Oui ☞ Passez par A214 2-Non ☞ Allez à A216 3-NSP ☞ Allez à A216 4-PR ☞ Allez à A216</p> <hr/> <p>A213-Avez-vous eu des rapports sexuels avec des personnes de sexe masculin ces 12 derniers mois ? I__I 1-Oui ☞ Passez par E201 2-Non ☞ Allez à A215 8-NSP ☞ Allez à A215 9-PR ☞ Allez à A215</p> <hr/> <p>A214-Avec combien d'hommes avez-vous fait des rapports sexuels ces douze derniers mois ? I__II__I Nombre de partenaires sexuels masculins : 88-NSP 99-PR</p>
--	--

A215-Votre partenaire sexuel pose-t-il(elle) des contraintes dans vos relations sexuelles ?	I__I
1-Oui 2-Non ☞ Allez à B201 8-NSP ☞ Allez à B201 9-PR ☞ Allez à B201	
<hr/>	
A216-Sous quelle forme se présentent ces contraintes sexuelles ?	I__I
1-Je dois faire du rapport sexuel même si je n'en voulais pas. 2-le dois faire du rapport sexuel aucours de la période féconde. 3-Je dois faire du rapport sexuel aucours des menstruations. 4-Je n'ai pas le droit d'utiliser un condom 5-Autres :..... 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
2B-PARTENAIRES SEXUELS REGULIERS : (Epoux/se ou partenaire fixe/titulaire)	
B201-Filtre : A207 ou A208 = Oui (1)	I__I
Utilisez-vous de condom avec le dernier partenaire sexuel régulier ?	
1-Oui ☞ Passez par B202/203 2-Non ☞ Passez par B202/203/204 8-NSP ☞ Allez à B204 9-PR ☞ Allez à B204	
<hr/>	
B203-QUAND LE JEUNE UTILISE DU CONDOM :	
Pourquoi utilisez-vous du condom quand vous faites de rapport sexuel avec votre epoux(se)/partenaire fixe, c'est à dire, votre partenaire sexuel régulier ?	
1-Peur d'une grossesse et des IST/SIDA 2-Autres :..... 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B204-QUAND LE JEUNE N'UTILISE PAS DE CONDOM :	
Pourquoi n'utilisez-vous pas de condom quand vous faites un rapport sexuel avec votre partenaire sexuel régulier ?	
1-Condom pas disponible 2-Je n'aime pas utiliser 3-J'ai confiance en moi/en lui 4-J'utilise déjà d'autres contraceptifs 5-Mon partenaire n'en voulait pas 6-Je n'ai pas pensé à cela 7-Autres :..... 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B205-Quel âge a votre époux(se)/partenaire fixe, c'est-à-dire votre dernier partenaire régulier ?	I__II__I
Age du partenaire régulier :..... 88-NSP	

2C-PARTENAIRES OCCASIONNELS NON PROSTITUES :	
C201-Filtre : A208 = Oui (1)	
Utilisez-vous du condom avec vos partenaires sexuels occasionnels non prostitués ?	
1-Oui ☞ Passez par C202/203 2-Non ☞ Passez par C202/203/204	
<hr/>	
C202-QUAND LE JEUNE UTILISE CONDOM :	
Pourquoi utilisez-vous du condom avec le dernier partenaire sexuel non prostitué ?	
1-Peur d'une grossesse et des IST/SIDA 2-Autres :..... 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
C203-QUAND LE JEUNE N'UTILISE PAS DE CONDOM :	
Pourquoi n'utilisez-vous pas de condom quand vous faites des rapports sexuels avec vos partenaires sexuels occasionnels non prostitués ?	
1-Condom pas disponible 2-Je n'aime pas utiliser 3-J'ai confiance en moi/en lui 4-J'utilise déjà d'autres contraceptifs 5-Mon partenaire n'en voulait pas 6-Je n'ai pas pensé à cela 7-Autres :..... 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
C204-Quel âge a votre dernier partenaire sexuel occasionnel non prostitué ?	I__I__I
Age du partenaire sexuel occasionnel non prostitué :..... 88-NSP 99-PR	
<hr/>	

2D-PARTENAIRES PROSTITUEES :

D201-Filtre : A210 = Oui :
 Utilisez-vous du avec le(a) dernier(e) prostitué(e)s ? ☐ ☐
 1-Oui ➡ **Passez par D202**
 2-Non ➡ **Passez par 203**
 8-NSP ➡ **Allez à D204**
 9-PR ➡ **Allez à D204**

D202-QUAND LE JEUNE UTILISE CONDOM :
 Pourquoi utilisez-vous de condom ☐ ☐
 avec vos partenaires sexuels prostitués ?
 1-Peur des IST
 2-Peur du SIDA
 3-Peur des IST/SIDA
 4-Autres :.....
 8-NSP
 9-PR

D203-QUAND LE JEUNES N'UTILISE PAS DE CONDOM :
 Pourquoi n'utilisez-vous pas de condom quand vous faites de rapport sexuel avec vos partenaires sexuels prostituées ? ☐ ☐
 1-Condom pas disponible
 2-Je n'aime pas utiliser
 3-J'ai confiance en moi/en lui
 4-Mon partenaire n'en voulait pas
 5-Je n'ai pas pensé à cela
 6-Autres :.....
 8-NSP
 9-PR

D204-Où trouvez-vous des prostitués avec lesquels vous pouvez faire des rapports sexuels ? ☐ ☐
 1-A Sabotsy Namehana
 2-Ailleurs :.....
 8-NSP
 9-PR

2E-GARCONS AYANT DES PARTENAIRES SEXUELS MASCULINS :

E201-Filtre : A213 = Oui :
 Utilisez-vous du condom un rapport sexuel ☐ ☐
 avec un autre homme ?
 1-Oui ➡ **Passez par E202**
 2-Non ➡ **Passez par 203**
 8-NSP
 9-PR

E202-QUAND LE JEUNE UTILISE CONDOM : ☐ ☐
 Pourquoi utilisez-vous de condom ☐ ☐
 quand vous faites de rapport sexuel avec des hommes ?
 1-Peur des IST
 2-Peur du SIDA
 3-Peur des IST/SIDA
 4-Autres :.....
 8-NSP
 9-PR

E203-QUAND LE JEUNE N'UTILISE PAS DU CONDOM :
 Pourquoi n'utilisez-vous pas de condom quand vous faites de rapport sexuel avec des hommes ? ☐ ☐
 1-Condom pas disponible
 2-Je n'aime pas utiliser
 3-J'ai confiance en moi/en lui
 4-Mon partenaire n'en voulait pas
 5-Je n'ai pas pensé à cela
 6-Autres :.....
 8-NSP
 9-PR

E204-Où trouvez-vous des hommes avec lesquels vous faites des rapports sexuels ? ☐ ☐
 1-A Sabotsy Namehana
 2-Ailleurs :.....
 8-NSP
 9-PR

2F-ANTECEDENTS DE VIOL :

