

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Effets des interventions de lutte contre le VIH sur les comportements des étudiants des Campus Universitaires de Yaoundé

Mémoire rédigé en vue de l'obtention du diplôme d'études supérieures spécialisées en Santé

Publique par:

MOHAMADOU ADAMA

SP4

Matricule 20S1041

Directeur

Pr Billong Serges C.

Maitre de conférences
Management de la santé

Co-Directeur

Dr Mossus Tatiana

Chargée de cours
Promotion de la Santé

Dr Esso Linda.

Assistante
Epidémiologie

Année académique 2023-2024

TABLE DE MATIÈRES

| | |
|--|-------|
| SOMMAIRE | i |
| DEDICACE..... | iv |
| REMERCIEMENTS | v |
| RESUME..... | xix |
| SUMMARY | xxi |
| LISTE DES FIGURES..... | xxiii |
| LISTE DES TABLEAUX..... | xxiv |
| LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS | xxvii |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| 1.1. Contexte et justification..... | 1 |
| CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE | 3 |
| 1.1. QUESTION DE RECHERCHE | 4 |
| 1.2. HYPOTHESE DE RECHERCHE..... | 4 |
| 1.3. OBJECTIFS DE RECHERCHE..... | 4 |
| 1.4.1. Objectif général..... | 4 |
| 1.4.2. Objectifs spécifiques..... | 4 |
| 1.4. INTERET DE LA RECHERCHE | 4 |
| 1.5. CADRE DE LA RECHERCHE | 5 |
| 1.7. DEFINITION OPERATIONNELLE DES TERMES | 5 |
| CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE | 6 |
| 2.1. RAPPEL DES CONNAISSANCES..... | 7 |
| 2.1.1. Infection à VIH chez les jeunes | 7 |
| 2.1.2. Généralités sur les comportements et le VIH | 8 |
| 2.1.2.1. Rappels..... | 8 |
| 2.1.2.2. Épidémiologie | 9 |
| 2.1.2.4. Prévention | 11 |
| 2.1.2.5. Processus de changement de comportements | 13 |
| 2.1.3. COMPORTEMENT SEXUEL A RISQUE CHEZ LES JEUNES..... | 19 |
| 2.2. ETAT DES CONNAISSANCES SUR LA QUESTION | 22 |
| 2.2.1. Situation de l'épidémie de VIH parmi les populations clés[1]..... | 22 |
| 2.2.2. Situation de l'épidémie de VIH parmi les populations en contexte de vulnérabilité | 24 |
| 2.2.2.1. Femmes enceintes | 24 |
| 2.2.2.2. Adolescent(e)s et les jeunes | 25 |
| 2.2.2.3. Adolescentes et jeunes femmes à risque de contracter le VIH | 25 |
| 2.2.3. LA VULNERABILITE DES JEUNES | 25 |
| 2.2.4. FACTEURS DE RISQUE POTENTIELLEMENT ASSOCIES A L'INFECTION A VIH CHEZ LES JEUNES..... | 26 |
| 2.2.5. Situation des comportements dans les campus universitaires de Yaoundé en 2017 | 28 |
| 2.2.5.1. Comportements sexuels | 28 |
| 2.2.5.2. Utilisation du préservatif..... | 29 |
| 2.2.5.3. Fréquentation et utilisation des préservatifs aux points chauds..... | 30 |
| 2.2.5.4. Les stratégies qui ont été mise en œuvre pour répondre au diagnostic posé | 30 |
| CHAPITRE III: METHODOLOGIE | 32 |

| | |
|--|-----|
| 3.1 . TYPE D'ETUDE | 33 |
| 3.2. SITE / CADRE DE L'ETUDE | 33 |
| 3.3. DUREE / PERIODE DE L'ETUDE | 34 |
| 3.4. POPULATION D'ETUDE | 34 |
| 3.4.1. Population cible | 34 |
| 3.4.2. Population source | 34 |
| 3.4.3. Population d'étude | 34 |
| 3.4. Critères d'inclusion | 35 |
| 3.4.4. Critères d'exclusion | 35 |
| 3.4.5. Echantillonnage | 35 |
| 3.4.6. Taille de l'échantillon | 35 |
| 3.5. PROCEDURE | 36 |
| 3.6. Analyses statistiques | 36 |
| 3.7. Considérations éthiques et déontologiques | 40 |
| CHAPITRE IV: RESULTATS | 41 |
| 4.1 . Profil sociodémographique et économique | 42 |
| 4.1.1. Profil sociodémographique | 42 |
| 4.1.1.1. Distribution des étudiants selon l'âge et le sexe | 42 |
| 4.1.1.2. Distribution des étudiants selon le niveau d'instruction | 43 |
| 4.1.1.3. Religion | 43 |
| 4.1.1.4. Lieu de résidence et maison familiale | 44 |
| 4.1.1.5. Nationalité | 44 |
| 4.1.2. Profil socioéconomique | 45 |
| 4.3.2. Pourcentage de la consommation d'alcool et ses conséquences | 56 |
| 4.3.3. Lien entre le comportement des étudiants et le résultat des tests du VIH | 57 |
| 4.3.4. Corrélation entre comportement sexuel à risque et test positif du VIH dans le mois | 75 |
| 4.4. Décrispation des interventions de lutte contre le VIH menées par le MINESUP[4] | 75 |
| 4.4.1. Les faiblesses Institutionnelles du sous-secteur | 75 |
| 4.4.1.1. Les réponses actuelles | 76 |
| 4.4.1.2. Segmentation des participants suivant le niveau d'influence pour le changement souhaité | 77 |
| 4.4.1.2.1. Les participants primaires pour un changement de comportements individuels | 77 |
| 4.4.1.2.2. Les groupes d'acteurs secondaires pour les changements des comportements, l'amélioration de la prise en charge et le soutien des personnes infectées ou affectées ... | 79 |
| 4.4.1.2.3. Les groupes d'acteurs tertiaires pour un changement stratégique | 80 |
| 4.4.1.2.4. Les autres acteurs du niveau stratégique | 80 |
| 4.4.1.3. Analyses des canaux d'information et de communication utilisée pour la prévention contre le VIH, le Sida et les IST dans l'enseignement Supérieur | 81 |
| 4.4.1.4. Stratégie mise en œuvre pour l'atteinte des effets | 82 |
| 4.5. Comparaison des comportements sexuels avant et après la mise en œuvre des interventions | 83 |
| CHAPITRE V: DISCUSSION | 91 |
| 5.1. Profil des participants | 92 |
| CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS | 101 |
| REFERENCES | 104 |

| | |
|----------------|-----|
| ANNEXES | 109 |
| SOMMAIRE | 135 |



A

Mon grand-père feu Dr Yaou Boubakari !!

Une tendre complicité nous a toujours liés. Toi pour qui la famille est au-dessus de tout, merci pour ton écoute et l'attention, la disponibilité sans faille, et ton soutien à mon égard. Ce travail est le tien, puisse l'Eternel soit Satisfait de toi et qu'il t'accorde Sa Miséricorde

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent d'abord au seigneur DIEU la miséricorde, le tout miséricordieux et le tout puissant pour son infinie bonté, sa présence dans ma vie et son réconfort ; puisse-t-il continuer à nous protéger et être l'unique guide dans nos vies.

Je remercie par ailleurs :

- Mon Directeur de mémoire, le Pr BILLONG Serges Clotaire pour le privilège que vous m'avez fait en dirigeant ce mémoire, pour votre disponibilité et surtout la patience dont vous avez su faire montrer face à mes imperfections de jeune chercheur
- Mes Co-Directeurs, les Drs MOSSUS Tatiana et ESSO Linda, pour votre aide inestimable, la qualité de vos remarques, critiques et votre inébranlable soutien tout au long de ce travail de recherche ; veuillez trouver ici chers Maître, le témoignage de mon amitié et surtout mon respect
- Le Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales pour son soutien constant accordé en toutes circonstances à ses étudiants
- Tout le corps enseignants/chercheurs et administratif de la FMSB qui, durant la formation, n'a ménagé aucun effort pour que celle-ci se passe dans de bonnes conditions
- Ma grand-mère Mme YAOU Aïssatou pour son aide inestimable et toujours présente pour m'épauler
- Mon père et ma mère pour leur amour et leur soutien inconditionnel sans lesquels je n'aurais jamais pu mener d'un bout à un autre cette étude, tout en leur souhaitant par la grâce de DIEU de continuer à nous soutenir lorsque nous ferons face aux difficultés de cette vie
- Mon épouse DJAMILATOU Sadia pour sa présence réconfortante et pour tout l'amour qu'elle me porte
- Dr HAMIDA Yacouba pour la confiance et l'affection qu'il a toujours su m'apporter
- Les Responsables du Comité National de Lutte contre le Sida, de l'Université de Yaoundé I, de l'Université Catholique d'Afrique Centrale et de l'Institut Supérieur Siantou et ses collaborateurs pour leur mobilisation active lors de la collecte des données de cette étude

- Tous les participants qui ont bien voulu consacrer de leur temps pour la collecte des données relatives à ce travail.
- Nos camarades de la 33ème promotion pour la convivialité et l'esprit d'équipe qui nous ont conduits durant la formation.
- Toute la famille, nos frères et sœurs et tous nos amis pour les divers soutiens qu'ils nous ont apportés durant nos études à la FMSB. Tout en vous exprimant à tous notre profonde gratitude, nous vous prions de bien vouloir trouver à travers ces quelques lignes l'expression de nos sincères remerciements.
- Toutes les autres personnes qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr NGO UM Esther Juliette épse MEKA

Vice-Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille

Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération : Pr ZEH Odile Fernande

Vice-Doyen chargé de la Sclolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants : Pr NGANO Chris Nadège épse GNINDJIO

Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Sclolarité et de la Recherche : Dr VOUNDI VOUNDI Esther

Chef de la Division Administrative et Financière : Mme ESSONO EFFA Muriel Glawdis

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr NJAMNSHI Alfred KONGNYU

Chef de Service Financier : Mme NGAMALI NGOU Mireille Albertine épse WAH

Chef de Service Adjoint Financier: Mme MANDA BANA Marie Madeleine épse ENGUENE

Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel : Pr SAMBA Odette NGANO ép. TCHOUAWOU

Chef de Service des Diplômes, des Programmes d'enseignement et de la Recherche : Mme ASSAKO Anne DOOBA

Chef de Service Adjoint des Diplômes, des Programmes d'enseignement et de la Recherche : Dr NGONO AKAM MARGA Vanina

Chef de Service de la Sclolarité et des Statistiques : Mme BIENZA Aline

Chef de Service Adjoint de la Sclolarité et des Statistiques : Mme FAGNI MBOUOMBO AMINA épse ONANA

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : Mme HAWA OUMAROU

Chef de Service Adjoint du Matériel et de la Maintenance: Dr MPONO EMENGUELE Pascale épse NDONGO

Bibliothécaire en Chef par intérim : Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

Comptable Matières : M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr SANDO Zacharie

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale : Pr NGO NONGA Bernadette

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique : Pr DOHBIT Julius SAMA

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne: Pr NGANDEU Madeleine

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr MAH Evelyn MUNGYEH

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr KAMGA FOUAMNO Henri Lucien

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale: Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr TAKOUGANG Innocent

Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie

Point focal projet : Pr NGOUPAYO Joseph

Responsable Pédagogique CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

3. DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

4. DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côte (2012-2015)

Pr ZE MINKANDE Jacqueline (2015-2024)

5. PERSONNEL ENSEIGNANT

| N° | NOMS ET PRENOMS | GRADE | DISCIPLINE |
|--|--|-------|--------------------------|
| DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES | | | |
| 1 | SOSSO Maurice Aurélien (CD) | P | Chirurgie Générale |
| 2 | DJIENTCHEU Vincent de Paul | P | Neurochirurgie |
| 3 | ESSOMBA Arthur (CD par Intérim) | P | Chirurgie Générale |
| 4 | HANDY EONE Daniel | P | Chirurgie Orthopédique |
| 5 | MOUAFO TAMBO Faustin | P | Chirurgie Pédiatrique |
| 6 | NGO NONGA Bernadette | P | Chirurgie Générale |
| 7 | NGOWE NGOWE Marcellin | P | Chirurgie Générale |
| 8 | OWONO ETOUNDI Paul | P | Anesthésie-Réanimation |
| 9 | ZE MINKANDE Jacqueline | P | Anesthésie-Réanimation |
| 10 | BAHEBECK Jean | MCA | Chirurgie Orthopédique |
| 11 | BANG GUY Aristide | MCA | Chirurgie Générale |
| 12 | BENGONO BENGONO Roddy Stéphan | MCA | Anesthésie-Réanimation |
| 13 | JEMEA Bonaventure | MCA | Anesthésie-Réanimation |
| 14 | BEYIHA Gérard | MC | Anesthésie-Réanimation |
| 15 | EYENGA Victor Claude | MC | Chirurgie/Neurochirurgie |
| 16 | FOUDA Pierre Joseph | MC | Chirurgie/Urologie |
| 17 | GUIFO Marc Leroy | MC | Chirurgie Générale |
| 18 | NGO YAMBEN Marie Ange | MC | Chirurgie Orthopédique |
| 19 | TSIAGADIGI Jean Gustave | MC | Chirurgie Orthopédique |
| 20 | AMENGLE Albert Ludovic | MA | Anesthésie-Réanimation |
| 21 | BELLO FIGUIM | MA | Neurochirurgie |
| 22 | BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick | MA | Chirurgie Générale |
| 23 | FONKOUÉ Loïc | MA | Chirurgie Orthopédique |
| 24 | KONA NGONDO François Stéphane | MA | Anesthésie-Réanimation |
| 25 | MBOUCHE Landry Oriole | MA | Urologie |
| 26 | MEKEME MEKEME Junior Barthelemy | MA | Urologie |
| 27 | MULUEM Olivier Kennedy | MA | Orthopédie-Traumatologie |
| 28 | NWAHA MAKON Axel Stéphane | MA | Urologie |
| 29 | SAVOM Eric Patrick | MA | Chirurgie Générale |
| 30 | AHANDA ASSIGA | CC | Chirurgie Générale |

| | | | |
|---|--|----|---|
| 31 | BIKONO ATANGANA Ernestine Renée | CC | Neurochirurgie |
| 32 | BWELE Georges | CC | Chirurgie Générale |
| 33 | EPOUPA NGALLE Frantz Guy | CC | Urologie |
| 34 | FOUDA Jean Cédric | CC | Urologie |
| 35 | IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épouse NTYO'O NKOUMOU | CC | Anesthésie-Réanimation |
| 36 | MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel | CC | Chirurgie Orthopédique |
| 37 | NDIKONTAR KWANJI Raymond | CC | Anesthésie-Réanimation |
| 38 | NYANIT BOB Dorcas | CC | Chirurgie Pédiatrique |
| 39 | OUMAROU HAMAN NASSOUROU | CC | Neurochirurgie |
| 40 | ARROYE BETOU Fabrice Stéphane | AS | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| 41 | ELA BELLA Amos Jean-Marie | AS | Chirurgie Thoracique |
| 42 | FOLA KOPONG Olivier | AS | Chirurgie |
| 43 | FOSSI KAMGA GACELLE | AS | Chirurgie Pédiatrique |
| 44 | GOUAG | AS | Anesthésie Réanimation |
| 45 | MBELE Richard II | AS | Chirurgie Thoracique |
| 46 | MFOUAPON EWANE Hervé Blaise | AS | Neurochirurgie |
| 47 | NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings | AS | Anesthésie-Réanimation |
| 48 | NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand | AS | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique |
| DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES | | | |
| 49 | SINGWE Madeleine épouse NGANDEU (CD) | P | Médecine Interne/Rhumatologie |
| 50 | ANKOUANE ANDOULO | P | Médecine Interne/ Hépato-Gastro- Entérologie |
| 51 | ASHUNTANTANG Gloria Enow | P | Médecine Interne/Néphrologie |
| 52 | BISSEK Anne Cécile | P | Médecine Interne/Dermatologie |
| 53 | KAZE FOLEFACK François | P | Médecine Interne/Néphrologie |
| 54 | KUATE TEGUEU Calixte | P | Médecine Interne/Neurologie |
| 55 | KOUOTOU Emmanuel Armand | P | Médecine Interne/Dermatologie |
| 56 | MBANYA Jean Claude | P | Médecine Interne/Endocrinologie |

| | | | |
|----|--|-----|--|
| 57 | NDOM Paul | P | Médecine Interne/Oncologie |
| 58 | NJAMNSHI Alfred KONGNYU | P | Médecine Interne/Neurologie |
| 59 | NJOYA OUDOU | P | Médecine Interne/Gastroentérologie |
| 60 | SOBNGWI Eugène | P | Médecine Interne/Endocrinologie |
| 61 | PEFURA YONE Eric Walter | P | Médecine Interne/Pneumologie |
| 62 | BOOMBHI Jérôme | MCA | Médecine Interne/Cardiologie |
| 63 | FOUDA MENYE Hermine Danielle | MCA | Médecine Interne/Néphrologie |
| 64 | HAMADOU BA | MCA | Médecine Interne/Cardiologie |
| 65 | MENANGA Alain Patrick | MCA | Médecine Interne/Cardiologie |
| 66 | NGANOU Chris Nadège | MCA | Médecine Interne/Cardiologie |
| 67 | KOWO Mathurin Pierre | MC | Médecine Interne/ Hépto-Gastro-Entérologie |
| 68 | KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine | MC | Médecine Interne/Cardiologie |
| 69 | NDONGO AMOUGOU Sylvie | MC | Médecine Interne/Cardiologie |
| 70 | ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG | MA | Médecine Interne/Oncologie Médicale |
| 71 | ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude | MA | Médecine Interne/Endocrinologie |
| 72 | MAÏMOUNA MAHAMAT | MA | Médecine Interne/Néphrologie |
| 73 | MASSONGO MASSONGO | MA | Médecine Interne/Pneumologie |
| 74 | MBONDA CHIMI Paul-Cédric | MA | Médecine Interne/Neurologie |
| 75 | NDJITOYAP NDAM Antonin Wilson | MA | Médecine Interne/Gastroentérologie |
| 76 | NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle | MA | Médecine Interne/Cardiologie |
| 77 | NGAH KOMO Elisabeth | MA | Médecine Interne/Pneumologie |
| 78 | NGARKA Léonard | MA | Médecine Interne/Neurologie |
| 79 | NKORO OMBEDE Grâce Anita | MA | Médecine Interne/Dermatologue |
| 80 | NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE | MA | Médecine Interne/Gériatrie |
| 81 | OWONO NGABEDE Amalia Ariane | MA | Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle |
| 82 | ATENGUENA OBALEMBA Etienne | CC | Médecine Interne/Cancérologie Médicale |

| | | | |
|--|--|-----|--|
| 83 | DEHAYEM YEFOU Mesmin | CC | Médecine Interne/Endocrinologie |
| 84 | FOJO TALONGONG Baudelaire | CC | Médecine Interne/Rhumatologie |
| 85 | KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier | CC | Médecine Interne/Psychiatrie |
| 86 | MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBENA | CC | Médecine Interne/Endocrinologie |
| 87 | MINTOM MEDJO Pierre Didier | CC | Médecine Interne/Cardiologie |
| 88 | NTONE ENYIME Félicien | CC | Médecine Interne/Psychiatrie |
| 89 | NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA MBAH | CC | Médecine Interne/Néphrologie |
| 90 | ANABA MELINGUI Victor Yves | AS | Médecine Interne/Rhumatologie |
| 91 | EBENE MANON Guillaume | AS | Médecine Interne/Cardiologie |
| 92 | ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël | AS | Médecine Interne/Néphrologie |
| 93 | KUABAN Alain | AS | Médecine Interne/Pneumologie |
| 94 | NKECK Jan René | AS | Médecine Interne |
| 95 | NSOUNFON ABDOU WOUOLIOU | AS | Médecine Interne/Pneumologie |
| 96 | NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel | AS | Médecine Interne/Pneumologie |
| 97 | TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola | AS | Médecine Interne/Psychiatrie |
| DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE | | | |
| 98 | ZEH Odile Fernande (CD) | P | Radiologie/Imagerie Médicale |
| 99 | GUEGANG GOUJOU. Emilienne | P | Imagerie Médicale/Neuroradiologie |
| 100 | MOIFO Boniface | P | Radiologie/Imagerie Médicale |
| 101 | ONGOLO ZOGO Pierre | MCA | Radiologie/Imagerie Médicale |
| 102 | SAMBA Odette NGANO | MC | Biophysique/Physique Médicale |
| 103 | MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA | MA | Radiologie/Imagerie Médicale |
| 104 | MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine | CC | Radiothérapie |
| 105 | NWATSOCK Joseph Francis | CC | Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire |
| 106 | SEME ENGOUMOU Ambroise Merci | CC | Radiologie/Imagerie Médicale |
| 107 | ABO'O MELOM Adèle Tatiana | AS | Radiologie et Imagerie Médicale |
| DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE | | | |
| 108 | NGO UM Esther Juliette épouse MEKA (CD) | MCA | Gynécologie-Obstétrique |
| 109 | FOUMANE Pascal | P | Gynécologie-Obstétrique |

| | | | |
|--|--|-----|-------------------------|
| 110 | KASIA Jean Marie | P | Gynécologie-Obstétrique |
| 111 | KEMFANG NGOWA Jean Dupont | P | Gynécologie-Obstétrique |
| 112 | MBOUDOU Émile | P | Gynécologie-Obstétrique |
| 113 | MBU ENOW Robinson | P | Gynécologie-Obstétrique |
| 114 | NKWABONG Elie | P | Gynécologie-Obstétrique |
| 115 | TEBEU Pierre Marie | P | Gynécologie-Obstétrique |
| 116 | BELINGA Etienne | MCA | Gynécologie-Obstétrique |
| 117 | ESSIBEN Félix | MCA | Gynécologie-Obstétrique |
| 118 | FOUEDJIO Jeanne Hortence | MCA | Gynécologie-Obstétrique |
| 119 | NOA NDOUA Claude Cyrille | MCA | Gynécologie-Obstétrique |
| 120 | DOHBIT Julius SAMA | MC | Gynécologie-Obstétrique |
| 121 | MVE KOH Valère Salomon | MC | Gynécologie-Obstétrique |
| 122 | EBONG Cliford EBONTANE | MA | Gynécologie-Obstétrique |
| 123 | MBOUA BATOUM Véronique Sophie | MA | Gynécologie-Obstétrique |
| 124 | MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO | MA | Gynécologie-Obstétrique |
| 125 | METOGO NTSAMA Junie Annick | MA | Gynécologie-Obstétrique |
| 126 | NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU | MA | Gynécologie-Obstétrique |
| 127 | NYADA Serge Robert | MA | Gynécologie-Obstétrique |
| 128 | TOMPEEN Isidore | CC | Gynécologie-Obstétrique |
| 129 | MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO | AS | Gynécologie-Obstétrique |
| 130 | NGONO AKAM Marga Vanina | AS | Gynécologie-Obstétrique |
| DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE | | | |
| 131 | DJOMOU François (CD) | P | ORL |
| 132 | ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE | P | Ophtalmologie |
| 133 | KAGMENI Gilles | P | Ophtalmologie |
| 134 | NDJOLO Alexis | P | ORL |
| 135 | NJOCK Richard | P | ORL |
| 136 | OMGBWA EBALE André | P | Ophtalmologie |
| 137 | BILLONG Yannick | MCA | Ophtalmologie |
| 138 | DOHVOMA Andin Viola | MCA | Ophtalmologie |
| 139 | EBANA MVOGO Stève Robert | MCA | Ophtalmologie |

| | | | |
|---------------------------------|---|-----|-------------------------------|
| 140 | KOKI Godefroy | MCA | Ophtalmologie |
| 141 | MINDJA EKO David | MC | ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale |
| 142 | NGABA Olive | MC | ORL |
| 143 | AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie | MA | Ophtalmologie |
| 144 | ANDJOCK NKOUE Yves Christian | MA | ORL |
| 145 | ATANGA Léonel Christophe | MA | ORL-Chirurgie Cervico-Faciale |
| 146 | MEVA'A BIOUELE Roger Christian | MA | ORL-Chirurgie Cervico-Faciale |
| 147 | MOSSUS Yannick | MA | ORL-Chirurgie Cervico-Faciale |
| 148 | MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline | MA | Ophtalmologie |
| 149 | NANFACK NGOUNE Chantal | MA | Ophtalmologie |
| 150 | NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA- BELL | MA | ORL-Chirurgie Cervico-Faciale |
| 151 | NOMO Arlette Francine | MA | Ophtalmologie |
| 152 | ASMAOU BOUBA Dalil | CC | ORL |
| 153 | BOLA SIAFA Antoine | CC | ORL |
| DEPARTEMENT DE PEDIATRIE | | | |
| 154 | ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD) | P | Pédiatrie |
| 155 | KOKI NDOMBO Paul | P | Pédiatre |
| 156 | ABENA OBAMA Marie Thérèse | P | Pédiatrie |
| 157 | CHIABI Andreas | P | Pédiatrie |
| 158 | CHELO David | P | Pédiatrie |
| 159 | MAH Evelyn | P | Pédiatrie |
| 160 | NGUEFACK Séraphin | P | Pédiatrie |
| 161 | NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée | P | Pédiatrie |
| 162 | NGO UM KINJEL Suzanne épouse SAP | MCA | Pédiatrie |
| 163 | KALLA Ginette Claude épouse MBOPI KEOU | MC | Pédiatrie |
| 164 | MBASSI AWA Hubert Désiré | MC | Pédiatrie |
| 165 | NOUBI Nelly épouse KAMGAING MOTING | MC | Pédiatrie |
| 166 | EPEE épouse NGOUE Jeannette | MA | Pédiatrie |
| 167 | KAGO TAGUE Daniel Armand | MA | Pédiatrie |
| 168 | MEGUIEZE Claude-Audrey | MA | Pédiatrie |

| | | | |
|--|---|----|--|
| 169 | MEKONE NKWELE Isabelle | MA | Pédiatre |
| 170 | TONY NENGOM Jocelyn | MA | Pédiatrie |
| DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES | | | |
| 171 | MBOPI KEOU François-Xavier (CD) | P | Bactériologie/Virologie |
| 172 | ADIOGO Dieudonné | P | Microbiologie/Virologie |
| 173 | GONSU née KAMGA Hortense | P | Bactériologie |
| 174 | MBANYA Dora | P | Hématologie |
| 175 | OKOMO ASSOUMOU Marie Claire | P | Bactériologie/Virologie |
| 176 | TAYOU TAGNY Claude | P | Microbiologie/Hématologie |
| 177 | CHETCHA CHEMEGNI Bernard | MC | Microbiologie/Hématologie |
| 178 | LYONGA Emilia ENJEMA | MC | Microbiologie médicale |
| 179 | TOUKAM Michel | MC | Microbiologie médicale |
| 180 | NGANDO Laure épouse MOUDOUTE | MA | Parasitologie médicale |
| 181 | BEYALA Frédérique | CC | Maladies Infectieuses |
| 182 | BOUM II YAP | CC | Microbiologie médicale |
| 183 | ESSOMBA René Ghislain | CC | Immunologie |
| 184 | MEDI SIKE Christiane Ingrid | CC | Maladies infectieuses |
| 185 | NGOGANG Marie Paule | CC | Biologie Clinique |
| 186 | NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA | CC | Hématologie |
| 187 | VOUNDI VOUNDI Esther | CC | Virologie médicale |
| 188 | ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA | AS | Biologie Clinique/Hématologie |
| 189 | Georges MONDINDE IKOMEY | AS | Immunologie |
| 190 | MBOUYAP Pretty Rosereine | AS | Virologie |
| DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE | | | |
| 191 | KAMGNO Joseph (CD) | P | Santé Publique/Epidémiologie |
| 192 | ESSI Marie José | P | Santé Publique/Anthropologie Médicale |
| 193 | TAKOUGANG Innocent | P | Santé Publique |
| 194 | BEDIANG Georges Wylfred | P | Informatique Médicale/Santé Publique |
| 195 | BILLONG Serges Clotaire | MC | Santé Publique |

| | | | |
|---|--|----|--|
| 196 | NGUEFACK TSAGUE | MC | Santé Publique/Biostatistiques |
| 197 | EYEBE EYEBE Serge Bertrand | CC | Santé Publique/Epidémiologie |
| 198 | KEMBE ASSAH Félix | CC | Epidémiologie |
| 199 | KWEDI JIPPE Anne Sylvie | CC | Epidémiologie |
| 200 | MBA MAADJHOU Berjauline Camille | CC | Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle |
| 201 | MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO | CC | Expert en Promotion de la Santé |
| 202 | NJOUMEMI ZAKARIAOU | CC | Santé Publique/Economie de la Santé |
| 203 | NKENGFAK NEMBONGWE Germaine Sylvie | CC | Nutrition |
| 204 | ONDOUA MBENGONO Laura Julienne | CC | Psychologie Clinique |
| 205 | ABBA-KABIR Haamit-Mahamat | AS | Economie de la Santé |
| 206 | AMANI ADIDJA | AS | Santé Publique |
| 207 | ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia | AS | Santé Publique |
| DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES- | | | |
| ANATOMIE PATHOLOGIQUE | | | |
| 208 | MENDIMI NKODO Joseph (CD) | MC | Anatomie Pathologie |
| 209 | SANDO Zacharie | P | Anatomie Pathologie |
| 210 | BISSOU MAHOP Josué | MC | Médecine de Sport |
| 211 | KABEYENE OKONO Angèle Clarisse | MC | Histologie/Embryologie |
| 212 | AKABA Désiré | MC | Anatomie Humaine |
| 213 | NSEME ETOUCKEY Georges Eric | MC | Médecine Légale |
| 214 | NGONGANG Gilbert Frank Olivier | MA | Médecine Légale |
| 215 | MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épouse KOUOTOU | CC | Anatomopathologie |
| 216 | ESSAME Eric Fabrice | AS | Anatomopathologie |
| DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE | | | |
| 217 | NDONGO EMBOLA épouse TORIMIRO Judith (CD) | P | Biologie Moléculaire |
| 218 | PIEME Constant Anatole | P | Biochimie |
| 219 | AMA MOOR Vicky Joceline | P | Biologie Clinique/Biochimie |

| | | | |
|--|---|----|----------------------------------|
| 220 | EUSTACE BONGHAN BERINYUY | CC | Biochimie |
| 221 | GUEWO FOKENG Magellan | CC | Biochimie |
| 222 | MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid | AS | Biochimie |
| DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE | | | |
| 223 | ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD) | P | Physiologie |
| 224 | ASSOMO NDEMBA Peguy Brice | MC | Physiologie |
| 225 | TSALA Emery David | MC | Physiologie |
| 226 | AZABJI KENFACK Marcel | CC | Physiologie |
| 227 | DZUDIE TAMDJIA Anastase | CC | Physiologie |
| 228 | EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé | CC | Physiologie humaine |
| DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE | | | |
| 229 | NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD) | MC | Pharmaco-thérapeutique africaine |
| 230 | NDIKUM Valentine | CC | Pharmacologie |
| 231 | ONDOUA NGUELE Marc Olivier | AS | Pharmacologie |
| DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE | | | |
| 232 | BENGONDO MESSANGA Charles (CD) | P | Stomatologie |
| 233 | EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard | MA | Stomatologie et Chirurgie |
| 234 | LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épse ABISSEGUE | CC | Odontologie Pédiatrique |
| 235 | MBEDE NGA MVONDO Rose | CC | Médecine bucco-dentaire |
| 236 | MENGONG épse MONEBOULOU Hortense | CC | Odontologie pédiatrique |
| 237 | NDJOH NDJOH Jules Julien | CC | Parodontologie/Implantologie |
| 238 | NOKAM TAGUEMNE Marie Elvire | CC | Médecine dentaire |
| 239 | BITHA BEYIDI Thècle Rose Claire | AS | Chirurgie Maxillo Faciale |
| 240 | GAMGNE GUIADEM Catherine M | AS | Chirurgie dentaire |
| 241 | KWEDI Karl Guy Grégoire | AS | Chirurgie bucco-dentaire |
| 242 | NIBEYE Yannick Carine Brice | AS | Bactériologie |
| 243 | NKOLO TOLO Francis Daniel | AS | Chirurgie bucco-dentaire |
| DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE | | | |
| 244 | NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD) | P | Pharmacognosie /Chimie |

| | | | |
|---|---|----|--|
| | | | pharmaceutique |
| 245 | NGAMENI Bathélémy | P | Phytochimie/ Chimie organique |
| 246 | NGOUPAYO Joseph | P | Phytochimie/Pharmacognosie |
| 247 | GUEDJE Nicole Marie | MC | Ethnopharmacologie/Biologie végétale |
| 248 | BAYAGA Hervé Narcisse | AS | Pharmacie |
| DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE | | | |
| 249 | ZINGUE Stéphane (CD) | MC | Physiologie et Pharmacologie |
| 250 | FOKUNANG Charles | P | Biologie Moléculaire |
| 251 | MPONDO MPONDO Emmanuel | P | Pharmacie |
| 252 | TEMBE Estella épouse FOKUNANG | MC | Pharmacologie Clinique |
| 253 | ANGO Yves Patrick | AS | Chimie des substances naturelles |
| 254 | NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM | AS | Neuropharmacologie |
| DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE | | | |
| 255 | NNANGA NGA (CD) | P | Pharmacie Galénique |
| 256 | MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO MENDIM | CC | Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments |
| 257 | NYANGONO NDONGO Martin | CC | Pharmacie |
| 258 | SOPPO LOBE Charlotte Vanessa | CC | Contrôle qualité médicaments |
| 259 | ABA'A Marthe Dereine | AS | Analyse du Médicament |
| 260 | FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO Jacqueline Saurelle | AS | Pharmacologie |
| 261 | MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH | AS | Réglementation Pharmaceutique |

P= Professeur

MCA= Maître de Conférences Agrégé

MC= Maître de Conférences

MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

RESUME

Contexte : L'infection à VIH persiste à des niveaux très élevés par rapport aux autres parties du monde. Elle ravage la jeunesse et hypothèque ainsi le développement des pays. Cela indique que le succès des nombreuses interventions visant le changement des comportements sexuels des adolescents et des jeunes pourrait être interrogées. Ces interventions se focalisent souvent sur l'individu, et peu sur les environnements sociaux et culturels dans lesquels se forge la compréhension de la sexualité chez les jeunes.

