

Chapitre 6. Les adolescents et les IST/SIDA

Mustapha BERROUYNE

Introduction

La pandémie du VIH (Virus d'Immunodéficience Humaine)/SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise) demeure aujourd'hui l'épidémie la plus meurtrière que le monde n'ait jamais connue. C'est une des pandémies les plus dévastatrices auxquelles doivent faire face toutes les sociétés tant des pays en développement que des pays développés. Le Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies (ONU) l'a qualifié, d'ailleurs, comme une arme de destruction massive. C'est ainsi que par rapport à la morbidité des maladies infectieuses, celle attribuée aux infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le sida, a continué de croître tout au long du siècle passé. Les maladies sexuellement transmissibles figurent désormais au cinquième rang des causes entraînant la perte d'années de vie productives dans les pays en développement (OMS, 1999).

Par ailleurs, l'adolescence est considérée comme la phase la plus critique de la vie des individus. C'est une phase pendant laquelle les garçons comme les filles subissent des changements physiologiques et psychologique considérables. De ce fait les adolescents sont plus vulnérables que toute autre couche de la population aux risques des maladies sexuellement transmissibles. Cette vulnérabilité s'explique, selon Lautenschlager, par plusieurs facteurs. Il s'agit particulièrement :

- de l'ignorance de cette couche de la population des IST et de leurs conséquences ;
- de leur faible niveau de protection quand ils recourent à des rapports sexuels ;
- de leur accès difficile aux services de santé de la reproduction.

Le renforcement de la prévention de l'infection à VIH/SIDA chez les jeunes et la réduction des niveaux de prévalence du VIH dans ce groupe figurent parmi les objectifs fixés par la déclaration d'engagement adoptée, en juin 2001, lors de la session extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Mais, la réussite de cette action ne peut être obtenue que si elle est menée en collaboration avec les adolescents et les jeunes eux-mêmes.

La propagation du virus suit un processus d'exposition d'abord et de transmission ensuite. Au cours de ce processus, plusieurs variables entrent en jeu : modalités des échanges sexuels, multipartenariat, types de pratiques sexuelles, utilisation du préservatif, etc. Ces variables, influencées par autres variables contextuelles (les facteurs sociaux, culturels et économiques) répandent directement le risque d'exposition et le risque de transmission. A partir de ce schéma, une réduction des risques d'exposition et de transmission au VIH/SIDA suppose d'abord une bonne connaissance des facteurs liés à ces risques. Ce qui traduit l'importance des informations sur le niveau de connaissance de cette infection, de ses modes de transmission et de ses moyens de prévention qui déterminent les comportements de prévention.

Partant de ces constats, les adolescents constituent désormais un public cible pour lequel des interventions spécifiques doivent être menées. C'est ainsi que cette étude, qui s'appuie sur les données de deux enquêtes sur les comportements, attitudes et pratiques menées par le Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques en milieu urbain de Casablanca (1999) et en milieux semi-urbain et rural de Marrakech (2003), retient comme objet la contribution à une meilleure appréhension des connaissances et attitudes des adolescentes et adolescents vis-à-vis des IST et du Sida. Elle se focalisera particulièrement sur les points suivants :

- Définition des concepts associés aux IST/SIDA ;
- Analyse de la connaissance des IST/SIDA chez les adolescents ;
- Enumération des sources d'information de ces maladies ;
- Examen des attitudes des adolescents à propos des modes de transmission et des moyens de prévention du sida, ainsi que les croyances correctes et incorrectes ;
- Proposition des recommandations.

I. Méthodologie

1. Source de données et méthode d'analyse

L'objectif à travers ce chapitre consiste à analyser le comportement des adolescents vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles y compris le sida. Cette analyse se focalisera sur la connaissance et l'opinion des adolescents vis-à-vis de ces maladies. En recourant à des analyses descriptives et explicatives, cette étude vise à dégager les facteurs qui influencent la connaissance des adolescents des différents IST/SIDA. Les données utilisées sont celles collectées par le Centre

d'Etudes et de Recherches Démographiques dans le milieu urbain casablancais en 1999 et dans le milieu semi urbain de la ville de Marrakech en 2003. L'utilisation de ces deux types de données permet ainsi de dégager des comparaisons entre les comportements des adolescents dans des milieux nettement différents et qui peuvent avoir une influence sur leurs comportements envers ces maladies. Cependant, avant de nous pencher sur l'analyse de ces comportements, précisons d'abord quelques concepts, indispensables pour notre analyse.

2. Des concepts à définir

Plusieurs concepts sont à définir dans cette étude. Il s'agit particulièrement des concepts de l'adolescence, des infections sexuellement transmissibles, du VIH/SIDA et de la vulnérabilité à l'infection VIH.

2.1. L'adolescence

Les chercheurs en science sociale utilisent différents critères pour définir l'adolescence. Ces critères renvoient à des dimensions de types démographique, biologique, physiologique, sociologique, juridique ou même économique. Ces dimensions peuvent être situées aux deux niveaux : individuel et collectif. S'agissant du niveau individuel, l'adolescence traduit une phase transitoire qui marque le passage de l'enfance à l'âge adulte. Les critères souvent évoqués pour caractériser cette phase tiennent compte des dimensions biologique, physiologique et démographique. L'accent est mis principalement sur l'âge de l'individu ainsi que sur les transformations physiques qu'il subit avec l'apparition des caractères secondaires (OMS, 1977 ; Evina, 1998)¹. En ce qui concerne le niveau collectif, l'accent est mis notamment sur la dimension sociologique de l'adolescence qui s'intéresse au changement de statut de l'individu suite aux modifications biologiques (Evina, 1998 ; Keats cité par Kouton, 1992).

Par ailleurs, la référence à l'âge apparaît explicitement ou implicitement chez plusieurs auteurs. Le groupe d'âge qui caractérise le plus souvent l'adolescence est celui de 10-19 ans révolus. Dans le cadre de cette étude et par référence aux deux enquêtes citées ci-dessus, c'est le groupe d'âge 13-21 ans qui a été retenu.

2.2. Les Infections Sexuellement Transmissibles

Les infections sexuellement transmissibles (IST) se définissent comme un ensemble d'infections transmises essentiellement par contact sexuel entre deux partenaires dont l'un est infecté. Elles sont provoquées par des bactéries (gonocoques, tréponèmes...), des virus (hépatite B, herpès, HPV, CMV, Sida...),

¹ Cité par Akoto et al, 2000.

des champignons (*Candida albicans*...) ou des parasites (*Chlamydiae*, *Trichomonas vaginalis*...) (tableau 1). Ces maladies se manifestent très rapidement chez l'homme avec une durée d'incubation de moins de 72 heures. Chez la femme ces maladies restent latentes. Cependant, une IST mal (ou non) traitée peut entraîner de graves conséquences sur la santé reproductive de l'individu et dans le pire des cas conduire à la stérilité. En ce qui concerne le temps écoulé entre la contamination et l'apparition des symptômes, il diffère d'une maladie à une autre. Le traitement de ces infections varie aussi selon le cas : antibiotiques, antirétroviraux, médicaments antiviraux, antiparasitaires et chirurgie. La transmission de ces maladies se fait lors de l'échange de liquides organiques (sperme, sécrétions vaginales ou sang) ou lors du contact avec la peau des zones génitales. L'être humain représente le seul réservoir connu pour les germes qui sont à l'origine de ces maladies². Les différentes maladies sexuellement transmissibles et leurs pathogènes sont données dans le tableau 1 ci-après et dans l'encadré 1 se trouvant dans l'annexe.

Par ailleurs, longtemps négligées, les maladies sexuellement transmissibles ont connu ces dernières années un regain d'intérêt suite à l'apparition d'une nouvelle maladie qui s'est rapidement disséminée jusqu'à atteindre l'ampleur d'une vraie pandémie. Il s'agit du VIH/SIDA. Bien que toutes les IST³ puissent être prévenues, un traitement curatif n'est pas disponible actuellement pour certaines infections. Ainsi, on classe ces maladies en IST curables et IST incurables (infections à étiologie virale comme le VIH, l'hépatite B et l'herpès). Plus de 30 pathogènes sexuellement transmissibles sont connus : bactéries, virus, champignons, protozoaires et ectoparasites (Stephan Lautenschlager, 2003). Toute IST, comme la blennorragie ou la syphilis par exemple, peut augmenter le risque de contracter ou de transmettre le VIH. Les personnes atteintes d'une IST courent cinq fois plus de risques de contracter le VIH, si elles ont des relations sexuelles non protégées avec un partenaire séropositif (UNICEF, 1989).

² Pour plus d'informations, le lecteur est invité à consulter le site suivant : www.aids-info.ch/f_Te/aas-f-f4.htm

³ Les IST les plus couramment rencontrées en santé publique au Maroc se manifestent par des leucorrhées (pertes vaginales), des urétrites (écoulement urétral), ou des ulcérations génitales (dues à la syphilis, le chancre mou ou l'herpès) qui sont moins fréquentes (Ministère de la santé).

Tableau 1. Les principales maladies sexuellement transmissibles et leurs pathogènes

Maladie	Agent pathogène	Temps écoulé entre contamination et apparition des symptômes	Traitement	Remarques
Syphilis	bactéries (Treponema pallidum)	3 semaines	antibiotiques	guérison complète en cas de traitement précoce
Gonococcie	bactéries (Neisseria gonorrhoeae)	quelques jours	antibiotiques	guérison complète en cas de traitement précoce
Chancre mou	bactéries (Haemophilus ducreyi)	quelques jours	antibiotiques	guérison complète en cas de traitement précoce
Lymphogranulomatosose inguinale	bactéries (souches spéciales de Chlamydia trachomatis)	quelques jours	antibiotiques	guérison complète en cas de traitement précoce
Infections à chlamydia	bactéries (Chlamydia trachomatis)	quelques jours	antibiotiques	guérison complète en cas de traitement précoce
Infection par le VIH/sida	virus (VIH 1/2) test VIH positif 2 à 6 semaines, au max. 3 mois après la contamination	environ 12 ans	médicaments antirétroviraux	incurable, le virus reste dans l'organisme, traitements palliatifs et prolongeant la vie
Hépatite B/C	virus (VHB/VHC)	de quelques semaines à plusieurs mois	symptomatique, médicaments antiviraux	généralement guérison spontanée, le virus peut rester dans l'organisme
Herpès génital	virus (Herpes simplex Virus 2)	quelques jours	symptomatique	guérison partielle, le virus peut rester dans l'organisme
Condylome	virus (Papillomavirus)	4 semaines	chirurgie	guérison possible, risque accru de cancer du col de l'utérus
Trichomonas	parasites (Trichomonas vaginalis)	quelques jours	antiparasitaires	guérison possible
Mycoses	levures (surtout Candida albicans)	quelques jours	antimycosique	guérison possible
Morpions	poux (Phtirus pubis)	quelques jours	antiparasitaires	guérison possible
Gale	parasites (Sarcoptes scabiei)	souvent plusieurs semaines	antiparasitaires	guérison possible

Source : www.aids-info.ch/f_Te/aas-f-f4.htm

Les IST par leur mode de transmission, touchent aussi bien l'homme que la femme, mais il s'avère à travers des données épidémiologiques et cliniques que les IST chez la femme revêtent les particularités suivantes :

- Les IST se transmettent plus facilement à la femme qu'à l'homme, du fait de la vulnérabilité de l'appareil génital féminin sur le plan anatomique et physiologique (l'ampleur de la surface muqueuse de l'appareil génital et l'immaturité du col utérin, accentuée par les changements hormonaux) ;

- Les IST chez la femme sont peu ou pas symptomatiques, elles ont tendance à se manifester à un stade tardif de complications ;
- La transmission verticale des agents infectieux au cours de la grossesse et l'accouchement transfère les problèmes des IST de l'adulte au fœtus et au nouveau-né.

Par ailleurs, si les IST ne sont pas traitées elles provoquent des risques de complications aussi bien chez l'homme (rétrécissement de l'urètre et stérilité) que chez la femme (complications gynécologiques : maladie inflammatoire pelvienne, grossesse extra-utérine, douleurs pelviennes chroniques et stérilité ; et complications obstétricales : accouchement prématuré, avortement et infection néonatale).