F201-Avez-vous déjà été victime de viol ? ☐ ☐
 1-Oui
 2-Non ➡ **Allez à A301**
 8-NSP ➡ **Allez à A301**
 9-PR ➡ **Allez à A301**

F202-Qui a été l'auteur de ce viol ? ☐ ☐
 1-Père
 2-Mère
 3-Famille
 4-Enseignant
 5-Inconnu
 6-Autres :.....
 8-NSP
 9-PR

Filtre : Si a déjà fait des rapports sexuels

3-PRATIQUES VIS A VIS DES IST/SIDA :

3A-PRATIQUE VIS A VIS DES IST :
 A301-Avez-vous déjà eu des écoulements pertes génitales et/ou des ulcérations/plaies génitales au cours de ces douze derniers mois? ☐ ☐
 1-Oui
 2-Non ►►►►► **Allez à A318**
 8-NSP ►►►►► **Allez à A318**
 9-PR ►►►►► **Allez à A318**

A302-Quand a eu lieu ce dernier épisode d'écoulements et/ou ulcérations génitales ? ☐ ☐
 Mois :.....
 Année :.....

A303-Qu'avez-vous fait en premier au cours de ce dernier épisode d'écoulement et/ou ulcération génitales ?	I_I
1-Voir un médecin ☞ Passez par A304 2-Voir un tradi-praticien ☞ Passez par A310 3-Acheter tout de suite des médicaments pharmacie ☞ Allez à A309 4-Prendre tout de suite les médicaments à la maison ☞ Allez à A309 5-Autres : ☞ Allez à A309 8-NSP ☞ Allez à A309 9-PR ☞ Allez à A309	
<hr/>	
A304-Si AVIS D'UN MEDECIN : Combien de jours après l'apparition des écoulements et/ou ulcérations étiez-vous allé voir un médecin ?	I_I
1-Le même jour 2-< 1 semaine 3-1 semaine à 1 mois 4-> 1 mois 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
A305-Avez-vous utilisé tous les médicaments que le médecin a prescrits ?	I_I
1-Oui ☞ Allez à A307 2-Non 8-NSP ☞ Allez à A307 9-PR ☞ Allez à A307	
<hr/>	
A306-Pourquoi n'avez-vous pas utilisé tous les médicaments que le médecin a prescrits ?	I_I
1-J'ai oublié 'en prendre 2-Je n'ai pas compris les explications 3-Trop cher 4-Mauvais goût 5-Beaucoup d'effets secondaires 6-Autres : 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
A307-SI AVIS D'UN TRADIPRATICIEN : Avez-vous été traité par un tradipraticien ?	I_I
1-Oui 2-Non ☞ Aller à A316 9-PR ☞ Allez à A316	
<hr/>	
A308-Que vous a-t-il prescrit ?	I_I
1-Médicament : 2-Tambavy (Infusion) : 3-Massage : 4-Autres : 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
A309-Comment les avez-vous utilisés ?	I_I
1-Médicament : 2-Tambavy : 3-Massage : 4-Autres : 8-NSP 9-PR	

A310-Votre partenaire a-t-il reçu des traitements ?	I_I
1-Oui ☞ Allez à A312 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
A311-Pourquoi ne l'a-t-on pas traité ?	I_I
1-Pas de symptômes 2-Autre : 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
A312-Un de vos partenaires sexuels a-t-il déjà eu d'écoulement et /ou ulcération génitale ?	I_I
1-Oui 2-Non ☞ Allez à B301 8-NSP ☞ Allez à B301 9-PR ☞ Allez à B301	
<hr/>	
A313-Quand ?	I_I
Mois : Année : 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
A314-Avez vous incité cette personne à se faire traiter ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
A315-Et vous, avez-vous eu un traitement à ce moment là ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
Filtre : Adéjà fait et n'a jamais fait de rapport sexuel.	
3B-PRATIQUES VIS AVIS DU SIDA	
B301-Avez-vous déjà fait un dépistage du SIDA ?	I_I
1-Oui 2-Non ☞ Allez à B307 8-NSP ☞ Allez à B307 9-PR ☞ Allez à B307	
<hr/>	
B302-Qu'est ce qu'on vous a fait ?	I_I
1-Prise de sang 2-Autres : 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B303-Avez-vous fait ce dépistage volontairement ?	I_I
1-Volontairement 2-Conseillé par quelqu'un 3-Contre mon gré 4-Autres : 8-NSP 9-PR	

B304-Avez-vous connu le résultat ?	I _ I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B305-Pourquoi avez-vous fait un dépistage du SIDA ?	I _ I
1-Simple curiosité 2-Nécessité (Travail, étude) 3-Visite prénuptiale 4-Autres :..... 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B306-Quand avez-vous fait votre dernier dépistage ?	I _ I
Date :..... Mois :..... Année :.....	
<hr/>	
B307-SI N'A JAMAIS EU DE DEPISTAGE DU SIDA :	
Pourquoi n'avez-vous jamais fait du dépistage du SIDA ?	I _ I
1-Je n'en ai pas besoin 2-Je ne suis pas malade 3-Je n'ai jamais fait de rapport sexuel 4-J'ai confiance en moi/en lui 5-Je n'ai jamais eu de transfusion sanguine 6-Autres :..... 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
Filtre : N'a pas utilisé de condom les 12 derniers mois.	
4-UTILISATION DE PRESERVATIFS AU DELA DES 12 DERNIERS MOIS.	
Filtre : A201=	
.A déjà fait de rapport sexuel K Passez par A401	
. N'a jamais fait de rapport sexuel K Allez à B401	
4A-A DEJA FAIT DES RAPPORTS SEXUELS	
A401-Jusqu'à maintenant, nous avons parlé de rapport sexuels que vous avez eu ces 12 derniers mois	
Audelà de ces 12 derniers mois, avez-vous déjà utilisé du condom ?	I _ I
1-Oui 2-Non 9-PR	
<hr/>	
A402-QUAND LE JEUNE UTILISE DU CONDOM :	
Avec qui avez-vous utilisé du condom ?	I _ I
1-Epoux / Partenaire fixe 2-Partenaire occasionnel non prostitué 3-Prostitué 4-Partenaire sexuel masculin 8-NSP 9-PR	