Objectifs : Les objectifs de ce travail étaient de disposer des données de référence actualisées permettant d'avoir une meilleure compréhension de l'épidémie du VIH et ses déterminants ainsi que l'évolution des comportements des étudiants suite aux interventions menées.

Méthodologie : Pour ce faire, une étude descriptive, transversale à visée évaluative a été effectuée auprès des étudiants dans les campus de l'Université de Yaoundé I et Université Catholique d'Afrique Centrale et de l'Institut Supérieur Siantou, de Mai à Juillet 2024. Les critères d'inclusion étaient: les étudiants âgés de 18 ans au moins et de 45 ans au plus et régulièrement inscrits dans les universités et Instituts ci citées. Nous avons procédé à un recrutement consécutif et obtenu une taille d'échantillon de 1200 étudiants au total. Les données collectées ont été saisies et analysées avec le logiciel IBM SPSS version 26. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative et les intervalles de confiance estimés à un niveau de confiance de 95 %.

Résultats : Un total de 1197 étudiants ont été enquêtés au cours de cette étude parmi lesquels 572 hommes et 628 femmes. Le groupe d'âge moins 20 ans représentait 49,0% de l'échantillon, les 21-24 ans 40% et les 25 ans et plus 11%. Selon le niveau d'instruction, 98 % des étudiants étaient inscrits au premier cycle, 2 % fréquentaient au second cycle universitaire. La majorité des étudiants, 99 % résidaient hors du campus universitaire dont 75 % habitaient en famille et 26% hors de la maison familiale chez les amis ou dans une cité estudiantine. En ce qui concerne les caractéristiques socio financières; 92% des étudiants avaient comme principal soutien matériel/financier leurs parents. Parmi ces étudiants 65% de ce soutien matériel étaient régulier, 48% trouvaient ce soutien insuffisant. Enfin, 26% des étudiants déclaraient avoir un emploi à temps partiel pour pouvoir subvenir aux besoins scolaires. Un peu plus de la moitié des étudiants dont 69% ont déclaré avoir eu à consommer l'alcool au cours des 12 derniers mois avec 27% qui consommait de l'alcool plusieurs fois par mois. Un peu plus de la moitié 57% ont déclaré n'avoir jamais consommé de l'alcool, 18%

consommaient d'alcool une fois par mois. Un peu plus de la plupart des étudiants dont 85% ont déclaré respectivement n'avoir jamais consommé d'alcool leur empêchant de remplir les obligations académiques et ne pouvant pas se rappeler de ce qui s'est passé. En ce qui concerne le lien entre le comportement des étudiants et le résultat des tests du VIH, il n'existait pas une association statistiquement significative entre la consommation d'alcool, le test de dépistage, le lieu de dépistage, l'utilisation du préservatif, les rapports sexuels, le fait de se rendre dans les points chauds et le résultat de test positif du VIH. A l'inverse il existait une association significative entre le nombre de fois que le test de dépistage a été fait, la pratique des rapports sexuels et le résultat de test positif au VIH. Donc on ne peut identifier de manière précise le type de comportement qui est véritablement considéré comme des facteurs pouvant expliquer le résultat positif du test positif du VIH dans le mois.

Conclusion : Les résultats ont confirmé l'hypothèse qui stipulait que les interventions effectuées contre le VIH par le MINESUP de 2018 à 2024 sur les comportements des étudiants des Campus Universitaires de Yaoundé étaient pertinentes, justifiées par des comportements plus ou moins néfastes observés au sein des populations estudiantines. En somme, ces pratiques se sont améliorées dans le milieu étudié mais cette tendance se poursuivrait et se renforcerait si les actions futures de prévention du VIH/SIDA sont à la fois individualisées et collectives.

Mots clés : Interventions, Comportements, Étudiant, VIH, Université Yaoundé

.

SUMMARY

Background: HIV infection persists at very high levels compared to other parts of the world. However, it ravages the youth and thus jeopardizes the development of the countries. This indicates that the success of many health interventions among adolescents and young people could be questioned with regard to changing sexual behaviors. These interventions often focus on the individual, and little on the social and cultural environments in which the experience of sexuality among young people is formed.

Objectives: The objectives of this work were to have updated reference data allowing a better understanding of the scale of the HIV epidemic and its behavioral determinants among students.

Methodology: To do this, a descriptive, cross-sectional study with an evaluative aim was carried out among students on the campuses of the University of Yaoundé I, the Catholic University of Central Africa, and the Siantou Higher Institute, from May to July 2024. Inclusion criteria were: students aged at least 18 and 45 years at most and regularly enrolled in the universities and institutes mentioned above; we conducted consecutive sampling and obtained a sample size of 1200 students in total. The collected data were entered and analyzed with IBM SPSS version 26 software. A p-value < 0.05 was considered statistically significant and confidence intervals estimated at a 95% confidence level.

Results: There were 1197 students were surveyed during this study including 572 men and 628 women. The under 20-age group represented 49.0% of the sample, 21-24 year olds 40% and 25 and over 11%. According to the level of education, 98.2% of students were enrolled in the first cycle, 1.8% were attending the second university cycle. The majority of students, 97.8%, lived outside the university campus, 74.5% of whom lived with family and 25.5% outside the family home with friends or in a student residence. Regarding socio-financial characteristics, 92.0% of students had their parents as their main material/financial support. Among these students, 65% of this material support was regular, 48.2% found this support insufficient. Finally, 26.4% of students declared having a part-time job to be able to meet their academic needs. A little more than half of the students, 68.7% of whom declared having had to consume alcohol during the last 12 months with 26.9% who consumed alcohol several times per month. A little more than half, 57%, said they never consumed alcohol per month, 17.6% consumed alcohol once a month. A little more than the majority of students, 85% of whom respectively declared having never consumed alcohol preventing them from fulfilling

academic obligations and not being able to remember what happened. Regarding the link between student behaviour and HIV test results, there was not a statistically significant association between alcohol consumption, testing, location of testing, condom use , sexual intercourse, going to hot spots and positive HIV test result. Conversely, there was a significant association between the number of times the screening test was done, the practice of sexual intercourse and the positive HIV test result. So we cannot precisely identify the type of behaviour that is truly a factor that can explain the positive HIV test result within the month.

Conclusion: The results confirmed the hypothesis, which stipulated that the interventions carried out against HIV by MINESUP from 2018 to 2024 on the behaviors of students on the University Campuses of Yaoundé were relevant justifying more or less harmful behaviors within the student populations. In conclusion, these practices have improved in the environment studied but this trend would continue and strengthen if future HIV/AIDS prevention actions are both individualized and collective.

Keywords: Interventions, Behaviors, Student, HIV, University of Yaoundé

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1: Description de la littératie en santé[19]. | 14 |
| Figure 2: Schématisation de la théorie du comportement planifié..... | 16 |
| Figure 3: Relation entre les différents stades du modèle transthéorique..... | 18 |
| Figure 4: Modèle transthéorique du changement de comportement | 19 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau I: Prévalences et estimations de tailles des populations clés au Cameroun | 22 |
| Tableau II: Présentation des variables clés par objectifs | 37 |
| Tableau III : grille d'analyse des comportements, attitude et pratique face au VIH des étudiants des campus de l'université choisie | 38 |
| Tableau IV: Grille des questionnaires AUDIT (Acronyme de Alcohol use disorders test) | 38 |
| Tableau V: Distribution des étudiants selon l'âge et le sexe | 42 |
| Tableau VI: Distribution des étudiants selon le niveau d'instruction | 43 |
| Tableau VII: Distribution des étudiants selon la religion | 43 |
| Tableau VIII: Distribution des étudiants selon le lieu de résidence et maison familiale | 44 |
| Tableau IX: Distribution des étudiants selon la nationalité..... | 44 |
| Tableau X: Distribution des étudiants selon le profil socioéconomique | 45 |
| Tableau XI: Nombre de PvVIH estimés selon Spectrum | 46 |
| Tableau XII: Nombre de nouvelles infections à VIH..... | 46 |
| Tableau XIII: Nombre de décès liés au VIH selon Spectrum. | 47 |
| Tableau XIV: Nombre de préservatifs et lubrifiants distribués..... | 47 |
| Tableau XV: Nombre de personnes testées pour le VIH..... | 47 |
| Tableau XVI: Prévention et dépistage au sein des populations clés et vulnérables | 47 |
| Tableau XVII: Prévention de la transmission mère-enfant du VIH. | 48 |
| Tableau XVIII: Lien au TARV au sein des populations clés et vulnérables..... | 49 |
| Tableau XIX: Enfants de moins de 15 ans, adolescents et jeunes sous TARV | 49 |
| Tableau XX: Suivi des PvVIH sous TARV | 49 |
| Tableau XXI: Nombre de PvVIH estimés..... | 50 |
| Tableau XXII: Nombre de nouvelles infections à VIH..... | 50 |
| Tableau XXIII: Nombre de décès liés au VIH | 51 |
| Tableau XXIV: Nombre de préservatifs et lubrifiants distribués..... | 51 |
| Tableau XXV: Nombre de personnes testées pour le VIH..... | 52 |
| Tableau XXVI: Prévention et dépistage au sein des populations clés et vulnérables. | 52 |

| | |
|--|----|
| Tableau XXVII: Prévention de la transmission mère-enfant du VIH. | 53 |
| Tableau XXVIII: Lien au TARV au sein des populations clés et vulnérables. | 53 |
| Tableau XXIX: Enfants de moins de 15 ans, adolescents et jeunes sous TARV. | 54 |
| Tableau XXX : Suivi des PvVIH sous TARV. | 54 |
| Tableau XXXI: Distribution des étudiants selon la consommation et fréquence de la consommation de l'alcool au cours des 12 derniers mois | 55 |
| Tableau XXXII: Distribution des étudiants selon la fréquence de la consommation de l'alcool et ses conséquences | 56 |
| Tableau XXXIII: Distribution des étudiants selon le lien entre la consommation de l'alcool au cours des 12 derniers mois et le résultat du Test positif du VIH dans le mois | 57 |
| Tableau XXXIV: Distribution des étudiants selon Lien entre la fréquence de la consommation de l'alcool et le résultat du test positif du VIH dans le mois..... | 58 |
| Tableau XXXV: Distribution des étudiants selon le lien entre la fréquence de la consommation de 6 verres dans la soirée et le résultat test positif du VIH dans le mois | 59 |
| Tableau XXXVI: Distribution des étudiants selon la fréquence de la consommation de l'alcool empêchant les obligations académiques et le test positif du VIH dans le mois | 60 |
| Tableau XXXVII: Distribution des étudiants selon le lien entre lieu habitué à faire le test de dépistage et le résultat du test positif du VIH dans le mois..... | 60 |
| Tableau XXXVIII: Distribution des étudiants selon le lien entre le nombre de fois le test de dépistage a été fait au cours de la dernière année et le résultat du test positif du VIH au cours du mois | 61 |
| Tableau XXXIX: Distribution des étudiants selon le lien entre le nombre de fois le test de dépistage a été fait au cours de la vie et le résultat du test positif du VIH dans le mois | 62 |
| Tableau XL: Distribution des étudiants selon le lien entre la fréquence de l'utilisation de préservatif et le résultat du test positif du VIH dans le mois..... | 63 |
| Tableau XLI: Distribution des étudiants selon le lien entre l'utilisation du préservatif et le résultat du test positif au VIH dans le mois. | 63 |
| Tableau XLII: Distribution des étudiants selon le lien entre la proposition de l'utilisation d'un préservatif et le résultat du test positif du VIH dans le mois..... | 64 |
| Tableau XLIII: Distribution des étudiants selon le lien entre la présence des symptômes autour de l'appareil génital et le résultat test positif du VIH dans le mois..... | 65 |
| Tableau XLIV: Distribution des étudiants selon le lien entre la réalisation du test de dépistage d'IST et le résultat du test positif du VIH dans le mois..... | 66 |
| Tableau XLV: Distribution des étudiants selon le lien entre le dépistage positif des IST au cours des douze derniers mois et le résultat test du VIH dans le mois..... | 66 |
| Tableau XLVI: Distribution des étudiants selon le lien entre la prise des ARV pour prévenir l'infection à VIH et le résultat du test positif du VIH dans le mois | 67 |

| | |
|---|----|
| Tableau XLVII: Distribution des étudiants selon le lien entre l'utilisation de préservatif lors du dernier rapport et le résultat du test positif du VIH dans le mois | 67 |
| Tableau XLVIII: Distribution des étudiants selon le lien entre la pratique des rapports sexuels et le résultat du test positif du VIH dans le mois | 68 |
| Tableau XLIX: Distribution des étudiants selon le lien entre la proposition des rapports sexuels en échange et le résultat du test positif du VIH dans le mois..... | 69 |
| Tableau L: Distribution des étudiants selon le lien entre partez-vous parfois dans des points chauds et le résultat du test positif du VIH dans le mois..... | 69 |
| Tableau LI: Distribution des étudiants selon le lien entre la pratique des rapports sexuels en échange et le résultat du test positif dans le mois..... | 70 |
| Tableau LII: Distribution des étudiants selon le lien entre avoir des partenaires sexuels payants et le résultat du test positif dans le mois | 71 |
| Tableau LIII: Distribution des étudiants selon le lien entre avoir un partenaire homme/femme sponsor permanent et le résultat test positif dans le mois | 71 |
| Tableau LIV: Distribution des étudiants selon le lien entre le nombre de partenaires non payant au cours d'un an et le résultat du test positif du VIH dans le mois | 72 |
| Tableau LV: Distribution des étudiants selon le lien entre un partenaire sous ARV et le résultat du test positif dans le mois..... | 73 |
| Tableau LVI: Distribution des étudiants selon le lien entre le nombre de partenaires occasionnels et test positif dans le mois | 73 |
| Tableau LVII: Distribution des étudiants selon le lien entre la fréquence de la consommation de l'alcool et ne pouvant pas se rappeler ce qui s'est passé et le résultat du test positif dans le mois | 74 |
| Tableau LVIII: Distribution des étudiants selon le lien entre un diagnostic d'IST fait par un personnel de santé et le résultat du test positif du VIH dans le mois..... | 75 |
| Tableau LIX: Comparaison de profil sociodémographique et socioéconomique des étudiants avant et après la mise en œuvre des interventions | 84 |
| Tableau LX: Comparaison entre la consommation de l'alcool et ses conséquences chez les étudiants avant et après la mise en œuvre des interventions..... | 85 |
| Tableau LXI: Comportements sexuels vis-à-vis des IST chez les étudiants avant et après la mise en œuvre des interventions..... | 88 |

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

| | |
|----------|--|
| APS | Accompagnateur psycho-social |
| AES | Accident d'Exposition au Sang |
| ARV | Anti Retro Viral |
| CAMPHIA | Cameroon Population-Based HIV Impact Assessment |
| CAMNAFAW | Cameroon National Association for Family Welfare |
| C4D | Communication for development |
| CCC | Communication pour le Changement des Comportement |
| CD | Chef de District de santé |
| CDV | Conseil Dépistage Volontaire |
| CEC | Cellule d'Ecoute et des conseils |
| CMS | Centre Médico-Social |
| CNLS | Comité National de Lutte contre le Sida |
| CPN | Consultation Périnatale |
| CTA | Centre de Traitement Agréé de la tuberculose |
| CTaff | Centre de Traitement et affilié |
| DS | District de Santé |
| FETUC | Forum des étudiants des Université du Cameroun |
| FOSA | Formation Sanitaire |
| FTS | Femme Travailleuse de Sexe |
| GTC | Groupe Technique Central |
| GTR | Groupe Technique régional |
| HSB | Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes |
| IBBS | Integrated Biological and Behavioural survey |
| IEC | Information Education Communication |
| IES | Institution de l'Enseignement Supérieur |
| IPES | Institut privé de l'Enseignement Supérieur |
| IST | Infection Sexuellement Transmissible |
| MINESUP | Ministère de l'Enseignement Supérieur |
| MEO | Mise En Œuvre |
| MOU | Memorandum Of Understanding |
| MST | Maladies Sexuellement Transmissibles |
| OBC | Organisme à Base Communautaire |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida |
| OSC | Organisation de la Société Civile |
| PCA | Président du Conseil d'Administration |
| PAM | Programme Alimentaire Mondial |

| | |
|--------|--|
| PEC | Prise En Charge |
| PEPFAR | The U.S. president's Emergency Plan For AIDS Relief |
| PF | Point Focal |
| PrEP | Pré-Exposure Prophylaxis/ prophylaxie pré-exposition |
| PSN | Plan Stratégique National |
| PTF | Partenaires Techniques et Financiers |
| PvVIH | Personne Vivant avec le VIH |
| RS | Rapports Sexuels |
| SIDA | Syndrome de l'Immuno-Déficiência Acquise |
| TAR | Théorie de l'Action Raisonnée |
| TARV | Traitement Anti Retro Viral |
| TCP | Théorie du Comportement Planifié |
| TIC | Technologie de l'Information et de la Communication |
| TS | Travail Sexuel |
| UCAC | Université Catholique d'Afrique Centrale |
| UD | Utilisateurs des Drogues |
| UDI | Utilisateurs de Drogue Injectable |
| UNESCO | United Nation Educational Scientific and Cultural Organisation |
| UNFPA | United Nations Fund for Population Activities |
| UNICEF | United Nations International Children's Emergency Fund |
| UNIFAC | University Festival of Art and Culture |
| UPEC | Unité de Prise en Charge du VIH/SIDA |
| VAD | Visite A Domicile |
| VBG | Violence Basées sur le Genre |
| VIH | Virus de l'Immunodéficiência Humaine |

INTRODUCTION

1.1. Contexte et justification

Dans le monde, l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine(VIH) ne figure plus parmi les principales causes de décès [1], mais elle reste la principale cause de mortalité chez les jeunes et les adultes en Afrique [2]. Cette situation fait d'elle une zone de forte endémicité. En Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC), le Cameroun est le 2ème pays après le Nigéria portant le plus lourd fardeau de l'épidémie du VIH [2]. En dépit de l'importance de la pandémie, le pays a adhéré à la vision stratégique de l'Organisation de Nations Unies pour le SIDA (ONUSIDA) qui prévoit atteindre l'objectif 95/95/95 à l'horizon 2030[2]. La stratégie nationale de lutte contre le sida au Cameroun est basée sur la réduction des nouvelles infections et en particulier chez les adolescents et jeunes à travers une approche multisectorielle et décentralisée [3].

L'évolution de l'épidémie du VIH au Cameroun est variable. Une analyse de fond des différents plans stratégiques nationaux élaborés et mis en œuvre aura permis de décrire l'évolution des paradigmes décisionnels de lutte contre le VIH et le SIDA, de dégager les progrès accomplis et de relever les défis à adresser pour de meilleurs résultats[1]. Cette analyse a révélé une amélioration de l'implication des secteurs autres que la santé et une décentralisation effective des interventions au fil du temps. La prévalence du VIH bien qu'ayant régressé, est restée élevée dans certains groupes à risque mais la contribution des universités aux nouvelles infections est suspectée très élevée[1,2]. Selon une étude menée par Billong et al, la prévalence du VIH dans la population universitaire de Yaoundé était de 0,8 % en 2017 [3]. Un plan sectoriel de lutte contre le VIH a été mis en œuvre par la suite. Il ciblait les étudiants et les enseignants

Des interventions sur le changement de comportements et la baisse de l'incidence du VIH ont été menées par le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) en partenariat avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur (MINESUP) depuis 2017, mais peu d'informations sont disponibles sur l'épidémie du VIH dans le milieu universitaire camerounais. Au terme de ces interventions, des priorités avaient été dégagées par le MINESUP lors de l'élaboration de la stratégie sectorielle de santé du MINESUP pour la période 2020-2023 et se déclinaient en quatre résultats d'effet à savoir[4] :

- D'ici 2023, les nouvelles infections sont réduites de 60 % en milieu universitaire et dans les services centraux du Ministère de l'Enseignement Supérieur
- D'ici 2023, la mortalité et la morbidité liée au VIH sont réduites de 70% en milieu Universitaire
- D'ici 2023, la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées par le VIH dans la communauté universitaire est améliorée de 50%
- D'ici 2023, la qualité de la gouvernance de la réponse universitaire a progressé de 50%.

Cinq années après la première évaluation faite par Billong et al, sur la « prévalence du VIH chez les Étudiants des Universités de Yaoundé et Comportements Associés»[2],et après les interventions effectuées par le Ministère de l'Enseignement Supérieur en direction des étudiants sur les campus universitaires de Yaoundé, Il nous a semblé important d'évaluer les comportements actuels des étudiants sur les Campus Universitaires de Yaoundé en fonction des caractéristiques socio-économiques et d'identifier les facteurs susceptibles de l'influencer.

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE

1.1. QUESTION DE RECHERCHE

Quels ont été les effets des interventions de lutte contre le VIH sur les comportements des étudiants des Campus Universitaires de Yaoundé ?

1.2. HYPOTHESE DE RECHERCHE

Les interventions effectuées contre le VIH par le MINESUP de 2018 à 2024 sur les comportements des étudiants des Campus Universitaires de Yaoundé étaient pertinentes et efficaces.

1.3. OBJECTIFS DE RECHERCHE

1.4.1. Objectif général

Notre objectif était d'évaluer l'es effets des interventions de lutte contre le VIH sur les comportements des étudiants des Campus Universitaires de Yaoundé de 2018-2024.

1.4.2. Objectifs spécifiques

Plus précisément il s'agissait de :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des étudiants ;
- Identifier les interventions de lutte contre le VIH mise en œuvre entre 2017-2022
- Présenter les comportements sexuels à risque du VIH actuels des étudiants et les facteurs en lien avec la prévention ;
- Comparer les comportements sexuels à risque du VIH chez les groupes ayant reçus les interventions et les groupes n'ayant pas reçu les interventions

1.4. INTERET DE LA RECHERCHE

Cette étude mesure l'efficacité des interventions de lutte contre le VIH menées dans les Campus universitaires afin de les poursuivre ou de réajuster les stratégies le cas échéant. Elle améliore la compréhension des aptitudes cognitives et des vulnérabilités liées aux comportements sexuels face aux VIH chez les étudiants des Campus Universitaires de Yaoundé.

D'autre part, elle a pour intérêt de fournir aux décideurs des informations pour une prise de décisions éclairées et adaptées aux besoins relatifs au VIH chez les étudiants des Campus Universitaires de Yaoundé.

1.5. CADRE DE LA RECHERCHE

Cette étude est conçue sur la base des principes de la médecine sociale, auprès d'une population spécifique et encadrée par la méthodologie régissant le domaine de la sous spécialisation de médecine sociale.

1.7. DEFINITION OPERATIONNELLE DES TERMES

- Attitude : est un état mental qui prédispose un individu à réagir d'une certaine manière devant les circonstances. Plus précisément, c'est la prédisposition d'un individu à porter un jugement ou à adopter un comportement précis vis-à-vis d'un produit, d'un service, d'une institution[5].
- Aptitude cognitive en santé: peut-être définie comme étant l'analyse des informations perçues, orientation et maintien de l'attention, mémorisation, compréhension, conceptualisation et langage, apprentissage, prise de décision, planification, raisonnement et résolution de problèmes de santé. [5].
- Comportement: action ou la réaction observable d'une personne/êtres vivants dans un environnement donné. Il se réfère à un fonctionnement le plus souvent permanent. Un comportement est toujours dirigé vers l'extérieur et l'action [5].
- Compétences en matière de santé : aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé[5].
- Prévention : ensemble de stratégies et mesures prises pour réduire l'émergence, la propagation et les effets négatifs des maladies et des comportements à risque[6].
- Vulnérabilité peut être définie comme un état où le moindre événement à la capacité de déstabiliser la vie entière d'un individu et en le rendant dépendant. Elle peut aussi être considérée comme un ensemble de signes de fragilité qui conduisent un individu à être plus exposé aux potentiels chocs extérieurs (maladie, catastrophe, pauvreté ...) et aussi à être moins capable de s'en remettre[7].

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE

2.1. RAPPEL DES CONNAISSANCES

2.1.1. Infection à VIH chez les jeunes

Les données épidémiologiques les plus récentes montrent que malgré une tendance à la baisse, le Cameroun continue à faire face à une épidémie généralisée du VIH. La prévalence du VIH en population générale adulte est passée en effet de 5,5% en 2005 à 4,3% en 2011, puis à 3,7% en 2018[8]. Selon cette dernière étude, cette prévalence est inégalement répartie selon les groupes de population et selon les régions. On observe une forte concentration du VIH au sein de certaines populations dénommées « Populations Clés (PC)[8] ». Ces populations présentent une dynamique forte de l'épidémie en leur sein et concentrent une part importante des infections.

On s'accorde à dire que les adolescents constituent l'avenir quel que soit le temps et l'espace considéré. Il est également reconnu que le développement de leur capital humain et social, nécessaire pour une vie adulte de qualité, dépend des conditions dans lesquelles ils vivent et de l'environnement dans lequel s'opérera la transition vers la vie adulte. Plus que dans toute autre partie du monde, ce constat est encore plus d'actualité en Afrique sub-Saharienne où, à la situation socio-économique déjà précaire, s'ajoutent d'importants problèmes de santé sexuelle et reproductive auxquels font face les adolescents en particulier le VIH. Conscients de l'enjeu majeur que représente la santé des adolescents, les gouvernements en Afrique sub-Saharienne, aidés en cela par les organismes non-gouvernementaux et toute la communauté internationale, ont inscrit la promotion de stratégies efficaces en santé sexuelle et reproductive des adolescents comme haute priorité dans leurs agendas. Mais force est de constater que l'élaboration et la mise en œuvre de telles stratégies supposent la production de connaissances sans cesse actualisées ainsi que la formulation de politiques innovatrices basées sur des données probantes et éprouvées en matière de santé sexuelle et reproductive, ce qui n'est pas toujours le cas. De plus, le fait que ce segment particulier de la population ne constitue pas un groupe homogène pose un défi supplémentaire quant à l'élaboration de stratégies généralisables[9].

Une enquête d'envergure nationale a montré en 2018 que la plus forte incidence du VIH se trouve chez les jeunes et les adolescent(e)s, notamment de sexe féminin[10]. La présomption d'une grande contribution de cette sous population dans l'épidémie du VIH avait pourtant entraîné de nombreuses interventions programmatiques en direction d'elle. Ces interventions

programmatiques ont été menées par des organisations à base communautaires (OBC). En général, elles visent : (i) la communication pour le changement de comportements ; (ii) la distribution des préservatifs masculins et féminins et des lubrifiants ; (iii) la promotion de l'accès aux services de prise en charge syndromique des IST et de dépistage volontaire du VIH, y compris le diagnostic et le traitement de la syphilis; (iv) la lutte contre la stigmatisation et la discrimination[8].

2.1.2. Généralités sur les comportements et le VIH

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) comme étant une infection qui attaque le système immunitaire de l'organisme, en particulier les globules blancs appelés cellules CD4+. Le VIH détruit ces cellules, affaiblissant l'efficacité du système immunitaire du patient contre des infections telles que la tuberculose et certains cancers. Une personne présentant un taux de CD4+ inférieur à 200 est décrite comme ayant le sida (syndrome d'immunodéficience acquise)[11]

2.1.2.1. Rappels

L'origine du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est simienne. Il existe une diversité de VIH qui ont été transmis à l'homme par différents types de singe. Depuis le début de la pandémie, 99% des infections au VIH sont une infection au VIH-1 de type M. Le type M a été transmis à l'homme par un chimpanzé, probablement entre 1915 et 1941. Cela a pu se produire à la suite d'une morsure par un chimpanzé infecté, ou par une écorchure à l'occasion du dépeçage. Le « patient zéro » du VIH-1 type M à partir duquel la pandémie de VIH s'est déclenchée est un Camerounais ou un colon. Ce patient zéro a disséminé le virus dans un autre pays, le Congo belge, actuelle République démocratique du Congo. Dans les années 1940 à 1970, la capitale du Congo belge, Léopoldville (l'actuelle Kinshasa) a été l'épicentre de la pandémie de VIH[12].