2.3. Le VIH (Virus d'Immunodéficience Humaine)/SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise)

Selon Le Petit Larousse, le SIDA est une maladie infectieuse contagieuse, transmissible par voie sexuelle ou sanguine. Elle représente la phase terminale de l'infection par le VIH4. Celui-ci, détruit progressivement les cellules du système immunitaire qui devient incapable de défendre l'organisme face à toutes sortes de bactéries, virus, parasites, champignons, et à la multiplication de cellules cancéreuses (Gilles Furelaud et Benjamin Pavie). Il ne provoque pas forcément de symptômes visibles. L'individu peut être séropositif (porteur du virus) sans pour autant être malade. Cette phase, dite "asymptomatique" du virus, peut durer des années5. La transmission du VIH, quant à elle, se fait par trois voies :

- la voie sexuelle à travers toute relation sexuelle non protégée avec une personne infectée (qu'elle soit homme ou femme) ;
- la voie sanguine par l'utilisation de matériel non ou mal stérilisé (seringues, ciseaux, aiguilles...). Ca peut être le cas du perçage d'oreille ou de la circoncision ;
- de la mère à l'enfant : Une femme infectée peut transmettre le virus à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou par l'allaitement.

⁴ On distingue actuellement deux types de VIH : le VIH-1 et le VIH-2. Ces deux virus sont très proches (42 % d'homologie au niveau de leur génome). Le VIH-1 est le plus répandu.

⁵ Pendant tout ce temps, la personne porteuse du virus peut contaminer les autres.

En dehors de ces trois voies, le VIH ne peut pas être transmis d'une personne infectée à d'autres. A cet égard, il faut éviter les idées (ou croyances) fausses⁶ selon lesquelles le VIH se transmet :

- par simple contact, comme toucher, serrer la main, parler, manger avec une personne séropositive ;
- par la toux, l'éternuement, les larmes ;
- par l'eau de la piscine, du hammam ou des fontaines ;
- en partageant la nourriture ou la boisson ;
- par les draps de lit ou les vêtements ;
- par les ustensiles de cuisine (cuillère, fourchette, ...) ;
- par les insectes.

A l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement permettant de guérir du VIH/SIDA. Toutefois, les traitements existant aujourd'hui permettent de ralentir la progression du VIH dans l'organisme et de retarder l'apparition de la maladie SIDA. Les traitements⁷ prescrits actuellement sont appelés des multi-thérapies. Il s'agit de la combinaison de plusieurs antirétroviraux, plus précisément, des médicaments qui ralentissent le rythme de reproduction du virus dans l'organisme.

2.4. Vulnérabilité à l'infection par le VIH

La vulnérabilité au VIH correspond aux facteurs qui exposent un individu à l'infection (Moussaoui, 2003). Ces facteurs peuvent être individuels, communautaires, sociaux, culturels ou économiques. Ceci étant, quelles sont les questions culturelles qui mettent la femme ou l'homme en situation de vulnérabilité à l'infection VIH ? Moussaoui (2003) essaie de donner quelques éléments de réponses en écrivant : "La conception du rôle de la femme et de l'homme elle-même est définie par certaines valeurs et traditions culturelles, en plus des facteurs économiques et sociaux. Ainsi, dans nos sociétés, il est culturellement plus facile d'accepter qu'un jeune homme, ait des relations sexuelles avant le mariage, au contraire d'une jeune fille. Cette norme est donc acceptée, mais elle est aussi transmise à travers les structures sociales d'une génération à une autre".

Ces facteurs sont aussi d'ordres biologiques, puisque lors des rapports hétérosexuels (principal mode de transmission du VIH) le risque de contracter

⁶ Ces croyances seront traitées dans la deuxième partie de cette étude.

⁷ Ces traitements sont disponibles au Maroc gratuitement pour toute personne nécessiteuse.

l'infection à VIH est de 2 à 4 fois supérieur pour les femmes que pour les hommes (Himmich, 2003). Les raisons derrière cette situation proviennent du fait que, par rapport aux hommes, les femmes ont une surface plus importante de muqueuse exposée aux sécrétions sexuelles et que la concentration de virus est plus élevée dans le sperme que dans les sécrétions vaginales.

A ces facteurs biologiques de vulnérabilité, qui sont communs à toutes les femmes, s'ajoutent d'autres qui sont liés aux pratiques très répandues particulièrement en Afrique et dans notre région, et qui augmentent le risque de transmission du VIH. Ces pratiques sont, entre autres, l'assèchement des muqueuses, pratiquée dans plusieurs régions du Maroc, et la mutilation génitale des femmes, pratiquée notamment en Égypte et dans des pays d'Afrique Subsaharienne.

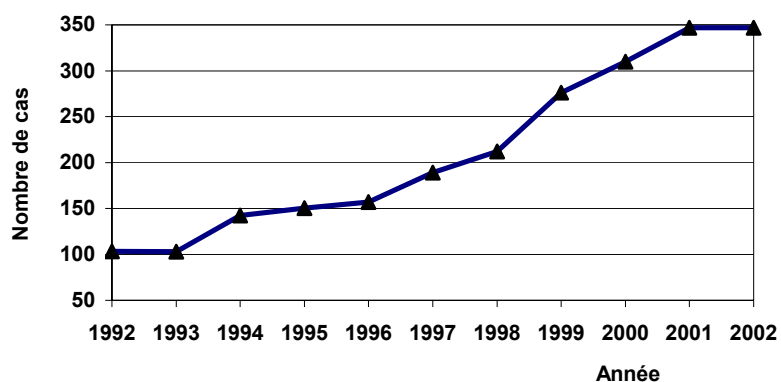
Les adolescentes sont plus exposées aux infections VIH que les autres couches de la population et ceci en raison du col utérin et la muqueuse vaginale qui n'ont pas atteint leur maturité physiologique et leurs sécrétions vaginales peu abondantes.

Ceci étant, quels sont les facteurs sociaux qui rendent les jeunes vulnérables aux IST-SIDA? "...l'absence d'une éducation sexuelle, d'une connaissance propre de leur propre corps, et de la santé reproductive, tout cela ajouté à leur jeune âge, caractérisé par la physiologie, la puberté et l'adolescence, fait d'eux, des personnes très vulnérables aux IST-SIDA", écrit Larbi Ibaaquil (2003).

3. Situation épidémiologique des IST/SIDA au Maroc

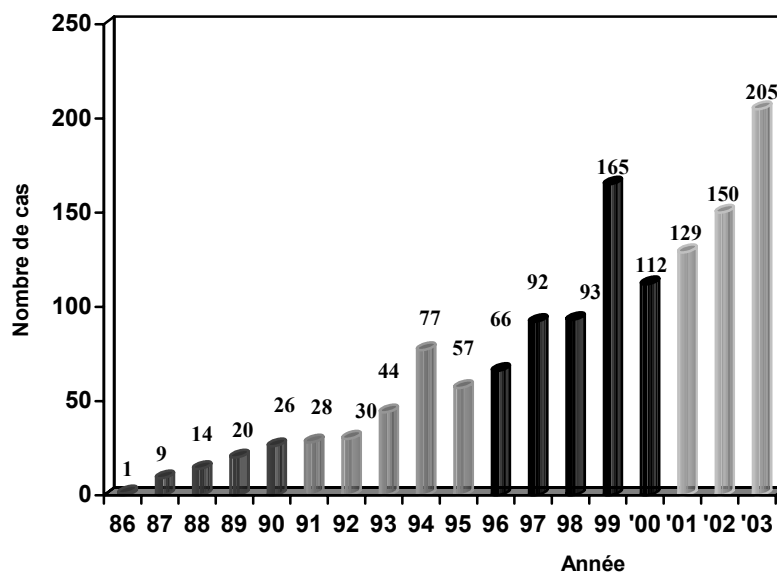
Les infections sexuellement transmissibles constituent au Maroc un problème majeur de santé publique. Les statistiques disponibles en la matière montrent que le nombre d'infections relatives aux IST ne cesse de s'accroître d'une année à l'autre (6000 nouveaux cas par an) et particulièrement chez les jeunes. La recrudescence des IST témoigne d'une reprise de comportements sexuels à risque, en particulier parmi les jeunes. Le nombre des cas d'IST, qui était de 103.434 en 1992, a atteint 349.425 cas en 2002 (Graphique 1).

Graphique 1. Evolution (en milliers) des cas des IST au Maroc (1992-2002)



Source : Service des IST/SIDA, Direction de l'Epidémiologie, Ministère de la santé, 2004.

Graphique 2. Cas de SIDA au Maroc par année 1986-2003 (1316 cas cumulés)



Source : Service des IST/SIDA, Direction de l'Epidémiologie, Ministère de la santé, 2004.

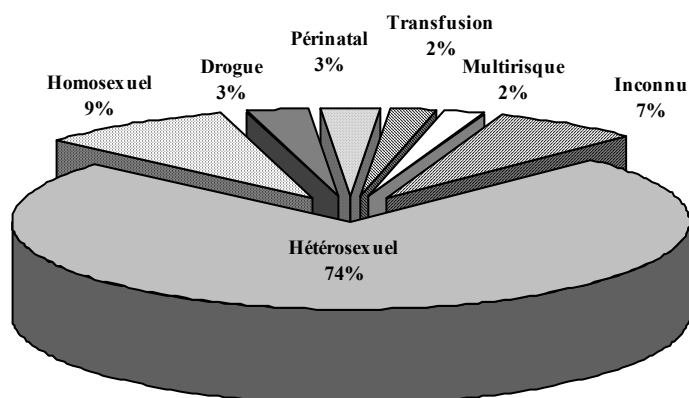
Par ailleurs, d'après la situation épidémiologique arrêtée, le 31 décembre 2003 par le service des IST/SIDA, relevant du Ministère de la santé, le nombre total de cas cumulés de sida, depuis la déclaration du premier cas en 1986, a atteint 1316. Sur l'ensemble de ces patients près de 700 sont pris en charge par les établissements publics (près de 93% des cas au niveau du Centre hospitalier (CHU) Ibn Rochd de Casablanca et le reste au CHU Ibn Sina de Rabat⁸). Quant au nombre de séropositifs, il serait, selon les estimations du Ministère de la Santé, de l'ordre de 14.000 personnes en 2001. Ce chiffre, qui était de 5000 en 1999, a triplé en l'espace de deux ans⁹. En outre, entre 1988 et 2001, le pourcentage de femmes porteuses du virus a quintuplé. Il est passé de 8 à 38% dont 69% des cas appartiennent à la tranche d'âge de 15 et 39 ans.

Au Maroc, le SIDA se transmet essentiellement par voie sexuelle (80% des cas). Le mode de transmission hétérosexuel est largement prédominant avec 74% des cas. 3% pour chacun des modes de l'injection intraveineuse de drogues et la transmission périnatale (Graphique 3). Le multi-partenariat constitue le facteur de risque prédominant pour les deux sexes (70% des cas chez les hommes et 49% des cas chez les femmes).

⁸ Voir tableau A1.2 dans l'annexe, pour de plus amples informations sur les dates importantes de la prise en charge des IST et du VIH/SIDA au Maroc.

⁹ Il est à rappeler que le Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA 2002/2004, actuellement en phase de réalisation dans le cadre d'un partenariat avec les autres secteurs sociaux et la société civile, et avec l'appui des partenaires et bailleurs de fonds internationaux, se focalise sur trois actions complémentaires : prévention ciblée sur les groupes les plus vulnérables de la population, dépistage de l'infection par le VIH et prise en charge des personnes atteintes.