A03-QUAND LE JEUNE UTILISE DU CONDOM :	
Pourquoi avez-vous utilisé du condom audelà de ces 12 derniers mois ?	I _ I
1-Peur d'une grossesse et des IST/SIDA 2-Autres :..... 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
A404-QUAND LE JEUNE N'UTILISE PAS DU CONDOM :	
Pourquoi n'avez-vous pas utilisé du condom audelà de ces 12 derniers mois ?	I _ I
1-Condom pas disponible 2-Je n'aime pas utiliser 3-J'ai confiance en moi/en lui 4-J'utilise d'autres contraceptifs 5-Mon partenaire n'en veut pas 6-Je n'ai pas pensé à cela 7-Autres :..... 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
4B-A DEJA FAIT ET N'A JAMAIS FAIT DE RAPPORT SEXUEL :	
B401-Avez-vous déjà entendu parler du condom ?	I _ I
1-Oui 2-Non ➡ Allez à B501 8-NSP ➡ Allez à B501 9-PR ➡ Allez à B501	
<hr/>	
B402-Connaissez-vous quelqu'un ou un endroit pour acheter du condom ?	I _ I
1-Oui 2-Non ➡ Allez à B406 9-PR ➡ Allez à B406	
<hr/>	
B403-Où est cet endroit ou qui est cette personne ?	I _ I
1-Clinique/Dispensaire/Hôpital 2-Pharmacie 3-Epicier/Grossiste 4-Amis 5-Autres :..... 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B404-Cet endroit est-il loin ou près de votre maison / lieu de travail / école ?	I _ I
1-Très loin 2-Assez loin 3-Près 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B405-Combien de temps dépensez-vous pour aller acheter ce condom ?	I _ I
1-<1 heure 2-1 heure à 1 journée 3->1 journée 8-NSP 9-PR	

B406-Avez-vous assez d'argent pour acheter du condom ?	I _ I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
5-SOURCE D'INFORMATION :	
501-Ecoutez-vous la radio tous les jours, tous les week-ends, toutes les 2 semaines, tous les mois, ou jamais ?	I _ I
1-Tous les jours 2-Tous les week-ends 3-Toutes les 2 semaines 4-Tous les mois 5-Jamais ➡ Allez à 505 8-NSP ➡ Allez à 505 9-PR ➡ Allez à 505	6-Vacances
<hr/>	
502-Où écoutez-vous la radio ?	I _ I
1-A la maison 2-Au bureau 3-Transport public 4-Chez des amis 5-Autres :..... 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
503-Quelle chaîne aimez-vous écouter ?	I _ I
1-RNM 2-RTA 3-RDB 4-R. Faharavana / MRE 5-R.ACEEM 6-RVM 7-Autres :..... X-Tous 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
504-Quelle émission préférez-vous le plus dans cette chaîne ?	I _ I
.....	
<hr/>	
505-Regardez-vous la télé tous les jours, tous les week-ends, toutes les 2 semaines, tous les mois ou jamais ?	I _ I
1-Tous les jours 2-Tous les week-ends 3-Toutes les 2 semaines 4-Tous les mois 5-Jamais ➡ Allez à 509 6-Vacances 8-NSP ➡ Allez à 509 9-PR ➡ Allez à 509	
<hr/>	
506-Où regardez-vous la télé ?	I _ I
1-A la maison 2-Chez des Amis 3-Famille 4-Autres :..... 8-NSP 9-PR	

507-Quelle chaîne / TV aimez-vous le plus regarder ?	I _ I
1-TVM 2-RTA 3-MaTV 4-TVPlus 5-OTV 6-Record 7-Autres :..... X-Tous 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
508-Quelle émission aimez-vous le plus regarder ?	I _ I
1-Dessins animés 2-Film / Série 3-Documentaire / Reportage / Débat 4-Journal 5-Clip 6-Jeu / Divertissement 7-Dédicace 8-Pub 9-Zoma mahafinaritra.TVM 10-Sport X-Tous 88-NSP 99-PR	
<hr/>	
509-Regardez-vous la vidéo tous les jours, tous les week-ends, toutes les 2 semaines, tous les mois ou jamais ?	I _ I
1-Tous les jours 2-Tous les week-ends 3-Toutes les 2 semaines 4-Tous les mois 5-Jamais ➡ Allez à A601 6-Vacances 8-NSP ➡ Allez à A601 9-PR ➡ Allez à A601	
<hr/>	
510-Où regardez-vous la vidéo ?	I _ I
1-A la maison 2-Vidéo club ➡ Passez par 511 3-Chez des Amis 4-Partenaire sexuel 5-Autres :..... 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
511-Quel est le nom de ce vidéo club ?	I _ I
1-Taratra 2-Tranopokonolona 3-ex vidéo Collège Haskin 4-Zanatany 5-Firaisankina 6-MASCA 7-Jery 8-Delta 9-Avotra X-Tous 88-NSP 99-PR	

<p>512-Quel genre de film regardez-vous le plus ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1-Erotique 2-Action 3-Passion 4-Comédie 5-Documentaire 6-Aventure 7-Autres :..... 8-NSP 9-PR</p>	<p>A605-Si une personne a des symptômes de MST, que doit-elle faire selon votre connaissance ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1-Voir un médecin ☞ Passez par A606 2-Voir un tradipraticien ☞ Allez à B601 3-Aller à la pharmacie ☞ Allez à B601 4-Prendre les médicaments ☞ Allez à B601 disponibles chez elle 5-Notifier ses partenaires ☞ Allez à B601 sexuels 6-Ne plus faire de rapport ☞ Allez à B601 sexuel jusqu'à la guérison 7-Utiliser des condoms si ☞ Allez à B601 je dois faire des rapports sexuels 0-Autres :..... ☞ Allez à B601 8-NSP ☞ Allez à B601 9-PR ☞ Allez à B601</p>
<p>6-CONNAISSANCES :</p> <p>6A-CONNAISSANCES SUR LE IST :</p> <p>A601-Avez-vous déjà entendu parler des MST ou IST ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1-Oui 2-Non ☞ Allez à B601 8-NSP ☞ Allez à B601 9-PR ☞ Allez à B601</p>	<p>A606-Selon votre connaissance, combien de temps après l'apparition des signes une personne atteinte de MST doit aller voir un médecin ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1-Le jour même 2-< 1 semaine 3-1 semaine à 1 mois 4->1 mois 8-NSP 9-PR</p>
<p>A602-Citez 1 IST que vous connaissez. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1-Blennorragie 2-Syphilis 3-SIDA 4-Autres :..... 8-NSP 9-PR</p>	<p>6B-CONNAISSANCES SUR LE SIDA :</p> <p>B601-Avez-vous déjà entendu parler du SIDA ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1-Oui 2-Non ☞ Allez à B626 9-PR ☞ Allez à B626</p>
<p>A603-Citez 1 symptôme de IST que vous connaissez chez les femmes. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1-Ecoulement génital 2-Brûlure à la miction 3-Prurit vaginal 4-Douleur pelvienne 5-Dysparéunie 6-Ulcération / Plaie génitale 7-Adénopathie inguinale 0-Autres :..... 8-NSP 9-PR</p>	<p>B602-Selon votre connaissance, quel est le nom du germe responsable du SIDA ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1-VIH 2-Autres :..... 8-NSP 9-PR</p>
<p>A604-Citez au moins 2 symptômes de MST que vous connaissez chez les hommes. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1-Ecoulement uretral 2-Brulure à la miction 3-Miction fréquente 4-Ulcération / Plaie génitale 5-Adénopathies inguinales 6-Inflammation du scrotum 7-Autres :..... 8-NSP 9-PR</p>	<p>B603-Selon votre connaissance, une personne bien portant peut elle être porteur du germe responsable du SIDA ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR</p>
	<p>B604-Selon votre connaissance, le SIDA est-il guérissable ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR</p>