Des 32 millions de morts enregistrés entre 1990 et 2020, un peu plus de 23 millions étaient des Africaines et des Africains hétérosexuels (72%). La moitié des séropositifs vivants en Afrique subsaharienne ont été infectés par le sous-type C, apparu en Afrique australe dans les années 1980. La transmission du VIH par voie sexuelle est surtout à l'origine de l'infection des homosexuels. Dans le monde depuis le début de la pandémie, au moins 3 millions d'homosexuels sont morts de l'infection à VIH. En Occident, la prévalence du VIH dans la communauté des Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) est

actuellement de l'ordre de 15 %. Les séropositifs homosexuels ont quasi tous été infectés par le sous-type B ayant probablement émergé en Amérique[12].

2.1.2.2. Épidémiologie

Le VIH reste un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale, qui a entraîné jusqu'ici 40,4 millions [32,9 à 51,3 millions], et connaît une transmission continue dans tous les pays du monde ; dont certains signalent une tendance à la hausse des nouvelles infections alors qu'elles étaient auparavant en baisse. On estimait à 39,0 millions [33,1 à 45,7 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH à la fin de 2022, dont plus des deux tiers (25,6 millions) dans la Région africaine de l'OMS. Au cours de la même année, 630 000 personnes [480 000 à 880 000] sont mortes de causes liées au VIH et 1,3 million [1,0 à 1,7 million] de personnes ont contracté le VIH.

L'OMS, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FM) et l'ONUSIDA ont tous des stratégies mondiales de lutte contre le VIH alignées sur les cibles 3.3 des ODD visant à mettre fin à l'épidémie de VIH d'ici 2030. D'ici 2025, 95 % de toutes les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) doivent avoir un diagnostic, 95 % d'entre elles doivent suivre un traitement antirétroviral (TAR) et 95 % des PVVIH sous traitement doivent obtenir une suppression de la charge virale tant pour améliorer leur état de santé que pour réduire la transmission ultérieure du VIH. En 2022, ces pourcentages étaient respectivement de 86 (%) [73> à 98 %], 89 (%) 75 à >98 %] et 93 (%) [79 à >98 %]. Si l'on considère l'ensemble des PVVIH, 86 % [73>—98 %] connaissaient leur statut, 76 % [65-89 %] recevaient un traitement antirétroviral et 71 % [60-83 %] avaient obtenu une suppression de la charge virale[8]

En Afrique, l'épidémie est présente dans tous les pays et sa distribution est variable. Au Sénégal par exemple, l'épidémie du VIH est de type concentré avec une prévalence basse dans la population générale et élevée dans certaines localités et chez les populations les plus vulnérables. Selon les estimations, en 2020, le nombre de PVVIH (adultes et enfants) était de l'ordre de 39 400 personnes dont près de 21 180 femmes de 15 ans et plus et 3 900 enfants de moins de 15 ans. Les modes de transmission dominant du VIH restent essentiellement la voie sexuelle et la transmission mère enfant [12]

Selon l'EDSC-III, la prévalence du VIH était estimée à 5,5 % en 2004 dans la population des hommes et des femmes de 15-49 ans au Cameroun. Ces données ont permis de recalibrer les

données du système de surveillance sentinelle et, de 2004 à 2011, ce sont ces données recalibrées qui ont permis le suivi de l'épidémie. Cela a permis de passer à une prévalence égale à 4,3% en 2011, à 3,4% en 2017 et à 2,7 en 2018[13].

2.1.2.3. Présentation cliniques et modes évolutifs

En l'absence de toute intervention pouvant retarder la progression de la maladie, dès le moment où l'infection est contractée jusqu'à ce que la maladie devienne visible, il peut se passer 5 à 10 ans chez 90% des individus. 5% des personnes infectées, vont développer la maladie au-delà de 10 ans, ils sont appelés « progresseurs lents » tandis qu'une infime partie seront appelés « non progresseurs » parce qu'ils n'auront pas développé la maladie au-delà de 15 ans. Alors qu'il existe une latence clinique, il n'y a pas de latence virologique. La multiplication virale continue de se faire[14]

Lorsqu'un individu est infecté par le virus, son organisme répond en produisant des anticorps dirigés contre le virus. Ceci prend environ 3 à 6 semaines dans la majorité des cas. Le temps qui s'écoule entre le moment où l'individu est infecté et celui où il produit des anticorps est appelé fenêtre sérologique. Pendant cette période bien que les tests sérologiques soient négatifs, la personne infectée peut transmettre le virus. La principale cible du virus de l'immunodéficience humaine est le système immunitaire (notamment les lymphocytes CD4+) qui est détruit progressivement au fil des années. Les infections opportunistes vont survenir et finir par détruire la personne infectée[15].

Stade I : Après que le test biologique se soit positivé, l'individu peut ne présenter aucun symptôme ou alors des adénopathies (Lymphadénopathie persistante généralisée). Ce stade peut durer 15 ans, sa durée est fonction d'un certain nombre de facteurs parmi lesquels l'état de santé, l'état nutritionnel, la fréquence et la sévérité de la ré-inoculation, la présence des autres infections sexuellement transmissibles, etc... A ce stade, le système immunitaire détruit de manière continue les virus pour maintenir la charge virale basse. Pendant cette période, la personne peut transmettre l'infection et ignorer son statut.

Stade II : Pendant cette période, la personne infectée commence à développer des symptômes non spécifiques qui peuvent aussi survenir chez des personnes non infectées : une perte de poids non voulue < à 10% du poids corporel, des infections cutanéomuqueuses, le zona, des infections récurrentes des voies respiratoires hautes. Ces personnes sont susceptibles de transmettre l'infection et sont le plus souvent, ignorantes de leur statut.

Stade III : Au cours de cette période, la personne infectée commence à développer le syndrome clinique du Sida qui se définit comme la présence d'une ou plusieurs affections opportunistes, les leucoplasies chevelues, une perte de poids > à 10% du poids corporel, tuberculose pulmonaire, diarrhée > à 1 mois et des infections plus sévères et résistantes aux traitements. Le stade III a une durée de 1 à 3 ans.

Stade IV : La durée de cette phase va de l'installation du Sida à la mort. Elle est variable allant de quelques semaines à plusieurs années. A ce stade il y' a installation des pathologies telles que : la toxoplasmose cérébrale, le cryptosporidiose accompagnée de diarrhée > 1 mois, la cryptococcose extra pulmonaire, la tuberculose extra pulmonaire. Le lymphome, le sarcome de Kaposi. Et l'encéphalopathie à VIH. Les ARV peuvent considérablement prolonger l'espérance de vie de 20 ans ou plus en diminuant la charge virale. La prise en charge précoce et la prévention des infections opportunistes permet aussi de prolonger la vie[17].

2.1.2.4. Prévention

Le Cameroun a opté pour une prévention combinée du VIH associant des interventions biomédicales, comportementales et structurelles de manière à avoir le plus grand impact possible sur la réduction des nouvelles infections[18]. Les interventions biomédicales de la prévention combinée selon le guide national de PEC du VIH 2019 sont principalement :

- La Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH (PTME) ;
- La prévention positive ;
- La prophylaxie pré-exposition (PPrE) ;
- La prophylaxie post-exposition (PPE).

La PTME est l'ensemble d'intervention mises en œuvre pour éviter à un enfant de mère VIH+ d'être contaminé pendant la grossesse, l'accouchement ou la période d'allaitement. Elle comprend 04 piliers : prévention de l'infection à VIH chez la femme en âge de procréer (prévention primaire) ; prévention des grossesses indésirées chez les femmes infectées par le VIH ; PTME et traitements, soins et soutien aux femmes infectées, leur partenaire leurs enfants et leur famille. Il est à noter que, le risque de transmission de la mère à l'enfant du VIH est très faible lorsque la mère infectée est mise sous traitement ARV et a une charge virale indétectable.

La prévention positive représente l'ensemble des services offerts aux PvVIH afin de prévenir la propagation du VIH aux partenaires sexuels et aux enfants exposés et aussi pour les aider à adopter des comportements en faveur de la santé. La prévention positive demande une prise en charge à long terme et des liens directs avec les autres services de santé (PTME, PF, conseils en nutrition...). Elle est basée sur des approches multiples suivant les besoins et les droits des personnes infectées et affectées par le VIH (partenaire, famille) dans le but de retarder la progression de la maladie et d'éviter la résistance aux ARV.

La prophylaxie préexposition (PPrE) quant à elle, est un moyen complémentaire qui s'intègre dans le paquet de stratégies diversifiées de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle. Les populations cibles prioritaires de cette stratégie sont : les HSH et les TS de plus de 21 ans, VIH négatifs et qui ont un risque continue d'exposition au VIH. Elle est basée sur la prise en continue ou en discontinue d'ARV (Ténofovir + Lamivudine) par le client après évaluation du risque et des critères d'éligibilité (antécédents de plusieurs IST, rapports sexuels non protégés avec au moins deux partenaires différents au cours des 6 derniers mois, consommation des substances psychoactives lors des rapports sexuels). L'activité optimale de ces ARV lors d'une prise continue est de 7 jours chez les hommes (HSH) et de 21 jours chez les femmes (TS).

Cependant la •La prophylaxie post-exposition (PPE), est un traitement d'urgence qui consiste en l'utilisation à court terme d'ARV pour éviter la transmission du virus chez une personne séronégative après une exposition potentielle, professionnelle ou non. Il s'agit de prendre 1 comprimé d'ARV (Ténofovir, Lamivudine, Dolutégravir) / jour pendant 28 jours dès les 4 à 72h suivant une exposition professionnelle aux liquides biologiques ou une agression sexuelle. La prescription de la PPE à un personnel de santé exposé est régie par des critères d'éligibilité. Si le statut sérologique de la personne-source de l'exposition est négatif, la PPE n'est pas nécessaire.

Il est important de noter que seul le dépistage représente la porte d'entrée au continuum de soins et services offerts relatifs au VIH. Afin d'assurer un diagnostic précoce (Test and Treat) de la population, le Cameroun a mis en place une stratégie dite « dépistage différencié » qui consiste à l'intégration du dépistage du VIH dans d'autres services hospitalier autre que l'UPEC, à la réalisation communautaire du dépistage et à la délégation des tâches. Pour renforcer l'efficience du dépistage, des groupes de populations spécifiques (prévalence élevée du VIH) et des zones géographiques (zones enclavées, camps de réfugiés ...) ont été

désignées comme prioritaires. Ces populations prioritaires sont : les populations vulnérables et les populations clés.

Au sein des populations vulnérables se trouvent : les populations carcérales, les jeunes et les adolescents/adolescentes et 15 à 24 ans en contexte de vulnérabilité, les femmes enceintes et les enfants de mère séropositives, les autres populations en contexte de vulnérabilité (personnes en uniformes, camionneurs, personnes avec un handicap, réfugiés, travailleurs des pôles économiques ...). Tandis que, les populations clés sont constituées de : PvVIH, travailleuses de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, usagers de drogues injectables.

2.1.2.5. Processus de changement de comportements

L'éducation relative à la santé vise le développement d'attitudes favorables à la santé et l'adoption d'un comportement responsable chez les individus. Toutes les sociétés à travers le monde ont établi des systèmes d'éducation et de communication ayant pour but de transmettre aux individus et aux communautés des connaissances et des compétences qui leurs permettront de mettre en place des pratiques saines et responsables afin de maintenir et de promouvoir la santé[5].

Plusieurs dimensions influencent la capacité des personnes à pouvoir accéder, comprendre, évaluer et communiquer de l'information relativement à leur santé. Il importe donc de tenir compte de ces facteurs lors des activités de promotion, de prévention, de dépistage ainsi que lors de l'offre des soins et services aux individus, aux groupes ou aux populations. Ainsi, plusieurs concepts, théories et modèles décrivant les facteurs associés aux changements de comportements en santé ont été décrit par plusieurs psychologues au fil du temps tels que la littératie en santé, la théorie de l'Action Raisonnée (TAR), la théorie du Comportement Planifié (TCP) et le modèle transthéorique pour ne citer que cela.

A. Littéracie en santé

Un des aspects importants à considérer dans la communication est le degré de littératie de la population cible visée, c'est-à-dire son « aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, pour atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités[19]. La figure suivante résume le champ d'action de la littératie.

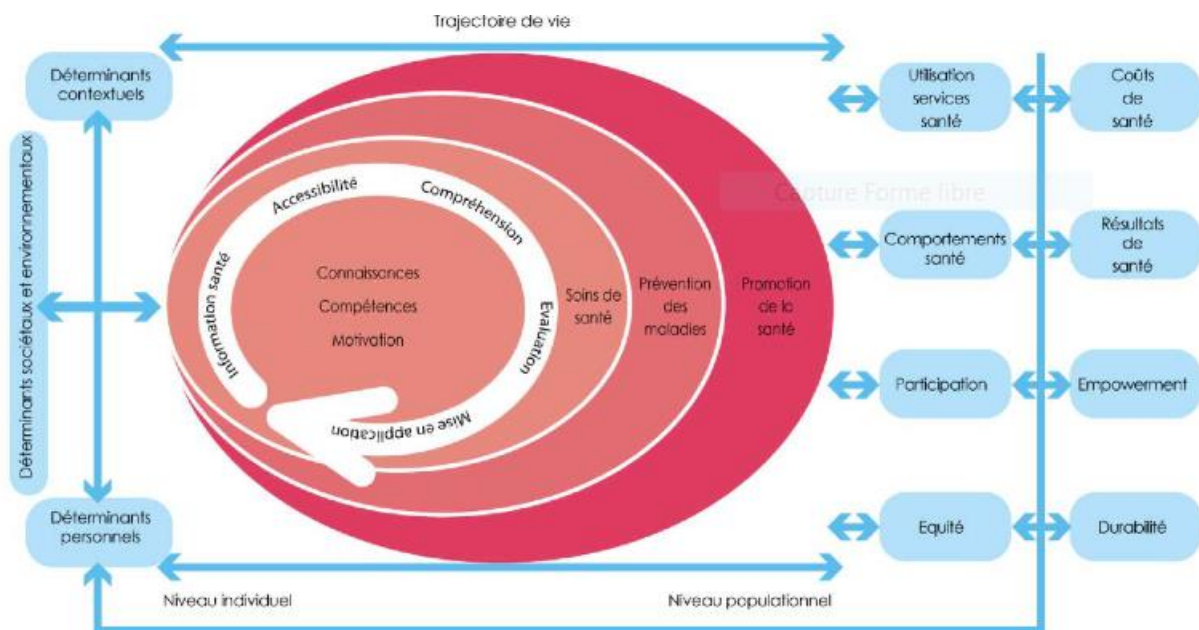


Figure 1: Description de la littératie en santé[19].

En outre, la littératie en santé donne une autre définition plus concrète, qui est « la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie »[20]. Dans cette définition, l'emploi du verbe trouver montre bien qu'il ne suffit pas que l'information et les services soient disponibles mais aussi de la capacité de les utiliser.

Cette capacité de trouver et d'utiliser l'information est facilitée par plusieurs paramètres notamment : les caractéristiques individuelles (âge, sexe, culture, croyance, mémoire raisonnement, capacités d'audition et de vision, la scolarité, formation professionnelle...) les interaction avec le milieu de vie (famille, milieu scolaire, communauté, milieu de travail...), interaction avec le système de santé (temps accordé pour la consultation, degré de complexité de l'information transmise, contexte de communication ...), contexte de vie (normes sociales et culturelles, démographie, économie, normes professionnelles ...)[21].

En fonction du degré d'exposition aux facteurs sus-cités cinq niveaux de littératie ont été décrit :

- Niveau 1 : les personnes à ce niveau de littératie ont de grandes difficultés à lire, à écrire et à calculer. Il s'agit du plus bas niveau de littératie. Sans aide, les personnes qui se classent à ce niveau pourraient ne pas être en mesure d'utiliser l'information

écrite pour prendre certaines décisions, comme lire la posologie d'un médicament pour déterminer la dose à donner à un enfant[22].

- Niveau 2 : peuvent lire uniquement des textes simples, explicites, correspondant à des tâches peu complexes. Ce niveau correspond à des personnes qui savent lire, mais qui obtiennent de faibles résultats aux tests. Elles peuvent avoir acquis des compétences suffisantes pour répondre aux exigences quotidiennes de la littératie mais, à cause de leur faible niveau de compétences, il leur est difficile de faire face à de nouvelles exigences, comme l'assimilation de nouvelles compétences professionnelles[22].
- Niveau 3 : considéré comme un minimum convenable pour composer avec les exigences de la vie quotidienne et du travail dans une société complexe et évoluée. Il dénote le niveau de compétences nécessaire pour terminer des études secondaires et entrer dans le supérieur. Comme les niveaux plus élevés, il exige la capacité d'intégrer plusieurs sources d'information et de résoudre des problèmes plus complexes[22]. .
- Niveaux 4 et 5 les répondants qui font preuve d'une maîtrise des compétences supérieures de traitement de l'information. Les personnes à ces niveaux de littératie sont en mesure d'utiliser avec confiance une grande variété de documents, de trianguler l'information et peuvent résoudre des problèmes complexes en lecture, en écriture et en calcul[22].

Au niveau de la population, la littératie en santé se comprend comme étant en lien avec l'utilisation des services de santé, les comportements de santé, la participation des personnes au processus de soins, de prévention et de promotion de la santé[23].

B. Théorie de l'Action Raisonnée (TAR) [24]

La théorie de l'action raisonnée introduit un élément nouveau dans la compréhension de l'adoption des comportements, c'est la notion d'intention (motivation). Pour qu'un comportement soit adopté, il faut que la personne ait l'intention de mettre en œuvre ce comportement. Cette intention d'adopter un comportement est déterminée par : une attitude personnelle à l'égard du comportement. Cette attitude est elle-même influencée par :

- Les croyances de la personne sur les conséquences de l'adoption du comportement, c'est-à-dire la croyance en la probabilité de résultat positif ou négatif et l'évaluation, par la personne, des conséquences de l'adoption du comportement ;
- Des normes subjectives, ces normes regroupent : les croyances normatives (c'est l'importance que la personne accorde à ce que les autres pensent d'elle) et la

motivation de l'individu à se conformer à l'opinion des autres (faire ce que les proches attendent de moi).

C. Théorie du Comportement Planifié (TCP)[24]

Après avoir découvert quelques imperfections dans la structure de la TAR Ajzen et Fishbein l'ont modifié en y ajoutant un troisième élément : le contrôle comportemental perçu. Ce concept est défini par la croyance de l'individu dans l'idée qu'il sera facile ou non d'adopter un certain comportement. Cet élément vise à contrebalancer les situations dans lesquelles les gens possèdent peu de contrôle (ou croient posséder peu de contrôle) sur leurs comportements et leurs attitudes. L'idée principale qui découle de cette nouvelle théorie se résume ainsi : les individus ne seront pas susceptibles de développer une forte intention d'agir et de se comporter d'une certaine façon s'ils croient ne pas avoir les ressources nécessaires ou les opportunités pour y arriver, et ce même s'ils possèdent des attitudes favorables envers le comportement en question et s'ils estiment que les membres de leur entourage approuveraient le comportement (normes subjectives). Les implications éducatives de cette théorie s'avèrent importantes pour le domaine de la santé sexuelle et de reproduction, car elles peuvent servir à orienter les programmes éducatifs en ce sens, en fournissant à la population générale ou à certains groupes vulnérables des opportunités de développer leur intention d'agir, en les plaçant dans des situations réelles. La figure suivante résume le parcours suivi pour la mise en place d'un nouveau comportement selon la théorie du comportement planifié.

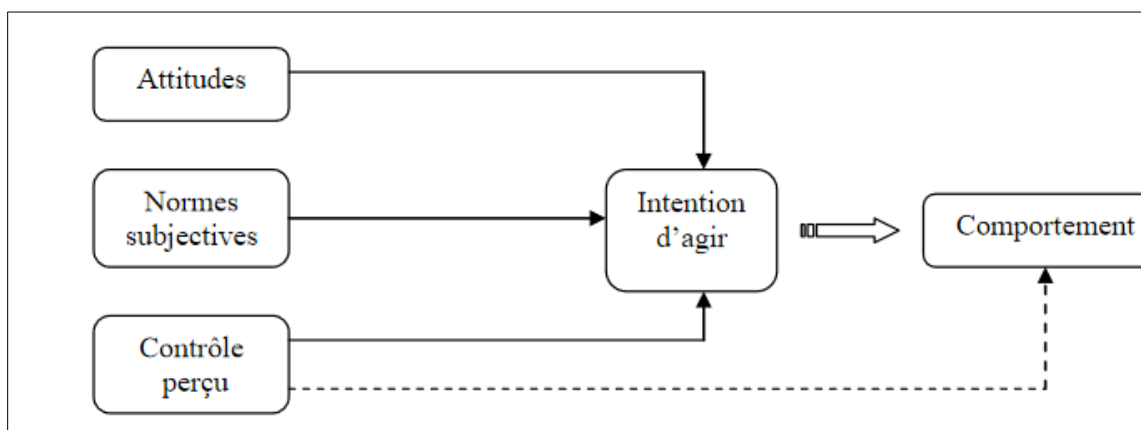


Figure 2: Schématisation de la théorie du comportement planifié

D. Modèle transthéorique/modèle des stades du changement de comportement

Ce modèle, devenu un grand classique de description des étapes de changement de comportements est émise pour la première fois en 1970 par les psychologues James Prochaska et Carlo DiClemente[25]. La théorie des stades du changement suggère que les gens changent de comportement progressivement, et que différentes interventions sont appropriées à chaque stade. Les stades ont été répertoriés de la manière suivante : précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien, et terminaison [24]

Pendant le stade de précontemplation ou d'inaction, les sujets n'ont pas l'intention de modifier leurs comportements à risque élevé dans un avenir proche, c'est -à-dire au cours des 6 prochains mois[24]. A ce stade, la personne n'est pas encore très sensibilisée et ne comprend pas encore très bien pourquoi elle devrait faire le changement ou encore elle croit le changement trop difficile ou impossible. Ses habitudes actuelles lui semblent encore plus avantageuses. A cette étape, l'information peut aider à s'informer davantage et amener à concevoir que le changement pourrait être réalisable[25].

La contemplation ou conscientisation est le stade au cours duquel les gens ont sérieusement l'intention de changer de comportement au cours des 6 prochains mois. Malgré leurs intentions, on estime qu'en moyenne, les sujets restent dans cette phase relativement stable pendant au moins 2 ans[24]. L'individu a cependant tendance à voir davantage les inconvénients et les difficultés à court terme que les avantages à court et à long. La personne est cependant plus motivée et intéressée à s'informer qu'à l'étape précédente. Elle peut être aidée par l'information et les encouragements[25].

La préparation est le stade pendant lequel les sujets ont l'intention de prendre des initiatives très bientôt, généralement dans le mois qui suit. En général, ils ont un plan d'action et ont déjà pris quelques initiatives au cours de l'année précédente ou ont déjà modifié leur comportement dans une certaine mesure[24]. La personne est convaincue du bien-fondé de faire le changement. Elle croit qu'il est temps d'agir et commence à poser des gestes et fait des plans[25].

L'action est le stade au cours duquel des modifications du comportement déclaré ont été effectuées au cours des 6 derniers mois. C'est au cours de cette phase-là moins stable que les sujets courent les plus grands risques de retomber dans leur comportement antérieur. Les

risques de rechutes sont assez élevés. L'individu doit apprendre de son expérience pour s'ajuster et persévérer dans les changements[24].

Le stade de maintien ou la consolidation est la période qui commence 6 mois après l'atteinte de l'objectif jusqu'au moment où il n'existe plus aucun risque que le sujet retombe dans son comportement antérieur. Le stade de terminaison est celui au cours duquel le sujet n'est plus tenté de retomber dans son comportement antérieur et son auto-efficacité est de 100 % dans toutes les situations qui présentaient auparavant une tentation.

Dépendamment des auteurs, la terminaison n'est pas toujours considérée comme une étape distincte, mais plutôt comme étant l'aboutissement final ou le prolongement du maintien. La figure ci-contre présente les relations qui existent entre les différentes étapes du changement de comportement du modèle transthéorique.

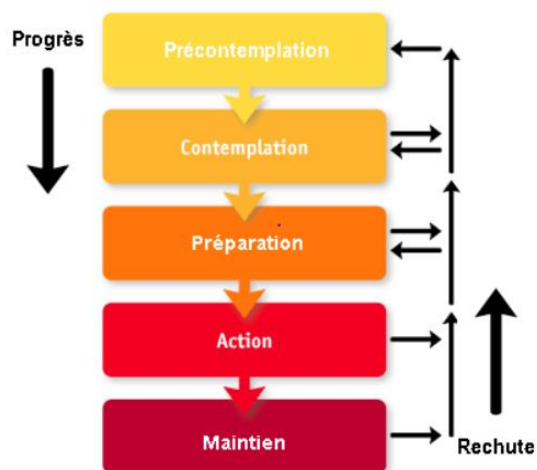


Figure 3: Relation entre les différents stades du modèle transthéorique

Entre chacun des stades se trouvent différents procédés de changement, qui représente toute forme d'activités entreprises pour aider à modifier notre façon de penser, nos émotions ou notre comportement. Les neuf principaux procédés intervenant dans la démarche de changement de comportement, selon le modèle transthéorique, sont : l'augmentation du niveau de conscience (conscientisation), l'éveil émotionnel, la libération sociale, la réévaluation personnelle, l'engagement, la gestion des renforçateurs, les relations aidantes, le contre-conditionnement et le contrôle environnemental (contrôle des stimuli).

La figure ci-contre établit la relation entre les stades et les procédés de changement de comportement selon le modèle transthéorique.

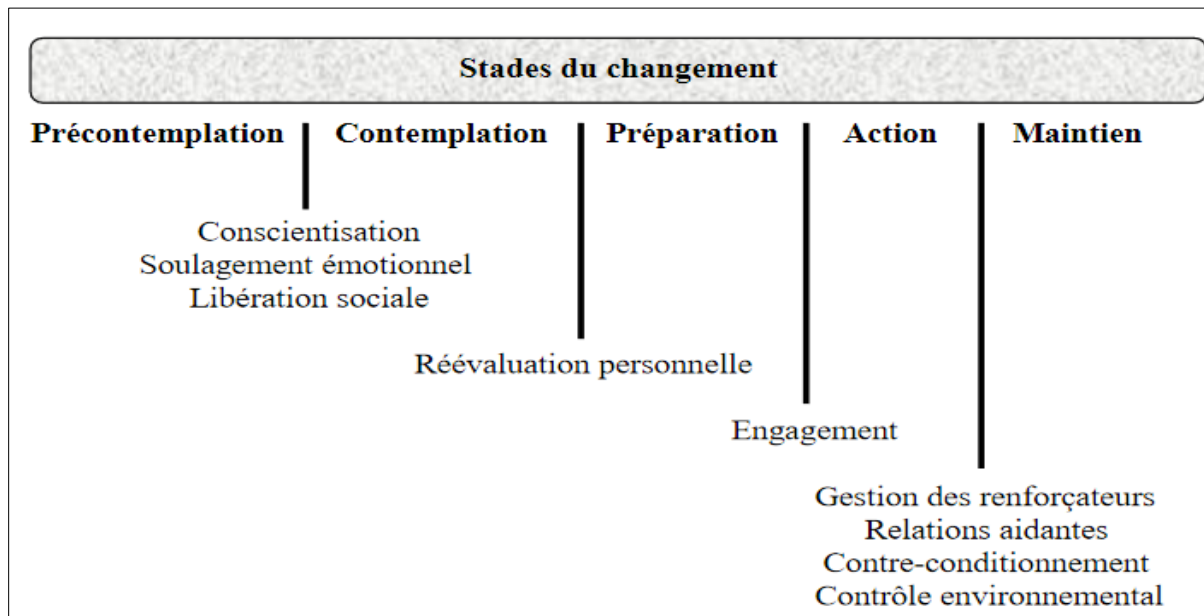


Figure 4: Modèle transthéorique du changement de comportement

2.1.3. COMPORTEMENT SEXUEL A RISQUE CHEZ LES JEUNES

En dépit de nombreuses interventions en santé reproductive en Afrique subsaharienne, la trilogie « IST/VIH/SIDA - grossesses précoces - avortements » persiste à des niveaux très élevés par rapport aux autres parties du monde[26]. Cela indique que les nombreuses interventions en santé reproductive auprès des adolescents et des jeunes ont enregistré peu de succès en ce qui concerne le changement des comportements sexuels. Ces interventions se focalisent souvent sur l'individu, et négligent les environnements sociaux et culturels dans lesquels se forge le vécu de la sexualité chez les jeunes. Un de ces agents est la famille, où les individus naissent, grandissent, et sont socialisés selon les valeurs et normes en vigueur[27].

Fort de ce qui précède, une autre même intervention a été menée, qui portait sur le Burkina Faso, le Ghana, le Malawi et l'Ouganda, fait d'abord le point sur les problèmes majeurs de santé sexuelle et reproductive auxquels fait face cette frange spécifique de la population, tout en jetant un regard critique sur les efforts déployés par les sciences sociales pour les analyser[9]. Les résultats confirment ce que certaines études ont déjà démontré à savoir que les individus élaborent leur propre définition du risque qui peut ne pas se résumer nécessairement à une opposition binaire « risque/aucun risque », mais est plutôt fonction des caractéristiques

individuelles mais aussi du contexte social et épidémiologique dans lesquels ils vivent. Le deuxième article de la thèse analyse le contexte dans lequel s'opère la transition vers le premier rapport sexuel chez les adolescentes des quatre pays étudiés. Il part du constat selon lequel les recherches ont très souvent abordé les comportements sexuels des adolescents sous un angle marqué par la dichotomie entre les « sexuellement actifs » et les « non encore sexuellement actifs ». Or le calendrier de l'entrée en sexualité et le contexte dans lequel elle a lieu (dans l'union ou hors union) sont non seulement des marqueurs des comportements sexuels à risque vis-à-vis du VIH, mais ils conditionnent aussi et surtout la qualité de la transition vers l'entrée dans la vie adulte. Les résultats montrent ici également que le contrôle parental est significativement associé à une faible probabilité pour les adolescents d'initier la sexualité hors de l'union. Quant au troisième article, il se penche sur un cas précis de comportement à risques chez les adolescents: le multipartenariat sexuel aggravé par la non utilisation systématique du condom, pourtant le seul moyen pour l'instant (en dehors de l'abstinence) de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA[9].