Graphique 3. Cas cumulés de SIDA au Maroc par mode de transmission (au 31/12/2003)

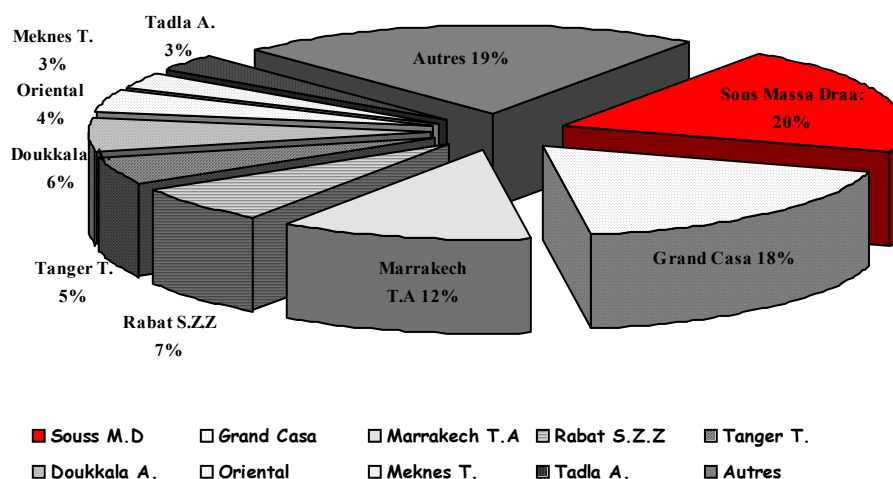


Source : Service des IST/SIDA, Direction de l'Epidémiologie, Ministère de la santé, 2004.

Par région¹⁰, il se dégage une concentration importante de cas dans les régions de Souss-Massa-Drâa (20% des cas nationaux), du Grand Casablanca (18%), et de Marrakech Tensift El Haouz (12%). Ces régions abritent, à elles seules, la moitié des cas cumulés de SIDA au niveau national (Graphique 4).

¹⁰ Situation arrêtée le 30/09/2003.

Graphique 4. Répartition des cas cumulés de SIDA au Maroc par région



Selon le service des IST/SIDA, relevant du Ministère de la Santé, la grande majorité des cas de SIDA sont de sexe masculin (66%), résident en milieu urbain (85%) et âgés de 30 ans ou plus (70%).

II. Les IST et le SIDA : connaissance et opinions des adolescents

L'évaluation de l'état des connaissances de la population en matière des maladies sexuellement transmissibles et le sida constitue une étape fort importante pour le suivi des programmes de prévention. Elle permet notamment l'identification des groupes de population cible auprès desquels des programmes devraient être renforcés. C'est ainsi que l'on entend par la connaissance des IST et du VIH/SIDA le fait d'avoir entendu parler d'une IST et VIH/SIDA, d'en connaître les signes/symptômes et les modes de transmission. Cette connaissance peut s'agir également que l'adolescent a pris connaissance d'au moins un des éléments suivants : le sida est mortel, le sida n'est pas guérissable, le sida est transmissible de la mère à l'enfant et le sida est évitable. Dans ce qui suit, nous allons nous intéresser au niveau de la connaissance des IST et le VIH/SIDA des adolescents et des adolescentes¹¹.

¹¹ Il est à signaler que les données qui constituent la base de ces analyses concernent les adolescents élèves (âgés de 13 à 21 ans) enquêtés dans leur établissements scolaires, par le biais

1. Niveau de connaissance et sources des IST

1.1. Niveau de connaissance

Dans le cadre des enquêtes réalisées par le CERED sur les adolescents à Casablanca et à Marrakech, la connaissance des maladies sexuellement transmissibles a été mesurée grâce à une série de questions permettant d'identifier les personnes qui déclarent, spontanément, connaître une maladie sexuellement transmissible, y compris le sida. Les individus qui n'ont pas cité, spontanément le sida, mais ont déclaré, par la suite, avoir entendu parler de cette dernière. La question posée pour cerner la connaissance spontanée d'une IST est "***Avez-vous entendu parler de maladies sexuellement transmissibles ?***" Si oui, "***Quelle maladie sexuellement transmissible connaissez-vous ? Citez ou décrivez la (les) maladie (s)***". Aucune réponse n'était suggérée et toutes les IST citées ou décrites par les enquêtés étaient enregistrées. Aux adolescents qui n'avaient pas cité le Sida, on posait une question supplémentaire et ceci pour mesurer le niveau de connaissance "non spontanée" de cette infection. Il s'agit de "***Avez-vous parlé ou avez-vous entendu parler du sida ?***".

Les données présentées dans le tableau 2 montrent que les IST sont largement connues par les adolescents, tant au niveau de Casablanca qu'en milieu semi-urbain de Marrakech¹². En effet, 97,2% de l'ensemble des adolescents enquêtés à Casablanca connaît, au moins une maladie sexuellement transmissible contre 95% de ceux enquêtés à Marrakech. Par IST spécifique, il est à constater que les proportions des adolescents qui connaissent ces maladies sont supérieures en milieu urbain de Casablanca qu'en milieu semi-urbain de Marrakech. C'est à dire que quelque soit le type des IST, les adolescents de la ville de Casablanca connaissent mieux ces maladies que leurs homologues de la ville de Marrakech. En effet, en milieu urbain de Casablanca, la plupart des adolescents enquêtés et qui connaissent, au moins, une IST ont cité le sida dans 95,8% de cas, suivi de la syphilis (56,8% de cas) et de la blennorragie (38,6% de cas). En milieu semi-urbain de Marrakech, les proportions d'adolescents ayant déclaré avoir entendu parler de ces trois maladies sont respectivement 94,2%, 44,3% et 32,9%. Les autres IST (chancre mou, herpès génital et autres) sont nettement moins bien connues par les adolescents, aussi bien à Casablanca qu'à Marrakech, et ce quel que soit l'âge de l'adolescent et sa branche d'étude au lycée.

d'un questionnaire rempli par l'enquêté lui-même (auto-questionnaire). Cette manière de procéder permet d'éviter l'interférence entre la personne interrogée et l'enquêteur et les biais éventuels qui pourraient en découler.

¹² Dans la suite de ce travail, nous désignons par Marrakech le milieu semi-urbain de Marrakech et par Casablanca le milieu urbain de Casablanca.

Par ailleurs, les résultats donnés par le tableau 2 révèlent que le niveau de connaissance est pratiquement invariable selon sexe, l'âge et la branche d'étude. Cependant, par IST spécifique les adolescentes sont, en général, plus nombreuses à connaître ces maladies que les garçons, tant à Marrakech qu'à Casablanca.

Tableau 2. Pourcentage d'adolescents ayant déclaré avoir entendu parler d'infections sexuellement transmissibles (IST), selon le type, l'âge, le sexe et la branche d'étude poursuivie au lycée

	Sida	Syphilis	Blennorragie	Chancres Mou	Herpès génital	Autre	Au moins une	Effectif
Semi urbain de Marrakech								
Sexe								
Masculin	94,0	37,5	32,6	0,4	4,6	8,0	94,8	925
Féminin	94,4	52,3	33,2	0,5	3,2	5,4	95,1	790
Age								
13-17 ans	94,6	42,2	29,6	0,7	3,3	5,2	95,3	815
18-21 ans	93,9	46,2	35,9	0,2	4,6	8,3	94,7	900
Branche d'étude au lycée								
Lettres	94,3	45,9	34,1	0,2	3,5	7,3	95,0	862
Sciences	94,1	42,7	31,7	0,7	4,5	6,3	95,0	853
Ensemble des élèves	94,2	44,3	32,9	0,5	4,0	6,8	95,0	1715

Source : Enquêtes sur les adolescents réalisées par le CERED à Casablanca en 1999 et à Marrakech en 2003.

Tableau 2 (suite). Pourcentage d'adolescents ayant déclaré avoir entendu parler d'infections sexuellement transmissibles (IST), selon le type, l'âge, le sexe et la branche d'étude poursuivie au lycée

	Sida	Syphilis	Blennorragie	Chancres Mou	Herpès génital	Autres	Au moins une	Effectif
Urbain de Casablanca								
Sexe								
Masculin	96,3	54,5	32,8	0,4	1,0	0,4	97,9	516
Féminin	95,3	58,9	43,8	1,4	0,2	0,2	96,5	577
Age								
13-17 ans	94,1	50,0	28,2	1,1	0,5	0,5	95,2	372
18-21 ans	96,7	60,3	44,0	0,8	0,6	0,1	98,2	721
Branche d'étude au lycée								
Lettres	95,6	56,4	36,9	1,4	0,6	0,2	97,4	498
Sciences	96,0	57,1	40,0	0,5	0,5	0,3	97,0	595
Ensemble des élèves	95,8	56,8	38,6	0,9	0,5	0,3	97,2	1093

Source : Enquêtes sur les adolescents réalisées par le CERED à Casablanca en 1999 et à Marrakech en 2003.

1.2. Source d'information sur les IST

D'après les résultats présentés dans le tableau 3, les principales sources d'information des adolescents sur les IST sont la télévision dans 72,7% de cas à Casablanca et 50% de cas à Marrakech, suivis de l'école (66,3% à Casablanca et 52,6% à Marrakech), des revues et journaux (54,3% à Casablanca et 44,8% à Marrakech) et les amis et parents (34,1% à Casablanca et 23,7% à Marrakech). Par contre les services de santé ont, selon les deux enquêtes, joué un rôle

négligeable. En effet, 3,7% à Marrakech et 2,6% à Casablanca seulement des adolescents ont reçu des informations sur les IST par ce canal.

A Marrakech, et comparativement à leurs homologues garçons, les adolescentes ont été les moins informées par l'Internet (0,1% contre 0,9%), les parents et amis (22,9% contre 24,3%) et le personnel de santé (3,5% contre 3,9%); par contre, elles ont été, proportionnellement, les plus nombreuses à avoir reçu des messages par l'école (60% contre moins de 47%), la télévision (53,7% contre 46,9%), par les revues et journaux (48,6% contre 41,5%) et par la radio (13,2% contre 12,4%).

A Casablanca, le même schéma se dessine : les adolescentes ont été, proportionnellement, les plus nombreuses à avoir reçu des messages par l'école, la télévision, les revues et journaux, les parents et amis, et la radio ; par contre, elles ont été les moins informées par les services de la santé et l'Internet (Graphique 5).

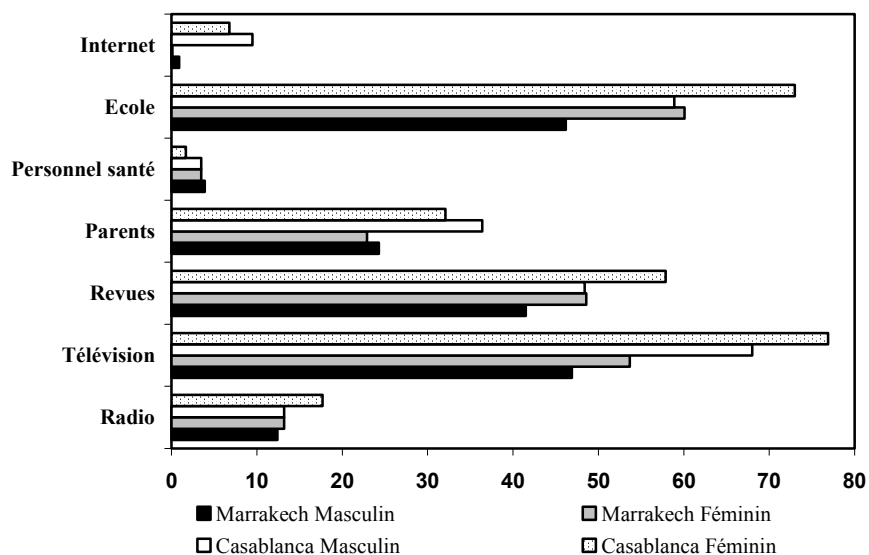
En somme, si à travers les résultats des deux enquêtes menées à Casablanca et à Marrakech les adolescents et les adolescentes semblent être informer sur les IST, il y a lieu de renforcer leur information et leur sensibilisation par le biais des services de santé, dont le rôle semble avoir été marginal.