B605-Selon votre connaissance, existe-t-il un vaccin contre le SIDA ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B606-Selon votre connaissance, une personne utilisant convenablement le condom au cours d'un rapport sexuel avec un sidéen peut-elle être protégée du SIDA ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-Pr	
<hr/>	
B607-Selon votre connaissance, une personne n'ayant qu'un seul partenaire, ce dernier n'ayant aussi qu'un seul partenaire sexuel, peut-elle être protégée du SIDA ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B608-Selon votre connaissance, une personne est-elle protégée du SIDA si elle choisit l'abstinence sexuelle ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B609-Selon votre connaissance, une personne est-elle protégée du SIDA si elle prend des antibiotiques comme la Tetracycline ou autres ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B610-Selon votre connaissance, une personne est-elle protégée du SIDA si elle utilise des méthodes contraceptives autres que le condom ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B611-Selon votre connaissance, une personne est-elle protégée du SIDA si elle a l'habitude de pisser après chaque rapport sexuel ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	

B612-Selon votre connaissance, une personne est-elle protégée du SIDA si elle a l'habitude de faire une toilette intime après chaque rapport sexuel ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B613-Selon votre connaissance, à part toutes ces propositions, part quels autres moyens une personne peut-elle être protégée du SIDA ?	
Autres :..... 88-NSP 99-PR	
<hr/>	
B614-Selon votre connaissance, le SIDA se transmet-il par des piqûres de moustiques ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B615-Selon votre connaissance, le SIDA se transmet-il au cours d'un repas avec un sidéen ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B616-Selon votre connaissance, le SIDA se transmet-il par le sang ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B617-Selon votre connaissance, le SIDA se transmet-il par des embrassades ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B618-Selon votre connaissance, le SIDA se transmet-il par l'utilisation d'une seringue souillée par le sang d'un sidéen ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B619-Selon votre connaissance, une femme enceinte sidéen peut-elle transmettre sa maladie à l'enfant qu'elle porte ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	

B620-Selon votre connaissance, une mère sidéenne peut-elle transmettre sa maladie à l'enfant qu'elle allaite ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B621-Selon votre connaissance, le SIDA se transmet-il par un échange de vêtements avec un sidéen ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B622-Selon votre connaissance, le SIDA se transmet-il par des rapports sexuels avec un sidéen ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B623-Selon votre connaissance, le SIDA se transmet-il par l'utilisation des WC ou toilettes publiques ayant été déjà utilisées par un sidéen ?	I_I
1-Oui 2-Non 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B624-Selon votre connaissance, à part toutes ces propositions, par quels autres moyens le SIDA peut-il se transmettre ?	I_I
Autres :..... 88-NSP 99-PR	
<hr/>	
B625-Selon votre connaissance, par quel moyen pourra-t-on savoir qu'une personne a le SIDA ?	I_I
1-Analyse du sang 2-Autres :..... 8-NSP 9-PR	
<hr/>	
B626-Selon votre connaissance, quelles sont les avantages du condom ?	I_I
1-Pour éviter les grossesses non désirées 2-Pour se protéger des MST 3-Pour se protéger du SIDA 4-Pour éviter les grossesses non désirées et se protéger des MST/SIDA 5-Autres :..... 8-NSP 9-PR	

7- Autres :	I_I
701-Combien de partenaires sexuels aviez-vous avant votre mariage ?	
.....	

Annexe 2

GUIDE DES FOCUS GROUP

INTRODUCTION :

- 1-Présentation de tous les participants
- 2-Présentation des objectifs de la séance

- 3-Normes de travail
 - 4-Questions administratives
-

Remarque : *Toutes les réponses sont à éclaircir selon l'attitude des jeunes*

6-CONNAISSANCES :

F601-Selon votre connaissance, c'est quoi le SIDA ?

F602-Selon votre connaissance, dans quelles régions pourra-t-on rencontrer le SIDA ?

- ❖ Dans le monde
- ❖ En Afrique
- ❖ A Madagascar
- ❖ A Antananarivo
- ❖ A Sabotsy Namehana

F603-Avez-vous déjà rencontré / connu / entendu parler d'une personne atteinte du SIDA ?

- ❖ Comment avez-vous su qu'elle a le SIDA ?
- ❖ Comment s'est manifestée la maladie ?
- ❖ Comment s'est terminée la maladie ?

7-ATTITUDES :

F701-Quelle serait votre attitude vis à vis d'une personne vivant avec le VIH/SIDA ?

- ❖ Si simple connaissance
- ❖ Si époux(se)
- ❖ Si copain(e) / Partenaire sexuel
- ❖ Si parent
- ❖ Si famille
- ❖ Si ami(e)s

F702-Quelle serait votre attitude si jamais vous êtes atteint du SIDA ?

8-CROYANCES :

F801-Selon votre croyance, quelle est la cause / l'origine du SIDA ?

F802-Selon votre croyance, peut-on guérir le SIDA ?

- ❖ Par quel moyen ?

9-VALEUR :

F901-A part le rapport sexuel, par quel autre moyen pouvez -tu prouver votre amour pour quelqu'un ?

F902-Selon vous, quels genres ou quelles catégories de personnes doivent utiliser le préservatif au cours d'un rapport sexuel ?

F903-Que pensez-vous des personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels ?

F904-Que pensez-vous des homosexuels ou des hommes/garçons ayant de partenaires sexuels masculins ?

10-PERCEPTIONS DES RISQUES :

F10.001-Avez-vous peur d'attraper le SIDA ?

- ❖ Est-ce une grave maladie ?
- ❖ Est-ce guérissable ?
- ❖ Quelles catégories de personnes pourraient être atteintes du SIDA ?
 - Bonne santé / Malade
 - Riches / Pauvres
 - Masculins / Féminins
 - Enfants / Adolescents / Jeunes / Adultes....

11-RESEAU SOCIAL DE COMMUNICATION :

F11.001-Quelles sont les lois / us et coutumes qui régissent votre société à propos des rapports sexuels ?

- ❖ Religion
- ❖ Ethnie
- ❖ Région de résidence...

F11.002-Quels sont vos critères de choix de partenaire sexuel ?

- ❖ Origine
- ❖ Résidence
- ❖ Caractères
- ❖ Apparences physiques
- ❖ Relations...

12-ACCESSIBILITE DANS DES CENTRES DE SANTE :

F12.001-Quels sont les problèmes que vous rencontrez dans les centres de santé et/ou services de santé à propos de la prise en charge des MST/SIDA des jeunes, surtout dans la Commune de Sabotsy Namehana ?

5-SOURCES D'INFORMATION :

F501-Par qui et/ou par quoi avez-vous déjà entendu parler des MST/SIDA ?

- ❖ De quoi vous a-t-on parlé ?
- ❖ Quel « MESSAGE » avez-vous retenu ?
- ❖ Quel changement de comportement avez-vous adopté après ?

F502-A quelle personne voulez-vous vous adresser pour parler/discuter de MST/SIDA ?