Les rapports sexuels prônés, autrefois, exclusivement dans le cadre du mariage, notamment chez les filles tendent à s'estomper avec une proportion croissante de jeunes qui s'engagent dans une sexualité prémaritale. L'affaiblissement des modes traditionnels de contrôle social, l'émancipation hâtive des jeunes de leur famille ainsi que le recul de l'implication des membres de la famille élargie dans la socialisation ont pour conséquence une sexualité à haut risque d'IST, notamment le VIH/Sida. De plus, cette sexualité des jeunes célibataires intervient souvent à un âge précoce où leur immaturité physique et leur manque d'informations approfondies sur le Sida les exposent à plus de risques. Cette étude montre que le calendrier de l'initiation sexuelle prémaritale conditionne le recours ou non au préservatif. Ainsi, les jeunes qui commencent leur vie sexuelle de façon précoce sont plus enclins à ne pas recourir au préservatif au moment de cette occurrence. En s'intéressant au multipartenariat sexuel, les résultats montrent que l'adoption d'un tel comportement émane de décisions individuelles influencées surtout par l'environnement familial et le contexte socioéconomique. L'analyse compréhensive du multipartenariat à travers le discours des participants met en lumière des aspects insuffisamment pris en compte dans les enquêtes quantitatives standardisées. Il ressort en outre que la désarticulation de la socialisation ou la rupture des liens sociaux et affectifs sont influents sur le recours aux partenaires multiples. Enfin, on note que les pratiques préventives chez les jeunes ont connu des progrès notables

entre 1998 et 2012 mettant ainsi en évidence l'efficacité des stratégies de prévention en l'occurrence la sensibilisation, l'accessibilité aux préservatifs. Du point de vue programmatique, ce résultat est plutôt encourageant car il prouve que la lutte contre le Sida progresse légèrement dans le pays. En revanche, entre 2005-2012, la proportion des jeunes n'ayant pas fait usage de préservatifs est restée stable[28].

Les résultats obtenus à partir de la théorie de résilience indiquent, dans chaque type de familles, que la qualité des relations entre les parents/tuteurs et le jeune est significativement associée à une faible probabilité de comportement sexuel à risque, défini comme étant la cooccurrence de plusieurs partenaires sexuels au cours de 12 derniers mois et de non-utilisation du condom. Par contre, le contrôle parental est associé à une faible probabilité de comportement sexuel à risque seulement dans les familles à deux parents biologiques. Ce résultat suggère que l'influence du contrôle parental baisse une fois que les jeunes ont eu une expérience sexuelle. Les interventions en santé reproductive devraient promouvoir chez les parents/tuteurs les facteurs familiaux susceptibles de réduire les comportements sexuels à risque[27].

Il y a également toute la problématique de la pauvreté dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne et de son impact sur les comportements sexuels des adolescents et des jeunes. Comme nous l'avons maintes fois souligné, de nombreuses études en Afrique subsaharienne expliquent les comportements sexuels des adolescents et des jeunes par la pauvreté du ménage ou de l'environnement familial[27].

Une étude a comme objectif spécifique d'analyser les prévalences des comportements sexuels à risque et leurs facteurs sociaux dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne parmi les adolescents et jeunes, en mettant en exergue les diversités des comportements sexuels entre ces différents pays. Les données utilisées sont celles des Enquêtes nationales Démographiques et de Santé. Les principaux résultats obtenus sont les suivants : 1°) parmi les garçons, les âges médians aux premiers rapports sexuels sont plus faibles au Congo et en RDC, en Afrique Centrale, et au Bénin qu'au Burkina Faso, au Rwanda et dans les pays fortement islamisés comme le Tchad, le Sénégal et le Mali ; 2°) parmi les filles, un schéma opposé a, dans une certaine mesure, été observé ; 3°) dans les pays étudiés, l'activité sexuelle multipartenariale persiste mais le Cameroun, le Congo, la Côte d'Ivoire, le Bénin et la Guinée en sont plus concernés que d'autres pays ; 4°) dans ces pays, le taux d'utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels s'est amélioré mais certains d'entre eux comme le Burkina Faso,

la Côte d’Ivoire, le Sénégal et le Cameroun sont plus avancés que d’autres ; 5°) plusieurs facteurs familiaux, extrafamiliaux et individuels y influencent les comportements sexuels à risque mais l’intensité et le sens des relations observées ne convergent pas nécessairement. L’approche globale d’explication de la sexualité des adolescents et jeunes est donc pertinente dans les pays étudiés mais le poids de ses différentes dimensions dans l’explication de ce phénomène varie d’un groupe de pays à l’autre[29]

2.2. ETAT DES CONNAISSANCES SUR LA QUESTION

2.2.1. Situation de l’épidémie de VIH parmi les populations clés[1]

Au Cameroun, les populations clés sont constituées du groupe des Travailleuses du Sexe (TS), des Hommes ayant des rapports Sexuels avec d’autres Hommes (HSH), les usagers de drogues injectables (UDI).

Tableau I: Prévalences et estimations de tailles des populations clés au Cameroun

| | Prévalence observée | Taille estimée de la population | Taux de séropositivité |
|------------|---|---------------------------------|--|
| TS | 24,3% [15,1-32,9] IBBS 2017 Syphilis = 8,2% | 70 487 (cartographie 2018) | 2020 :11.6% 2021 : 5.6% 2022 : Pas de données |
| Clients TS | Pas de données | Nbre de TS x 5 | 2020 :2.4% 2021 : 3% 2022 : Pas de données |
| HSH | 20,7% [3,9-43,3] IBBS 2017 Syphilis = 2,7% | 7 023 (cartographie 2018) | 2020 :13% 2021 : 10.4% 2022 : Pas de données |
| Transgenre | Pas de données | Pas de données | 2021 - UDI : 8.2% 2021 - UD/UDI : 3.8% 2022 : Pas de données |
| UD | Pas de données | 9 823 | |
| UDI | Pas de données | 2 453 | |

En 2018, au niveau national, le nombre de Travailleurs de Sexe (TS) a été estimé à 70 487, celui des HSH à 7 023, celui des Utilisateurs des drogues Injectables (UDI) à 2 453 et les autres usagers de drogues à 9 823 avec des effectifs variables selon les régions et les villes. La ville de Douala avait les estimations les plus élevées pour toutes les cibles avec un dénombrement de 9 865 TS, 2 295 HSH, 437 UDI et 777 Utilisateurs des Drogues (UD), selon les résultats de la cartographie programmatique des populations clés, adolescentes et adolescents réalisée en 2019. Concernant les HSH, il est important de préciser que ces données portant sur l’estimation de la taille des populations clés, proviennent essentiellement du

recrutement de ces populations dans les sites « hots spot » ce qui ne prend pas forcément en compte les personnes qui ne fréquentent pas les « hots spots » et qui choisissent de se rencontrer dans des endroits plus sécurisés et discrets notamment à partir des sites de rencontre et des réseaux en ligne. Toutefois, les données pour les HSH se sont appuyées sur les estimations proposées par l'OMS, soit une estimation de population de 70 000 HSH, prenant en compte la moyenne régionale en Afrique de l'Ouest et du Centre de 0,72% de la population adulte masculine 15-49 ans et le Policy Brief MSM Statement de l'OMS (draft 15/5/20) qui estime cette taille entre 1 et 4%. Les résultats de l'étude IBBS qui a débuté en 2022 confirmera les données.

Selon la dernière étude IBBS de 2016, la prévalence chez les TS était de 24,3% en 2016, une baisse par rapport à 2009 (36,5%) qui peut s'expliquer notamment par des programmes de prévention soutenus ciblant cette population. Les données de routine des programmes ciblant les TS ont révélé une séropositivité de 11.6% en 2020 contre 5.6% en 2021. L'écart entre les deux années est important mais la séropositivité dans ce groupe reste au-dessus de la prévalence au niveau national.

Chez les HSH, la prévalence était de 20,7% en 2016. Cet indicateur n'a pas évolué entre 2011 et 2016 dans les villes de Douala et Yaoundé (24.2% contre 25.7% à Douala, et 43.3% contre 45.1% à Yaoundé). La même étude a révélé une prévalence de la syphilis de 2,7%. Parmi les HSH dépistés positifs pour le VIH, 3,3% étaient également séropositifs pour la syphilis. Cette étude a montré que ces groupes vivent une forte marginalisation sociale, des violences et souffrent des lois qui criminalisent leurs comportements sexuels. En l'absence des données d'IBBS, les données du programme ont ressorti une séropositivité de 13% en 2020 contre 10.4% en 2021, traduisant la persistance de l'infection à VIH dans ce groupe de population.

Il n'y a pas encore eu d'étude sur l'estimation de la prévalence du VIH auprès des UDI. La prochaine étude bio-comportementale prendra en compte les spécificités sanitaires et sociales, UDI femmes, dans le cadre des approches différenciées de prévention et de soins[2]. Cependant, des activités de prévention et dépistage du VIH menées en faveur des UD et UDI en 2020 et 2021, il ressort une séropositivité de 8.2% en 2020 pour les UDI et 3.8% en 2021 pour les UD/UDI.

Concernant les transgenres, les données d'estimation de taille de population sont inexistantes de même que celles portant sur les comportements et la prévalence du VIH. Cependant en

2019, les données programmatiques montrent que 270 personnes transgenres ont été sensibilisées sur le VIH par des causeries éducatives, 239 ont été dépistées pour le VIH, dont 28 personnes se sont révélées séropositives (soit un taux de séropositivité 11%). Dix-huit (64%) ont été référé(e)s dans des sites de prise en charge où ils/elles ont démarré le TARV. Cinq associations de transgenres offrent actuellement des services dans le cadre de la lutte contre le VIH et les IST.

Au plan géographique, les populations clés, ne se répartissent pas de façon uniforme sur l'ensemble du territoire : la majorité des comportements à haut risque au sein des populations clés sont observés dans les zones urbaines, dans les plus grandes villes du pays (Yaoundé et Douala), mais aussi dans certaines villes secondaires, comme l'indique la cartographie en vue de l'estimation de la taille des populations clés réalisée en 2018 dans les 10 régions en particulier sur les « hots spots ».

2.2.2. Situation de l'épidémie de VIH parmi les populations en contexte de vulnérabilité

2.2.2.1. Femmes enceintes

Selon la plus récente enquête sentinelle menée en 2019, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en consultation prénatale 1 (CPN1) est de 4%. L'évolution de la prévalence du VIH de 2009 à 2019 montre une baisse de l'infection chez les femmes enceintes en CPN 1 au Cameroun, allant de 8% à 4 % avec des données en 2012 et 2016 respectivement de 7 % et 5%. La distribution spatiale de cette prévalence se superpose pratiquement avec celle observée en 2018 dans l'enquête EDS V.

Par ailleurs, il existe des disparités dans la distribution de cette prévalence dans les régions. En effet, la région du Sud enregistre la prévalence la plus élevée (8%) et celle de l'Extrême-Nord la plus faible (1%).

2.2.2.2. Adolescent(e)s et les jeunes

La cartographie élaborée en 2018 a estimé le nombre de jeunes et adolescent(e)s en situation de vulnérabilité à 201 653 [155 615-247 691] pour l'ensemble du pays. Il s'agit de personnes en rupture de scolarité, et côtoyant le plus souvent des « hotspots » ou vivant avec un partenaire issu des populations clés. Les régions du Littoral, du Centre et de l'Ouest comptaient le plus grand nombre avec respectivement 37 442 (29 015 - 45 828), 32 917 (26 901 - 38 932), et 24 472 (18 332 - 30 613). Douala et Yaoundé en cumulaient le plus grand nombre, avec respectivement 26 431 (20 819 – 32 043) et 19 612 (16 046 - 23 177) adolescent(e)s et jeunes vulnérables au VIH.

2.2.2.3. Adolescentes et jeunes femmes à risque de contracter le VIH

Les adolescentes et jeunes femmes à risque de contracter le VIH sont parmi les populations prioritaires du programme. Il s'agit du sous-groupe des adolescentes et jeunes dont l'âge varie entre 15 et 29, non sexuellement actif mais pouvant faire l'objet d'un viol, ou sexuellement actif avec partenaires réguliers ou non régulier, ou alors jeune femme population clé. L'estimation de la taille de ce groupe de population est de 6 437 069 [6 324 139 - 6 549 999] pour l'ensemble du pays. Les régions de l'Extrême-Nord, du Centre et du Littoral concentrent les effectifs les plus élevés du pays avec respectivement 1 247 052 [1 226 001 - 1 268 104], 1 085 255 [1 067 731 - 1 102 779] et 835 315 [821 997 - 848 633]. La taille estimée de cette population dans la ville de Yaoundé est de 694 721 [686 781 - 702 660] et 678 649 [670 027 - 687 270] dans la ville de Douala.

2.2.3. LA VULNERABILITE DES JEUNES

Les jeunes se retrouvent au cœur de l'épidémie. Plus de la moitié des nouvelles infections au VIH aujourd'hui se produisent chez des jeunes de 15 à 24 ans. Dix millions de jeunes entre 15 à 24 ans, vivent avec le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. La prévention de la transmission du VIH dans cette population vulnérable est actuellement la forme privilégiée de lutte contre la propagation de l'épidémie[30].

L'incidence maximale de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) se produit chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Les étudiants universitaires sont vulnérables au VIH en raison de leur âge, de leurs conditions de vie et du manque de supervision familiale. Cependant, les données sur la prévalence de l'infection par le VIH parmi les

étudiants universitaires sont rares. Il y a eu des changements positifs dans la sensibilisation et les attitudes à l'égard du VIH/SIDA, mais une connaissance globale fait défaut, même ceux qui ont des connaissances ne l'ont pas appliqué pratiquement dans l'utilisation des services de prévention du VIH, comme l'utilisation systématique du préservatif. Il est nécessaire d'améliorer les stratégies de promotion d'une connaissance globale et les interventions de changement de comportement du collège, qui pourraient également être étendues jusqu'aux autres institutions[31].

Dans le cadre du Programme National de Lutte contre le Sida des efforts considérables ont été déployés afin d'améliorer la surveillance épidémiologique et de réduire la transmission du VIH et SIDA en ciblant particulièrement les groupes à risque élevé, notamment les travailleuses du sexe, les routiers, les vendeuses ambulantes, les aides ménagères, et le personnel d'exploitation industriel (mines, complexes agro-forestiers). Par contre, les jeunes ont été souvent négligés[8].

Les conditions dans lesquelles les jeunes africains (e)s débute leur vie sexuelle sont menaçantes; l'initiation sexuelle est souvent précoce et les premiers rapports sont rarement planifiés et conséquemment, ils sont souvent non protégés. Certains efforts se sont avérés prometteurs en ce qui concerne le changement des comportements sexuels chez les jeunes. Les jeunes représentent l'espoir de changer le cours de l'épidémie car ils sont généralement plus aptes que les plus vieux à adopter des nouvelles habitudes préventives[30].

2.2.4. FACTEURS DE RISQUE POTENTIELLEMENT ASSOCIES A L'INFECTION A VIH CHEZ LES JEUNES

Nous savons que les facteurs de risque ont un caractère multidimensionnel et interactif. Une situation de risque est dynamique et tributaire du contexte. Elle ne constitue pas une entité fixe; elle peut varier selon le moment, les circonstances et les contextes. Il existe tout un éventail de facteurs qui relèvent tant du domaine individuel que du domaine collectif. Les études relèvent la pertinence d'inclure des facteurs individuels (par exemple les connaissances et la capacité de contrôle sur les comportements), des facteurs liés à la famille (faible cohésion familiale, soutien parental, supervision parental, qualité de la communication), des facteurs liés aux pairs (normes sexuelles des pairs, communication avec les pairs), et des facteurs socioculturels (normes collectives, égalité des genres). Les études montrent de plus en plus combien il est important d'examiner simultanément de nombreux contextes lorsqu'il

s'agit de déterminer la disposition au risque. Peu d'études nous renseignent sur le poids relatif de chacun des facteurs influençant le risque d'exposition et de transmission du virus dans le contexte socioculturel africain [30] :

➤ L 'utilisation du condom

Les facteurs contextuels qui influencent l'utilisation du condom sont différents chez les femmes et les hommes:

- Si le revenu provient du partenaire sexuel les femmes ont moins de probabilité d'utiliser le condom. Par contre, si la source de revenu est le métier, les hommes utilisent moins le condom.

- L'âge d'entrée en sexualité détermine l'utilisation du condom chez les femmes mais pas chez les hommes.

Les facteurs relationnels sont associés à l'utilisation du condom chez les femmes mais pas chez les hommes

- Les femmes qui ont une bonne communication avec leurs pairs font plus usage du condom.

- Aucune variable relationnelle n'a été incluse dans le modèle explicatif dans le cas des hommes Les facteurs sociocognitifs qui influencent l'utilisation du condom sont semblables chez les femmes et les hommes

- Les normes négatives des pairs, les attitudes positives envers les relations transactionnelles et un faible contrôle comportemental perçu sont fortement associés à la non-utilisation du condom indépendamment du genre.

➤ Le multi partenariat :

- L'âge et le contexte des relations sexuelles (âge d'entrée et relations forcées) déterminent le multi partenariat sexuel chez les femmes et chez les hommes.

- Le fait de recevoir des conseils sur la sexualité d'un membre de la famille réduit le multi partenariat sexuel chez les femmes et chez les hommes

- La perception des normes négatives des pairs réduit le multi partenariat chez les femmes et chez les hommes

- La perception du contrôle sur les comportements sexuels est associée au multi partenariat sexuel seulement dans le cas des hommes[30]

2.2.5. Situation des comportements dans les campus universitaires de Yaoundé en 2017

2.2.5.1. Comportements sexuels

Les comportements sexuels ont été étudiés à travers trois types de partenaires sexuels au cours des trois derniers mois : il s'agit des partenaires payant(e)s, des partenaires non payant(e)s et des partenaire(s) occasionnelle(s)[2].

➤ Partenaires non payant(e)s

Les résultats montrent qu'à peu près 90% des enquêté(e)s ont eu des rapports sexuels avec les partenaires non payant(e)s (sans compensation financière ou matérielle) au cours des douze derniers mois. Il ressort concernant les Responsables des Services Centraux du MINESUP que 46,7% de ceux qui ont eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois, ont eu un seul partenaire alors que 26,7% en ont eu deux et 13,3% en ont eu au moins 3, enfin 6,7% ont eu au moins huit partenaires. Une minorité de 6,7% déclare ne pas se souvenir du nombre de partenaires eu au cours de cette période.

Pour ce qui est des partenaires principaux non payants au cours du dernier mois, 16,7% des responsables administratifs déclarent avoir eu 1 ; 2 ; 3 partenaires.

➤ Partenaires occasionnel(le)s

Le partenaire sexuel occasionnel est entendu comme un partenaire qu'on ne connaît pas et avec lequel on a eu des rapports sexuels au moins une fois au cours de la période de référence. On relève qu'environ 89% de personnel d'appui ont déjà eu des rapports sexuels occasionnels.

S'agissant de la fréquence des rapports sexuels, 12,5% des enquêtés déclarent avoir des rapports sexuels à une fréquence régulière, 50% déclarent avoir eu des rapports sexuels occasionnels avec le même partenaire et enfin 37,5% déclarent avoir eu des rapports sexuels occasionnels avec un partenaire différent.

2.2.5.2. Utilisation du préservatif

A l'instar de l'analyse sur les comportements sexuels, celle sur l'utilisation du préservatif a été faite selon les types de partenaires sexuels (le)s. On a d'abord évalué l'utilisation au dernier rapport sexuel, puis ensuite l'utilisation systématique au cours des six derniers mois.

➤ Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel

L'analyse de l'utilisation au dernier rapport sexuel au cours des trois derniers mois montre que plus la relation est à risque plus le niveau de protection des rapports sexuels est élevé.

Concernant l'utilisation des préservatifs, 88,9% des enquêté(e) sont déclarés avoir utilisé des préservatifs. Parmi ceux-ci, 25% déclarent que ce n'était ni difficile ni facile pour eux d'avoir des préservatifs lorsque le besoin s'est présenté au cours des 6 derniers mois ; 37,5% déclarent que cela a été assez facile et enfin 37,5% affirment que pendant ces six derniers mois, c'était très facile d'avoir les préservatifs lorsque le besoin se présentait.

De toutes les personnes ayant déclaré une difficulté liée à l'obtention des préservatifs, 25% disent que leur difficulté était dû au fait que ce n'était pas facile d'en trouver (indisponibilité), 50% déclarent que la difficulté était lié au fait de la honte et la stigmatisation. Enfin, la majeure partie des personnes (77,8%) déclarent avoir obtenu les préservatifs à la boutique, et une minorité indique les avoir obtenus à la pharmacie.

Pour ce qui est de l'obtention des préservatifs, seules 5,6% répondants déclarent d'une part que c'était assez difficile d'obtenir les préservatifs et 5,6% d'autre déclarent que c'était très difficile d'obtenir les préservatifs.

Il apparaît qu'environ 39% des étudiants ont déclaré une obtention très facile des préservatifs, 19,7% le déclarent assez facile, 21,6% déclarent l'obtention des préservatifs ni facile ni difficile, et 6,6% des étudiants le déclarent assez difficile et enfin 13,2% d'étudiants déclarent très difficile l'obtention des préservatifs.

➤ Raison de la non utilisation du préservatif

Les raisons de la non utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel sont presque les mêmes quel que soit le type de partenaire.

Pour le cas des difficultés évoquées plus haut dans le cadre de l'obtention des préservatifs au cours des 6 derniers mois, les raisons évoquées étaient notamment la cherté des préservatifs, 50% de personnes déclarent que leur coût est élevé et pour leur disponibilité dans leurs lieux d'obtention ; 50% des personnes déclarent que ce n'était pas facile d'en trouver dans les lieux d'approvisionnement.

2.2.5.3. Fréquentation et utilisation des préservatifs aux points chauds

Pour ce qui est de la fréquentation des points chauds (lieux de vente du sexe) la question suivante a été posée après explication aux répondants « Partez-vous parfois dans des points chauds ? » et il allait répondre par OUI ou NON. On note que seuls 37,5% des cadres du MINESUP se rendent régulièrement vers des points chauds.

Dans le but de suivre le même schéma d'analyse pour tous les différents types de partenaires sexuel(le)s que les répondants ont lorsqu'ils se rendent dans les points chauds, il a été analysé le recours au préservatif lors du dernier rapport sexuel avec les partenaires. Ainsi, le niveau de protection lorsqu'on va dans les lieux chauds est faible. En effet, 11,8% de personnes déclarent utiliser toujours le préservatif, 11,8% l'utilise la plupart des temps et 23,5% l'utilisent parfois, pour le reste 29,4% déclarent n'avoir jamais utilisé le préservatif dans les points chauds.

2.2.5.4. Les stratégies qui ont été mise en œuvre pour répondre au diagnostic posé

Il ressortait de cette intervention, les stratégies suivantes :

Continuer les efforts entrepris en termes de sensibilisations par rapports aux comportements à risque, notamment en ce qui concerne le multi partenariat et surtout l'utilisation du préservatif. En effet la prévalence est basse chez les étudiants par rapport à la moyenne nationale, mais les comportements observés sont susceptibles d'entraîner une progression rapide du VIH dans ce groupe.

Il était important d'étendre la distribution des préservatifs dans l'environnement étudiantin, en effet une grande partie des étudiants éprouve des difficultés à l'obtenir en cas de besoin. Par ailleurs un travail important est nécessaire pour la vulgarisation du préservatif au vu de l'importance de la barrière que constituent la honte et la stigmatisation à l'acquisition.

Les étudiants devaient être encore plus encouragés à se faire dépister aussi bien pour les infections sexuellement transmissibles en général que pour le VIH.

L'utilisation des drogues de toutes sortes devait être combattue énergiquement

La consommation d'alcool était très élevée chez les étudiants. Des campagnes de sensibilisations devraient être effectuées. En effet l'alcoolisme est connu comme un facteur de risque indirect de l'infection à VIH

Un grand nombre de personnels administratifs du MINESUP fréquentaient les points chauds et à ce lieu très peu portait le préservatif. La promotion du préservatif s'avérait nécessaire dans ce milieu.

La prévalence du VIH chez les personnels administratifs était comparable à celle de la population générale, Toutes les stratégies envisagées dans le Plan Stratégique National (PSN) leur étaient applicables notamment la promotion du dépistage et du traitement immédiat.

Les enseignants avaient très peu participé à l'enquête, des stratégies spécifiques devraient être conçues pour les atteindre.

Il était indispensable d'étendre la présente étude dans les autres universités que compte le pays.

Les comportements observés pouvaient être adressés dans le cadre d'un futur plan sectoriel du MINESUP.

CHAPITRE III: METHODOLOGIE

3.1 .TYPE D'ETUDE

Nous avons mené une étude descriptive transversale à visée évaluative.

3.2. SITE / CADRE DE L'ETUDE

L'étude a été menée dans la région du Centre plus précisément dans les campus de l'université de Yaoundé I, de l'Université Catholique d'Afrique Centrale et Institut Universitaire Siantou.

La Région du Centre est répartie sur 74.054Km²; elle est située en zone équatoriale, dans la partie Nord du Sud-Cameroun. Ses coordonnées géographiques la situent entre le 10ème et le 15ème degré de longitude Est et le 3ème et le 6ème degré de la latitude Nord.

Elle est limitée :

- Au Nord par la Région de l'Adamaoua,
- À l'Ouest par les Régions de l'Ouest et du Littoral,
- Au Sud par la Région du Sud,
- À l'Est par la Région de l'Est

L'université de Yaoundé I est un établissement public à caractère scientifique et culturel doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Elle est située dans la ville de Yaoundé, la capitale politique du Cameroun. Née de la réforme de l'enseignement supérieur au Cameroun en 1993, l'université de Yaoundé I est issue (avec l'université de Yaoundé II) de la scission de l'université de Yaoundé. L'université de Yaoundé I est composée de quatre facultés et de trois grandes écoles

- Faculté des arts, lettres et sciences humaines (FALSH)
- Faculté des sciences (FS)
- Faculté de médecine et de sciences biomédicales (FMSB)
- Faculté des sciences de l'éducation
- École nationale supérieure polytechnique⁶
- École normale supérieure

L'Université Catholique d'Afrique Centrale (UCAC) est une université catholique située à Yaoundé, la capitale politique du Cameroun. L'UCAC est composée de l'Institut Catholique de Yaoundé (ICY) qui comprend trois facultés et un département de Droit Canonique, l'Institut UCAC-ICAM anciennement IST-AC (Institut Supérieur de Technologie d'Afrique Centrale), l'Institut Supérieur d'Agronomie (en construction) et de l'École des Sciences Infirmières de Yaoundé.

L'institut Universitaire Siantou (IUS) crée en 1991, offre des formations dans les filières commerciales, technologiques, touristiques, communicationnelles, sciences paramédicales et santé avec pour valeur commune : l'aptitude à évoluer et à réussir sa carrière professionnelle.

3.3. DUREE / PERIODE DE L'ETUDE

Les participants ont été recrutés aux mois de mai et juillet 2024. La saisie et l'analyse des données se sont faites au mois d'Aout 2024.

3.4. POPULATION D'ETUDE

3.4.1. Population cible

Les résultats étaient obtenus à travers cette étude sont extrapolés à l'ensemble des étudiants des Universités du Cameroun

3.4.2. Population source

La population source était constituée des étudiants des deux sexes, âgés de 18 à 45 ans fréquentant les universités de Yaoundé I et de l'Université Catholique d'Afrique Centrale et l'Institut Universitaire Siantou.

3.4.3. Population d'étude

Notre population d'étude était constituée de tous les étudiants du campus des Universités de la Ville de Yaoundé.

3.4. Critères d'inclusion

Les participants de cette étude ont été enrôlés sur la base des critères suivants :

- Tous étudiants âgés de 14-21 ans du campus des Universités de Yaoundé 1 et Catholique d'Afrique Central ; et Institut Supérieur SIANTOU
- Étudiants ayant donné un consentement éclairé.

3.4.4. Critères d'exclusion

Les participants préalablement inclus ont été exclus de l'étude lorsqu'il émettait le désir de se retirer lors de l'administration du questionnaire ou à tout autre moment

3.4.5. Echantillonnage

Les Sites ont été sélectionnés sur la base d'un échantillonnage par choix raisonné tandis que les participants ont été enrôlés à travers un recrutement consécutif.

3.4.6. Taille de l'échantillon

L'étude étant transversale à visé évaluative, la formule utilisée pour le calcul de la taille minimale de l'échantillon était la formule de COCHRAN suivante[32]

$$N = \frac{Z^2 \times P \times Q}{D^2} ;$$

Avec:

- N étant la taille minimale pour l'étude ;
- Z étant l'écart réduit à 95% d'intervalle de confiance (1,96) ;
- P étant la prévalence du VIH dans la population Universitaire qui est de 0,8% en 2017;
- Q correspondant à la valeur 1 – P (0,8) ;
- D étant la précision de l'étude avec un taux d'erreur de 17,5%

N est égal à **963 étudiants** Considérant les expériences documentées dans des contextes similaires.

3.5. PROCEDURE

Outils de collecte de données durant l'étude :

La collecte des données a été menée à l'aide d'un questionnaire administré. Il s'agissait d'un outil préétabli constitué de 4 principales sections comportant des questions à réponses fermées et ouvertes. Le questionnaire avait été pré-test ce qui nous a permis d'apporter des améliorations au questionnaire finale. La durée de remplissage était de 20minutes :

Collecte des données, validation des questionnaires

La collecte des données s'est faite par l'investigateur principal au sein des campus universitaires sélectionnés ceci après avoir obtenu le consentement éclairé des étudiants et la clairance éthique institutionnelle de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé I (FMSB-UYI). En prélude à la collecte des données, les étudiants ont été informés et mobilisés via les fora de leurs facultés respectives par un communiqué. Ledit communiqué expliquait de façon précise le but de l'étude, les critères d'éligibilité et les principes d'éthiques qui devaient être appliqués.

Les interviews étaient réalisées dans l'intimité d'un espace adéquat préalablement sollicité auprès de l'administration des différents campus sélectionnés. Nous avons installé les interviewés le plus confortablement possible et après leur avoir expliqué l'étude et son but, nous avons posé les questions pré-testées contenues sur le questionnaire. Les réponses étaient consignées sur la même fiche. Ensuite, l'enquête était dirigé pour la réalisation du test suivant l'algorithme national intégrant un counseling pré-test et un counseling post-test avant le rendu du résultat. Les enquêteurs attribuaient un code unique à l'enquête pour garantir non seulement son anonymat mais aussi le suivi des résultats d'analyses biologiques afin de faciliter la recherche plus tard de certains patients pour assurer leur prise en charge. Le code était porté à la fois sur le questionnaire et sur le bulletin d'examen. Le code était généré sur la base des éléments suivants pris dans l'ordre : la structure et le numéro d'ordre.

3.6. Analyses statistiques

Le traitement et l'épuration des données étaient réalisés quotidiennement. Elle était faite grâce 01 questionnaire pour les étudiants. Les données recueillies étaient saisies et analysées sur SPSS Version 22. Les aspects descriptifs de cette étude ont été présentés sous forme de tableaux et de figures. Une régression logistique binomiale multiple avait permis d'identifier

les facteurs comportementaux associés au niveau de connaissance et à l'attitude et comportement face au VIH chez les étudiants des Campus Universitaires. Tandis que les Odds Ratio avait permis d'établir la force de l'association entre les variables et d'éliminer les potentiels facteurs de confusion. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme statistiquement significative et les intervalles de confiance étaient estimés à un niveau de confiance de 95 %.

Le tableau ci-dessous présentait la matrice de dimension relative à cette l'étude. Il contient toutes les variables clés de l'étude.