Tableau 3. Pourcentage des adolescents ayant reçu des informations sur les IST selon la source et le sexe

	Marrakech			Casablanca		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Radio	12,4	13,2	12,8	13,2	17,7	15,6
Télévision	46,9	53,7	50,0	68,0	76,9	72,7
Revue/journaux	41,5	48,6	44,8	48,4	57,9	53,4
Parents/amis	24,3	22,9	23,7	36,4	32,1	34,1
Personnel santé	3,9	3,5	3,7	3,5	1,7	2,6
Ecole	46,2	60,1	52,6	58,9	73,0	66,3
Internet	0,9	0,1	0,5	9,5	6,8	8,1
Effectif	925	790	1715	516	577	1093

Source : Enquêtes sur les adolescents réalisées par le CERED à Casablanca en 1999 et à Marrakech en 2003.

Graphique 5. Pourcentage des adolescents ayant reçu des informations sur les IST selon la source et le sexe



Source : Enquêtes sur les adolescents réalisées par le CERED à Casablanca en 1999 et à Marrakech en 2003.

2. Connaissance, sources d’information et attitude face au SIDA

2.1. Connaissance et sources d’information sur le SIDA

Dans la section 2.1, la connaissance des IST, y compris du sida, a été abordée. Il s’agissait là seulement de la connaissance spontanée, c’est-à-dire du pourcentage d’adolescents qui ont déclaré spontanément connaître une IST spécifique. Aux adolescents qui n’avaient pas mentionné le sida, on a posé une question supplémentaire ; *“Avez-vous déjà entendu parler d’une maladie appelée sida ? ”* Les personnes ayant répondu “oui” à cette question sont également prises en compte pour évaluer le niveau de connaissance du sida. Dans la section qui suit, la connaissance du sida se réfère donc à l’une ou l’autre source.

Selon les déclarations, la connaissance du sida est quasi-universelle chez les adolescents : 98,5% à Casablanca et 95,8% à Marrakech (tableau 4). On note par ailleurs que, quelles que soient les caractéristiques, la connaissance du Sida

est générale. En d'autres termes, aussi bien chez les adolescentes que chez les adolescents, en milieu urbain de Casablanca qu'en milieu semi-urbain de Marrakech, qu'ont soit scientifique ou littéraire, qu'on soit âgés de 13-17 ans ou non, la connaissance du Sida est quasi universelle.

Tableau 4. Pourcentage d'adolescents ayant déclaré avoir entendu parler du Sida selon le sexe, l'âge et la branche d'étude poursuivie au lycée

Caractéristiques	Marrakech 2003		Casablanca 1999	
Sexe				
Masculin	96,3	925	98,3	516
Féminin	95,3	790	98,7	577
Age				
13-17 ans	95,7	815	98,7	372
18-21 ans	96,7	900	98,3	721
Branche d'étude au lycée				
Lettres	95,6	862	98,8	498
Sciences	96,0	853	98,1	595
Ensemble des adolescents	95,8	1715	98,5	1093

Source : Enquêtes sur les adolescents réalisées par le CERED à Casablanca en 1999 et à Marrakech en 2003

On a également demandé aux enquêtés, les canaux par lesquels ils avaient été informés de l'existence de cette maladie. Les principales sources d'information des adolescentes résidant à Casablanca sont la télévision, l'école, les revues et les journaux, les parents et amis. Chez les adolescents garçons, l'ordre d'importance des sources est le même (Tableau 5). A Marrakech, par ordre d'importance, l'école vient en première position comme source principale d'information sur le Sida avec 50,2% des adolescents (58,4% pour les filles et 43,2% pour les garçons). Vient ensuite la télévision (47,7%), les revues et les journaux (41%), et les parents et amis 18,1%), avec toutefois un avantage des adolescentes sur les adolescents. Faut-il encore remarquer que les services de santé et l'Internet sont les sources d'information les moins citées par les adolescents, aussi bien en milieu semi-urbain de Marrakech qu'en milieu urbain de Casablanca (tableau 5).

Tableau 5. Pourcentage des adolescents ayant reçu des informations sur le Sida selon la source

	Marrakech 2003			Casablanca 1999		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Radio	9,0	8,4	8,7	13,4	17,5	15,6
Télévision	43,2	51,1	47,7	67,2	74,9	71,3
Revue/journaux	38,1	44,4	41,0	47,1	55,8	51,7
Parents/amis	16,6	19,4	18,1	35,3	31,0	33,0
Services de santé	2,9	3,2	3,0	3,5	1,7	2,6
Ecole	44,8	58,4	50,2	57,9	71,1	64,9
Internet	0,5	0,1	0,3	9,5	6,4	7,9
Autres sources	14,6	9,5	12,2	11,4	7,5	9,3
Effectif	925	790	1715	516	577	1093

Source : Enquêtes sur les adolescents réalisées par le CERED à Casablanca en 1999 et à Marrakech en 2003

2.2. Connaissance des modes de transmission du sida

On ne peut pas, à partir d'une connaissance correcte des IST, déduire qu'un individu ou une population est automatiquement protégée: nombreux sont ceux qui courent des risques malgré tout. Il n'empêche que l'information reste un point crucial plus particulièrement pour ceux qui ne sont pas (ou pas suffisamment) informés sur les modes de transmission de la maladie et ceux qui ont des connaissances erronées.

La connaissance des modes de transmission est une condition nécessaire, mais non suffisante, à une prévention de la maladie sida. Trois questions¹³ sur les modes de transmission ont été posées aux adolescents. *"A votre avis, une personne peut attraper le sida par des rapports sexuels ?"* ; *"A votre avis, une personne peut attraper le sida par le sang (injections ou transfusions sanguines) ?"* ; *"Y a-t-il d'autres modes de transmission du sida ?"*. Les résultats des deux enquêtes révèlent que les adolescents connaissent bien les modes de transmission de cette infection : 98,6% des adolescents résidant à Marrakech et 100% résidant à Casablanca ont déclaré connaître un mode de transmission quelconque de l'infection à VIH/Sida (tableau 6).

Par ailleurs, lorsque les modes de transmission du Sida sont connus, ce sont les rapports sexuels qui ont été les plus cités par les adolescents (95,6% à Marrakech et 95,3% à Casablanca) ; suivis des injections et de la transfusion sanguine (93,4% contre 93,5%). Il y a lieu de signaler que les autres modes de

¹³ Pour chacune de ces trois questions, trois modalités de réponse ont été suggérées aux interviewés : Oui, non, ou ne sait pas.

transmission n'ont été mentionnés que 10,7% à Marrakech et 52,7% à Casablanca.

On observe les mêmes variations selon le sexe, l'âge et la branche d'étude au lycée, pour la connaissance d'un mode de transmission quelconque. Cependant, les différences selon les caractéristiques démographiques existent, en particulier en ce qui concerne les autres modes de transmission qui n'ont été pratiquement cités que dans l'urbain de Casablanca (graphique 6).

Tableau 6. Pourcentage des adolescents connaissant des modes de transmission du sida selon le sexe des adolescents, leur âge et leur branche d'étude au lycée

	Milieu semi-urbain de Marrakech					Milieu urbain de Casablanca				
	Au moins un	Rapport sexuel	Injection et trans. sang.	Autre*	Effectif	Au moins un	Rapport sexuel	Injection et trans. sang.	Autre*	Effectif
Sexe										
Masculin	98,8	94,9	93,5	10,8	925	100,0	95,4	93,6	50,3	516
Féminin	98,5	96,4	93,3	10,6	790	100,0	95,3	93,5	54,9	577
Age										
13-17 ans	98,5	94,9	91,5	12,2	815	100,0	95,4	91,4	54,3	372
18-21 ans	98,8	96,3	95,1	9,4	900	100,0	95,3	94,5	51,9	721
Branche d'étude au lycée										
Littéraire	98,6	95,4	94,1	10,4	862	100,0	93,9	93,9	54,6	498
Scientifique	98,7	95,8	92,7	11,0	853	100,0	96,5	93,2	51,1	595
Ensemble	98,6	95,6	93,4	10,7	1715	100,0	95,3	93,5	52,7	1093

* La modalité de la mère à l'enfant est contenue dans cette réponse

Source : Enquêtes sur les adolescents réalisées par le CERED à Casablanca en 1999 et à Marrakech en 2003

2.3. Opinions des adolescents sur le sida

Un ensemble de questions a été adressé aux adolescents afin de connaître leurs opinions à propos d'un certain nombre de croyances (correctes ou incorrectes) sur le Sida. Ces questions ont concerné la possibilité de guérison du sida, la possibilité d'attraper le Sida par la salive, par la transpiration, par les aliments, ou encore par le toucher. Les résultats sur les opinions des adolescents concernant ces croyances sont présentés aux tableaux 7 et 8 ci-après. A la question de savoir si une personne atteinte du sida peut guérir, 5% ont donné une réponse affirmative, 81% ont répondu non et 14% n'en savent pas grand chose, et ceci dans la ville de Marrakech. A Casablanca, ces proportions sont respectivement de 4%, 82% et 14%. Par ailleurs, les opinions prononcées à propos de cette question sont pratiquement invariables selon le sexe, l'âge et la

branche (Tableaux 7 et 8). Sans doute, les croyances incorrectes sur cette question (un peu moins de 20%) réduiront la connaissance de ce fléau.

L'opinion selon laquelle une personne peut attraper le sida par la peau est partagée par 6,5% des adolescents de Marrakech et 3,6% des Casablancais. Par rapport aux adolescentes, les garçons ont moins fréquemment déclaré qu'une personne ne peut être atteinte du sida par la peau (75,4% contre 80% chez les adolescents à Marrakech ; et presque la même proportion à Casablanca, 86%) (Tableaux 7 et 8) ; de même, ils ont plus fréquemment déclaré qu'une personne peut attraper le sida par la peau (7,6% contre 5,3% chez les adolescentes, à Marrakech ; 4,1% contre 3,1% chez les adolescentes).

On constate qu'un pourcentage élevé d'adolescents (71,6% à Marrakech et 81,6% à Casablanca) et d'adolescentes (77,8% à Marrakech et 83% à Casablanca) sait que le sida ne se transmet pas par les aliments. On remarque aussi qu'un pourcentage élevé d'adolescents (57,5% à Marrakech et 72,1% à Casablanca) et d'adolescentes (56,8% à Marrakech et 72,1% à Casablanca) sait que le sida ne se transmet pas par la transpiration.

Pour ce qui est de la transmission par la salive, 60% des Casablancais ont infirmés cette transmission contre 42% chez les Marrakchis.

Ceci nous amène à chercher les raisons qui poussent les adolescents à prononcer ces opinions. *"L'absence d'une éducation sexuelle formelle favorise le recours à la rue pour l'acquisition des connaissances. ...les informations et les sources de conseil n'étant pas toujours disponibles, les jeunes se réfèrent aux croyances populaires, aux préjugés, à l'imaginaire et à la rumeur pour comprendre les IST-SIDA"*, écrit Kamal Mellakh (2002).