F503-Si des Informations/Eductions en matière de MST/SIDA seront en vue :

- ❖ Où voudras-tu qu'on les fasse ?
- ❖ Qui aimeras-tu les dispenser ?
- ❖ A quel moment voudras-tu qu'on les fasse ?
- ❖ Par quels moyens ?
- ❖ Avec qui voudras-tu les apprendre ?

F504-Le chapitre de MST/SIDA n'est qu'une partie de la Santé Reproductive des Jeunes.

A part les MST/SIDA, que voulez-vous apprendre de plus à propos de la Santé Reproductive des Jeunes ?

- ❖ Pourquoi ?
-

Conclusion / Remerciements

Annexe 3

GUIDE D'OBSERVATION DES PRESTATAIRES DE SOINS DANS LA COMMUNE RURALE DE SABOTSY NAMEHANA

Date		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observation N°		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Code enquêteur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Code prestataire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profession prestataire	Médecin - Infirmier - Sage femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexe prestataire	Masculin - Féminin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexe patient	Masculin - Féminin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age patient	< 25 ans - ≥ 25 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème dont se plaint le patient		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Type du dernier partenaire sexuel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 1- Les questions suivantes sont-elles posées ? OUI - NON ☐
- ☞ Quels sont les symptômes actuels ? OUI - NON ☐
- ☞ Début ou durée des symptômes ? OUI - NON ☐
- ☞ Y-a-t-il eu des relations sexuelles récentes ? OUI - NON ☐
- Pour les femmes exclusivement
- ☞ Y-a-t-il eu plus d'un partenaire sexuel dans les trois derniers mois ? OUI - NON ☐
- ☞ Y-a-t-il eu un nouveau partenaire sexuel dans les trois derniers mois ? OUI - NON ☐
- 2- Les parties génitales du patient sont-elles bien visibles ? (femme étendue) OUI - NON ☐
- 3- Utilise-t-on des gants pour l'examen ? OUI - NON ☐
- 4- Les organes génitaux externes sont-ils examinés soigneusement à la recherche d'un écoulement ou d'une ulcération ? OUI - NON ☐
- ☞ Homme non circoncis : Le prépuce est-il rétracté ? OUI - NON ☐
- KFemme : A-t-on écarté les lèvres ? OUI - NON ☐
- ☞ - Pour les femmes exclusivement :
- ☞ Y-a-t-il eu un examen au spéculum ? OUI - NON ☐
- Si oui
- A-t-on utilisé une source de lumière suffisante ? OUI - NON ☐
- ☞ A-t-on pratiqué un examen bimanuel ? OUI - NON ☐
- 6- Le soignant a-t-il demandé des examens de laboratoires ? OUI - NON ☐
- Si oui
- Lesquels ? _____ ☐
- 7- Quel est le diagnostic établi par le soignant ? _____ ☐
- KInscrire le type de diagnostic. Etiologique - Symptomatique - Les deux ☐
- 8- Les résultats d'un examen de laboratoire était-il connu par le soignant avant ce diagnostic ? OUI - NON ☐

9- Demander au soignant quel traitement a-t-il prescrit au patient.

N°	Nom du médicament	Quantité	Posologie	Voie	Durée
1					
2					
3					
4					
	☞ Traitement correct			OUI - NON	<input type="checkbox"/>
	10- Le traitement final dépendra-t-il des résultats des examens de laboratoires ?			OUI - NON	<input type="checkbox"/>
	11- Où le patient reçoit-il les médicaments qui lui ont été prescrits ? _____				<input type="checkbox"/>
	12 Le soignant a-t-il fait ressortir au patient l'importance de suivre le traitement jusqu'au bout ?			OUI - NON	<input type="checkbox"/>
	13- Le risque d'infection à VIH/SIDA est-il mentionné ?			OUI - NON	<input type="checkbox"/>
	14- Fait-on valoir l'intérêt du préservatif pour la prévention des IST et de l'infection à VIH ?			OUI - NON	<input type="checkbox"/>
	☞ Donne-t-on ou vend-on des préservatifs au patient ?			OUI - NON	<input type="checkbox"/>
	☞ Indique-t-on comment se servir d'un préservatif			OUI - NON	<input type="checkbox"/>
	15- Le patient est-il instamment prié d'envoyer son ou ses partenaires ?			OUI - NON	<input type="checkbox"/>
	Si non				
	• Le soignant donne-t-il des médicaments pour son ou ses partenaires ?			OUI - NON	<input type="checkbox"/>
	16- L'intimité est-elle respectée pendant la consultation ?			OUI - NON	<input type="checkbox"/>
	17- RESULTAT FINAL				
	• IP6 ☞ Anamnèse			OUI - NON	<input type="checkbox"/>
	☞ Examen physique			OUI - NON	<input type="checkbox"/>
	☞ Traitement			OUI - NON	<input type="checkbox"/>
			☞ Cotation finale IP6	OUI - NON	<input type="checkbox"/>
	• IP7 ☞ Conseils sur les intérêts du préservatif			OUI - NON	<input type="checkbox"/>
	☞ Conseils sur la notification des partenaires			OUI - NON	<input type="checkbox"/>
			☞ Cotation finale IP7	OUI - NON	<input type="checkbox"/>

Annexe 4

GUIDE D'ENTRETIEN DES PRESTATAIRES DE SOINS DANS LA COMMUNE RURALE DE
SABOTSY NAMEHANA

Date	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code enquêteur	<input type="text"/>					
Code prestataire	<input type="text"/>					
Profession prestataire	Médecin - Infirmier - Sage femme	<input type="text"/>				
Sexe prestataire	Masculin - Féminin	<input type="text"/>				
Arrondissement	Atsinanantsena - Namehana - Manandriana - Anosy Avaratra	<input type="text"/>				
Le prestataire a-t-il fait l'objet d'une observation ?	OUI - NON	<input type="text"/>				

1- Lorsqu'un patient consulte pour IST, est-ce que vous lui posez des questions ? OUI - NON ☐

2- Si oui, quelles questions posez-vous ?

☞ Les symptômes actuels ? OUI - NON ☐

☞ Début ou durée des symptômes ? OUI - NON ☐

☞ Relations sexuelles récentes ? OUI - NON ☐

3- Examinez-vous toujours vos patients de sexe masculin ? OUI - NON ☐

4- Si oui, veuillez décrire chaque étape de l'examen d'un patient de sexe masculin.

☞ Le patient est-il prié de se déshabiller pour que ses parties génitales soient complètement visibles ? OUI - NON ☐

☞ Le patient est-il examiné à la recherche d'un écoulement urétral ? OUI - NON ☐

☞ Recherche-t-on la présence de lésion après avoir rétracté le prépuce ? OUI - NON ☐

5- Examinez-vous toujours vos patients ? OUI - NON ☐

6- Si oui, veuillez décrire chaque étape de l'examen d'une femme.