Tableau II: Présentation des variables clés par objectifs

| Objectif | Variable |
|---|---|
| Données Sociodémographiques | Quartier de résidence actuelle Age sexe Statut matrimonial Niveau d'étude le plus élevé modes de vie (cohabitation) Profession actuelle Dépense moyenne mensuelle actuelle |
| Niveau de connaissances sur le VIH | Exposition à l'information sur le VIH Sources d'information Moyens de transmission Moyens de prévention Dépistage Existence du traitement Site de prise en charge Moyen de prise en charge |
| Attitudes | Attitudes face à une PVVIH et discrimination attitudes individuel face aux moyens de prévention du VIH |
| Pratiques | moyens de prévention utilisés Dépistage VIH Notion d'agressions sexuelles Rapports sexuels transactionnels/multipartenariat sexuel Utilisation systématique du préservatif Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel |

La grille d'analyse qui est associée à ce travail était différente selon la dimension analysée. En effet, la démarche méthodologique employée pour l'agrégation des données obtenues à la section connaissance, attitudes et comportements/pratiques en termes de niveau était différente pour chacune de ces dimensions. La démarche méthodologique utilisée pour l'analyse était décrite dans le tableau suivant.

Tableau III : grille d'analyse des comportements, attitude et pratique face au VIH des étudiants des campus de l'université choisie

| Dimension | Réponses | Niveau/qualité |
|------------------------------|--|-----------------------|
| Connaissance | - de 25% de bonnes réponses | Faible |
| | Entre 25 % et 70 % de bonnes réponses | Insuffisant |
| | + de 70% de bonnes réponses | Bon |
| Attitude | Réponse fausse | Erronée |
| | Réponse dubitative (je ne sais pas, Ça dépend) | Approximative |
| | Réponse juste | Juste |
| Pratique/comportement | Comportement à risque létale. | Néfastes |
| | Comportement à risque | Inadéquat |
| | Pratique recommandé | Adéquate |

Tableau IV: Grille des questionnaires AUDIT (Acronyme de Alcohol use disorders test)

| Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ? | |
|---|----------|
| Une fois par mois | 0 |
| 2-3 fois par mois | 1 |
| Une fois par semaine | 2 |
| 2-3 fois par semaine | 3 |
| Chaque jour ou presque chaque jour | 4 |
| Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ? | |
| Trois ou quatre | 1 |
| Cinq ou six | 2 |
| Sept ou neuf | 3 |

| | |
|--|---|
| Dix ou plus | 4 |
| Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ? | |
| Jamais | 0 |
| Une fois par mois | 1 |
| 2-3 fois par mois | 2 |
| Une fois par semaine | 3 |
| 2-3 fois par semaine | 4 |
| Tous les jours ou presque | 5 |
| Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ? | |
| Jamais | 0 |
| Une fois par mois | 1 |
| 2-3 fois par mois | 2 |
| Une fois par semaine | 3 |
| 2-3 fois par semaine | 4 |
| Tous les jours ou presque | 5 |
| Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ? | |
| Jamais | 0 |
| Une fois par mois | 1 |
| 2-3 fois par mois | 2 |
| Une fois par semaine | 3 |
| Tous les jours ou presque | 4 |
| Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille | |
| Jamais | 0 |
| Une fois par mois | 1 |
| 2-3 fois par mois | 2 |
| Une fois par semaine | 3 |
| Tous les jours ou presque | 4 |
| Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ? | |

| | |
|--|---|
| Jamais | 0 |
| Une fois par mois | 1 |
| 2-3 fois par mois | 2 |
| Une fois par semaine | 3 |
| Tous les jours ou presque | 4 |
| Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ? | |
| Jamais | 0 |
| Une fois par mois | 1 |
| 2-3 fois par mois | 2 |
| Une fois par semaine | 3 |
| Tous les jours ou presque | 4 |
| Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ? | |
| Non | 0 |
| Oui, mais pas dans l'année passée | 2 |
| Oui, au cours de l'année dernière | 4 |
| Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ? | |
| Non | 0 |
| Oui, mais pas dans l'année passée | 2 |
| Oui, au cours de l'année dernière | 4 |

Interprétation : Un score inférieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme est en faveur d'une dépendance à l'alcool

3.7. Considérations éthiques et déontologiques

Une clairance éthique institutionnelle a été obtenue auprès du Comité Régional d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine du Centre (CRERSH-ce) et de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé 1. De même, des autorisations administratives des universités choisies, ont été également obtenues. Au cours de cette enquête, nous avons obtenus le consentement éclairé du participant d'accepter ou de ne pas accepter à participer à l'enquête en lui demandant une fiche de consentement. Nous avons la confidentialité aux moments de l'administration du questionnaire.

CHAPITRE IV: RESULTATS

Nous avons procédé à un recrutement consécutif exhaustif et obtenu une taille d'échantillon de 1200 étudiants au total. Mais certains participants ont librement choisi de ne pas répondre à certaines questions, d'où des fréquences variables de réponses suivant les questions

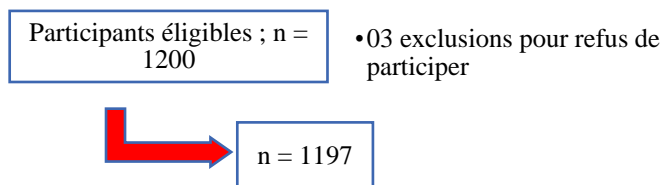


Figure 4 : recrutement des participants

4.1 . Profil sociodémographique et économique

4.1.1. Profil sociodémographique

Le profil sociodémographique des participants a été consigné dans les tableaux suivants :

4.1.1.1. Distribution des étudiants selon l'âge et le sexe

La distribution des étudiants selon l'âge et le sexe sont répartie dans le tableau 4 suivant

Tableau V: Distribution des étudiants selon l'âge et le sexe

| Variable | Effectifs(n) | Fréquence (%) | |
|--------------------|--------------|---------------|-------|
| Age | | | |
| inférieur à 20 ans | 592 | 49,0 | |
| entre 21 et 24 ans | 482 | 40,0 | |
| 25 et plus | 126 | 11,0 | Mill |
| Sexe | | | |
| Masculin | 572 | 47,5 | cent |
| Féminin | 628 | 52,5 | dix- |
| Total | 1197 | 100,0 | neuf |
| | | | étudi |

ants ont été enquêtés au cours de cette étude parmi lesquels 572 hommes et 628 femmes. Le groupe d'âge moins 20 ans représentait 49,0% de l'échantillon, les 21-24 ans 40% et les 25 ans et plus 11%.

4.1.1.2. Distribution des étudiants selon le niveau d’instruction

Le tableau 5 suivant présente la distribution des étudiants selon le niveau d’instruction qui ont accepté de participer à l’étude

Tableau VI: Distribution des étudiants selon le niveau d’instruction

| Variables | Effectif(n) | Fréquence (%) |
|------------------|--------------------|----------------------|
| L1 | 466 | 38,8 |
| L2 | 574 | 47,8 |
| L3 | 139 | 11,6 |
| M1 | 6 | ,5 |
| M2 | 15 | 1,3 |
| Total | 1200 | 100,0 |

Selon le niveau d’instruction, 98 % des étudiants étaient inscrits au premier cycle, 2% fréquentaient au second cycle universitaire.

4.1.1.3. Religion

Le tableau 6 suivant présente la distribution des étudiants selon le niveau la religion qui ont accepté de participer à l’étude

Tableau VII: Distribution des étudiants selon la religion

| Variables | Effectif (n) | Fréquence (%) |
|------------------|---------------------|----------------------|
| Chrétien | 1084 | 90,3 |
| Musulmane | 79 | 6,6 |
| Autre | 9 | ,8 |
| Laïc | 24 | 2,0 |
| Protestante | 4 | ,3 |
| Total | 1200 | 100,0 |

Notre échantillon était constitué de 90% des chrétiens, de 7 % des musulmans

4.1.1.4. Lieu de résidence et maison familiale

Le lieu de résidence et la maison familiale des participants a été consigné dans le tableau 7 suivant :

Tableau VIII: Distribution des étudiants selon le lieu de résidence et maison familiale

| Variables | Effectif(n) | Fréquence (%) |
|---------------------------|-------------|---------------|
| Lieu de résidence | | |
| Campus | 24 | 2,0 |
| Hors du campus | 1173 | 97,8 |
| Type d'hébergement | | |
| Famille | 896 | 74,5 |
| Hors famille | 304 | 25,5 |

La majorité des étudiants, 98% résidaient hors du campus universitaire dont 75 % habitaient en famille et 25% hors du domicile familial chez les amis ou dans une cité estudiantine.

4.1.1.5. Nationalité

Le tableau 8 suivant présente la distribution des étudiants selon la nationalité qui ont accepté de participer à l'étude :

Tableau IX: Distribution des étudiants selon la nationalité

| Variables | Effectif(n) | Fréquence (%) |
|--------------|-------------|---------------|
| Camerounaise | 1129 | 94,1 |
| Béninoise | 3 | 0,3 |
| Congolaise | 12 | 0,9 |
| Française | 3 | 0,3 |
| Gabonaise | 3 | 0,3 |
| Marocaine | 3 | 0,3 |
| Nigériane | 3 | 0,3 |
| Rwandaise | 12 | 0,9 |
| Tchadienne | 31 | 2,6 |
| Total | 1200 | 100,0 |

La Majorité des étudiants, 94% étaient des camerounais suivi des tchadiens, Congolais et Rwandais qui était respectivement 3 ; 1 et 1.

4.1.2. Profil socioéconomique

Le profil socioéconomique des participants était hétérogène. Ce dit profil a été consigné dans le tableau 9 ci-après

Tableau X: Distribution des étudiants selon le profil socioéconomique

| Origines des revenus | Effectif(n) | Fréquence (%) |
|--|-------------|---------------|
| Parents | 1098 | 92,0 |
| Partenaire | 16 | 1,3 |
| Autres | 86 | 6,7 |
| Montant de revenus mensuels lors d'une tierce | | |
| Inférieur à 15000 | 173 | 14,6 |
| 15001-25000 | 308 | 25,9 |
| 25001-35000 | 125 | 10,5 |
| 35001-50000 | 142 | 11,9 |
| 50001-75000 | 23 | 1,9 |
| Supérieur à 75000 | 45 | 3,8 |
| Refus | 71 | 5,9 |
| Ne sait pas | 313 | 26,2 |
| Régularités des revenus | | |
| Oui | 769 | 65,4 |
| Non | 4 31 | 34,6 |
| Disponibilités financières suffisantes | | |
| Oui | 622 | 51,8 |
| Non | 578 | 48,2 |
| Exercice d'un emploi à temps partiel | | |
| Oui | 295 | 26,4 |
| Non | 905 | 75,4 |







En ce qui concerne les caractéristiques socioéconomiques, 92% des étudiants avaient comme principal soutien matériel/financier leurs parents. Parmi ces étudiants 65% de ce soutien matériel étaient régulier, 48% trouvaient ce soutien insuffisant. Enfin, 26% des étudiants déclaraient avoir un emploi à temps partiel pour pouvoir subvenir aux besoins scolaire.

4.2. Identifier les interventions de lutte contre le VIH mise en œuvre entre 2017-2022

4.2.1. Performance programmatique en 2022

Au Cameroun, le nombre de PvVIH estimés en 2022 était de 480 228 (Rapport des estimations et projections VIH 2023), parmi lesquels 29 168 (6%) enfants de moins de 15 ans et 319 583 (66%) femmes.

Tableau XI: Nombre de PvVIH estimés selon Spectrum

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Tendance |
|--------------------------------|---------|---------|---------|---------|----------------|---|
| PvVIH (total) | 494 238 | 491 894 | 488 640 | 484 869 | 480 228 |  |
| Enfants < 15 ans | 36 959 | 35 388 | 33 475 | 31 280 | 29 168 |  |
| Adolescents (15-19 ans) | 19 591 | 19 012 | 18 351 | 17 632 | 16 719 |  |
| Jeunes (20-24 ans) | 34 217 | 32 732 | 31 152 | 29 560 | 27 796 |  |
| Adultes (15-49 ans) | 387 471 | 382 192 | 376 163 | 368 826 | 359 988 |  |
| Femmes | 322 743 | 323 096 | 322 598 | 321 509 | 319 583 |  |







Source : Rapport des estimations et projections VIH 2023

Réduction des nouvelles infections : Les récentes estimations laissent observer une baisse de nouvelles infections dans la population générale, de 44% entre 2018 et 2022 (de 17 679 en 2010 à 9 898 en 2022).

Chez les enfants de moins de 15 ans, cette baisse est quasiment de 19% (4 232 en 2018 et 3 414 en 2022).

Les femmes représentaient près des 2/3 (63%) des nouvelles infections.

Tableau XII: Nombre de nouvelles infections à VIH

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Tendance |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------------|---|
| Nouvelles infections (total) | 17 679 | 16 311 | 14 074 | 12 221 | 9 898 |  |
| Enfants < 15 ans | 4 232 | 4 831 | 4 411 | 3 793 | 3 414 |  |
| Adolescents (15-19 ans) | 2 480 | 2 125 | 1 797 | 1 577 | 1 218 |  |
| Jeunes (20-24 ans) | 2 864 | 2 426 | 2 031 | 1 766 | 1 359 |  |
| Adultes (15-49 ans) | 12 545 | 10 708 | 9 015 | 7 862 | 6 047 |  |
| Femmes | 11 416 | 10 394 | 8 949 | 7 799 | 6 256 |  |

Source : Rapport des estimations et projections VIH 2023

Décès liés au VIH : En 2022, les décès liés au VIH étaient de **10 198** contre 17 679 en 2018 ; soit une réduction nette de 42%.

Tableau XIII: Nombre de décès liés au VIH selon Spectrum.

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Tendance |
|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|---------------|----------|
| Décès liés au VIH (total) | 16 757 | 14 995 | 13 330 | 11 569 | 10 198 | |
| Enfants < 15 ans | 3 461 | 3 516 | 3 414 | 3 177 | 2 795 | |
| Adolescents (15-19 ans) | 450 | 425 | 412 | 389 | 376 | |
| Jeunes (20-24 ans) | 526 | 495 | 481 | 459 | 453 | |
| Adultes (15-49 ans) | 10 196 | 8 734 | 7 508 | 6 314 | 5 531 | |
| Femmes | 8 740 | 7 771 | 7 012 | 6 154 | 5 484 | |

Une tendance à la baisse des décès liés au VIH dans tous les groupes d'âges. En 2022, ceux-ci étaient estimés à 10 198. Parmi les décès de 2022, environ 27% (2 795) étaient survenus chez les enfants de moins de 15 ans.

Prévention de l'infection à VIH

- Distribution de préservatifs, gels lubrifiants et préventions chez les KPs:

Tableau XIV: Nombre de préservatifs et lubrifiants distribués.

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Tendance |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|-------------------|----------|
| Préservatifs féminins | 5 291 710 | 3 401 584 | 2 918 908 | 2 660 738 | 2 846 635 | |
| Préservatifs masculins | 46 686 574 | 34 978 318 | 41 057 011 | 33 111 351 | 29 122 272 | |
| Gels Lubrifiants | 1 159 602 | 4 791 302 | 912 714 | 14 059 136 | 12 347 440 | |
| Prep chez les HSH | | | 1 064 | 1 376 | 1 853 | |
| Prep chez les TS | | | 688 | 1082 | 2984 | |








- Dépistage

Tableau XV: Nombre de personnes testées pour le VIH

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Tendance |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------|----------|
| Nombre de personnes testées (stratégies fixe et communautaire) | | | | | | |
| Nb de personnes testées | 3 078 662 | 2 941 083 | 2 984 346 | 3 479 989 | 2 948 355 | |
| Nb de personnes testées VIH+ | 96 124 | 83 243 | 99 273 | 92 829 | 70 206 | |
| Taux de séropositivité | 3,1% | 2,8% | 3,3% | 2,7% | 2,4% | |

















Tableau XVI: Prévention et dépistage au sein des populations clés et vulnérables

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Tendance |
|---|--------|---------|---------|--------|---------------|----------|
| Nombre de clients ayant bénéficié de programmes de prévention du VIH. Paquet de services définis | | | | | | |
| Travailleuses de sexe (TS) | 32 164 | 55 561 | 69 361 | 46 841 | 83 344 | |
| HSH | 13 454 | 15 027 | 38 291 | 18 801 | 39 963 | |
| UD | NA | 1 101 | 1 252 | 6 019 | 6 393 | |
| TG | NA | 270 | 1 963 | 466 | 1 627 | |
| Clients TS | 46 505 | 144 564 | 141 378 | 18 965 | 12 927 | |
| JFNS | 13 403 | 43 310 | 49 201 | 29 800 | 12 326 | |

| | | | | | | |
|-------------------------------|---------------|--------------|---------------|---------------------|--------------|---|
| JGNS | 19 024 | 52 772 | 55 182 | 12 634 | | |
| Taux de séropositivité | | | | | | |
| Travailleuses de sexe (TS) | 14,0% (2 056) | 7,9% (2 809) | 11,6% (8 062) | 5,6% (2 603) | 5,2% |  |
| HSH | 14,9% (1 003) | 9,7% (1 367) | 13,0% (4 991) | 10,4% (1 953) | 6,3% |  |
| UDI | NA | NA | 8,2% (103) | 3,8% (228) | 3,1% |  |
| TG | NA | 10,4% (28) | 12,7% (250) | 10,1% (47) | 11,2% |  |
| Clients des TS (CTS) | 1,5% (451) | 0,7% (691) | 2,4% (3 358) | 3,0% (576) | 3,9% |  |
| JFNS | 1,4% (248) | 1,1% (446) | 1,2% (601) | 1,2% (368) | 1,1% |  |
| JGNS | 0,7% (138) | 0,7% (293) | 0,7% (364) | 1,0% (127) | 1,1% |  |

- Prévention Transmission mère-enfant

Tableau XVII: Prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Tendance |
|---|---------|---------|------------|---------|---------|---|
| Nombre de FEC reçu en CPN | 761 283 | 737 161 | 785 253 | 869 313 | 853 399 |  |
| Taux de fréquentation en CPN | 83,2% | 78,5% | 83,2% | 86,7% | 83,2% |  |
| Pourcentage de FEC testé qui connaissaient leur statut | 95,8% | 83,5% | 89,6% | 94,8% | 99,7% |  |
| Nombre de FEC VIH+ identifiées | 25 571 | 20 168 | 20 852 | 19 081 | 17 587 |  |
| Taux de séropositivité FEC | 3,4% | 3,3% | 2,9% | 2,3% | 2,1% |  |
| Pourcentage de FEC déjà connues VIH+ | 42,7% | 49,6% | 49,1% | 55,8% | 57,9% |  |
| Nombre de FEC VIH+ sous TARV | 21 716 | 17 046 | 16 731 | 17 304 | 15 950 |  |
| Pourcentage de FEC VIH+ ayant initié un TARV | 84,9% | 84,5% | 80,2% | 90,7% | 90,7% |  |
| Ratio de partenaires de FEC testés | 0,5% | 0,04% | 0,04% | 0,04% | 0,04 |  |
| Taux de séropositivité chez les partenaires masculins des FEC | 4,0% | 3,8% | 2,8% | 1,5% | 1,3 |  |
| Nombre d'EE identifiés | 17 214 | 15 195 | 14 137 | 13 807 | 13 414 |  |
| Nombre d'EE ayant fait une PCR | 16 638 | 14 970 | 13 777 | 12 160 | 13 381 |  |
| Pourcentage d'EE ayant bénéficié d'une PCR | 96,6% | 98,5% | 97,4% | 88,2% | 99,4% |  |
| Pourcentage d'EE sous prophylaxie ARV | 83,5% | 87,5% | 85,2% | 91,5% | 94,3% |  |
| Couverture en CTX des EE | 69,9% | 69,2% | ND | | | |
| Taux de séropositivité des EE | 5,8% | 4,8% | 4,3% (591) | 4,0% | 3,6% |  |
| % d'EE ayant une PCR+ qui ont initié le TARV | 55,9% | 46,1% | 62,3% | 72,6% | 80,4% |  |

Prise en charge des PvVIH

- Lien au TARV

Tableau XVIII: Lien au TARV au sein des populations clés et vulnérables.

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| Pourcentage de lien au TARV | | | | | | |
| Travailleuses de sexe | 86,5% | 80,1% | 64,1% | 75,1% | 78,9% | ↗ |
| HSH | 90,2% | 76,7% | 42,2% | 80,7% | 95,1% | ↗ |
| UDI | NA | NA | 68,9% | 75,9% | 82,2% | ↗ |
| TG | NA | 64,3% | 54,0% | 85,1% | 85,6% | ↗ |
| Clients des TS | 58,5% | 61,2% | 71,3% | 60,6% | 65,1% | ↗ |
| JFNS | 69,4% | 66,8% | 67,9% | 66,3% | 67,3% | ↗ |
| JGNS | 73,9% | 71,7% | 67,6% | 70,1% | 69,1% | ↘ |

Tableau XIX: Enfants de moins de 15 ans, adolescents et jeunes sous TARV

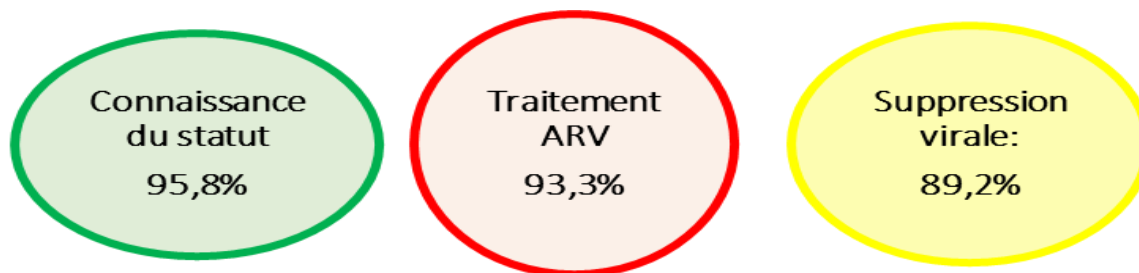
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Tendance |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| Enfants de moins de 15 ans | 24,4% | 25,7% | 32,5% | 34,9% | 39,5% | ↗ |
| Adolescents de 10 -19 ans | 27,2% | 32,2% | 35,2% | 39% | 45,6% | ↗ |
| Jeunes de 20 -24 ans | 40,9% | 48,3% | 60,7% | 66,4% | 81,5% | ↗ |

Tableau XX: Suivi des PvVIH sous TARV

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Tendance |
|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| PvVIH identifiés | | 312 214 | 413 188 | 469 783 | 460 088 | ↘ |
| % connaissance du statut | | 83,8% | 83,2% | 94,1% | 95,8% | ↗ |
| File active | 281 083 | 312 214 | 350 818 | 388 358 | 424 771 | ↗ |
| % lien au TARV | 83,2% | 73,7% | 84,9% | 82,7% | 93,3% | ↗ |
| Nombre de CV réalisé | 119 708 | 107 506 | 203 905 | 241 613 | 265 019 | ↗ |
| % réalisation CV | 42,6% | 34,4% | 58,1% | 62,2% | 62,4% | → |
| Nb de CV supprimée | 93 139 | 94 617 | 172 212 | 227 429 | 236 493 | ↗ |
| % suppression virale | 77,8% | 88,0% | 84,5% | 94,1% | 89,2% | ↘ |
| Rétention à 12 mois | 71,3% | 73,7% | 75,7% | ND | 85% | ↗ |

Dispensation communautaire

- En 2022, 54,4% (27 399/50 353) patients éligibles bénéficiaient des services des OBC dans le cadre de la dispensation communautaire des ARV. Une augmentation d'environ 8% par rapport à 2021.



4.2.2. Performance programmatique en 2023

Effectif des PvVIH au Cameroun

Au Cameroun, le nombre de PvVIH estimés en 2023 était de 474 764 (Rapport des estimations et projections VIH 2023), parmi lesquels 26 182 (5,5%) enfants de moins de 15 ans et 317 108 (66,8%) femmes.

Tableau XXI: Nombre de PvVIH estimés

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Tendance |
|-------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| PvVIH (total) | 491 894 | 488 640 | 484 869 | 480 228 | 474 764 | ↘ |
| Enfants < 15 ans | 35 388 | 33 475 | 31 280 | 29 168 | 26 182 | ↘ |
| Adolescents (15-19 ans) | 19 012 | 18 351 | 17 632 | 16 719 | 15 751 | ↘ |
| Jeunes (20-24 ans) | 32 732 | 31 152 | 29 560 | 27 796 | 26 001 | ↘ |
| Adultes (15-49 ans) | 382 192 | 376 163 | 368 826 | 359 988 | 350 477 | ↘ |
| Femmes | 323 096 | 322 598 | 321 509 | 319 583 | 317 108 | ↘ |





Source : Rapport des estimations et projections VIH 2023

Réduction des nouvelles infections : Les récentes estimations laissent observer une baisse de nouvelles infections dans la population générale, de 55% entre 2019 et 2023 (de 16 311 en 2019 à 7 297 en 2023).

Chez les enfants de moins de 15 ans, cette baisse est quasiment de 35,2% (de 4 831 en 2019 et 1 702 en 2022). Les femmes représentaient près de 2/3 (65%) des nouvelles infections.

Tableau XXII: Nombre de nouvelles infections à VIH







| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Tendance |
|------------------------------|--------|--------|--------|-------|-------|----------|
| Nouvelles infections (total) | 16 311 | 14 074 | 12 221 | 9 898 | 7 297 | ↘ |
| Enfants < 15 ans | 4 831 | 4 411 | 3 793 | 3 414 | 1 702 | ↘ |

| | | | | | | |
|-------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|---|
| Adolescents (15-19 ans) | 2 125 | 1 797 | 1 577 | 1 218 | 1 052 |  |
| Jeunes (20-24 ans) | 2 426 | 2 031 | 1 766 | 1 359 | 1 176 |  |
| Adultes (15-49 ans) | 10 708 | 9 015 | 7 862 | 6 047 | 5 217 |  |
| Femmes | 10 394 | 8 949 | 7 799 | 6 256 | 4 792 |  |

Source : Rapport des estimations et projections VIH 2023

Décès liés au VIH : En 2023, les décès liés au VIH étaient de 8 561 contre 14 995 en 2019 ; soit une réduction baisse de 43%. La baisse des décès liés au VIH s’observe dans tous les groupes d’âges depuis 2019. Parmi les décès de 2023, environ 25% (2 160) sont survenus chez les enfants de moins de 15 ans.

Tableau XXIII: Nombre de décès liés au VIH





| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Tendance |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|-------|---|
| Décès liés au VIH (total) | 14 995 | 13 330 | 11 569 | 10 198 | 8 561 |  |
| Enfants < 15 ans | 3 516 | 3 414 | 3 177 | 2 795 | 2 160 |  |
| Adolescents (15-19 ans) | 425 | 412 | 389 | 376 | 323 |  |
| Jeunes (20-24 ans) | 495 | 481 | 459 | 453 | 311 |  |
| Adultes (15-49 ans) | 8 734 | 7 508 | 6 314 | 5 531 | 4 715 |  |
| Femmes | 7 771 | 7 012 | 6 154 | 5 484 | 4 636 |  |

Source : Rapport des estimations et projections VIH 2023

Mesures de prévention de l’infection à VIH

Distribution de préservatifs, gels lubrifiants et préventions chez les KPs:

Tableau XXIV: Nombre de préservatifs et lubrifiants distribués.

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Tendance |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|---|
| Préservatifs féminins | 3 401 584 | 2 918 908 | 2 660 738 | 2 846 635 | 1 005 380 |  |
| Préservatifs masculins | 34 978 318 | 41 057 011 | 33 111 351 | 29 122 272 | 28 180 438 |  |
| Gels Lubrifiants | 4 791 302 | 912 714 | 14 059 136 | 12 347 440 | 5 615 620 |  |
| Prep chez les HSH | | 1 064 | 1 376 | 1 853 | 2 020 |  |

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Tendance |
|------------------|------|------|------|------|-------|----------|
| Prep chez les TS | | 688 | 1082 | 2984 | 3 789 | |

Source : Rapport d'activités CARE et CHP 2023 et rapport annuel du CNLS 2022

Dépistage

Tableau XXV: Nombre de personnes testées pour le VIH.

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Tendance |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| Nombre de personnes testées (stratégies fixe et communautaire) | | | | | | |
| Nb de personnes testées | 2 941 083 | 2 984 346 | 3 479 989 | 2 948 355 | 2 638 708 | |
| Nb de personnes testées VIH+ | 83 243 | 99 273 | 92 829 | 70 206 | 54 916 | |
| Taux de séropositivité | 2,8% | 3,3% | 2,7% | 2,4% | 2,1% | |

Source : Rapports mensuels d'activités des FOSA en 2023 et rapport annuel du CNLS 2022

Tableau XXVI: Prévention et dépistage au sein des populations clés et vulnérables.

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Tendance |
|--|---------|---------|--------|--------|--------|----------|
| Nombre de personnes ayant bénéficié de programmes de prévention du VIH | | | | | | |
| Travailleuses de sexe (TS) | 55 561 | 69 361 | 46 841 | 83 344 | 60 964 | |
| HSH | 15 027 | 38 291 | 18 801 | 39 963 | 45 388 | |
| UD | 1 101 | 1 252 | 6 019 | 6 393 | 3 172 | |
| TG | 270 | 1 963 | 466 | 1 627 | 1 285 | |
| Clients TS | 144 564 | 141 378 | 18 965 | 12 927 | 11 758 | |
| JFNS | 43 310 | 49 201 | 29 800 | 12 326 | 12 079 | |
| JGNS | 52 772 | 55 182 | 12 634 | | | |
| Taux de séropositivité | | | | | | |
| Travailleuses de sexe (TS) | 7,9% | 11,6% | 5,6% | 5,2% | 4,3% | |
| HSH | 9,7% | 13,0% | 10,4% | 6,3% | 6,2% | |
| UDI | NA | 8,2% | 3,8% | 3,1% | 4,9% | |
| TG | 10,4% | 12,7% | 10,1% | 11,2% | 12,0% | |
| Clients des TS (CTS) | ,7% | 2,4% | 3,0% | 3,9% | 3,3% | |
| JFNS | 1,1% | 1,2% | 1,2% | 1,1% | 1,1% | |
| JGNS | 0,7% | 0,7% | 1,0% | 1,1% | 1,0% | |

Source : Rapport d'activités CARE et CHP 2023 et rapport annuel du CNLS 2022

Prévention Transmission mère-enfant

Tableau XXVII: Prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Tendance |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| Nombre de FEC reçu en CPN | 737 161 | 785 253 | 869 313 | 853 399 | 826 115 | |
| Taux de fréquentation en CPN | 78,5% | 83,2% | 86,7% | 83,2% | 78,7% | |
| Pourcentage de FEC testées qui connaissaient leur statut | 83,5% | 89,6% | 94,8% | 99,7% | 99,8% | |
| Nombre de FEC VIH+ identifiées | 20 168 | 20 852 | 19 081 | 17 587 | 15 378 | |
| Taux de séropositivité FEC | 3,3% | 2,9% | 2,3% | 2,1% | 1,9% | |
| Pourcentage de FEC déjà connues VIH+ | 49,6% | 49,1% | 55,8% | 57,9% | 58,9% | |
| Nombre de FEC VIH+ sous TARV | 17 046 | 16 731 | 17 304 | 15 950 | 13 899 | |
| Pourcentage de FEC VIH+ ayant initié un TARV | 84,5% | 80,2% | 90,7% | 90,7% | 90,1% | |
| Ratio de partenaires de FEC testés | 0,04% | 0,04% | 0,04% | 0,04 | 0,04 | |
| Taux de séropositivité chez les partenaires masculins des FEC | 3,8% | 2,8% | 1,5% | 1,3% | 1,4% | |
| Nombre d'EE identifiés | 15 195 | 14 137 | 13 807 | 13 414 | 12 957 | |
| Nombre d'EE ayant fait une PCR | 14 970 | 13 777 | 12 160 | 13 381 | 12 538 | |
| Pourcentage d'EE ayant bénéficié d'une PCR | 98,5% | 97,4% | 88,2% | 99,4% | 96,8% | |
| Pourcentage d'EE sous prophylaxie ARV | 87,5% | 85,2% | 91,5% | 94,3% | 94,9% | |
| Taux de séropositivité des EE | 4,8% | 4,3% | 4,0% | 3,6% | 3,3% | |
| % d'EE ayant une PCR+ qui ont initié le TARV | 46,1% | 62,3% | 72,6% | 80,4% | 78,4% | |

Source : Rapport mensuels d'activités des FOSA en 2023 et rapport annuel du CNLS 2022

Prise en charge des PvVIH

Lien au TARV

Tableau XXVIII: Lien au TARV au sein des populations clés et vulnérables.