Tableau 7. Répartition (en %) des adolescents selon leur opinion sur quelques croyances sur le Sida (semi-urbain de Marrakech)

	Peut-on guérir du Sida?			Peut-on attraper le sida par ...											
				la transpiration ?			les aliments?			la peau ?			la salive ?		
	Oui	Non	NSP	Oui	Non	NSP	Oui	Non	NSP	Oui	Non	NSP	Oui	Non	NSP
Sexe															
Masculin	5,7	80,2	14,1	14,2	57,5	28,1	9,8	71,6	18,6	7,6	75,4	17,1	35,0	41,2	23,8
Féminin	4,2	81,8	14,1	11,8	56,8	31,3	6,3	77,8	15,8	5,3	80,0	14,7	31,8	42,8	25,4
Age															
13-17 ans	4,9	80,7	14,4	11,4	58,0	30,5	9,0	73,1	17,9	6,4	76,2	17,4	27,5	44,9	27,6
18-21 ans	5,1	81,1	13,8	14,6	56,7	28,8	7,6	75,7	16,8	6,7	78,7	14,7	39,0	39,2	21,8
Branche d'étude au lycée															
Lettre	4,3	80,6	15,1	15,8	53,2	31,0	8,9	72,0	19,0	7,8	75,5	16,7	35,4	39,3	25,3
Science	5,7	81,2	13,0	10,3	61,4	28,3	7,5	76,9	15,6	5,3	79,5	15,2	31,7	44,5	23,8
Ensemble	5,0	80,9	14,1	13,1	57,3	29,7	8,2	74,5	17,3	6,5	77,5	16,0	33,5	41,9	24,5

Source : Enquêtes sur les adolescents réalisées par le CERED à Casablanca en 1999 et à Marrakech en 2003

Tableau 8. Répartition (en %) des adolescents selon leur opinion sur quelques croyances sur le Sida (urbain de Casablanca)

	Peut-on guérir du Sida?			Peut-on attraper le sida par ...											
				la transpiration ?			les aliments?			la peau ?			la salive ?		
	Oui	Non	NSP	Oui	Non	NSP	Oui	Non	NSP	Oui	Non	NSP	Oui	Non	NSP
Sexe															
Masculin	5,6	77,9	16,5	6,2	72,1	21,7	6,6	81,6	11,8	4,1	86,6	9,3	22,7	61,6	15,7
Féminin	2,4	85,4	12,1	4,9	72,1	23,0	6,1	83,0	10,9	3,1	86,7	10,2	19,2	58,9	21,9
Age															
13-17 ans	5,4	81,5	13,2	5,4	71,2	23,4	8,9	79,6	11,5	5,4	83,1	11,5	18,5	60,8	19,6
18-21 ans	3,2	82,1	14,7	5,5	72,5	22,0	5,0	83,8	11,2	2,6	88,5	8,9	22,1	59,9	18,1
Branche d'étude au lycée															
Lettre	3,6	81,7	14,7	5,6	69,7	24,7	5,8	81,3	12,9	3,2	85,5	11,2	20,7	59,4	19,9
Science	4,2	82,0	13,8	5,4	74,1	20,5	6,7	83,2	10,1	3,9	87,6	8,5	21,0	60,8	18,2
Lettre	3,9	81,9	14,2	5,5	72,1	21,9	6,3	82,3	11,4	3,6	86,6	9,8	20,9	60,2	18,9

Source : Enquêtes sur les adolescents réalisées par le CERED à Casablanca en 1999 et à Marrakech en 2003

2.4. Connaissance des moyens de prévention contre le sida

On a demandé aux adolescents connaissant le sida, s'ils connaissaient des moyens pour éviter de contracter cette maladie. Aucune réponse n'était suggérée et tous les moyens cités ou décrits par les enquêtés étaient enregistrés.

Sans doute, une prévention efficace du Sida passe aussi par une bonne connaissance des moyens de prévention. Ceci se confirme d'ailleurs dans les deux enquêtes où les adolescents connaissent bien les moyens de prévention de cette infection : 86,9% des adolescents résidant à Marrakech et 96,5% résidant à Casablanca ont déclaré connaître un moyen de prévention quelconque de l'infection à VIH/Sida (Tableau 9).

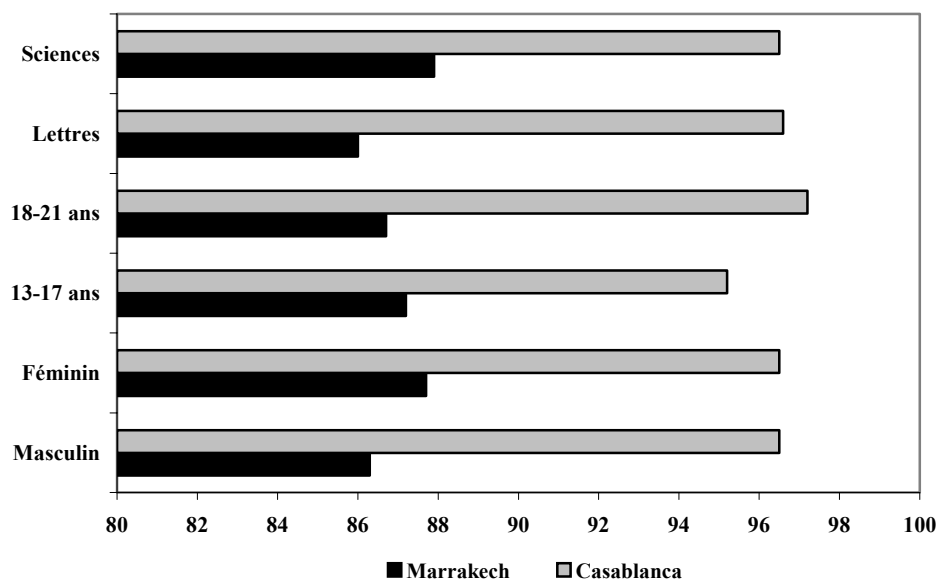
Aussi bien chez les adolescents que chez les adolescentes, le degré de connaissance des moyens de prévention est de loin plus élevé en milieu urbain de Casablanca qu'en milieu semi-urbain de Marrakech (graphique 7). Ces mêmes constatations sont valables pour les variables âge et branche d'étude au lycée.

Tableau 9. Pourcentage des adolescents connaissant certains moyens de prévention du sida selon le sexe des adolescents, leur âge et leur branche d'étude au lycée

	Mode connu	Rapport sans risque	Utilisation condom	Eviter transfusion sanguine	Eviter injections	Effectif
Semi-urbain de Marrakech						
Sexe						
Masculin	86,3	65,0	33,0	5,8	36,3	925
Féminin	87,7	73,2	16,7	8,0	48,7	790
Age						
13-17 ans	87,2	69,1	22,3	7,6	42,7	815
18-21 ans	86,7	68,4	28,3	6,1	41,4	900
Branche d'étude au lycée						
Lettres	86,0	69,0	24,5	6,6	43,0	862
Sciences	87,9	68,5	26,5	7,0	41,0	853
Ensemble	86,9	68,7	25,5	6,8	42,0	1715
Urbain de Casablanca						
Sexe						
Masculin	96,5	76,6	55,6	7,6	38,8	516
Féminin	96,5	86,7	31,0	6,9	56,2	577
Age						
13-17 ans	95,2	78,2	43,5	6,5	44,1	372
18-21 ans	97,2	83,8	42,2	7,6	49,9	721
Branche d'étude au lycée						
Lettres	96,6	83,1	40,0	6,4	53,6	498
Sciences	96,5	80,8	44,9	7,9	43,2	595
Ensemble	96,5	81,9	42,6	7,2	47,9	1093

Source : Enquêtes sur les adolescents réalisées par le CERED à Casablanca en 1999 et à Marrakech en 2003

Graphique 7. Pourcentage des adolescents connaissant certains moyens de prévention du sida selon l'âge, le sexe et la branche d'étude poursuivie au lycée



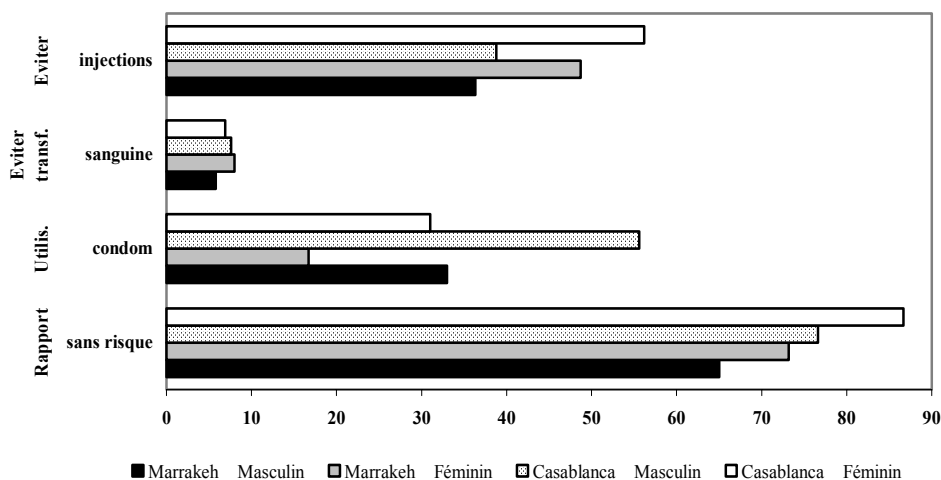
Source : Enquêtes sur les adolescents réalisées par le CERED à Casablanca en 1999 et à Marrakech en 2003

Selon les moyens de prévention spécifiques, on constate que les deux sexes ont fourni des réponses assez différentes (Graphique 8). Pour les adolescentes, le moyen le plus cité est le rapport sans risque (73,2% à Marrakech et 86,6% à Casablanca) et l'évitement des injections (48,7% à Marrakech et 56,2% à Casablanca). Pour les garçons, en plus du rapport sans risque (65% à Marrakech et 76,6% à Casablanca), on relève le condom qui a été mentionné par plus de 5 garçons sur dix chez ceux résidant en milieu urbain de Casablanca et 33% chez ceux résidant en milieu semi-urbain de Marrakech.

Les adolescentes ont moins cité le condom (16,7% à Marrakech et 31% à Casablanca) qui, pourtant, demeure encore le moyen le plus sûr pour se protéger du Sida. Un pourcentage peu significatif des adolescents et adolescentes a également fait mention de la transmission liée à des pratiques médicales comme la transfusion sanguine (entre 5,8% et 8%).

Par ailleurs, si les différences, selon le sexe, de la connaissance des moyens de prévention du sida sont importantes alors ce n'est pas le cas pour les autres variables : âge et branche d'étude au lycée (Tableau 9).

Graphique 8. Pourcentage des adolescents connaissant certains moyens de prévention du sida selon le sexe



Source : Enquêtes sur les adolescents réalisées par le CERED à Casablanca en 1999 et à Marrakech en 2003

3. Connaissance réelle du sida

3.1. Justification

Les analyses effectuées dans la section 2.2 ont porté sur le niveau de connaissance du sida, mais elles ne traitent pas de la qualité de cette connaissance. S'agit-il d'une connaissance véritable ou tout simplement superficielle (c'est à dire, avoir juste entendu le mot sida). La simple déclaration "*connaît ou a entendu parler*" peut traduire une connaissance approximative ou même le seul souvenir d'avoir entendu le mot "*sida*", sans aucune connaissance ni des modes par lesquels la maladie se transmet, ni des mesures à prendre pour la prévenir, n'aboutit pas à des changements dans le comportement des adolescents.

Par contre, la connaissance d'un mode de transmission va bien au-delà et conditionne une bonne prévention de l'infection, qui n'implique pas

nécessairement une bonne prévention de l'infection, et qui n'implique pas nécessairement la connaissance d'un moyen de prévention. Cela met donc en évidence l'intérêt de prendre en compte simultanément la connaissance de la maladie, de ses modes de transmission, de ses moyens de prévention ainsi que certaines croyances correctes.

A titre d'indication, les données des deux enquêtes révèlent que 12,3 % d'adolescents résidant à Marrakech qui connaissent le sida, ne connaissent aucun mode spécifique de prévention de cette maladie. Parmi les adolescents qui connaissent des moyens de prévention, toujours pour Marrakech, dans presque 25% des cas, ils n'en connaissent, en fait, qu'un seul. Pour le cas des adolescents résident à Casablanca, les proportions sont respectivement 8% et 26%.

Si nous tenons compte d'un autre critère, "*la maladie du sida est-elle ou non guérissable ?*", nous constatons que 20% d'adolescents résidant à Marrakech ont donné une déclaration incorrecte (17% à Casablanca). S'agit-il des idées fausses sur les modes de transmission de l'infection, les résultats ne sont pas rassurants (voir partie plus haut, les opinions sur le sida).

Tout cela laisse à penser que la connaissance du sida est très limitée et que des actions d'Information, Education et Communication (IEC) sont nécessaires. Or pour mener une campagne d'IEC efficace, il est nécessaire de bien appréhender le degré de connaissance réelle du sida ainsi que ses variations selon certaines variables.