☞ La patiente est-elle priée de se déshabiller et de s'allonger pour que ses parties génitales soient complètement visibles ? OUI - NON ☐

☞ La recherche de pertes vaginales est-elle évoquée ? OUI - NON ☐

☞ Les lèvres sont-elles écartées à la recherche de lésion ? OUI - NON ☐

☞ Un examen au spéculum est-il fait ? OUI - NON ☐

☞ Un examen bimanuel est-il fait ? OUI - NON ☐

7- Disposez-vous :

☞ Une table d'examen ? OUI - NON ☐

☞ Un spéculum ? OUI - NON ☐

☞ Une lampe d'examen ? OUI - NON ☐

☞ Des gants ? OUI - NON ☐

8- Sur quel diagnostic fondez-vous votre traitement ? OUI - NON ☐

9- Demandez - vous des examens de laboratoires ? OUI - NON ☐

Si oui

☞ Quel examen demandez-vous le plus souvent ?

10- Quel est le traitement que vous avez l'habitude de prescrire en première intention en cas de?

Diagnostic	Nom des médicaments	Quantité	Posologie	Voie	Durée
☞ Gonococcie					
Traitement correct			OUI - NON		<input type="checkbox"/>
☞ Urétrite non - gonococcique					
Traitement correct			OUI - NON		<input type="checkbox"/>
☞ Syphilis primaire					
Traitement correct			OUI - NON		<input type="checkbox"/>
☞ Chancre mou					
Traitement correct			OUI - NON		<input type="checkbox"/>
☞ Traitement étiologique correct					OUI - NON <input type="checkbox"/>

11- Faute de diagnostic définitif, quel est le traitement que vous avez l'habitude de prescrire en première intention à un patient présentant :

Diagnostic	Nom des médicaments	Quantité	Posologie	Voie	Durée
☞ Ecoulement urétral					
Traitement correct			OUI - NON		<input type="checkbox"/>
☞ Ulcérations génitales chez un homme					
Traitement correct			OUI - NON		<input type="checkbox"/>
☞ Ulcérations génitales chez une femme					
Traitement correct			OUI - NON		<input type="checkbox"/>
☞ Traitement symptomatique correct					OUI - NON <input type="checkbox"/>

12- Où vos patients se procurent-ils généralement les médicaments que vous leur prescrivez ? : _____ ☐

13- Y-a-t-il des médicaments que vous jugez essentiels pour le traitement des IST mais dont vous ne disposez pas ? OUI - NON ☐

Si oui

Lesquels ? _____

14- Quel type de seringue utilisez-vous habituellement ? Jetable - Réutilisables - Les deux ☐

15- Donnez-vous une éducation ou des conseils particuliers aux patients qui consultent pour une IST ? OUI - NON ☐

16- Si oui, veuillez décrire ces conseils à donner à un patient qui consulte pour IST.

- | | | |
|--|-----------|--------------------------|
| ☞ Demander au patient de prendre jusqu'au bout les médicaments prescrits. | OUI - NON | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Conseiller au patient d'utiliser du préservatif. | OUI - NON | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Conseiller au patient de demander à son (ses) partenaire(s) sexuel(s) de se faire soigner. | OUI - NON | <input type="checkbox"/> |

17- Avez-vous des réserves de préservatifs en ce moment ?

OUI - NON ☐

Si oui, demandez les questions 18 et 19.

Si non, passez à la question 20.

18- Combien de préservatifs avez-vous en stock ?

	<hr/>	<input type="checkbox"/>
☞ L'enquêteur a-t-il vérifié ce nombre ?	OUI - NON	<input type="checkbox"/>

19- Vous-est-il arrivé d'être en rupture de stock au cours des 12 derniers mois ?

OUI - NON ☐

20- Fournissez-vous des préservatifs aux patients qui consultent pour IST ?

OUI - NON ☐

21- Donnez-vous des indications à vos patients sur la manière d'utiliser les préservatifs ?

OUI - NON ☐

22- Avez-vous reçu un exemplaire du guide de prise en charge des IST à Madagascar ?

OUI - NON ☐

23- Quels sont les obstacles que vous avez rencontrés dans votre pratique concernant les IST ou la santé de reproduction en général ?

OUI - NON ☐

24- RESULTAT FINAL

- | | | | |
|-------|---|-----------|--------------------------|
| • IP6 | KAnamnèse | OUI - NON | <input type="checkbox"/> |
| | KExamen physique | OUI - NON | <input type="checkbox"/> |
| | KTraitement | OUI - NON | <input type="checkbox"/> |
| | ☞ Cotation finale IP6 | OUI - NON | <input type="checkbox"/> |
| • IP7 | KConseils sur les intérêts du préservatif | OUI - NON | <input type="checkbox"/> |
| | KConseils sur la notification des partenaires | OUI - NON | <input type="checkbox"/> |
| | ☞ Cotation finale IP7 | OUI - NON | <input type="checkbox"/> |

Annexe 5

TABLE DE X2

La table donne la probabilité ∞ pour que X2 égale ou dépasse une valeur donnée, en fonction du nombre de degrés de liberté.(ddl).

∞	0,90	0,50	0,30	0,20	0,10	0,05	0,02	0,01	0,001
ddl									
1	0,0158	0,455	1,074	1,642	2,706	3,841	5,412	6,635	10,827
2	0,211	1,386	2,408	3,219	4,605	5,991	7,824	9,210	13,815
3	0,584	2,366	3,665	4,642	6,251	7,815	9,837	11,345	16,266
4	1,064	3,357	4,878	5,989	7,779	9,488	11,668	13,277	18,467

Exemple : avec ddl = 3, pour X2 = 0,584, la probabilité est $\infty = 0,90$.

(*) D'après Fisher et Yates, *Statistical tables for biological, agricultural and medical research* (Olier and Boyd, Edinburgh) avec l'aimable autorisation des auteurs et des éditeurs.

BIBLIOGRAPHIES

- 1. ONUSIDA / OMS**
Le point sur l'épidémie du SIDA. Décembre 1998 : 18pp.
- 2. ONUSIDA**
Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/SIDA. 2000 : 135pp.
- 3. Laboratoire Nationale de Référence**
Rapport sur l'épidémie de SIDA à Madagascar. Antananarivo, Décembre 2001.
- 4. Rasamindrakotroka A. et coll.**
Le SIDA à Madagascar, 1995.
- 5. Ministère de la Santé**
Politique Nationale de Santé de la Reproduction. République de Madagascar.
2000 : 3, 4.
- 6. Banque Mondiale**
Rapport sur le développement dans le monde en 1993. Investir dans la santé :
Indicateur de développement dans le monde. Washington - Etats Unis
d'Amérique.
- 7. OMS**
Prévention de l'infection en milieu de soins par le VIH/SIDA. Document pour les
personnels de santé. Manille, 1991 : 8.
- 8. Belec L.**
La transmission sexuelle du SIDA. Que sais-je ? (ed.). Paris : La Presse
Universitaire de France, 1997 : 97 - 113.

9. Delmas MC.

Mode de transmission du VIH, in : Impact Médecin (ed.). Guide SIDA 1997.