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| Pourcentage de lien au TARV | | | | | | |
| Travailleuses de sexe | 80,1% | 64,1% | 75,1% | 78,9% | 72,6% | |
| HSH | 76,7% | 42,2% | 80,7% | 95,1% | 88,6% | |
| UDI | NA | 68,9% | 75,9% | 82,2% | 77,6% | |
| TG | 64,3% | 54,0% | 85,1% | 85,6% | 81,0% | |
| Clients des TS | 61,2% | 71,3% | 60,6% | 65,1% | 69,7% | |
| JFNS | 66,8% | 67,9% | 66,3% | 67,3% | 74,3% | |
| JGNS | 71,7% | 67,6% | 70,1% | 69,1% | 79,8% | |

Source : Rapport d'activités CARE et CHP en 2023 et rapport annuel du CNLS 2022

Tableau XXIX: Enfants de moins de 15 ans, adolescents et jeunes sous TARV.

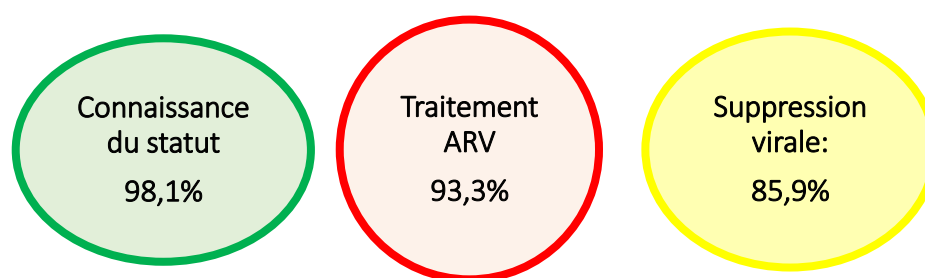
| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Tendance |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| Enfants de moins de 15 ans | 25,7% | 32,5% | 34,9% | 39,5% | 40,9% | ↗ |
| Adolescents de 10 -19 ans | 32,2% | 35,2% | 39% | 45,6% | 46,5% | ↗ |
| Jeunes de 20 -24 ans | 48,3% | 60,7% | 66,4% | 81,5% | 83,0% | ↗ |

Source : Rapport mensuels d'activités des FOSA en 2023 et rapport annuel du CNLS 2022

Tableau XXX : Suivi des PvVIH sous TARV.

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Tendance |
|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| PvVIH identifiés | 312 214 | 413 188 | 469 783 | 460 088 | 481 147 | ↗ |
| % connaissance du statut | 83,8% | 83,2% | 94,1% | 95,8% | 98,1% | ↗ |
| File active | 312 214 | 350 818 | 388 358 | 424 771 | 448 818 | ↗ |
| % lien au TARV | 73,7% | 84,9% | 82,7% | 93,3% | 96,2% | ↗ |
| Nombre de CV réalisées | 107 506 | 203 905 | 241 613 | 265 019 | 203 134 | ↘ |
| % réalisation CV | 34,4% | 58,1% | 62,2% | 62,4% | 45,3% | ↘ |
| CV supprimées | 94 617 | 172 212 | 227 429 | 236 493 | 174 593 | ↘ |
| % suppression virale | 88,0% | 84,5% | 94,1% | 89,2% | 85,9% | ↘ |
| Rétention à 12 mois | 73,7% | 75,7% | ND | 85% | 87% | ↗ |

Source : base de données des laboratoires de référence en 2023 et rapport annuel du CNLS 2022



4.3. Description des comportements sexuels à risque du VIH des étudiants et facteurs en lien avec la prévention du VIH;

4.3.1. Consommation et fréquence de la consommation de l'alcool au cours des 12 derniers mois

Le tableau 31 suivant présente la distribution des participants selon la consommation et fréquence de la consommation de l'alcool qui ont accepté l'étude

Tableau XXXI: Distribution des étudiants selon la consommation et fréquence de la consommation de l'alcool au cours des 12 derniers mois

| Variables | Effectif(n) | fréquence % |
|---|--------------------|--------------------|
| Consommation de l'alcool | | |
| Non | 251 | 30,1 |
| Oui | 574 | 68,7 |
| Refus | 4 | 0,5 |
| Ne sait pas | 6 | 0,7 |
| Fréquence de la consommation de l'alcool | | |
| Moins une fois par mois | 116 | 15,1 |
| Une fois par mois | 206 | 26,9 |
| 2-3 fois par mois | 196 | 25,6 |
| Une fois par semaine | 22 | 2,9 |
| 2-3 fois par semaine | 9 | 1,2 |
| Chaque jour ou presque chaque jour | 20 | 2,6 |
| Refus | 91 | 11,9 |
| Ne sait pas | 88 | 11,5 |
| Fréquence de la consommation de 6 verres | | |
| Jamais | 453 | 57,0 |
| Une fois par mois | 140 | 17,6 |
| 2-3 fois par mois | 77 | 9,7 |
| Une fois par semaine | 14 | 1,8 |
| 2-3 fois par semaine | 22 | 2,8 |
| Chaque jour ou presque chaque jour | 12 | 1,5 |
| Refus | 20 | 2,5 |

| | | |
|-------------|----|-----|
| Ne sait pas | 57 | 7,2 |
|-------------|----|-----|

Plus de la majorité des étudiants dont 69% déclaraient avoir eu à consommer d'alcool au cours des 12 derniers mois avec 27% qui consommaient l'alcool par mois. Un peu plus de la moitié 57% ont déclaré jamais avoir consommé un verre/bouteille d'alcool par mois, 18 % un verres/bouteilles d'alcool une fois par mois

4.3.2. Pourcentage de la consommation d'alcool et ses conséquences

La Distribution des étudiants selon la fréquence de la consommation d'alcool empêchant de remplir les obligations académiques et ne pouvant pas se rappeler de ce qui s'est passé était hétérogène. Ce dit distribution a été consigné dans le tableau 32 ci-après :

Tableau XXXII: Distribution des étudiants selon la fréquence de la consommation de l'alcool et ses conséquences

| Variables | Effectif(n) | fréquence % |
|--|-------------|-------------|
| Consommation de l'alcool et accomplissement des devoirs académiques | | |
| Jamais | 673 | 84,8 |
| Une fois par mois | 34 | 4,3 |
| 2-3 fois par mois | 15 | 1,9 |
| Une fois par semaine | 11 | 1,4 |
| Chaque jour ou presque chaque jour | 6 | 0,8 |
| Refus | 13 | 1,6 |
| Ne sait pas | 42 | 5,3 |
| Fréquence de consommation de l'alcool et ne pouvant pas se rappeler de ce qui s'est passé | | |
| Jamais | 672 | 85,1 |
| Une fois par mois | 26 | 3,3 |
| 2-3 fois par mois | 15 | 1,9 |
| Une fois par semaine | 3 | ,4 |

| | | |
|------------------------------------|----|-----|
| Chaque jour ou presque chaque jour | 7 | ,9 |
| Refus | 19 | 2,4 |
| Ne sait pas | 48 | 6,1 |

. Un peu plus de la plupart des étudiants dont 85% ont déclaré respectivement jamais avoir consommé d'alcool lui empêchant de remplir les obligations académiques et ne pouvant pas se rappeler de ce qui s'est passé

4.3.3. Lien entre le comportement des étudiants et le résultat des tests du VIH

a. Lien entre la consommation de l'alcool au cours des 12 derniers mois et le résultat du Test positif du VIH dans le mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative La distribution des étudiants selon le lien entre la consommation de l'alcool et le résultat du test positif du VIH est présenté par le tableau 33 ci-dessous.

Tableau XXXIII: Distribution des étudiants selon le lien entre la consommation de l'alcool au cours des 12 derniers mois et le résultat du Test positif du VIH dans le mois

| Consommation de l'alcool au cours 12 derniers mois | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|--|----------------------------------|------------|------------|-------------|
| | Oui | Non | | |
| Non | 2(50,0%) | 249(30,3%) | 251(30,4%) | 0,358 |
| Oui | 2(50,0%) | 572(69,7%) | 574(69,6%) | |

Valeur p =0 ,358 et donc supérieur à 0,05 alors il n'existe pas de lien significatif entre les variables

b. Lien entre la fréquence de la consommation de l'alcool et le résultat du test positif dans le mois

La valeur de P n'est pas calculable car il existait des étudiants qui ont répondu oui mais qui n'ont pas rempli toute la fiche. La distribution des étudiants selon le lien entre la fréquence de la consommation de l'alcool et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 34 ci-dessous :

Tableau XXXIV: Distribution des étudiants selon Lien entre la fréquence de la consommation de l'alcool et le résultat du test positif du VIH dans le mois

| Fréquence de la consommation de l'alcool | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|--|----------------------------------|------------|------------|----------------------------------|
| | OUI | NON | | |
| Moins d'une fois | 0(00,0%) | 19(3,2%) | 19(3,2%) | Valeur de P n'est pas calculable |
| Plusieurs fois par mois | 0(00,0%) | 518(88,1%) | 518(88,1%) | |
| Plusieurs fois par semaine | 0(00,0%) | 31(5,3%) | 31(5,3%) | |
| Chaque jour | 0(00,0%) | 20(3,4%) | 20(3,4%) | |

Valeur p n'est pas calculable car ceux qui ont répondu oui mais qui n'ont pas rempli toute la fiche

C. Lien entre la fréquence de la consommation de 6 verres dans la soirée et le résultat test positif du VIH dans le mois

La valeur de P n'est pas calculable car il existait des étudiants qui ont répondu oui mais qui n'ont pas rempli toute la fiche. La distribution des étudiants selon le lien entre la fréquence de la consommation de 6 verres et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 35 ci-dessous :

Tableau XXXV: Distribution des étudiants selon le lien entre la fréquence de la consommation de 6 verres dans la soirée et le résultat test positif du VIH dans le mois

| Fréquence de la consommation de 6 verres dans la soirée | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|---|----------------------------------|------------|------------|----------------------------------|
| | OUI | NON | | |
| Jamais | 0(00,0%) | 453(63,1%) | 453(63,1%) | Valeur de P n'est pas calculable |
| Plusieurs fois par mois | 0(00,0%) | 217(30,2%) | 217(30,2%) | |
| Plusieurs fois par semaine | 0(00,0%) | 36(5,0%) | 36(5,0%) | |
| Chaque jour | 0(00,0%) | 12(1,7%) | 12(1,7%) | |

Valeur p n'est pas calculable car ceux qui ont répondu oui n'ont pas rempli toute la fiche

d. Lien entre la fréquence de la consommation de l'alcool empêchant les obligations académiques et le test positif du VIH dans le mois

La valeur de P n'est pas calculable car il existait des étudiants qui ont répondu oui mais qui n'ont pas rempli toute la fiche. La distribution des étudiants selon le lien entre la fréquence de la consommation de l'alcool empêchant les obligations académiques et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 36 ci-dessous :

Tableau XXXVI: Distribution des étudiants selon la fréquence de la consommation de l'alcool empêchant les obligations académiques et le test positif du VIH dans le mois

| Fréquence de la consommation de l'alcool empêchant les obligations académiques | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|--|----------------------------------|------------|------------|----------------------------------|
| | Oui | Non | | |
| Jamais | 0(00,0%) | 673(91,1%) | 673(91,1%) | Valeur de P n'est pas calculable |
| Plusieurs fois par mois | | 49(6,6%) | 49(6,6%) | |
| | 0(00,0%) | | | |
| Plusieurs fois par semaine | | 11(1,5%) | 11(1,5%) | |
| | 0(00,0%) | | | |
| Chaque jour | | 6(0,8%) | 6(0,8%) | |
| | 0(00,0%) | | | |

Valeur p n'est pas calculable car ceux qui ont répondu oui n'ont pas rempli toute la fiche

e. Lien entre le Lieu habitué à faire le test de dépistage et le résultat du test positif du VIH dans le mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre le lieu habitué à faire le test de dépistage et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 37 ci-dessous :

Tableau XXXVII: Distribution des étudiants selon le lien entre lieu habitué à faire le test de dépistage et le résultat du test positif du VIH dans le mois

| le Lieu habitué du test de dépistage | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------|--------------|-------------|
| | Oui | Non | | |
| Structure sanitaire publique | 1(25,0 %) | 231(47,0 %) | 232 (47,0 %) | 0,803 |
| Structure | 3(75,0 %) | 151 (30,8%) | 154 (31,1%) | |

| | | | |
|--------------------|----------|-----------|-----------|
| sanitaire | | | |
| privée | | | |
| ONG | 0(0,0%) | 51(10,4%) | 51(10,4%) |
| OBC | 0(0,0 %) | 4(0,8%) | 4(0,8%) |
| Autres | 0(0,0 %) | 19(3,9%) | 19(3,9%) |
| Refus | 0(0 ,0%) | 27(5,5%) | 27(5,5%) |
| Ne sait pas | 0(0,0 %) | 8(1,6%) | 8(1,6%) |

Valeur $p = 0,803$ et donc supérieur à 0,05 alors il n'y a pas de lien significatif entre les variables

f. Lien entre le nombre de fois le test de dépistage a été réalisés au cours de 12 dernière mois et le résultat du test positif du VIH au cours du mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre le nombre de fois le test de dépistage a été fait et le résultat du test positif du VIH est présenté par le tableau 38 ci-dessous :

Tableau XXXVIII: Distribution des étudiants selon le lien entre le nombre de fois le test de dépistage a été fait au cours de la dernière année et le résultat du test positif du VIH au cours du mois

| Nombre de fois le test de dépistage a été fait | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|--|----------------------------------|------------|------------|-------------|
| | OUI | NON | | |
| 0 | 0(0,0%) | 131(25,1%) | 131(24,9%) | 0,837 |
| 1-2 | 0(0,0%) | 246(47,1%) | 246(46,8%) | |
| 2-5 | 1(25,0%) | 75(14,4%) | 76(14,4%) | |
| Supérieur 5 | 3(75,0%) | 70(13,4%) | 73(13,9%) | |

Valeur $p = 0,837$ et donc supérieur à 0,05 alors il n'y a pas de lien significatif entre les variables

g. Lien entre le nombre de fois le test de dépistage a été fait au cours de la vie et le résultat du test positif du VIH dans le mois

Le tableau 39 suivant révèle que l'existence entre le nombre de fois le test de dépistage au sein de la population est statistiquement associée au test positif du VIH :

Tableau XXXIX: Distribution des étudiants selon le lien entre le nombre de fois le test de dépistage a été fait au cours de la vie et le résultat du test positif du VIH dans le mois

| Nombre de fois le dépistage a été fait | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|--|-------------------------------------|------------|------------|-------------|
| | OUI | NON | | |
| 0 | 0(0,0%) | 66(12,7%) | 66(12,6%) | 0,005 |
| 1-2 | 0(0,0%) | 204(39,3%) | 204(39,0%) | |
| 2-5 | 0(0,0%) | 129(24,9%) | 129(24,7%) | |
| Sup 5 | 4(100,0%) | 120(23,1%) | 124(23,7%) | |

Valeur $p = 0,005$ et donc inférieur à 0,05 alors il y a de lien significatif entre les variables

h. Lien entre la fréquence de l'utilisation de préservatif et le résultat du test positif du VIH dans le mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre la fréquence de l'utilisation de préservatif et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 40 ci-dessous :

Tableau XL: Distribution des étudiants selon le lien entre la fréquence de l'utilisation de préservatif et le résultat du test positif du VIH dans le mois

| Fréquence d'utilisation de préservatif | Test du positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|--|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | Oui | Non | | |
| Jamais | 1(20,0 %) | 84(14,4 %) | 85(14,5 %) | 0,729 |
| Parfois | 1(20,0 %) | 188 (32,2%) | 189 (32,2%) | |
| La plus part du temps | 2(40 ,0%) | 127(21,8%) | 129(21,9%) | |
| Toujours | 1(20,0%) | 184(31,6%) | 185(31,9%) | |

Valeur p = 0,729 et donc supérieur à 0,05 alors il n'y a pas de lien significatif entre les variables

i. Lien entre utilisation du préservatif et le résultat du test de positif au VIH dans le mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre l'utilisation du préservatif et le résultat du test positif au VIH est présentée par le tableau 41 ci-dessous :

Tableau XLI: Distribution des étudiants selon le lien entre l'utilisation du préservatif et le résultat du test positif au VIH dans le mois.

| Utilisation d'un préservatif | Test positif VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|------------------------------|-------------------------------|------------|------------|-------------|
| | Oui | Non | | |
| Non | 0(0,0%) | 165(20,2%) | 165(20,1%) | 0,384 |
| Oui | 3(100,0%) | 653(79,8%) | 656(79,9%) | |

Valeur p = 0,384 et donc supérieur à 0,05 alors il n'y a pas de lien significatif entre les variables

j. Lien entre la proposition de l'utilisation d'un préservatif et le résultat du test positif du VIH dans le mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre la proposition de l'utilisation d'un préservatif et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 42 ci-dessous :

Tableau XLII: Distribution des étudiants selon le lien entre la proposition de l'utilisation d'un préservatif et le résultat du test positif du VIH dans le mois

| Proposition de l'utilisation d'un préservatif | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|---|----------------------------------|------------|------------|-------------|
| | OUI | NON | | |
| Non | 0(0,0%) | 110(14,5%) | 110(14,5%) | 0,476 |
| Oui | 3(100,0%) | 648(85,5%) | 651(85,5%) | |

Valeur $p = 0,476$ et donc supérieur à 0,05 alors il n'y a pas de lien significatif entre les variables

k. Lien entre la présence des symptômes autour de l'appareil génital et le résultat test positif du VIH dans le mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre la présence des symptômes autour de l'appareil génital et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 43 ci-dessous :

Tableau XLIII: Distribution des étudiants selon le lien entre la présence des symptômes autour de l'appareil génital et le résultat test positif du VIH dans le mois

| Présence des symptômes autour de l'appareil génital | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur p |
|---|----------------------------------|------------|------------|--------------|
| | Oui | Non | | |
| Douleurs ou sensations de bruleur lorsque vous urinez | 0(0,0%) | 75(19,3%) | 75(19,3%) | 0,979 |
| Ecoulement du vagin ou perte blanches inhabituelles ou saignement irrégulier du vagin | 0(0,0%) | 55(14,2%) | 55(14,1%) | |
| Verrues génitales | 0(0,0%) | 10(2,6%) | 10(2,6%) | |
| Verrues anales | 0(0,0%) | 3(0,8%) | 3(0,8%) | |
| Masse anormale ou gonflement autour de l'appareil génital | 0(0,0%) | 16(4,1%) | 16(4,1%) | |
| Non | 1(100,0%) | 180(46,4%) | 181(46,5%) | |
| Autres | 0(0,0%) | 49(12,6%) | 49(12,6%) | |

Valeur p = 0,979 et donc supérieur à 0,05 alors il n'y a pas de lien significatif entre les variables

1. Lien entre la réalisation du test dépistage d'IST et le résultat du test positif du VIH dans le mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre la réalisation du test de dépistage et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 44 ci-dessous :

Tableau XLIV: Distribution des étudiants selon le lien entre la réalisation du test de dépistage d'IST et le résultat du test positif du VIH dans le mois

| Réalisation du test de dépistage d'IST | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|--|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | Oui | Non | | |
| Non | 0(0,0%) | 374(54,3%) | 374(54,1%) | 0,124 |
| Oui | 2(100,0%) | 315(45,7%) | 317(45,9%) | |
| Total | 2(100,0%) | 689(100,0%) | 691(100,0%) | |

Valeur $p = 0,124$ et donc supérieur à 0,05 alors il n'y a pas de lien significatif entre les variables

m. Lien entre le dépistage positif des IST au cours des douze derniers mois et le résultat test du VIH dans le mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre le dépistage positif des IST et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 45 ci-dessous :

Tableau XLV: Distribution des étudiants selon le lien entre le dépistage positif des IST au cours des douze derniers mois et le résultat test du VIH dans le mois

| Dépistage positif des IST au cours des 12 derniers mois | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|---|----------------------------------|------------|------------|-------------|
| | Oui | Non | | |
| Non | 2(100,0%) | 540(86,3%) | 542(86,3%) | 0,573 |
| Oui | 0(0,0%) | 86(13,7%) | 86(13,7%) | |

Valeur $p = 0,124$ et donc supérieur à 0,05 alors il n'y a pas de lien significatif entre les variables

n. Lien entre la prise des ARV pour prévenir l'infection à VIH et le résultat du test positif du VIH dans le mois

La valeur de P n'est pas calculable car il existait des étudiants qui ont répondu oui mais qui n'ont pas rempli toute la fiche. La distribution des étudiants selon le lien entre la prise des ARV pour prévenir l'infection et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 46 ci-dessous :

Tableau XLVI: Distribution des étudiants selon le lien entre la prise des ARV pour prévenir l'infection à VIH et le résultat du test positif du VIH dans le mois

| Prise des ARV pour prévenir l'infection à VIH | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|---|----------------------------------|------------|------------|----------------------------------|
| | Oui | Non | | |
| Non | 0(0,0%) | 650(97,3%) | 650(97,3%) | Valeur de P n'est pas calculable |
| Oui | 0(0,0%) | 18(2,7%) | 18(2,7%) | |

Valeur p n'est pas calculable car ceux qui ont répondu oui n'ont pas rempli toute la fiche

o. Lien entre l'utilisation préservatif lors du dernier rapporte et le résultat du test positif du VIH dans le mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre l'utilisation de préservatif lors du dernier rapport et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 47 ci-dessous :

Tableau XLVII: Distribution des étudiants selon le lien entre l'utilisation de préservatif lors du dernier rapport et le résultat du test positif du VIH dans le mois

| Utilisation préservatif lors du dernier rapport | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|---|----------------------------------|------------|------------|-------------|
| | OUI | NON | | |
| OUI | 0(0,0%) | 301(52,8%) | 301(52,6%) | 0,135 |
| NON | 2(100,0%) | 269(47,2%) | 271(47,4%) | |

| | | | |
|-------|-----------|-------------|-------------|
| Total | 2(100,0%) | 570(100,0%) | 572(100,0%) |
|-------|-----------|-------------|-------------|

Valeur $p = 0,124$ et donc supérieur à 0,05 alors il n'y a pas de lien significatif entre les variables

p. Lien entre la pratique des rapports sexuels et le résultat du test positif du VIH dans le mois

Le tableau 48 suivant révèle que l'existence des rapports sexuels au sein de la population est statistiquement associée au résultat du test positif du VIH

Tableau XLVIII: Distribution des étudiants selon le lien entre la pratique des rapports sexuels et le résultat du test positif du VIH dans le mois

| Pratique des rapports sexuels | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|-------------------------------|----------------------------------|------------|------------|-------------|
| | Oui | Non | | |
| Oui | 7(100,0%) | 757(63,5%) | 764(63,7%) | 0,045 |
| Non | 0(0,0%) | 436(36,5%) | 436(36,3%) | |

Valeur $p = 0,045$ et est inférieur à 0,05 alors il y a de lien statistiquement significatif entre les variables

q. Lien entre la proposition des rapports sexuels en échange et le résultat du test positif du VIH dans le mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre la proposition des rapports sexuels en échange et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 49 ci-dessous :

Tableau XLIX: Distribution des étudiants selon le lien entre la proposition des rapports sexuels en échange et le résultat du test positif du VIH dans le mois

| Proposition des rapports sexuels en échange | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur P |
|---|----------------------------------|------------|------------|----------|
| | Oui | Non | | |
| Argent | 0(0,0%) | 141(19,7%) | 141(19,5%) | 0,291 |
| Bonne note | 1(14,3%) | 39(5,4%) | 40(5,5%) | |
| Non | 6(85,7%) | 536(74,9%) | 542(75,0%) | |

Valeur p = 0,291 et donc supérieur à 0,05 alors il n'y a pas de lien significatif entre les variables

r. Lien entre partez-vous parfois dans des points chauds et le résultat du test positif du VIH dans le mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre partez-vous dans des points chauds et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 50 ci-dessous :

Tableau L: Distribution des étudiants selon le lien entre partez-vous parfois dans des points chauds et le résultat du test positif du VIH dans le mois

| partez-vous parfois dans des points chauds | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|--|----------------------------------|------------|------------|-------------|
| | Oui | Non | | |
| Oui | 0(0,0%) | 8(1,1%) | 8(1,1%) | 0,783 |
| Non | 7(100,0%) | 739(98,9%) | 746(98,9%) | |

Valeur p = 0,783 et donc supérieur à 0,05 alors il n'y a pas de lien significatif entre les variables

s. Lien entre la pratique des rapports sexuels en échange et le résultat du test positif dans le mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre la pratique des rapports sexuels en échange et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 51 ci-dessous :

Tableau LI: Distribution des étudiants selon le lien entre la pratique des rapports sexuels en échange et le résultat du test positif dans le mois

| pratique des rapports sexuels en échange | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|--|----------------------------------|------------|------------|-------------|
| | Oui | Non | | |
| Argent/de biens | 0(0,0%) | 102(14,1%) | 102(14,0%) | 0,432 |
| Bonnes notes | 0(0,0%) | 38(5,3%) | 38(5,2%) | |
| Non | 7(100,0%) | 583(80,6%) | 590(80,8%) | |

Valeur $p = 0,432$ et donc supérieur à 0,05 alors il n'y a pas de lien significatif entre les variables

t. Lien entre avoir des partenaires sexuels payants et le résultat du test positif dans le mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre avoir des partenaires sexuels et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 52 ci-dessous :

Tableau LII: Distribution des étudiants selon le lien entre avoir des partenaires sexuels payants et le résultat du test positif dans le mois

| Avoir des partenaires sexuels payants | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur P |
|---------------------------------------|----------------------------------|------------|------------|--------------|
| | OUI | NON | | |
| Oui | 0(0,0%) | 12(1,6%) | 12(1,6%) | 0,735 |
| Non | 7(100,0%) | 735(98,4%) | 742(98,4%) | |

Valeur p = 0,735 et donc supérieur à 0,05 alors il n'y a pas de lien significatif entre les variables

u. Lien entre avoir un partenaire homme/femme sponsor permanent et le résultat test positif dans le mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre avoir un partenaire homme/femme sponsor permanent et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 53 ci-dessous :

Tableau LIII: Distribution des étudiants selon le lien entre avoir un partenaire homme/femme sponsor permanent et le résultat test positif dans le mois

| Partenaire homme/femme sponsor permanent | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur P |
|--|----------------------------------|------------|------------|----------|
| | Oui | Non | | |
| Oui | 0(0,0%) | 27(3,8%) | 27(3,8%) | 0,627 |
| Non | 6(100,0%) | 686(96,2%) | 692(96,2%) | |

Valeur p = 0,627 et donc supérieur à 0,05 alors il n'y a pas de lien significatif entre les variables

v. Lien entre le nombre de partenaires non payant au cours d'un an et le résultat du test positif du VIH dans le mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre le nombre de partenaires non payant et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 54 ci-dessous :

Tableau LIV: Distribution des étudiants selon le lien entre le nombre de partenaires non payant au cours d'un an et le résultat du test positif du VIH dans le mois

| Nombre de partenaire | Test positif du VH dans le mois | | Total | Valeur de p |
|----------------------|---------------------------------|------------|------------|-------------|
| | OUI | NON | | |
| 0 | 0(0,0%) | 45(8,2%) | 45(8,2%) | 0,837 |
| 1,00 | 1(25,0%) | 268(49,0%) | 269(48,8%) | |
| 2-5 | 0(0,0%) | 64(11,7%) | 64(11,6%) | |
| Supérieur à 5 | 3(75,0%) | 170(31,1%) | 173(31,4%) | |

Valeur $p = 0,837$ et donc supérieur à 0,05 alors il n'y a pas de lien significatif entre les variables

w. Lien entre un partenaire sous ARV et le résultat du test positif dans le mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre un partenaire sous ARV et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 55 ci-dessous :

Tableau LV: Distribution des étudiants selon le lien entre un partenaire sous ARV et le résultat du test positif dans le mois

| Partenaire sous ARV | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur P |
|---------------------|----------------------------------|------------|------------|----------|
| | Oui | Non | | |
| Oui | 2(0,0%) | 429(97,1%) | 431(97,1%) | 0,806 |
| Non | 6(100,0%) | 13(2,9%) | 13(2,9%) | |

Valeur $p = 0,806$ et donc supérieur à 0,05 alors il n'y a pas de lien significatif entre les variables

x. Lien entre le nombre de partenaires occasionnels et test positif dans le mois

Il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre le nombre de partenaires occasionnels et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 56 ci-dessous :

Tableau LVI: Distribution des étudiants selon le lien entre le nombre de partenaires occasionnels et test positif dans le mois

| Nombre de partenaire occasionnels | Test positif dans le mois | | Total | Valeur de P |
|-----------------------------------|---------------------------|------------|------------|-------------|
| | Oui | Non | | |
| 0 | 3(60,0%) | 226(35,9%) | 229(36,1%) | 0,702 |
| 1-2 | 2(40,0%) | 358(56,8%) | 360(56,7%) | |
| 2-5 | 0(0,0%) | 35(5,6%) | 35(5,5%) | |
| Supérieur 5 | 0(0,0%) | 11(1,7%) | 11(1,7%) | |

Valeur $p = 0,702$ et donc supérieur à 0,05 alors il n'y a pas de lien significatif entre les variables

y. Lien entre la fréquence de la consommation de l'alcool et le fait de ne pas se rappeler de ce qui s'est passé et le résultat du test positif dans le mois

La valeur de P n'est pas calculable car il existait des étudiants qui ont répondu oui mais qui n'ont pas rempli toute la fiche. La distribution des étudiants selon le lien entre la fréquence de la consommation de l'alcool, le fait de ne pas se rappeler et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 57 ci-dessous :

Tableau LVII: Distribution des étudiants selon le lien entre la fréquence de la consommation de l'alcool et ne pouvant pas se rappeler ce qui s'est passé et le résultat du test positif dans le mois

| Fréquence de la consommation de l'alcool | Test positif dans le mois | | Total | Valeur de p |
|--|---------------------------|------------|------------|----------------------------------|
| | Oui | Non | | |
| Jamais | 0(0,0%) | 672(92,9%) | 672(92,9%) | Valeur de P n'est pas calculable |
| Plusieurs fois par mois | 0(0,0%) | 41(5,7%) | 41(5,7%) | |
| Plusieurs fois par semaine | 0(0,0%) | 3(0,4%) | 3(0,4%) | |
| Chaque jour | 0(0,0%) | 7(1,0%) | 7(1,0%) | |

Valeur p n'est pas calculable car ceux qui ont répondu oui n'ont pas rempli toute la fiche

z. Lien entre un diagnostic d'IST fait par un personnel de santé et le résultat du test positif du VIH dans le mois

La valeur de P n'est pas calculable car il existait des étudiants qui ont répondu oui mais qui n'ont pas rempli toute la fiche. La distribution des étudiants selon le lien entre un diagnostic d'IST fait par un personnel de santé et le résultat du test positif du VIH est présentée par le tableau 58 ci-dessous :

Tableau LVIII: Distribution des étudiants selon le lien entre un diagnostic d'IST fait par un personnel de santé et le résultat du test positif du VIH dans le mois

| Diagnostic d'IST fait par un personnel de santé | Test positif du VIH dans le mois | | Total | Valeur de P |
|---|----------------------------------|------------|------------|----------------------------------|
| | Oui | Non | | |
| Syphilis | 0(0,0%) | 30(5,9%) | 30(5,9%) | Valeur de P n'est pas calculable |
| Gonorrhée | 0(0,0%) | 3(0,6%) | 3(0,6%) | |
| Chlamydiae | 0(0,0%) | 38(7,4%) | 38(7,4%) | |
| Hépatite | 0(0,0%) | 3(0,6%) | 3(0,6%) | |
| IST inconnu | 0(0,0%) | 50(9,8) | 50(9,8) | |
| Non | 0(0,0%) | 388(75,8%) | 388(75,8%) | |

4.3.4. Corrélation entre comportement sexuel à risque et test positif du VIH dans le mois

Le type de comportement a un lien dans 4 variables et on ne peut identifier de manière précise le type de comportement qui est véritablement des facteurs pouvant expliquer le résultat positif du test dans le mois car sur 1200 IL n'y a que 7 positif. De ce 7 il y a des étudiants qui n'ont pas répondu à cette étude.