Partant de ces considérations, nous allons construire deux indicateurs synthétiques qui prennent en considération toutes les remarques et constatations déjà évoquées. Ces indicateurs, qui sont conçus pour mesurer la bonne connaissance de l'infection, vont combiner plusieurs indices se rapportant à la connaissance des modes corrects et incorrects de transmission du sida, et des opinions des adolescents vis à vis de la transmission de cette infection.

Le premier indicateur synthétique (ISC1), qui est recommandé par l'ONUSIDA dans le cadre du suivi de l'UNGASS¹⁴, sera calculé à partir du pourcentage d'adolescents qui, à la fois, ont des connaissances exactes en matières de prévention de la transmission sexuelle du VIH et rejettent les

¹⁴ Voir à ce propos ONUSIDA (2001) pour plus d'informations. Plus précisément, les travaux de la Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS) consacrée au VIH/sida", New York, du 25 au 27 juin 2001.

principales idées fausses¹⁵ concernant la transmission du virus. Sont considérés comme connaissant réellement, selon cet indicateur, les adolescents :

- ayant déclaré connaître spontanément ou non le sida et,
- connaissant, au moins, deux des moyens de prévention suivants : rapport sans risque, utilisation du condom, évitement les injections à risques et les transfusions et,
- ayant rejeté les quatre idées fausses concernant la transmission du virus.

Le deuxième indicateur (ISC2), quant à lui, va combiner la connaissance du sida, ses modes de transmission et ses moyens de prévention. Selon cet indicateur, sont considérés comme connaissant réellement le sida, les adolescents :

- ayant déclaré connaître spontanément ou non le sida et,
- ayant déclaré que le sida n'est pas guérissable et,
- connaissant, au moins, deux des modes de transmission suivants : rapports sexuels (homosexuels ou hétérosexuels), le sang (transfusion sanguine ou injection), de la mère à l'enfant, etc.
- connaissant, au moins, deux des moyens de prévention suivants : rapport sans risque, utilisation du condom, éviter les injections à risques et éviter les transfusions.

Bref, ces deux indicateurs postulent que les réponses des adolescents qui vérifient les conditions requises ont une connaissance réelle.

¹⁵ Elles sont au nombre de quatre : possibilité de transmission par la salive, la transpiration, l'alimentation et la peau.

3.2. Résultats

... une analyse bivariée

Dans la section 2.2.1, les résultats montraient que 95,8% et 98,5% d'adolescents, respectivement à Marrakech et à Casablanca, ont déclaré connaître le sida. Avec ces nouveaux indicateurs, les proportions chutent pour le premier à 20,7% et à 35% respectivement à Marrakech et à Casablanca, et pour le deuxième à 42% et à 52,4% respectivement (Tableau 10). Ce qui montre que le premier indicateur synthétique donne un niveau de connaissance du sida le plus faible, aussi bien en milieu semi-urbain de Marrakech qu'en milieu urbain de Casablanca, et ce pour toutes les variables démographiques retenues (Graphique 9). Cependant, quelque soit l'indicateur synthétique retenu, les adolescents issus de l'urbain de Casablanca ont une bonne connaissance du sida comparativement à leurs homologues issus du semi-urbain de Marrakech (Graphiques 9 et 10). Résultat déjà trouvé auparavant. Abstraction faite du niveau des deux indicateurs, on observe que, pour les deux milieux de résidence, le degré de connaissance est moins élevé chez les adolescents de sexe masculin, chez les adolescents d'âges 13-17 ans, et chez les adolescents littéraires.

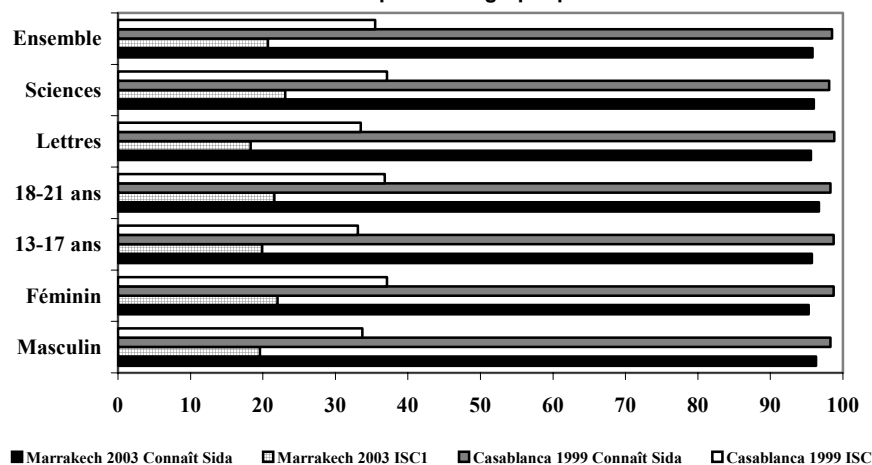
En somme, l'impact important du milieu de résidence sur la connaissance réelle du sida se confirme dans l'analyse bivariée. Les variables sexe, âge et branche semblent aussi avoir un impact sur la connaissance réelle de l'infection.

Tableau 9. Pourcentage d'adolescents connaissant ou ayant entendu parler du sida et pourcentage de ceux ayant une bonne connaissance du sida selon certaines caractéristiques démographiques

	Marrakech 2003				Casablanca 1999			
	Connaît Sida	ISC1	ISC2	Effectif	Connaît Sida	ISC1	ISC2	Effectif
Sexe								
Masculin	96,3	19,6	38,8	925	98,3	33,7	49,0	516
Féminin	95,3	22,0	45,7	790	98,7	37,1	55,5	577
Age								
13-17 ans	95,7	19,9	40,1	815	98,7	33,1	48,4	372
18-21 ans	96,7	21,6	43,7	900	98,3	36,8	54,4	721
Branche d'étude au lycée								
Lettres	95,6	18,3	43,0	862	98,8	33,5	52,8	498
Sciences	96,0	23,1	40,9	853	98,1	37,1	52,1	595
Ensemble	95,8	20,7	42,0	1715	98,5	35,5	52,4	1093

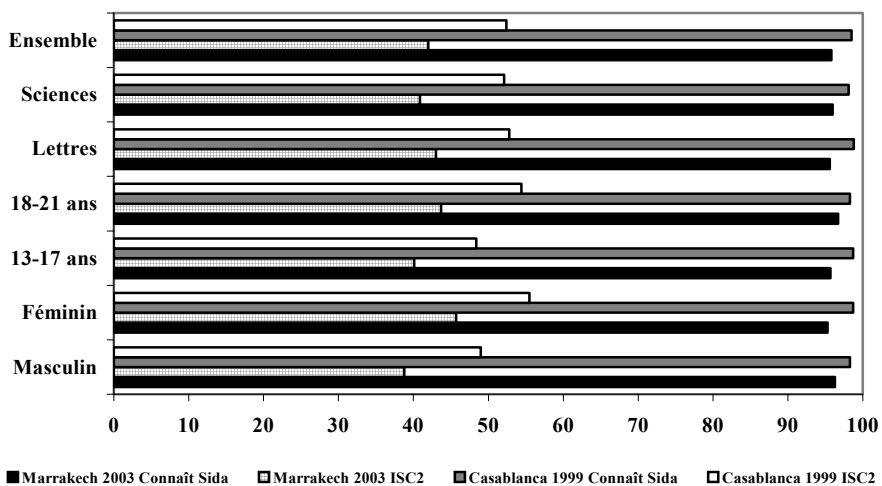
Source : Enquêtes sur les adolescents réalisées par le CERED à Casablanca en 1999 et à Marrakech en 2003

Graphique 9. Pourcentage d'adolescents connaissant ou ayant entendu parler du sida et pourcentage de ceux ayant une bonne connaissance du sida selon certaines caractéristiques démographiques



Source : Enquêtes sur les adolescents réalisées par le CERED à Casablanca en 1999 et à Marrakech en 2003

Graphique 10. Pourcentage d'adolescents connaissant ou ayant entendu parler du sida et pourcentage de ceux ayant une bonne connaissance du sida selon certaines caractéristiques démographiques



Source : Enquêtes sur les adolescents réalisées par le CERED à Casablanca en 1999 et à Marrakech en 2003

... une analyse multivariée

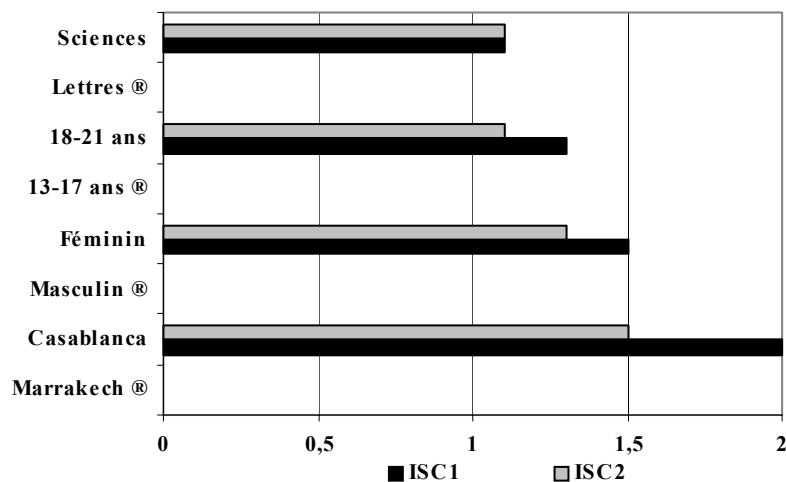
Cette seconde étape de l'analyse consiste à approfondir l'analyse de la liaison entre la connaissance réelle du sida et quelques variables déjà retenues dans l'analyse bivariée, en utilisant une régression logistique. Les résultats de cette technique vont illustrer la contribution de chaque variable dans la détermination du degré de connaissance réelle (coefficient exponentiel), tout en prenant en considération l'effet des autres variables. Les résultats des modèles de régression logistique sont donnés sous forme de figure, dans le corps du texte, et de tableau en annexe. Ci-après, les variables explicatives et les variables de contrôle retenues par le modèle de régression logistique.

Variabiles	Modalités de réponse	Modalité de référence
ISC1	Connaît réellement le sida, ne connaît pas	Ne connaît pas
ISC2	Connaît réellement le sida, ne connaît pas	Ne connaît pas
Milieu	Semi-urbain Marrakech, urbain Casablanca	Semi-urbain Marrakech
Sexe	Masculin, Féminin	Masculin
Groupes d'âge	13-17 ans, 18-21 ans	13-17 ans
Branche	Lettres, sciences	Lettres

L'analyse par régression logistique des deux indicateurs de connaissance du sida confirme, comme le suggérait l'analyse bivariée, un effet important du milieu de résidence, du sexe et de l'âge (Graphique 11 et tableau A1 dans l'annexe). Les coefficients, qui indiquent la contribution relative de chacune des variables du modèle, les plus importants du modèle montrent de façon très nette que les adolescents résidant en milieu urbain de Casablanca ont plus de chances que les autres d'avoir une bonne connaissance de l'infection du Sida, soient 1,5 et 2 fois plus, respectivement pour le premier et le deuxième indicateur. Selon le sexe, les adolescentes sont plus avantagées que les garçons (1,5 et 1,3 fois plus respectivement). Les adolescents âgés de 18-21 ans sont plus nombreux à avoir une bonne connaissance de l'infection par rapport aux autres, respectivement 1,3 et 1,2 fois plus. Par ailleurs, la branche d'étude au lycée semble ne différencier pas les adolescents en ce qui concerne la connaissance réelle.

En définitive, les adolescents du semi-urbain de Marrakech comparativement à leurs homologues du milieu urbain de Casablanca, les garçons et les jeunes (13-17 ans) mériteraient une attention particulière en matière d'information, éducation et communication sur la connaissance réelle du sida (connaissance spontanée ou non du sida, ses modes de transmission, ses moyens de prévention, tout en évitant les croyances incorrectes sur la transmission de cette infection).