10 Rosenbaum W.

Manifestation clinique, in : Impact Médecin (ed.). Guide SIDA 1997 : 49 - 74.

11. Harries A et coll.

Information générale sur la tuberculose et le VIH, in : TB/VIH Tuberculose et VIH, Manuel clinique. Italie : Stabilimento Tipografico Ferrero S.R.L. Romano Conavese (TO), 1996 : 28 - 30.

12. Rosenbaum W.

La prise en charge thérapeutique, in : Impact Médecin (ed.). Guide SIDA 1997: 41 - 48.

13. Delmas MC.

La prévention, in : Impact Médecin (ed.), Guide SIDA 1997.

14. FHI / AIDSCAP / USAID

Enquêtes de surveillance des comportements (Behavioural Surveillance Surveys) - Méthodologie et question de monitoring des comportements à risques relatifs au VIH. IMPACT ed., 2000, 49pp.

15. FHI

Technical Services : Evaluation and surveillance, BSS, Summaries and Guidelines, 2000, 12pp.

16. WHO / UNAIDS

Guidelines for second generation HIV surveillance. (Working Group in Global HIV/AIDS and STI surveillance), 2000 : 40pp.

17. Amon J et coll.

Behavioural Surveillance Surveys. Guidelines for repeated behavioural surveys in population at risk of VIH. FHI / IMPACT, 2000 : 350pp.

18. ONUSIDA

Baisse des taux d'infection à VIH associée à l'évolution des comportements sexuels en Thaïlande : Collecte et comparaison des données. ONUSIDA études de cas. Juin 1998 : 1-pp.

19. Andrien M., Beghin I.

Nutrition et communication. De l'étude nutritionnelle conventionnelle à la communication sociale en nutrition. Harmattan (ed.). Paris : 1993, 157pp.

20. Bemasy AR.

Etudes des facteurs influents les comportements sexuels dans le cadre de la lutte contre les MST/SIDA à Sainte Marie. (Etude effectuée de novembre 1993 en avril 1994). Thèse de Doctorat en Médecine, 1996 : 176pp.

21. Pineault R., Daveluy C.

La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies. Ottawa : Agence d'ARC INC (Les éditions), 1986 : 480pp.

22. Renaud L., Zamudio MG.

Planification pour mieux agir. Montréal. Réseau Francophone International pour la promotion de la santé, 1998 : 154pp.

23. Wolffers I.

Biomedical and development paradigms in AIDS Prevention, in : Bulletin of World Health Organisation. Volume 78. Number 2, Amsterdam (Netherlands), 2000, 267 - 272.

24. ONUSIDA

Elargir la riposte mondiale au VIH / SIDA par une action mieux dirigée. 1998 : 16pp

25. ONUSIDA

Le marketing social. Elargir l'accès aux services et aux produits essentiels pour assurer la prévention du VIH/SIDA et limiter l'impact de l'épidémie.

26. Le progrès des Nations 2000 : 38pp.

27. ONUSIDA

Le point sur la pandémie de l'infection à VIH. Décembre 2001.

28. ONUSIDA / OMS

Rapport sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH/SIDA. Décembre 1997 : 13pp.

29. Ministère de la Santé

Programme National de Lutte contre le SIDA à Madagascar, 1999.

30. PNLS

La prise en charge des MST à Madagascar. Protocoles pour les soins de santé primaires. Ministère de la santé / AIDS CAP / The Policy Project / USAID. Antananarivo, 1998 : 33pp.

31. OMS

Fiches modèles OMS d'information à l'usage des prescripteurs, Genève. 1996 : 112pp

32. ONUSIDA

Antimicrobiens et prévention du VIH. ONUSIDA actualisation. Avril 1998 : 7pp.

- 33. ONUSIDA**
Campagne mondiale contre le SIDA. Février 1999 : 10pp.
- 34. ONUSIDA**
Programmes SIDA nationaux. Guide de suivi et d'évaluation. Septembre 2001 : 145pp.
- 35. OMS**
Progress in Reproductive Health Research. N° 53, Genève, 2000. 12pp.
- 36. ONUSIDA**
Influence de l'éducation en matière de VIH et de santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes : Un bilan actualisé. 1997 : 42 - 63.
- 37. OMS**
Evaluation d'un Programme National de Lutte contre le SIDA : Ensemble de méthodes - 1. Prévention de l'infection à VIH. Genève 1995.
- 38. ATENDE C.**
Perception du SIDA et pratiques sexuelles chez les adolescents scolarisés à Libreville Gabon, in : OCEAC. Le bulletin de liaison et de documentation N° 93, septembre 1990 : 44 - 48.
- 39. ONUSIDA**
Sid'action. Janvier 1998.
- 40. Cheringou H.**
Comportement sexuel et perception du SIDA d'une population d'adolescents scolarisés en milieu urbain - Ville de Ngaoundere- Cameroun, in : OCEAC Le bulletin de liaison et de documentation N° 93, septembre 1990 : 49 - 54.

41. Rabe-Andriamanarivo P.

Contribution à l'étude du comportement des lycéens vis à vis du SIDA. (Enquêtes menées auprès de deux lycées d'Antananarivo). Thèse de Doctorat en Médecine, 1997. N° 4433, 79pp.

42. Randriamialisoa Z. et coll.

Analyse du groupe cible "jeunes" dans le cadre de la santé de reproduction dans la ville de Mahajanga. Avril - juin 1998 : 58pp.

43. Rasoalandy D.

Contribution à l'étude socioculturelle de l'infection par VIH à Madagascar (de septembre 1993 en octobre 1994). Thèse de Doctorat en Médecine, 1995. N° 3788.

44. Ratsimbazafy D.

Participation des élites de la Commune au développement de Sabotsy Namehana, 2000, 20 - 21.

45. Commune Rurale de Sabotsy Namehana

Monographie de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana. Identification de réalités d'une commune et diagnostics socio - éco - urbains et financiers, 2000: 20pp.

46. ANRS.Information

Le journal du SIDA et de la démocratie sanitaire - Transcriptase - Rompre le silence. Durban XIII ème Conférence Internationale sur le SIDA. 2000 : 11 - 19.

47. Calvez M.

La sexualité dans la recherche sociologique sur le SIDA, in : Agence National de Recherche sur le SIDA (ed.). Sexualité et SIDA. Recherche en sciences sociales. Paris, 1995 : 143 - 157.

48. Rakotomalala R.

Evaluation de la prise en charge des IST dans les établissements de santé à Madagascar. Mesure des indicateurs de prévention 6 et 7. Ministère de la Santé. Madagascar, 2000 : 40pp.

49. FHI.

Qualitative study on knowledge, Attitudes and Practices regarding STDs and HIV/AIDS with Focus Group from STDs and HIV/AIDS Prevention Pilot Project, 1999.

50. ONUSIDA

Etude multicentrique – Procédure d'échantillonnage et manuel technique. 1997 : 53 pp.