4.4. Décrispation des interventions de lutte contre le VIH menées par le MINESUP[4]

4.4.1. Les faiblesses Institutionnelles du sous-secteur

➤ Au niveau central :

- Le comité de coordination des activités de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST, formellement mise en place n'était pas fonctionnel, aussi, une chaîne de responsabilité ou de redevabilité sur l'atteinte des résultats n'était pas clairement définie ;
- En ce qui concerne la lutte contre le VIH, le SIDA et les IST, l'accent était clairement mis sur les seul(e)s étudiant(e)s, oubliant les personnels des services centraux.

➤ Au niveau des institutions d'Enseignement Supérieur (IES)

- Les unités opérationnelles n'étaient pas formellement créées ;
- Les activités de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST n'avaient pas assez de Visibilité ;

- La prise en charge médicale dans les Universités d'Etat se faisait dans les centres Médico-Social (CMS) avec un plateau technique peu adéquat et quelques IPES seulement disposent des infirmeries ;
- Les cellules d'écoute et des conseils (CEC) existait dans certains universités d'Etats mais ne sont pas dotées pour la plupart ni d'un local adapté, ni d'un personnel compétent en quantité et en qualité ;
- Les Budgets alloués à la lutte contre le VIH, le SIDA et les IST tant au niveau central que dans les institutions restait généralement insuffisants.

4.4.1.1. Les réponses actuelles

➤ Au niveau central

- Le service de la santé Universitaire du MINESUP était responsable de la riposte sous-sectorielle au VIH, au SIDA et aux IST. A ce titre, il menait, en collaboration avec le Centres médico-Sociaux des Universités d'Etat et les autres partenaires, des activités autour de la prévention, la sensibilisation, la formation, le dépistage ;
- La signature d'un arrêté créant un comité de coordination des activités de lutte contre le SIDA et les IST ;
- L'élaboration d'un outil de collecte pour la remontée des données ;
- La désignation de deux points focaux de lutte contre le VIH au niveau Central

➤ Au niveau opérationnel

- Formation des étudiants mobilisateurs

En général le MINESUP organisait des sessions de formation des étudiants dans le Cadre de la sensibilisation sur le VIH, le SIDA et les IST. Entre 2015 et 2019 un total de 500 étudiants ont été formés aux techniques de communication pour la mobilisation.

- Couverture médicales des jeux Universitaires

Lors de l'évènementiel que constitue chaque année les jeux universitaires, la couverture médicale se faisait en deux volets :

- La prise en charge médicale des athlètes sur les aires de jeux ;
- Les activités de sensibilisation sur les problèmes de santé inhérents à la zone d'accueil des jeux, la santé sexuelle et la reproduction, le VIH, le SIDA, les IST, les Hépatites, la tuberculose et les autres maladies chroniques non transmissibles à l'instar de l'hypertension artérielle, le diabète et le Cancer ;

- Renforcement des capacités des personnels médicaux des CMS à la prise en charge globale des PVVIH en milieu Universitaire ;
- Contribution à l'élaboration d'un document sur l'éducation complète à la sexualité(ECS) ;
- Participation aux évènements nationaux de lutte contre le VIH et le SIDA : mois camerounais et journée mondial de lutte contre le VIH et le SIDA ; Vacance sans SIDA ;
- Désignation du MINESUP comme partenaire de mise en œuvre de la subvention du Fonds Mondial de lutte contre le Paludisme, la tuberculose et le SIDA par le biais de la CAMNAFAW(Cameroon National Association for Family Welfare);
- Signature d'un Mémoire d'Entente (MOU) entre le MINESUP et la CAMNAFAW pour la mise en œuvre de cette collaboration.

En somme, les données programmatiques et de recherche pour la prise de décisions dans l'environnement du MINESUP était rares et dans tous les cas peu ou pas utilisées pour la prise de décisions. Les mécanismes de coordination n'étaient pas formels ou spécifiquement orientés vers le VIH. Ceci pouvait s'expliquer par le manque de remontée des informations sur les activités quotidiennes de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST dans les Universités. Toutefois, la Santé Universitaire est en général bien organisée.

4.4.1.2. Segmentation des participants suivant le niveau d'influence pour le changement souhaité

4.4.1.2.1. Les participants primaires pour un changement de comportements individuels

Les principales populations identifiées dans la lutte contre le VIH, le SIDA et les IST desquelles un changement individuel était attendu sont les suivantes au niveau primaire : les étudiant(e)s, les enseignant(e)s et le personnel administratif et d'appui

➤ Les étudiants

Au Cameroun, les étudiant(e)s dépendait en général de leur parent pour satisfaire leurs besoins essentiels. La personnalité de certain(e)s étudiant(e)s étaient déjà forgée au moment de leur accès à l'université mais ils restaient très influençables pour la plupart. Très souvent, ils entraient à l'université de plus en plus jeune et sont de ce fait plus vulnérables au VIH et autres IST. Ils étaient pour la majorité à l'entrée de l'université, en pleine adolescence et au

début de la vie sexuelle. La tendance générale était de vivre en dehors de la famille. Un grand nombre vit dans les campus universitaires et à la périphérie. Leur logement était constitué d'une chambre ou exceptionnellement d'un Studio dans une cité appartenant à l'Etat ou non. Les loyers mensuels variaient entre 4000 et 10000 FCFA dans les Campus des Université d'Etat et entre 9000 et 40000 FCFA dans le privé. Plusieurs vivent dans une pauvreté et promiscuité inacceptables. Suivant les informateurs clés, un grand nombre pratique des relations sexuelles, de manière régulière avec leurs camarades, parallèlement ou non avec un « sponsor » qui est assez souvent plus âgé. On observait de plus en plus la formation des groupes organisés de prostitution consciente ou non. A tout ceci s'ajoutait le phénomène grandissant d'homosexualité dans les campus Universitaires. Fort de ce qui précède, il était impératif et urgent de mener des actions différenciées de prévention en direction de cette importante cible, ceci en tenant compte de cette spécificité jamais abordée dans les actions de lutte contre le VIH au Cameroun.

La communication pertinente à faire, concernait non seulement le plaidoyer pour l'adoption des comportements à moindre risques mais aussi l'implication des partenaires techniques et financiers en charge au Cameroun des questions d'adolescent(e)s et jeunes.

La mobilité des étudiant(e)s était grande. Il s'agissait en fait d'une population annuellement renouvelée et qui n'était pas suffisamment informée des services de santé Offerts, y compris en matière de VIH, de SIDA et des IST, d'où la nécessité de renouveler régulièrement les interventions dans le sens de l'amélioration de l'offre.

On notait aussi essentiellement chez les étudiant(e)s :

- La conscience relativement élevée de l'infection à VIH et le SIDA avec une connaissance passable des symptômes
- La désinformation considérable sur les diverses pratiques sexuelles et leurs risques ;
- Le recours à certains pairs tout aussi mal informés sur les questions sexuelles plutôt qu'aux ressources médiatiques ou aux adultes de confiance ;
- La faible capacité de négociation du port du préservatif chez les filles ;
- La grande vulnérabilité des filles suite aux rapports sociaux de dénomination homme/femme
- Le manque d'estime et de confiance en Soi
- La consommation des drogues et des psychotropes ;

- La pression des pairs
- Le sentiment d'invulnérabilité chez certains étudiants ;
- Les violences
- Les enseignants, les personnels administratifs et d'appui

Les études disponibles montraient que les personnes les plus infectées étaient paradoxalement les plus instruites. À l'enseignement Supérieur, cet état des choses s'expliquait entre autres par :

- La perception selon laquelle le SIDA est l'affaire des autres
- L'utilisation insuffisante de toutes les opportunités de rassemblement et d'échanges par le personnel au sein de l'université et des services centraux du MINESUP pour les activités de lutte contre le SIDA
- La faible implication de ce personnel dans les activités de lutte contre le SIDA.
- Le désintéressement de tout ce qui a trait à la lutte contre le VIH, SIDA et les IST.

4.4.1.2.2. Les groupes d'acteurs secondaires pour les changements des comportements, l'amélioration de la prise en charge et le soutien des personnes infectées ou affectées

Les populations identifiées pour le changement des comportements, l'amélioration de la prise en charge et le soutien des personnes infectées ou affectées étaient les suivantes au niveau secondaire :

- Les associations/Clubs d'étudiants

Ils influençaient considérablement la vie dans les Campus et la prise de décisions des Doyens.

De ce fait, ils bénéficiaient d'une grande écoute des étudiants et pouvaient constituer un relais important pour le changement de comportement souhaité. En effet, les étudiant(e)s avaient déjà l'information sur le VIH obtenue pendant le parcours secondaire, mais les pratiques ne semblaient pas en adéquation avec leur niveau de connaissances. Ces associations et Clubs pouvaient véhiculer des messages de Soutien psychologique et organisationnel pour atténuer les effets induits de la vulnérabilité, déterminant de la présence du VIH dans le Campus universitaire.

De même les regroupements à base régionale, tribale, culturelle, ethnique présents dans ce milieu pourraient jouer un rôle important dans la mesure où ils aident les membres à s'adapter

à leur nouveau milieu pourraient jouer un rôle important dans la mesure où ils aident les membres à s'adapter à leur nouveau milieu de Vie.

➤ Les syndicats et les Mutuelles

Etant engagés dans la défense des droits de leurs membres, ils pouvaient également jouer un rôle de relais dans la lutte contre le VIH, le SIDA et les IST en milieu universitaire.

➤ Les amis et les Pairs

Ils participaient de la sensibilisation de proximité et pouvaient être vecteurs de changement de comportement.

En somme il paraît pertinent que toutes les parties prenantes du niveau opérationnel soient organisées en une plateforme de réflexion et d'actions coordonnées sous la supervision du Comité de Coordination des activités de lutte contre le VIH et le SIDA au MINESUP.

4.4.1.2.3. Les groupes d'acteurs tertiaires pour un changement stratégique

Les principales populations identifiées qui pouvaient influencer les résultats de la lutte contre le VIH, le SIDA et les IST dans l'enseignement Supérieur par une impulsion ou un changement de niveau Stratégique ou tertiaire sont les Suivantes :

- Les ministres en charge de l'enseignement Supérieur, de la Santé, de la jeunesse et des affaires Sociales
- Les présidents de Conseils d'administration (PCA) des universités, pro-Chancellor, les recteurs et les vice-Chancellor des universités d'Etat, les responsables des institutions universitaires à statut particulier
- Les promoteurs des IPES
- Les leaders confessionnels (Prêtres, pasteurs, Imams) et traditionnels.

4.4.1.2.4. Les autres acteurs du niveau stratégique

Plusieurs autres acteurs pouvaient influencer les résultats de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans l'Enseignement Supérieur par une impulsion ou un changement de niveau stratégique ou tertiaire. On retrouvait dans ce groupe :

➤ Les organismes internationaux

En matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST, la perception des campus universitaires comme zones de franchise inaccessibles à des personnes et institutions ne faisant pas partie de la communauté universitaire, l'ignorance de certaines procédures empêchaient les ONGs internationales s'occupant des adolescent (e)s et jeunes d'intervenir efficacement dans les Campus universitaires. Pourtant leurs actions pourraient avoir une incidence remarquable dans la riposte au VIH si des conventions de collaboration étaient établies entre le MINESUP et ses organismes.

A ce titre d'illustration, le CAMNAFAW (Cameroon National Association for Family Welfare) avait désigné le MINESUP comme partenaire de mise en œuvre de la Subvention du Fond Mondial pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Le cadre règlementaire de ce partenariat était contenu dans MOU signé entre le Ministre d'Etat, Ministre de L'Enseignement Supérieur et l'administrateur de cette ONG.

Le PEPFAR disposait des financements orientés sur la thématique de la sécurité transfusionnelle et le suivi évaluation de la lutte contre le Sida parmi lesquels plusieurs activités de recherche. À cet effet, cette structure pouvait apporter son expertise, dans la limitation de l'incidence du VIH par transfusion sanguine, les campus constituant les principaux réservoirs de donateurs bénévoles de sang.

➤ Le Ministère de la Communication et le Ministère des Postes et Télécommunications

Ces départements ministériels détenaient la plus grande tribune pour la communication de masse, et pouvait par leur régulation influencer les résultats de la lutte dans l'environnement universitaire.

4.4.1.3. Analyses des canaux d'information et de communication utilisée pour la prévention contre le VIH, le Sida et les IST dans l'enseignement Supérieur

Cette partie fait une analyse des canaux de communication utilisés par le MINESUP et ses partenaires sur la thématique du VIH, Sida et les IST.

Pour atteindre ses objectifs, ce département ministériel devait pouvoir intégrer un système d'information favorisant au-delà des missions régaliennes assignées à la communication (informer, éduquer, sensibiliser et diffuser), l'adhésion de la communauté universitaire ainsi que la mobilisation de tous en faveur des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

Il existe une multitude de canaux de communication que l'on pouvait classer ainsi qu'il suit : les canaux de communication écrite (presse écrite, supports scripto-visuelles : dépliants, flyers, affiches, plaquettes, etc.) ; les canaux de communication audiovisuelle (radio et télévision) ; les TIC (internet, téléphone) ; les canaux de communication interpersonnelle (causerie éducatives, visite à domicile groupe de parole, etc.). Dans le cadre de ce plan, ils avaient analysé les canaux les plus utilisés pour la promotion des activités en faveur de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST et proposés des canaux encore peu ou même pas du tout mobilisés, mais qui étaient pertinents pour la sensibilisation dans cet environnement spécifique.

Les activités de communication menées dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST visaient le changement de comportement et mobilisent un panel varié des canaux et d'outils de communication interpersonnelle et des mass média. La mobilisation sociale était reconnue comme prioritaire et de nombreux étudiants mobilisateurs étaient recrutés pendant et en dehors des campagnes réalisées essentiellement au cours des grands événements (jeux Universitaires, UNIFAC, Salon de l'étudiant, FETUC). Toutefois, l'activité de communication en faveur de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST restait à parfaire.

En définitive, l'approche intégrée était la plus efficace car elle privilégierait l'utilisation sélective conjointe et complémentaire de plusieurs canaux de communication afin de toucher l'ensemble des cibles. Il était aussi bénéfique, de l'avis des informateurs clés rencontrés, au vu des résultats obtenus, de renforcer la collaboration avec les associations avec qui constituaient un relais important dans l'organisation de la lutte. Il convenait également de relever qu'un canal, aussi pertinent soit-il, ne saurait se suffire à lui-même, compte tenu de la diversité à atteindre.

Pour améliorer l'efficacité des actions menées, la stratégie de communication sur le VIH, le Sida et les IST en milieu universitaire, devrait tenir compte de la présence des autres programmes de santé tel que le programme de lutte contre le paludisme, qui développe chacun des plans de communication auprès des mêmes cibles. Par conséquent, une action bien concertée serait nécessaire.

4.4.1.4. Stratégie mise en œuvre pour l'atteinte des effets

Dans le but de permettre au MINESUP d'atteindre les effets prévus, la mise en œuvre des stratégies suivantes s'avérerait nécessaire :

- CCC/C4D par la formation des formateurs en communication interpersonnelle et de masse en milieu Universitaire ;
- Sensibilisation lors des événements spéciaux des journées commémoratives et fêtes nationales, des jeux universitaires, UNIFAC ;
- Capacitation des acteurs de la communauté universitaire sur le VIH, le Sida et les IST, la SSR, la PTME, les VBG, les hépatites, PEC globale des PVVIH ;
- Mise en place des services de Santé adaptés aux adolescents et aux jeunes au sein des CMS des universités et des infirmeries des autres institutions d'Enseignement Supérieur ;
- Plaidoyer pour la lutte concertée contre les VBG ;
- IEC et renforcement des capacités des prestataires des CMS et des infirmeries sur AES et les violences sexuelles ;
- Mise en place d'un système de référence et contre référence vers des médecins spécialistes et des formations sanitaires dans la PEC des coïnfections et des infections opportunistes ainsi que des cas nécessitant une hospitalisation ;
- Mise en place des groupes des soutiens et réseaux de PVVIH au sein des universités, des IPES, des intuitions universitaires à statut particulier et des services centraux par des accompagnateurs psychologiques et sociaux des CMS
- Intégration de la composante santé et VIH dans la planification stratégique du Ministère, des Universités, des institutions à statut particulier et des IPES ;
- Mobilisation des ressources liées à la santé et la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- Harmonisation du système d'information stratégique ;
- Promotion et financement des recherches sur le VIH, le Sida et les IST ;
- Les interventions cibleront les parties prenantes suivant leurs niveaux d'influence.

4.5. Comparaison des comportements sexuels avant et après la mise en œuvre des interventions

Le tableau 38 présente la comparaison des comportements sexuels des étudiants avant et après la mise en œuvre des interventions. L'échantillon était constitué de 528 hommes et 332 femmes en 2017 et de 572 hommes et 628 femmes. La faible participation des hommes à cette étude peut être expliquée par le fait que, le recours des hommes aux activités de soins et aux services de santé disponibles est en générale limité surtout lorsqu'il s'agit de la santé sexuelle

et reproductive. De même, les participants les plus représentées dans cette étude appartenaient à la tranche d'âge des 18 à 24 ans.

Au sein de notre échantillon par rapport à celui de 2017, les activités génératrices de revenus étaient hétéroclites. La consommation d'alcool par les partenaires avant les rapports sexuels s'accompagne d'un risque élevé de non-utilisation des condoms

Tableau LIX: Comparaison de profil sociodémographique et socioéconomique des étudiants avant et après la mise en œuvre des interventions

| Indicateurs | Pré-intervention | | Post-intervention | |
|--|-------------------------|-----------------|--------------------------|----------|
| Caractéristiques | % | Effectif | Effectif | % |
| sociodémographiques | | | | |
| Sexe | | | | |
| Masculin | 61,4 | 528 | 572 | 47,5 |
| Féminin | 38,6 | 332 | 628 | 52,5 |
| Groupes d'âges | | | | |
| 18-24 | 77,0 | 662 | 1179 | 98,3 |
| 25-30 | 21,5 | 185 | 21 | 1,8 |
| 31 + | 1,5 | 13 | 0,0 | 0,0 |
| Lieu d'habitation | | | | |
| Dans le campus | 6,1 | 52 | 24 | 2,0 |
| Hors du campus | 93,9 | 799 | 1173 | 97,8 |
| Habitation en famille | | | | |
| OUI | 62,3 | 465 | 896 | 74,5 |
| NON | 37,7 | 281 | 304 | 25,5 |
| Principal soutien | | | | |
| Parents | 89,6 | 749 | 1098 | 92,0 |
| Partenaires | 3,8 | 32 | 16 | 1,3 |
| Etat/bourse | 6,6 | 55 | 86 | 6,7 |
| Valeur du principal soutien mensuel | | | | |
| <15 000 FCFA | 23,0 | 171 | 173 | 14,6 |
| 15 001-25 000 FCFA | 15,7 | 117 | 308 | 25,9 |
| 25 001-35 000 FCFA | 7,7 | 57 | 125 | 10,5 |
| 35 001-50 000 FCFA | 6,3 | 47 | 142 | 11,9 |
| 50 001-75 000 FCFA | 3,0 | 22 | 23 | 1,9 |
| >75 000 FCFA | 3,0 | 22 | 45 | 3,8 |

| | | | | |
|---|------|-----|------|------|
| ne sais pas (trop variable) | 41,4 | 308 | 313 | 26,2 |
| Régularité de la bourse financière | | | | |
| OUI | 61,6 | 437 | 769 | 65,4 |
| NON | 48,4 | 272 | 4 31 | 34,6 |
| Revenu gagné à temps partiel | | | | |
| <15 000 FCFA | 35,6 | 64 | 78 | 23,7 |
| 15 001-25 000 FCFA | 23,3 | 42 | 87 | 26,4 |
| 25 001-35 000 FCFA | 13,9 | 25 | 24 | 7,3 |
| 35 001-50 000 FCFA | 9,4 | 17 | 31 | 9,4 |
| 50 001-75 000 FCFA | 3,3 | 6 | 13 | 4,0 |
| ne sais pas (trop variable) | 14,4 | 26 | 28 | 8,5 |

Tableau LX: Comparaison entre la consommation de l'alcool et ses conséquences chez les étudiants avant et après la mise en œuvre des interventions

| Indicateurs | Pré-intervention | | Post intervention | |
|--|------------------|-----|-------------------|------|
| Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ? | | | | |
| Une fois par mois | 50,4 | 513 | 322 | 42,0 |
| 2-3 fois par mois | 16,1 | 164 | 196 | 25,6 |
| Une fois par semaine | 9,0 | 92 | 22 | 2,9 |
| 2-3 fois par semaine | 2,6 | 26 | 9 | 1,2 |
| Chaque jour ou presque chaque jour | 1,4 | 14 | 20 | 2,6 |
| Refus | 4,0 | 41 | 91 | 11,9 |
| Ne sait pas | 14,8 | 151 | 88 | 11,5 |
| Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? | | | | |
| Un ou deux | | | 0 | 0 |
| Trois ou quatre | | | 673 | 84,8 |
| Cinq ou six | | | 34 | 4,3 |
| Sept ou neuf | | | 15 | 1,9 |
| Dix ou plus | | | 11 | 1,4 |
| Refus | | | 6 | 0,8 |
| Ne sait pas | | | 13 | 1,6 |
| Ne sait pas | | | 42 | 5,3 |
| Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres | | | | |

standard ou plus ?

| | | | | |
|---------------------------------------|-----|-------------|-----|------------|
| Jamais | 453 | 57,0 | 672 | 85,1 |
| Une fois par mois | 140 | 17,6 | 26 | 3,3 |
| 2-3 fois par mois | 77 | 9,7 | 15 | 1,9 |
| Une fois par semaine | 14 | 1,8 | 3 | ,4 |
| 2-3 fois par semaine | 22 | 2,8 | 22 | 2,8 |
| Chaque jour ou presque chaque jour | 12 | 1,5 | 7 | ,9 |
| Refus | 20 | 2,5 | 19 | 2,4 |
| Ne sait pas | 57 | 7,2 | 48 | 6,1 |

Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

| | | | | |
|---------------------------------------|--|--|-----|------|
| Jamais | | | 672 | 85,1 |
| Une fois par mois | | | 26 | 3,3 |
| 2-3 fois par mois | | | 15 | 1,9 |
| Une fois par semaine | | | 3 | ,4 |
| 2-3 fois par semaine | | | | |
| Chaque jour ou presque chaque jour | | | 7 | ,9 |
| Refus | | | 19 | 2,4 |
| Ne sait pas | | | 48 | 6,1 |

Dans l'année écoulée, combien de fois, parce que vous avez bu, n'avez-vous pu faire ce que vous aviez à faire ?

| | | | | |
|---------------------------------------|------|------------|-----|------|
| Jamais | 52,4 | 533 | 673 | 84,8 |
| Une fois par mois | 4,8 | 49 | 34 | 4,3 |
| 2-3 fois par mois | 1,4 | 14 | 15 | 1,9 |
| Une fois par semaine | 1,6 | 16 | 11 | 1,4 |
| Chaque jour ou presque chaque jour | 0,6 | 6 | 6 | 0,8 |
| Refus | 1,9 | 19 | 13 | 1,6 |
| Ne sait pas | 7,4 | 75 | 42 | 5,3 |

Dans l'année écoulée, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

| | | | | |
|--|------|------------|------|------|
| Jamais | | | 673 | 84,8 |
| Une fois par mois | | | 34 | 4,3 |
| 2-3 fois par mois | | | 15 | 1,9 |
| Une fois par semaine | | | 11 | 1,4 |
| Chaque jour ou presque chaque jour | | | 6 | 0,8 |
| Refus | | | 13 | 1,6 |
| Ne sait pas | | | 42 | 5,3 |
| Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ? | | | | |
| Jamais | | | 673 | 84,8 |
| Une fois par mois | | | 34 | 4,3 |
| 2-3 fois par mois | | | 15 | 1,9 |
| Une fois par semaine | | | 11 | 1,4 |
| Chaque jour ou presque chaque jour | | | 6 | 0,8 |
| Refus | | | 13 | 1,6 |
| Ne sait pas | | | 42 | 5,3 |
| Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ? | | | | |
| Jamais | 86,4 | 879 | 672 | 85,1 |
| Une fois par mois | 2,9 | 29 | 26 | 3,3 |
| 2-3 fois par mois | 1,6 | 16 | 15 | 1,9 |
| Une fois par semaine | 0,5 | 5 | 3 | 0,4 |
| Chaque jour ou presque chaque jour | 0,2 | 2 | 7 | 0,9 |
| Refus | 1,4 | 14 | 19 | 2,4 |
| Ne sait pas | 4,4 | 45 | 48 | 6,1 |
| Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ? | | | | |
| Non | | | 1197 | 100 |
| Oui, mais pas dans l'année passée | | | 0 | 0 |
| Oui, au cours de | | | 0 | 0 |

| | | |
|---|------|-----|
| l'année dernière | | |
| Est-ce qu'un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ? | | |
| Non | 1197 | 100 |
| Oui, mais pas dans l'année passée | 0 | 0 |
| Oui, au cours de l'année dernière | 0 | 0 |

Interprétation : Un score inférieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme est en faveur d'une dépendance à l'alcool. **Donc pour ce tableau nous avons un score de 3 qui est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool**

Tableau LXI: Comportements sexuels vis-à-vis des IST chez les étudiants avant et après la mise en œuvre des interventions

| Indicateurs | Pré-intervention | | Post intervention | |
|---|------------------|-------------|-------------------|-------------|
| | Effectifs | Pourcentage | Effectifs | Pourcentage |
| Personnes déclarant un symptôme d'IST expérimentées | | | | |
| Sensation d'une douleur ou d'une brûlure lorsque vous urinez | 358 | 35,2 | 75 | 19,3 |
| Ecoulement du vagin ou perte blanches inhabituelles ou saignement irrégulier du vagin | 358 | 35,2 | 55 | 14,1 |
| Verrues génitales | 43 | 4,2 | 10 | 2,6 |
| Verrues anales | 43 | 4,2 | 3 | ,8 |
| Masse anormale ou gonflement autour de l'appareil génital | 98 | 9,7 | 16 | 4,1 |
| Picotement | 19 | 1,9 | 49 | 12,6 |
| Non | 473 | 46,5 | 181 | 46,5 |
| Prise en charge et traitement d'un IST | | | | |

| | | | | |
|--|-------|------|-----|------|
| Oui, pris en charge par un médecin ou un autre personnel de santé | 421 | 41,1 | 122 | 41,2 |
| Oui, pris en charge par un tradipraticien | 34 | 3,4 | 11 | 3,7 |
| Non, ils n'ont pas été pris en charge | 270 | 24,6 | 33 | 11,1 |
| Non, je les ai traités moi-même | 147 | 14,5 | 24 | 8,1 |
| Ils ont été traités par quelqu'un d'autre | 29 | 2,9 | 0 | 0 |
| Refus | 64 | 6,3 | 55 | 18,6 |
| Ne sait pas | 73 | 7,2 | 51 | 17,2 |
| Proposition de l'utilisation du préservatif | | | | |
| Non | 78 | 7,7 | 110 | 14,5 |
| Oui | 931 | 91,5 | 651 | 85,5 |
| A déjà utiliser un préservatif | | | | |
| Non | 76 | 7,5 | 165 | 20,1 |
| Oui | 931 | 91,5 | 656 | 79,9 |
| Accessibilité du préservatif | | | | |
| Très difficile | 134 | 13,2 | 67 | 5,6 |
| Assez difficile | 67 | 6,6 | 41 | 3,4 |
| Ni difficile ni facile | 220 | 21,6 | 228 | 19,0 |
| Assez facile | 200 | 19,7 | 182 | 15,2 |
| Très facile | 395 | 38,8 | 100 | 8,3 |
| Difficulté d'obtention des préservatifs | | | | |
| Pas facile de trouver des préservatifs | 207,5 | 20,4 | 55 | 15,3 |
| S'inquiétait que d'autres personnes aller le voir les obtenir | 114 | 11,2 | 50 | 13,9 |
| Trop chers | 99 | 9,7 | 18 | 5,0 |

| | | | | |
|--|-----|------|-----|------|
| Autres | 32 | 3,1 | 31 | 8,6 |
| Refus | 176 | 17,3 | 77 | 21,4 |
| Ne sait pas | 385 | 38,3 | 129 | 35,8 |
| Source d'approvisionnement des préservatifs | | | | |
| Lieux publique | 127 | 12,5 | 15 | 4,7 |
| Boutiques | 699 | 68,7 | 226 | 70,2 |
| Structures sanitaires | 322 | 31,7 | 59 | 18,3 |
| Autres | 20 | 2 | 22 | 6,8 |

Enfin, on note que les pratiques préventives chez les jeunes ont connu des progrès notables entre 2018 et 2023 mettant ainsi en évidence l'efficacité des stratégies de prévention en l'occurrence la sensibilisation, l'accessibilité aux préservatifs. Du point de vue programmatique, ce résultat est globalement positif et prouve que les résultats de la prévention dans la lutte contre le sida a progressé dans les campus, selon l'analyse des Effets des interventions effectuées. En revanche, entre 2020-2023, la proportion des jeunes n'ayant pas fait usage de préservatifs est restée stable. Comme les jeunes résidant dans la maison familiale et les plus instruits ont davantage contribué au maintien des comportements à risque, il s'avère nécessaire de redéfinir les objectifs et reformuler les programmes des préventions en mettant un accent sur l'usage du préservatif.