Graphique 11. Résultats de la régression logistique



® Modalité de référence

Source : Enquêtes sur les adolescents réalisées par le CERED à Casablanca en 1999 et à Marrakech en 2003

Conclusion

Les IST sont des maladies graves qui favorisent de surcroît la transmission du VIH par voie sexuelle. La présence d'une maladie sexuellement transmissible non traitée constitue un facteur biologique de vulnérabilité à l'infection au VIH. Elles figurent désormais au cinquième rang des causes entraînant la perte d'années de vie productive dans les pays en développement. C'est pourquoi, le traitement des IST constitue une stratégie importante pour prévenir l'infection à VIH dans une population globale.

Bien qu'il soit un pays à faible prévalence, au même titre d'ailleurs que les pays de la région du Maghreb et du Moyen-Orient, le Maroc n'est pas à l'abri d'un risque réel de progression de l'épidémie du VIH/SIDA.

Une des stratégies les plus importantes pour la réduction du taux d'infection du VIH/sida est la promotion d'une connaissance exacte des modes de transmission et des moyens de prévention du sida, en évitant évidemment les fausses conceptions sur le sida (croyances incorrectes). Dans ce contexte, les enquêtes sur les comportements, attitudes et pratiques chez les adolescents, conduites par le Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques constitueront,

sans doute, une source de données de référence susceptible d'aider dans la prévention des IST y compris le sida, seul moyen efficace de lutte contre la propagation de ces maladies. Les enquêtes fournissent en effet des informations récentes, en milieu urbain de Casablanca et semi-urbain de Marrakech, sur les comportements et attitudes des adolescents vis à vis de ces maladies.

La difficulté de lutte contre le SIDA réside dans les fausses conceptions que les adolescents ont sur la maladie, ce qui parfois entrave la sensibilisation. Les données des enquêtes montrent que quatre fausses conceptions ont été citées, avec des proportions variables et non négligeable : on peut guérir le sida, le sida se transmet par la transpiration, les aliments, la peau et la salive. Ce qui montre que les adolescents ont du mal à savoir ce qui est vrai ou faux dans tout ce que se dit à propos du SIDA.

S'agissant de la connaissance du sida, il faut noter que malgré un niveau de connaissance élevé des IST, y compris le sida, la connaissance réelle du sida (modes de transmission et de ses moyens de transmission) reste très limitée. En milieu semi-urbain de Marrakech, la connaissance réelle du sida oscille entre 20,7% et 42%. En milieu urbain de Casablanca, où la connaissance réelle du sida est relativement meilleure, les proportions varient entre 35,5% et 52,4%. Selon les caractéristiques démographiques des adolescents, la connaissance est moins fréquente chez les garçons, ceux âgés de 13 à 17 ans, et chez les littéraires, en particulier en milieu semi-urbain de Marrakech.

Pour ce qui est des sources d'information, la télévision, l'école, les journaux/revues, les parents et les amis constituent les principaux canaux par lesquels les adolescents ont été informés de l'existence de cette maladie. Cependant, les services de santé et l'Internet restent les sources d'information les moins citées par les adolescents. Les données montrent aussi que les informations sur le sida ont beaucoup circulé parmi les filles que parmi les garçons.

De ces différents résultats, on s'aperçoit que les adolescents au Maroc ont un besoin de sensibilisation en ce qui concerne les conséquences des IST/SIDA. L'information et la sensibilisation devraient davantage contribuer à une meilleure connaissance des modes de transmission et des moyens de prévention. De ce fait, des actions d'IEC appropriées sont donc nécessaires, en direction notamment du milieu semi-urbain de Marrakech. Dans ce cadre, certaines catégories d'adolescents méritent également une attention particulière. Il s'agit des garçons, des adolescents "jeunes" (13-17 ans) et des littéraires. L'IEC devrait également permettre de faire comprendre aux populations qu'il existe des traitements efficaces pour les IST autres que le sida. Enfin, les messages diffusés dans ce cadre devraient être bien calibrés et adaptés dans leur contenu, langage et expression aux populations cibles.

Par ailleurs, pour une action efficace de lutte contre la pandémie du VIH/SIDA, en plus des dimensions préventives, des soins et de l'intensification de la recherche, les valeurs culturelles qui défendent le respect de la vie humaine constituent une ressource inestimable. En adoptant le principe de la santé au sens large (santé morale, santé sexuelle et santé physique) et en consolidant ce principe par les arguments culturels appropriés, la culture peut beaucoup contribuer dans la lutte contre ce fléau.

Quelques recommandations pratiques

L'analyse des données des deux enquêtes sur la connaissance et les attitudes des adolescents à propos des IST/SIDA a permis de faire des constats qui soulèvent des problèmes au sujet desquels, il faudra développer des interventions en direction des adolescents. Lorsqu'on sait que les adolescents d'aujourd'hui sont ceux qui feront le monde de demain, il convient que l'on prenne des mesures tendant à leur assurer un avenir meilleur. Pour ce faire, nous recommandons ce qui suit :

- Promouvoir les activités en milieu semi-urbain de Marrakech où les adolescents semblent être mal informés sur les IST (connaissance réelle minime).
- Très peu d'adolescents ayant une bonne connaissance du Sida : la sensibilisation sur cette pandémie doit être beaucoup plus profonde et dépasser le stade de la simple information. Les jeunes doivent être informés de toutes les conséquences liées à cette maladie. En ce qui concerne les lieux de sensibilisation, nous recommandons les lieux suivants : les écoles, les maisons de jeunes, les maisons de culture, les bibliothèques municipales, les salles de cinéma, les jardins publics, les stades sportifs, et tous les autres espaces ouverts.
- Vue l'importance des ami(e)s dans l'échange de conseils, utiliser la stratégie des pairs éducateurs en utilisant le slogan "Jeunes pour jeunes". C'est-à-dire former des jeunes sur ces maladies qui, à leur tour, informeront d'autres jeunes. Puisqu'il est plus facile aux jeunes de sensibiliser leurs pairs. Cette approche, actuellement promue et mise en œuvre dans plusieurs pays, constitue un cadre adéquat de mise en œuvre de cette collaboration.
- Sensibiliser les parents surtout les mères qui semblent être plus impliquées dans les préoccupations des jeunes.
- Renforcer les compétences du personnel de santé dans la prise en charge des IST/SIDA.

- Renforcer les activités IEC dans les écoles en impliquant davantage les éducateurs.

Annexes

Encadré 1. Les IST

Syphilis

La syphilis est causée par des bactéries spirochales (*Treponema pallidum*). Quand elle n'est pas traitée, elle se déroule en quatre stades: lors du stade I, environ trois semaines après la contamination, apparaît un chancre non-douloureux à l'endroit où l'infection a eu lieu (généralement sur le pénis ou sur la vulve). Les ganglions lymphatiques de l'aîne enflent. En règle générale, ce chancre disparaît également sans traitement. L'affection progresse pendant 6 semaines environ avant d'atteindre le stade II où les bactéries s'étendent à tout le corps et provoquent des éruptions cutanées, de la fièvre et une tuméfaction des ganglions lymphatiques. Ces manifestations disparaissent momentanément, mais resurgissent toutefois occasionnellement sur de longues années. Si aucun traitement n'est entrepris à ce stade-là, la maladie attaque les organes internes, en particulier le système nerveux, ainsi que la moelle épinière au stade III (troubles de la motricité) et le cerveau au stade IV (démence).

L'infection est diagnostiquée au moyen d'un examen au microscope ou d'un test sérologique qui donne des résultats fiables environ trois semaines après l'infection. Un traitement aux antibiotiques (p.ex. pénicilline) administré dès les premiers stades mène à une guérison complète. Les lésions causées par les stades ultérieurs (III et IV) sont toutefois irréversibles, même si les bactéries sont détruites par les médicaments. Pendant la grossesse, la syphilis peut entraîner de très graves lésions du fœtus.

Blennorragie (gonococcie)

La gonococcie est également causée par des bactéries (*Neisseria gonorrhoea*). Deux à sept jours après l'infection, on observe un écoulement purulent jaune-verdâtre, du pénis ou du vagin ainsi que des douleurs lors de la miction. Il arrive que ces symptômes n'apparaissent pas chez la femme. Non traitée, cette maladie peut entraîner chez l'homme une infection de la prostate, du conduit séminal et de l'épididyme. Chez la femme, l'utérus, les trompes et les ovaires peuvent être endommagés au point de provoquer la stérilité. Au stade tardif de la blennorragie, les bactéries s'étendent à tout le corps, en particulier aux articulations et à la région hépatique (Périhépatitis acuta). L'infection est diagnostiquée à l'aide d'un examen microscopique d'une culture prélevée sur l'écoulement. Les antibiotiques viennent à bout de la blennorragie.

En l'occurrence, le problème majeur réside dans le tourisme sexuel en Extrême-Orient: les prostituées locales utilisent souvent des antibiotiques pour se protéger des maladies vénériennes. Ainsi, de plus en plus de souches de bactéries résistantes aux antibiotiques apparaissent.

Chancre mou (ulcus molle)

D'origine bactérienne (*Haemophilus ducreyi*), le chancre mou est une affection rare en Europe, mais répandue dans les pays tropicaux en voie de développement. Deux à six jours après l'infection, des ulcères mous, douloureux et irréguliers, apparaissent à l'endroit de la contamination. On observe parfois une forte tuméfaction des ganglions lymphatiques de l'aîne. L'examen au microscope des chancres permet d'identifier l'agent pathogène et d'établir le diagnostic. La maladie est soignée à l'aide d'antibiotiques.

Encadré 1 (Suite)

Lymphogranulomatose inguinale

La lymphogranulomatose inguinale est causée par des souches spéciales de *Chlamydia trachomatis*. Elle est très rare en Europe. Deux semaines au moins après la contamination, apparaissent dans la partie génitale de petits ganglions bien délimités qui peuvent se transformer en chancres. Ces petits ganglions, peu douloureux, guérissent spontanément en 10 à 15 jours et passent ainsi souvent inaperçus. Souvent, seule la tuméfaction des ganglions lymphatiques (atteignant parfois la taille du poing) dans la région de l'aîne décide le patient à consulter un médecin. Les problèmes surgissent avant tout lorsque les ganglions «éclosent» vers l'extérieur (fistules) ou qu'ils se répandent à l'intérieur du corps. Le diagnostic a lieu par dépistage direct de l'agent pathogène dans le foyer infectieux ou par une analyse sanguine. Il est possible de guérir cette maladie à son stade initial grâce aux antibiotiques.

Infections à chlamydia

Très répandues en Europe, ces infections sont causées par des bactéries (*Chlamydia trachomatis*). Elles provoquent de pénibles infections de l'urètre qui se manifestent par des démangeaisons et brûlures lors de la miction. La prostate et l'épididyme chez l'homme, le vagin, l'utérus, les trompes et les ovaires chez la femme peuvent être touchés, ce qui peut entraîner la stérilité ou des grossesses extra-utérines. L'infection évolue souvent sans douleurs et peut être guérie facilement grâce aux antibiotiques. La contamination du nouveau-né est possible et entraîne des inflammations des conjonctives et des poumons.

Hépatite (jaunisse infectieuse)

Il existe plusieurs virus hépatiques, parmi lesquels le virus de l'hépatite B (VHB) surtout et le virus de l'hépatite C (VHC) dans une moindre mesure sont sexuellement transmissibles. La maladie présente des évolutions très variées: l'infection peut progresser sans douleur ou causer une inflammation hépatique aiguë (hépatite) qui, dans certains cas, entraîne la mort. Chez la majorité des personnes contaminées, l'infection devient chronique et peut dégénérer en cirrhose ou en cancer du foie.

Dans les pays du tiers monde, l'hépatite B est très répandue; en Europe, ce sont principalement les toxicomanes qui s'injectent la drogue ainsi que le personnel médical qui sont touchés. Il existe aujourd'hui un vaccin préventif pour une seule IST, à savoir précisément l'hépatite B.