51. Ramanamisata B.

Les enfants issus des familles pauvres, non scolarisés qui travaillent. (Etude effectuée dans la Commune de Sabotsy Namehana)? Ecole de service social d'Antanimena, 1996. Mémoire de fin d'étude, 56pp.

52. Andriamitantsoa J.L.

Evaluations des soins maternelles, étude réalisée au Centre Hospitalier d District d'Anosy Avaratra. Mémoire de Diplôme d'Etude Spécialisée en Santé Publique. Antananarivo, 1999 :46pp.

53. Varkevisser CN., Pathmanathan I., Brownlee A.

Elaboration et mise en œuvre de programme de Recherche sur les Systèmes de Santé. Volume 2. Deuxième partie : Analyse des données et rédaction de rapport, Ottawa (Ontario) : CRDI, 1993 : 167 pp.

- 54. Varkevisser CN., Pathmanathan I., Brownlee A.**
Elaboration et mise en œuvre de programme de Recherche sur les Systèmes de Santé. Volume 2. Première partie : Formulation et mise à l'essai d'une proposition de recherche, Ottawa (Ontario) : CRDI, 1991 : 376pp.
- 55. Andriamahefazafy B.**
De la démarche diagnostique à la formulation de protocole de recherche. OMS Madagascar, 1999 : 4pp.
- 56. OMS (Division de la santé mentale)**
Recherche qualitative pour les programmes de santé. Manuel de formation pour les recherches qualitatives. Projet de soutien pour l'analyse et la recherche en Afrique, Bureau de développement durable (USAID/AFR/SD) : 90pp.
- 57. Delige D.**
Méthodologie de recherche. Sesa, 1994 : 146 - 149.
- 58. Rabenasolo HJ.**
Etude des comportements sexuels des militaires de la ville d'Antananarivo face aux MST/SIDA. Thèse de Doctorat en Médecine, 1996. N° 4906, 61pp.
- 59. Schwartz D.**
Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes. 4^{ème} édition. Paris : Flammarion, 1993 : 314pp
- 60. GTZ**
Flipscharts pour les ateliers ZOPP. Mars 1987
- 61. Andriamanalina R.N.**
Procédure technique pour l'application de l'IEC. Antananarivo, Août 1998 : 22

VELIRANO

“ Eo anatrehan’ny ZANAHARY, eto anoloan’ireo Mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-mianatra tamiko eto amin’ity toeram-pampianarana ity, ary eto anatrehan’ny sarin’i Hippocrate.

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

Ho tsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran’asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin’iza na amin’iza aho mba hizara 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 hanamorana famitan-keloka.

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

Hajaiko tanteraka ny ain’olombelona, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalàko ho enti-manohitra ny lalànan’ny maha olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo Mpampianatra ahy aho, ka hampita amin’ny taranany ny fahaizana noraisiko talmin’izy ireo.

Ho toavin’ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy ho rabirabian’ireo mpitsabo namako kosa anie aho raha mivadika amin’izany ”.

LU ET APPROUVE
Le Président de Thèse

Professeur RAKOTOMANGA Samuel

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Le Doyen de la Faculté de Médecine
d'Antananarivo

Professeur RAJAONARIVELO Paul

Summary

Name and Names : RAMANANTSOA Riana Samoelina

Title of the thesis : SIDA : Potential risk of explosion at youths of the Rural Commune of Sabotsy Namehana ?

Rubric : Public Health

Number of pages : 319

Number of figures : 45

Number of tables : 89

Number of annexes : 5

Number of bibliographical references: 61

The HIV epidemic spread dramatically and youths are particularly vulnerable to HIV infection. For the Rural Commune of Sabotsy Namehana, a locality in full social mutation, the problematic of the explosion risk of HIV at youths need to pay attention. Objectives of research are determined : To identify the root causes of this risk; then to describe and analyze factors influencing profiles of the risk ; finally to propose specific solutions.

We have proceeded by a prospective, systemic, descriptive and analytic research. Studies were checked for documentations, observations, interview, individual surveys and focus group. Statistical tests are used to validate results.

30,06% of youths have already had sexual intercourse. Among them, most are precocious, do not use condom to the first sexual relationship, do not occur to HIV testing and continue to be sexually active during the 12 last months. Among these last, behaviours depend on types of sex partnerships. 32,85% have an antecedent of genital secretion and/or genital ulceration. Significant and specific factors are influenced these profiles of the risk.

It is necessary to be vigilant. Three main specific strategies are proposed for the Rural Commune of Sabotsy Namehana : programmes of Communication for change and sustain behaviours ; training's programmes; and suggestions to others researches.

Key words : SIDA - Youths - Risk - Sabotsy Namehana

Director of thesis : Professor RAKOTOMANGA Samüel

Reporter of thesis : Doctor RAKOTOARISON Rachel Arisoa

Address of the author : Villa "Fanomezantsoa" Près stade Atsinanantsena
Sabotsy Namehana - 103 Antananarivo - Madagascar

Résumé

Nom et Prénoms : RAMANANTSOA Riana Samoelina

Titre de la thèse : Sida chez les jeunes de la Commune Rurale de Sabotsy Namehana : Risque potentiel d'explosion ?

Rubrique : Santé Publique

Nombre de pages : 319

Nombre de figures : 45

Nombre de tableaux : 89

Nombre d'annexes : 5

Nombre de références bibliographiques : 61

L'épidémie liée à l'infection à VIH s'aggrave et les jeunes sont particulièrement vulnérables. Pour la Commune Rurale de Sabotsy Namehana, une localité en pleine mutation sociale, la problématique du risque d'explosion de l'infection à VIH chez les jeunes mérite réflexion. Cette recherche a été menée afin d'identifier les raisons de ce risque, puis de décrire et d'analyser les facteurs influençant les profils du risque.

Nous avons procédé par une recherche prospective, systémique, descriptive et analytique. Les techniques de collecte utilisées sont les documentations, les observations, les entretiens et les enquêtes individuels approfondis, les "focus group". Des tests statistiques ont été faits pour valider les résultats.

30,06% des jeunes ont déjà eu de relations sexuelles. La plupart sont précoces et n'utilisent le préservatif au premier rapport, n'ont pas fait de dépistage du VIH et continuent d'être sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois. Les comportements varient selon les types de partenaires. 32,85% ont un antécédent d'écoulement et / ou d'ulcération génitale. Des facteurs influent, significativement et spécifiquement, ces profils du risque.

Il faut être vigilant. Trois principaux axes stratégiques spécifiques sont proposés pour la Commune Rurale de Sabotsy Namehana : des programmes de Communication pour le Changement de Comportement ; des programmes de Formation ; et des suggestions d'autres travaux de recherche.

Mots clés : SIDA - Jeunes - Risque - Sabotsy Namehana

Directeur de thèse : Professeur RAKOTOMANGA Samüel

Rapporteur de thèse : Docteur RAKOTOARISON Rachel Arisoa

Adresse de l'auteur : Villa "Fanomezantsoa" Près Stade Atsinanantsena

Sabotsy Namehana - 103 Antananarivo - Madagascar