Herpès génital

L'herpès génital est une infection virale largement répandue apparentée à l'herpès labial (boutons de fièvre sur les lèvres). Trois à sept jours après la contamination de petites vésicules très irritantes et douloureuses apparaissent dans la région génitale. Elles contiennent un liquide contagieux. En outre, une tuméfaction des ganglions et des symptômes fébriles courants peuvent se manifester. Le virus peut être dépisté directement dans le liquide vésiculaire ou indirectement par des analyses sanguines. Malgré un traitement avec un médicament antiviral (p. ex. Aciclovir), le virus peut survivre dans les cellules nerveuses et, après des mois, voire des années de latence, provoquer une nouvelle poussée dont les symptômes sont toutefois généralement atténués. Chez les femmes enceintes infectées, le virus herpétique peut être transmis au nouveau-né lors de l'accouchement et provoquer ensuite de graves affections (p.ex. encéphalite).

Encadré 1 (Suite)

Condylome génital

Environ quatre semaines après la contamination, des verrues se forment dans la région génitale. Elles sont causées par des virus (Papillomavirus) et peuvent être éliminées chirurgicalement (laser, azote liquide, électrocoagulation ou scalpel). Ces virus peuvent être transmis au nouveau-né lors de l'accouchement. Certains sont soupçonnés d'être la cause du cancer de l'utérus chez certaines femmes.

Trichomonase

La trichomonase est due à des parasites unicellulaires très répandus, les Trichomonas, qui s'attaquent à l'urètre et au vagin. L'infection se manifeste par un écoulement aqueux et par des démangeaisons. Le dépistage au microscope permet de diagnostiquer l'agent pathogène. Maladie infectieuse la plus répandue dans le monde, elle est toutefois bénigne et peut être guérie à l'aide de médicaments spécifiques (p.ex. Metronidazol).

Mycoses

Très répandue, la levure *Candida albicans* est l'un des agents pathogènes les plus fréquents des mycoses sexuellement transmissibles. Ces infections, bénignes en soi (inflammation du vagin ou du gland), peuvent néanmoins conduire à des symptômes désagréables tels que de fortes démangeaisons et des brûlures. De plus, chez la femme, les mycoses provoquent des hypersécrétions du vagin. Grâce à des médicaments spécifiques (antimycotiques) et à des mesures d'hygiène adéquates, les mycoses répondent bien au traitement.

Morpions (poux du pubis)

Les morpions sont de petits insectes qui se nichent dans les poils pubiens. Ils sont visibles à l'œil nu, tout comme leurs œufs qui sont fixés aux poils. Le principal symptôme est une forte démangeaison. Le traitement à l'aide d'une émulsion spécifique vient à bout de cette maladie vénérienne bénigne.

Gale (scabiose)

La gale est due à des parasites, les sarcoptes, qui sont transmis au cours des rapports sexuels ou, dans le cadre familial, par l'intermédiaire d'objets contaminés (draps, vêtements, etc.). Les sarcoptes creusent des sillons, ou tunnels, dans l'épiderme (entre les doigts, sur les poignets, les aisselles, le nombril, les seins, dans la région génitale), qui provoquent de fortes démangeaisons, notamment la nuit, et peuvent dégénérer en eczémas

Source : www.aids-info.ch/f_Te/aas-f-f4.htm

Tableau A1.1 : Dates importantes de la prise en charge des IST et du VIH/SIDA au Maroc

1986	Premier cas de SIDA au Maroc
1987	Création du Comité National de Lutte contre le SIDA
1988	Création du Programme National de Lutte contre les IST/SIDA au sein de la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies ; Célébration de la première Journée Nationale du SIDA au Maroc ; Création d'un système de suivi de la déclaration des cas de SIDA.
1990	Institutionnalisation du dépistage du VIH parmi les donneurs de sang
1993	Création d'un système de suivi de l'infection par le VIH
1995	Démarrage d'études pour adapter la prise en charge syndromique des IST au Maroc
1997	Enquête PAPCHILD auprès des ménages incluant des questions sur les IST et le VIH/SIDA
1998	Elaboration de la stratégie nationale de diagnostic et prise en charge de VIH/SIDA Diffusion d'une circulaire ministérielle
2000	Approche syndromique pour le traitement des IST utilisée dans toutes les provinces
2002-2004	Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA

Tableau A2.1 : Résultats de la régression logistique

	ISC1			ISC2		
	B	Signification	Exp(B)	B	Signification	Exp(B)
Milieu de résidence						
Semi-urbain Marrakech ®						
Urbain Casablanca	0,7127	0,000	2,0	0,375	0,000	1,5
Sexe de l'adolescent						
Masculin ®						
Féminin	0,1731	0,049	1,5	0,296	0,000	1,3
Groupes d'âge						
13-17 ans ®						
18-21 ans	0,0901	0,327	1,3	0,215	0,008	1,1
Branche						
Lettres ®						
Sciences	0,2582	0,004	1,1	0,000	1,000	1,1
Constante	-16,045	0,000	0,2	-0,575	0,000	0,5627

® Modalité de référence

Références

Adam Shannon, 1998. *Un plaidoyer pour la santé reproductive des adolescents en Afrique subsaharienne.*

Akoto E.M., Tambashe B.O., Amouzou J. A., Ntsame O. N, 2000. *Sexualité, contraception et fécondité des adolescents au Togo.* projet régional santé familiale et prévention du sida, SFPS. septembre 2000.

Akoto E.M., Tambashe B.O., Amouzou J. A., Tameko D. T., 2000. *Sexualité, Contraception et Fécondité des Adolescents au Burkina Faso.* Projet Régional Santé Familiale et Prévention du Sida (SFPS. Septembre 2000

Akoto E.M., Tambashe B.O., Amouzou J. A., Tameko D. T., 2000. *Sexualité, Contraception et Fécondité des Adolescents au Cameroun.* Projet Régional Santé Familiale et Prévention du Sida (SFPS), Septembre 2000.

BAYA B. et MEDA N., 2001. "Comportement des jeunes de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso) et IST/VIH/SIDA : Espoir ou Inquiétude ?". **In** : XXIV CONGRES GENERAL DE L'UIESP SALVADOR DE BAHIA – BRESIL, 18-24 Août 2001.

BAYA B., 2002. *Comportement sexuel des adolescent(e)s et risques d'infection à VIH : Le cas de Bobo-Dioulasso.*

Belekbir M., 2003. "Facteurs culturels et prévention de la transmission du VIH/SIDA". **In** : Colloque régional, l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA dans les pays du Maghreb et du Machrek, FES - Royaume du Maroc, 30 mai - 2 juin 2001.

BENNANI A., 2003. *Situation épidémiologique du VIH/SIDA au Maroc.* Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, Ministère de la Santé. Disponible sur : <http://www.alcsmaroc.org:8080/alcsmaroc/IMG/ppt/SITUATIONEPIDEMIOLOGIQUE_2003.ppt>

Département de l'instruction publique de la Suisse, 2003. Rapport élaboré pour le centre à l'occasion de la journée mondiale du sida par Murielle PUGIN".

Evina, A., 1998. "Vie féconde des adolescentes en milieu urbain camerounais". **In** : Les Cahiers de l'IFORD no 16, IFORD, Yaoundé, janvier 1998, 117p.

Hessissen L. et Karboubi L., 2003. *La situation des infections sexuellement transmissibles et du sida au Maroc.* Disponible sur : <http://www.santemaghreb.com/maroc/mop2.htm>.

Himmish H., 2003. "LE SIDA AU FÉMININ". **In** : Colloque régional l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA dans les pays du Maghreb et du Machrek, FES - ROYAUME DU MAROC, 30 mai - 2 juin 2001.

IBAAQUIL L., 2003. "Etude qualitative sur la vulnérabilité face au VIH/SIDA dans la région de Tadla-Azilal". Rapport de synthèse. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES IST/SIDA. Ministère de la Santé, Maroc.

Johns Hopkins Center, 2000. *Définir les Voies pour la Prévention du VIH/SIDA au Rwanda : Leçons Apprises sur les Aspects Comportementaux*. Ministère de la Santé / Programme National de Lutte Contre le SIDA avec l'assistance technique de l'Université de Johns Hopkins Centre, Novembre 2000.

Johns Hopkins Center, 2000. *La Sexualité des Adolescents dans les Régions Administratives de Faranah, Kankan et N'Zérékoré : Résultats d'une Recherche Narrative*. University Center for Communication Programs, PRISM. Novembre 2000.

Kamenga C. et al, 2001. *Analyse situationnelle des soins et prises en charge du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles : BURKINA FASO, CAMEROUN, COTE D'IVOIRE, TOGO*. Santé Familiale et Prévention du SIDA. Projet Régional pour l'Afrique de l'Ouest et Centrale.

Mellakh K., 2002. *Besoins et représentations de la santé sexuelle chez les jeunes dans la Wilaya de Marrakech : étude par focus-groupes*.

Messan P. A., 2000. "Maladies sexuellement transmissibles et le sida au Togo". **In** : enquête démographique et de santé au Bénin, 1998. Direction de la Statistique, Lomé, avril 1999.

Ministère de la Santé, 1999. *Enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant, en 1997*. Direction de la planification et des ressources financières, Rabat, Maroc, juillet 1999.

Ministère de la Santé, 2002. *Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA 2002-2004*. Programme National de lutte contre les IST/SIDA.

Ministère de la santé, 2003. "Situation épidémiologique du SIDA au Maroc au 30/09/2002". Programme National de Lutte contre les IST/SIDA, Direction de l'Epidémiologie et de la lutte contre les Maladies.

Ministère de la Santé, 2003. *Programmes de santé reproductive et infantile*. 30 années de collaboration entre l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International, (USAID) et le Ministère de la Santé du ROYAUME DU MAROC. Rapport élaboré dans le cadre de l'accord coopératif de l'USAID.

Moussaoui I., 2003. "Genre, Culture et VIH/SIDA". **In** : Colloque régional l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA dans les pays du Maghreb et du Machrek, FES-Royaume du Maroc, 30 mai - 2 juin 2001.

Ndiaye S., 1997. "Maladies sexuellement transmissibles et sida au Sénégal", in enquête démographique et de santé au Sénégal, EDS-III), division des statistiques démographiques, Dakar, décembre 1997.

Ndiaye S., 1998. "Maladies sexuellement transmissibles et sida au Sénégal : connaissances et opinions selon l'EDS de 1992-1993". **In** : perspectives sur la planification familiale, la fécondité et la santé au Sénégal. Résultats d'analyses approfondies des enquêtes démographiques et de santé au Sénégal, 1986-1997), division des statistiques démographiques, juin 1998.

OMS, 2003. "VIH/SIDA: couverture de certains services de prévention et de soins dans les pays peu développés en 2001", Organisation Mondiale de la Santé, janvier 2003.

ONUSIDA, 1998. " Lutte contre les IST: mesures de santé publique". Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA. Mai 1998.

ONUSIDA, 2001. "La Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies, UNGASS) consacrée au VIH/sida", New York, du 25 au 27 juin 2001.

ONUSIDA, 2001. "Tenir sa promesse, Résumé de la Déclaration d'engagement des VIH/SIDA, Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA", New York 25-27 juin 2001 ; juin 2002.

ONUSIDA, 2002. *Les jeunes et le VIH/SIDA : une solution à la crise.*

ONUSIDA/OMS, 2003. *Le point sur l'épidémie de SIDA, Décembre 2003.* Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, (ONUSIDA), Organisation mondiale de la Santé, (OMS).

Souza L. et Tossou. J., 2000. "Maladies sexuellement transmissibles et le sida au Bénin". In : Enquête démographique et de santé au Bénin, 1996. Bureau central de Recensement, Cotonou, avril 1997.

Stephan Lautenschlager , 2003. "Maladies sexuelles bactériennes: 1 ère partie", Forum Med Suisse N°39, 24 septembre 2003.

Stephan Lautenschlager , 2003. "Maladies sexuelles bactériennes: 2 ème partie", Forum Med Suisse N°38, 17 septembre 2003.

UNESCO, 2003. "L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA". In : Colloque régional. Projet de recherche UNESCO/ONUSIDA. Fès, Royaume du Maroc, 30 mai - 2 juin 2001.

UNICEF, 1989. *Savoir pour sauver*. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2002. *Les règles d'or*, UNICEF, Maison de l'UNICEF, 3 UN Plaza New York, NY 10017, États-Unis.