CHAPITRE V: DISCUSSION

5.1. Profil des participants

Des, 1197 étudiants ont été colligées, 572 étaient des hommes et 628 des femmes pour un sexe ratio de 3,8. La faible participation des hommes à cette étude peut être expliquée par le fait que, le nombre des femmes dans la population camerounaise parallèlement aux activités de soins et aux services de santé disponibles et surtout lorsqu'il s'agit de la santé sexuelle et reproductive[33]. De même, les participants les plus représentées dans cette étude appartenaient à la tranche d'âge des moins de 35 ans (100%). Cette dernière appartient à la tranche d'âge de [15-49 ans] prépondérante dans les activités de dépistage et de prise en charge du VIH ; Ce résultat est similaire à celui des études faites sur la Prévalence du VIH chez les Étudiants des Universités de Yaoundé et Comportements Associés en 2017 qui avait trouvé une prédominance de la tranche d'âge allant de 18-24 ans et de 25-30 ans dans sa population d'étude[2]. Contrairement celle sur connaissances d'étudiants universitaires rwandais à l'égard du VIH-Sida qui avaient trouvé le niveau de connaissances des étudiantes et étudiants rwandais varie significativement en fonction de leur groupe d'âge, et ce, au profit d'étudiants de 30 ans et plus. Toutes ces études montrent une corrélation positive entre l'augmentation de l'âge des étudiants universitaires et une augmentation des connaissances sur le VIH-Sida

Les informations recueillies par rapport aux lieux d'habitation font état de ce que 97,8% d'étudiants habitent hors du campus universitaire. Parmi ceux qui habitent hors du campus universitaire 74,5 % habitent en famille et 25,5 % habitent en dehors des familles, soit dans une mini cité ou alors chez ami ou connaissance. Ceci peut s'expliquer par le fait que le mode de résidence des jeunes avec les parents biologiques a un impact sur leur comportement sexuel, en ce sens qu'elle favorise le contrôle parental qui est fortement associé à une faible probabilité de comportement sexuel à risque[34]. Selon une autre étude basée sur des données collectées sur les structures familiales à trois différents moments au cours de la vie des jeunes célibataires des deux sexes âgés de 12 à 24 ans au Cameroun, il apparaît que le fait de vivre au sein d'une famille biparentale étendue ou nucléaire est fortement associé à un faible taux de précocité du premier rapport sexuel[34]. La survie des parents est déterminante dans l'adoption de comportements sexuels à risques par les jeunes. Ainsi le dialogue entre les enfants et leurs parents dans le domaine de la santé permet aux seconds d'informer les premiers sur les moyens de prévention dont cette hypothèse a été vérifiée au Cameroun où les filles qui communiquent avec leurs mères dans le domaine de la santé ont moins de risque que d'autres de n'avoir pas utilisé les condoms aux derniers rapports sexuels[33].

Plus de la moitié résidait dans les domiciles parentaux alors une autre étude révélait que 42 % résidaient sur le campus et que plus de la moitié (58 %) des étudiants ont subi un test de dépistage du VIH au cours de l'année écoulée. Cependant, 42 % des étudiants sexuellement actifs n'ont pas subi de test[35]. En outre, le modèle résidentiel et la structure familiale pourrait réduire la possibilité de discuter de sujets sensibles des sujets comme le sexe. Les parents devraient discuter de la reproduction problèmes sexuels avec leurs enfants et jeunes adultes, parce qu'un solide bouclier de protection adulte pour les jeunes[36]

Au sein de notre échantillon, les activités génératrices de revenus étaient hétéroclites. Pour ce qui est du principal soutien matériel ou financier ; 92,0% d'étudiants ont déclaré comme principal soutien leurs parents, 1,3% les partenaires et pour 6,7 % le soutien est assuré par l'état ou une bourse ; %). Ces résultats sont les mêmes que ceux retrouvés en 2017 par les enquêtes IBBS du Cameroun qui montrait que la relation entre les conditions économiques et les premiers rapports sexuels ne s'était pas avérée significative. Par contre, les auteurs avaient observé que les adolescents qui vivaient dans des conditions économiques difficiles étaient plus susceptibles d'avoir plusieurs partenaires sexuels[37]. Par ailleurs La Banque Mondiale, dans son rapport sur le développement dans le monde (2001), fait remarquer que les données d'observation internationale montrent qu'il existe une étroite corrélation entre la faiblesse et l'inégalité des revenus d'une part et les taux d'infection par le VIH d'autre part ; et que la compétition dans la perspective d'une entrée en union dans ce contexte contraint les jeunes filles à consentir à des sacrifices en acceptant l'exigence d'être reconnue comme partenaire sexuelle parmi d'autres[38]. Des résultats d'études particulièrement ceux de Rwenge ont révélé une forte corrélation entre les facteurs économiques et les comportements sexuels étudiés. Dans le cas du multi partenariat, à l'exception de la suffisance des moyens, les autres variables considérées avaient une influence positive sur ce comportement sexuel. Il est aussi ressorti que les rapports sexuels occasionnels étaient fortement et positivement corrélés à la suffisance des moyens dont disposent les jeunes pour subvenir à leurs besoins qu'aux autres facteurs économiques considérés[33].

Il apparaît en ce qui concerne les boissons alcoolisées qu'un peu plus de la moitié des étudiants déclarent consommer de l'alcool une fois par mois, bien que très peu (8,5%) boivent des quantités capables de les désorienter sur leur engagement scolaire. Ces résultats sont les mêmes que ceux retrouvés en 2017 par Billong et al, qui montraient que certaines conduites non sexuelles comme la consommation d'alcool et de drogues vont de pair avec l'adoption de comportements sexuels à risque. L'activité sexuelle sous l'influence de l'alcool a augmenté de

manière significative au cours de cette période. La consommation de substances pouvant altérer le jugement, elle pourrait conduire à des comportements sexuels à risque, qui pourraient à leur tour augmenter le risque de contracter le VIH. Une revue narrative de 86 études menées par Blignaut RJ fournit des preuves claires des risques plus élevés d'infection par le VIH pour les personnes ayant des antécédents de consommation d'alcool et pour celles dont les partenaires consomment régulièrement de l'alcool[39]. Il s'agit sans aucun doute d'une porte ouverte à la transmission des IST et du VIH dans la mesure où l'usage de ces substances affaiblit la capacité de jugement des jeunes et peut les conduire à avoir des rapports sexuels non protégés. Ce risque serait encore plus élevé si les deux partenaires sont sous l'emprise de ces substances[26]. De même une étude faite par Kagou et al révélait que chez les filles de 15 à 19 ans non en union, la consommation d'alcool (par le partenaire ou elles-mêmes) lors du dernier rapport sexuel semble réduire l'utilisation d'un condom et le préservatif est plus souvent inutilisé parmi les individus ayant souvent consommé l'alcool à l'initiation sexuelle, chez les garçons comme chez les filles[26]. Une étude a également montré qu'assister à des concerts 8 fois ou plus par an est significativement associé à des comportements à risque chez les étudiants. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes abusent considérablement d'alcool et de drogues lors des concerts, et sont donc plus susceptibles d'adopter des comportements qui les exposent à un risque de contracter le VIH. Selon les résultats de notre étude, la propension aux délits criminels est étroitement liée au comportement à risque des étudiants[40].

Dans notre échantillon il n'existait pas une association statistiquement significative. La distribution des étudiants selon le lien entre l'utilisation de préservatif lors du dernier rapport et le résultat du test positif du VIH. Par contre une autre étude révélait que les étudiants n'utilisaient pas systématiquement de préservatifs et n'étaient pas susceptibles d'en utiliser lorsque la relation était considérée comme stable en raison de la confiance[41]. La forte prévalence de l'infection par le VIH pourrait être associée à des modes de vie et à des pratiques sexuelles à risque, telles que les relations sexuelles avec des professionnelles du sexe et l'utilisation irrégulière du préservatif. De plus, la présence de touristes, de boîtes de nuit et de pensions dans la zone d'étude aurait pu encourager les relations sexuelles transactionnelles et les relations sexuelles avec des partenaires en dehors du milieu universitaire, ce qui aurait pu conduire à l'existence d'un taux élevé d'infection par le VIH. Dans cette étude, avoir des relations sexuelles après avoir bu de l'alcool et avoir bavardé, regardé de la pornographie et utilisé de manière irrégulière un préservatif s'est avéré être

significativement associé à l'infection par le VIH[42]. De plus, les relations sexuelles des femmes et le réseautage avec des hommes en dehors du milieu universitaire pour répondre à leurs besoins financiers et la pression pour obtenir des articles confortables tels que des vêtements, des bijoux et du maquillage coûteux pourraient être des facteurs contributifs. En outre, des facteurs biologiques, notamment l'immaturité du tractus génital, la transmission du VIH entre hommes et femmes, le manque de connaissances approfondies sur le VIH/SIDA et le faible accès aux services de santé pourraient également expliquer cette différence[42]. Le résultat actuel a confirmé que la pratique sexuelle à un âge précoce était associée à une probabilité accrue d'être infecté par le VIH. Cela pourrait être associé à l'affirmation selon laquelle les jeunes étudiants âgés de 15 à 24 ans qui s'engagent dans des relations sexuelles précoces sont susceptibles d'avoir davantage de partenaires sexuels et d'avoir la possibilité de s'engager dans des relations sexuelles à risque, ce qui les prédispose au VIH[43]. Des études similaires ont montré que la toxicomanie entraîne une perte d'inhibition et une participation à des comportements sexuels à risque tels que des rapports sexuels non protégés, des partenaires sexuels multiples, des rapports sexuels prolongés et traumatisants[42]. En outre, différents chercheurs ont également déclaré que les facteurs ci-dessus sont les facteurs courants qui conduisent les jeunes à adopter des comportements sexuels à risque

Les IST sont une source fréquente de problèmes de santé en Afrique dans la mesure où elles augmentent le risque de transmission du VIH. Car la grande majorité des cas ne sont ni diagnostiqués ni traités, d'autre part, les études réalisées sur le sujet ont ciblé essentiellement les sous populations (professionnels du sexe, les consultantes des soins prénatals et obstétricaux, etc.), limitant ainsi leur représentativité[26]. Ainsi plus de la moitié des étudiants ont expérimenté des signes d'IST au cours des douze derniers mois avant l'enquête. Ce résultat est plus élevé par rapport à celle faite par Billong et al qui montraient que 25,1% des d'étudiants ont expérimenté des signes d'IST au cours des douze derniers mois[2]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait de l'inaccessibilité des étudiants aux services de dépistage et de prise en charge des maladies sexuellement transmissibles notamment le VIH.

En Afrique la transmission IST/VIH se fait principalement par les rapports sexuels et que la population la plus infectée est entre 15-29 ans. Pour inverser la tendance de cette épidémie, il est donc impératif de limiter les nouvelles infections notamment dans la jeune génération. Ainsi, les adolescents et les jeunes sont considérés par les programmes de prévention comme un groupe ayant des comportements sexuels à risques. On peut alors s'interroger sur la relation entre la précocité du premier rapport et le non usage de préservatif[26] . Dans notre

échantillon, l'utilisation systématique du préservatif lors des rapports sexuels était courante chez les jeunes âgés de 21 à 24 ans (80%). Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par la littérature faite par Billong et al (92%)[2]. Par contre, la fréquence d'utilisation des préservatifs aux premiers rapports sexuels par les adolescents et jeunes demeure faible même si les tendances actuelles mettent en exergue des niveaux encourageants notamment dans les générations les plus récentes[33]. Selon les normes sociales en vigueur en Afrique, la proposition de l'utilisation du préservatif revient le plus souvent aux hommes. Du coup, quand ceux-ci sont réticents au port du préservatif, le rapport sexuel n'est pas protégé. Il est difficile pour une jeune femme de proposer un préservatif à son partenaire car elle s'expose à la violence et réduit ses chances de construire une relation durable[26]. Ainsi notre échantillon montre que 86% des étudiants ont déjà eu à proposer l'utilisation d'un préservatif à un partenaire ; ce résultat est presque similaire à celle rapportée par la littérature de l'IBBS en 2017[2]. Ces résultats confirment le fait que dans des sociétés africaines, ce sont les hommes qui décident en matière de sexualité. En effet, le plus souvent, le choix du lieu, du moment et même de la forme des rapports sexuels leur revient. Parfois, le seul fait de suggérer son usage est perçu comme une accusation d'infidélité du partenaire ou la reconnaissance d'adultère par la femme elle-même (ICASO, 2007). Par ailleurs, certains jeunes sont gênés à l'idée de se procurer des préservatifs là où ils risquent d'être reconnus ou encore ils en ont une aversion[26].

Notre étude montrait que la plupart des étudiants utilisaient des préservatifs lors de rapports sexuels. Un rapport similaire a été obtenu dans des recherches menées a révélé que 78,6 % des participants utilisaient préservatif chaque fois qu'ils ont des rapports sexuels, et environ 18 % des participants avaient des relations sexuelles avec des commerciaux les travailleuses du sexe[40]. Plusieurs études ont identifié une association entre l'abus de drogues et d'alcool. Les jeunes peuvent involontairement s'exposer au risque de contracter l'infection par le VIH en se livrant à une activité sexuelle sous l'influence de drogues ou d'alcool. Dans ce scénario, les jeunes peuvent ne pas utiliser de préservatifs et peut-être sélectionner des partenaires sexuels particulièrement à haut risque. Il existe également un risque direct de transmission du VIH associé au partage d'aiguilles utilisées pour injecter des médicaments par voie intraveineuse. Selon les résultats du CDC, 22 % des lycéens ayant eu des rapports sexuels au cours des trois derniers mois ont bu de l'alcool ou consommé des drogues avant leur dernier rapport sexuel. Les résultats d'une étude éthiopienne sur la consommation d'alcool auprès d'un échantillon national de jeunes scolarisés et non scolarisés ont montré qu'il existait une

association significative entre la consommation d'alcool et les rapports sexuels non protégés, ceux qui consomment de l'alcool quotidiennement courent un risque trois fois plus élevé que ceux qui n'en consomment pas[40].

Une étude montre cependant que chez les étudiants de plus de 24 ans, l'ignorance du statut sérologique VIH est un problème majeur. Très peu d'étudiants participent au dépistage, les programmes de prévention devront mettre des stratégies pour les cibler de manière spécifique surtout qu'ils portent aussi une prévalence VIH plus élevée. C'est dans cette sous population qu'on trouverait le plus de porteurs de VIH à mettre sous traitement comme le souhaite les orientations nationales [3]. Le nombre d'étudiants déclarant avoir déjà ressenti des symptômes d'IST est incompatible avec l'usage du préservatif qui est élevé chez les étudiants ; ce résultat peut mettre en relief la problématique du port correct du préservatif. Les programmes de prévention devraient insister sur cette question dans les séances d'IEC [2]. Notons que la tendance générale de la population Camerounaise est de refaire le test du VIH, même pour les personnes déjà sous traitement. Ces résultats peuvent donc constituer une donnée de base pouvant permettre d'une part de contrôler l'épidémie du VIH chez les étudiants des universités de Yaoundé par une surveillance épidémiologique régulière, d'autre part d'effectuer un meilleur ciblage des populations et des interventions grâce à une meilleure compréhension des comportements des différentes sous couches populationnelles de ce milieu [36]

Le dépistage du VIH était moins fréquent chez les hommes que chez les femmes, ces résultats étaient similaires à cette étude qui montrait que la réticence des étudiants à passer un test de dépistage du VIH pourrait être attribuée à la peur, à l'anxiété, à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH/SIDA[40]. Mais contrairement à une méta-analyse des comportements sexuels à haut risque des femmes des pays du tiers monde a conclu que les jeunes femmes ont un faux sentiment de sécurité en ce qui concerne les comportements à haut qui pourrait entraîner une baisse du recours au dépistage du VIH[39]. Dans l'ensemble, 85 % des participants ont déclaré avoir fait le test de dépistage qui était en contradiction avec les résultats de l'étude qui avait 81,6 % des participants ont déclaré n'avoir jamais fait de test de dépistage du VIH, avec une auto-divulgence inexacte de 65,9 % des participants. Parmi les participants qui utilisaient des préservatifs de manière irrégulière, seulement 20,2 % avaient fait des tests de dépistage du VIH, avec une auto-divulgence inexacte de 66,7 % des sujets[43]. Malgré les nombreuses campagnes de sensibilisation et points de dépistage, peu d'étudiants ont déclaré avoir été dépistés au cours des 12 derniers mois. Cela suggère de

renforcer les campagnes de sensibilisation sur l'importance du dépistage du VIH[44]. L'accent devrait être mis sur l'évaluation correcte par les jeunes de leur niveau de risque afin de leur faire comprendre l'importance de connaître leur statut VIH. La réticence des étudiants à passer un test de dépistage du VIH pourraient être attribués à la peur, l'anxiété, la stigmatisation et la discrimination associées à respectivement le conseil et dépistage et le sida[36].

La littérature soutient que les débuts sexuels précoces ont été associé à des facteurs de risque liés au VIH, comme de multiples partenaires, les rapports sexuels non protégés et la consommation d'alcool dans le contexte de rapports sexuels. En contradiction avec le rapport en Ouganda[45], moins de cas de partenariats multiples ont été observés parmi les étudiants du groupe d'âge plus âgé dans les deux sexes. Ce résultat était comparable à des études similaires et peuvent être attribués à la « maturation ». On pense que ce phénomène résulte lorsque l'adolescent passe à l'âge adulte et prend des responsabilités. Et ces événements sont associés à un changement d'attitude face aux comportements sexuels problématiques et au risque de perception du VIH. Dans l'ensemble, les répondants qui ont déclaré consommer de l'alcool ou consommation de drogues illégales lors du dernier rapport sexuel étaient plus susceptibles dans tous les cas d'avoir plusieurs partenaires sexuels. Une fois de plus, cela suggère que les individus ayant un comportement à risque pour le VIH sont plus susceptibles pour en exposer d'autres[45]. En outre, ils se sentent moins sensibles aux conséquences néfastes associées aux comportements à risque et sont donc plus à risque d'infection par le VIH parce qu'ils ont des relations sexuelles non protégées, des relations sexuelles avec plusieurs partenaires, des consommateurs de drogues injectables et un abus d'alcool. La nature du partenaire et du partenariat influence non seulement l'utilisation d'un préservatif par les jeunes, mais aussi le comportement sexuel en général. Avoir plusieurs partenaires sexuels (au cours de la vie ou sur une période récente) constitue un facteur de risque comportemental important pour l'infection par le VIH[40], Une étude ont rapporté qu'entre 10 % et 30 % des jeunes étudiants sexuellement actifs à Lusaka, en Zambie, ont plus d'un partenaire sexuel à la fois, les hommes étant plus susceptibles que les femmes de s'engager dans des partenariats multiples simultanés[40].

Concernant les moyens efficaces de lutter contre le VIH, plus de 90 % d'entre eux estiment que le dépistage régulier du VIH est un moyen efficace d'éviter d'être infecté par le VIH. Ce n'est qu'en troisième position qu'ils considèrent l'utilisation du préservatif comme un moyen efficace de se protéger contre l'infection par le VIH[38]. Cette étude révèle que le risque de

VIH augmente directement avec le nombre de partenaires sexuels et que la séropositivité est significativement élevée chez ceux qui ont eu plus de trois partenaires sexuels par rapport à un seul partenaire. Ce résultat est analogue à celui d'une autre étude précédente. L'étude actuelle a révélé que le risque d'exposition à l'infection par le VIH augmente avec le mode d'utilisation des préservatifs, c'est-à-dire que les personnes interrogées dans cette étude utilisaient le préservatif régulièrement, occasionnellement, la plupart du temps. L'utilisation du préservatif et le risque de VIH suggèrent que les taux de VIH étaient plus faibles chez les utilisateurs réguliers du préservatif, et que les non-utilisateurs étaient associés à une séropositivité plus élevée de l'infection au VIH. Les résultats de cette étude sont étayés par d'autres études, à savoir que l'utilisation appropriée du préservatif est l'un des moyens efficaces de prévenir la transmission du VIH[46]. Les auteurs ont également montré que l'efficacité des préservatifs est de moins en moins reconnue. Les résultats de ces travaux mettent en évidence l'écart entre les connaissances et les comportements face au VIH[38]. En effet, les gens peuvent avoir de très bonnes connaissances sur la prévention, la transmission, les manifestations cliniques et les comportements à risque du VIH, sans utiliser les recommandations pour se protéger[43]. D'autres auteurs ont également signalé l'écart entre le niveau de connaissance du risque VIH par les personnes et leur comportement. Dans l'ensemble, le défi de sensibiliser les étudiants au VIH/SIDA est loin d'être relevé. Les préjugés persistants et les représentations sociales favorisent la stigmatisation. La méconnaissance des mesures de prophylaxie post-exposition au VIH et des comportements à risque est encore élevée dans le milieu étudiant[38].

La présente étude a montré que les étudiants universitaires des établissements d'enseignement supérieur au Cameroun étaient bien informés sur le VIH/SIDA, et la majorité d'entre elles n'ont pas subi de test de dépistage du VIH, même si certains le savent de la disponibilité des services de conseil et de dépistage. Il est cependant nécessaire de se lancer dans de vastes et des programmes éducatifs soutenus sur le VIH/SIDA. Les recommandations suivantes doivent être prises en considération lors de l'élaboration d'une stratégie éducative : Une forte collaboration entre les universités, et le ministère de la santé doit être conçue pour aider à la conception et la mise en œuvre d'une éducation spécialisée complète pour freiner la propagation du VIH/SIDA[36] . Cette étude a tenté de fournir des informations importantes concernant le comportement sexuel des étudiants universitaires, leur perception du risque, et mesures de protection possibles, y compris l'utilisation du préservatif qui devrait être mise en œuvre dans le but de contrôler la propagation du VIH. Les jeunes des pays en développement

et des pays développés ont commencé une activité sexuelle relativement tôt. La plupart des participants ont débuté leurs premiers rapports sexuels à l'âge de 19 ans ou plus.

5.2. Limite de l'étude

Comme toute recherche, ce travail comporte des limites qu'il faut considérer dans l'interprétation ou la comparaison des résultats avec d'autres études. La première est inhérente à la nature transversale des données quantitatives sur lesquelles se base notre recherche. A l'instar de cette thèse, la très grande majorité des travaux menés sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes, en Afrique subsaharienne, reposent sur les EDS, les EIS et les enquêtes CAP, nombreuses et facilement accessibles. Bien que les données de ces enquêtes rendent possible l'étude des comportements sexuels, elles restent partielles du fait de leur caractère transversal.

Par ailleurs, la lenteur des procédures administratives aux seins des Universités devant nous octroyer des autorisations de recherche a également été un frein considérable à l'avancée de nos travaux.

D'une part durant notre étude nous avons fait face à la réticence de certains étudiants méfiants à notre égard et ne voulant pas participer à l'étude. Ces derniers ont été exclus de l'étude

La collecte des données a été effectuée dans une seule Région celle du centre qui possède des caractéristiques socioculturelles et socioéconomiques plus ou moins différentes des autres Régions de santé hôtes

.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Il était question tout au long de cette étude d'évaluer les effets des interventions de lutte contre le VIH sur les comportements des étudiants des Campus Universitaires de Yaoundé plus précisément il était question de décrire leur profil sociodémographique, de décrire les comportements sexuels à risque du VIH des étudiants et facteurs en lien avec la prévention ;de déterminer les interventions de lutte contre le VIH mise en œuvre entre 2017-2022 ;de comparer les comportements sexuels à risque du VIH avant et après la mise en œuvre des interventions.

Les résultats ont confirmé l'hypothèse qui stipulait que les interventions effectuées contre le VIH par le MINESUP de 2018 à 2024 sur les comportements des étudiants des Campus Universitaires de Yaoundé étaient pertinentes et justifiées par des comportements de la progression du VIH au sein des populations estudiantines.

Enfin, on note que les pratiques préventives chez les jeunes ont connu des progrès notables entre 2018 et 2023 mettant ainsi en évidence l'efficacité des stratégies de prévention en l'occurrence la sensibilisation, l'accessibilité aux préservatifs. Du point de vue programmatique, ce résultat est globalement positif et prouve que les résultats de la prévention dans la lutte contre le sida ont progressé dans les campus, selon l'analyse des Effets des interventions effectuées. En revanche, entre 2020-2023, la proportion des jeunes n'ayant pas fait usage de préservatifs est restée stable. Comme les jeunes résidant dans la maison familiale et les plus instruits ont davantage contribué au maintien des comportements à risque, il s'avère nécessaire de redéfinir les objectifs et reformuler les programmes des préventions en mettant un accent sur l'usage du préservatif

De ce qui précède, il ressort les recommandations suivantes

- Au CNLS en partenariat avec le MINESUP et MINJEC de :
 - Continuer les efforts entrepris en termes de sensibilisations par rapports aux comportements à risque, notamment en ce qui concerne le multi partenariat et surtout l'utilisation du préservatif. En effet la prévalence est basse chez les étudiants par rapport à la moyenne nationale, mais les comportements observés sont susceptibles d'entraîner une progression rapide du VIH dans ce groupe.
 - Étendre la distribution des préservatifs dans l'environnement estudiantin, en effet une grande partie des étudiants éprouve des difficultés à l'obtenir en cas de besoin. Par

ailleurs un travail important est nécessaire pour la vulgarisation du préservatif au vu de l'importance de la barrière que constitue la honte et la stigmatisation à l'acquisition.

- Encourager les étudiants à se faire dépister aussi bien pour les infections sexuellement transmissibles en général que pour le VIH
- Aux établissements enquêtés de mettre en place des procédures administratives simplifiées
- Aux étudiants et aux chercheurs :
 - Etendre cette étude comportementale à d'autres régions, et y intégrer le volet biologique

.

REFERENCES

1. Comité National de Lutte contre le Sida. Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH et les IST 2023-2030 ; CNLS, Yaoundé. 2022.
2. Billong SC, Nguéfack-Tsague G, Penda CI, Mvilongo EA, Nemb MN, Biyaga PT, et al. Prévalence du VIH chez les Étudiants des Universités de Yaoundé et Comportements Associés. Health Sci Dis [Internet]. 22 août 2018 [cité 17 janv 2024];19(3 (S)). Disponible sur: <http://hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1141>
3. MINESUP. Annuaire statistique du Ministère de l'enseignement supérieur; MINESUP Yaoundé 2022.
4. MINESUP. Plan Strategique Sectoriel de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST du Ministere de l'Enseignement Superieur au Cameroun; Yaoundé ,2018
5. WHO. World Health Organization. Division of Health Promotion Education, Communication. Glossaire de la promotion de la santé. Organisation mondiale de la Santé. 1998;
6. MK Setiadi, AB Keller, CM Leu. Centrale nationale de coordination des addictions. Prévention, lexique de la prévention. 2021. p. 60.
7. F Meunier. Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie. Michèle Tallard (Réd.), Hélène Oeconomio (Collab.), Travail précaire et politiques de gestion de la main-d'œuvre dans le BTP, Paris, CREDOC, 1983 - Persée [Internet]. 2022;60.
8. Billong SC, Savadogo LB, Nsabala HM, Penda CI, Ngoufack MN, Akaba D, et al. Distribution Spatiale et Taille des Populations Adolescentes et Jeunes en Situation de Vulnérabilité au VIH au Cameroun. Health Sci Dis [Internet]. 13 mai 2020 [cité 7 sept 2023];21(5). Disponible sur: <http://hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1969>
9. Guiella G. Comportements sexuels chez les adolescents en Afrique sub-Saharienne : l'exemple du Burkina Faso, du Ghana, du Malawi et de l'Ouganda. Mars 2012 ; p60.
10. CAMPHIA 2018. Evaluation de l'impact du VIH sur la population au Cameroun : CAMPHIA 2017-2018 rapport final [Internet]. [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/120051>
11. OMS. Organisation Mondiale de la Santé. VIH et SIDA. Genève; 2023.
12. Conseil National de Lutte contre le Sida du Sénégal. Rapport annuel des activités. Sénégal: Présidence de la République; 2020 p. 60.
13. Institut National de la Statistique (INS) et ICF. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2011. Yaoundé, Cameroun. Calverton, Maryland. 2011 p.60.
14. Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés. Besoins Relatifs au VIH Chez les Personnes Déplacées à l'Intérieur de Leur Propre Pays et les Populations Affectées pas les Conflits: Outil d'Evaluation Rapide de la Situation. 2007; p 60.

15. Labaume C. *Survivantes et Héroïnes: Les femmes dans la crise au Burkina Faso*. Oxfam International.2017;17(1):121.
16. CNLS. *Guide national de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA – Cameroun*. CNLS; Yaoundé 2018
17. MINSANTE. *Guide national de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA*.MINSANTE; Yaoundé 2018
18. Comité National de lutte Contre le Sida (CNLS). *Directives nationales sur la prise en charge du VIH au Cameroun*. Yaoundé-Cameroun; 2019.
19. Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE),. *Statistiques Canada. La littératie à l'ère de l'information: Rapport final de l'Enquête internationale sur la littératie des adultes*. OCDE. 2000; 211(1):121.
20. Mann JM, Netter TW, Tarantola DJM. *Aids in the world*. Cambridge, Massachusetts ; London: Harvard University Press Cambridge, Massachusetts. london. 1992 ;17(1):121.
21. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *Quels sont les facteurs influençant le degré de littératie en santé?* BMC Public Health.2023;17(1):121.
22. Coalition ontarienne de formation des adultes (COFA). *Fiches d'informations Qu'est-ce que les niveaux de littératie?* OSH-SEM'ISS .2011;17(1):121.
23. Van den Broucke S, Discart M. *La littéracie en santé, un outil de réduction des inégalités sociales de santé*. OSH-SEM'ISS. 2016;22(1):121.
24. Boudreau G. *Le changement de comportement en général* [Internet]. Article récupéré du site; OSH-SEM'ISS 2005;17(1):121.
25. Psychomédia. *Quelles sont les étapes du changement de comportements ou d'habitudes ?* OSH-SEM'ISS 2008;17(1):121.
26. Kacou EA. *Comportements sexuels à risque au temps du VIH/Sida : le cas des jeunes en Côte d'Ivoire* [Internet] [phdthesis]. Université Panthéon-Sorbonne - Paris I; 2018;17(1):121.
27. Tsala Dimbuene Z. *Influences des structures familiales sur les connaissances et comportements de prévention du VIH/SIDA chez les adolescents et les jeunes au Cameroun*. BMC Public Health.4 mars 2010;17(1):121.
28. Kacou EA. *Comportements sexuels à risque au temps du VIH/Sida : le cas des jeunes en Côte d'Ivoire* [Internet] [These de doctorat]. Paris 1; 2018;17(1):121.
29. Rwenge JRM. *Comportements Sexuels parmi les Adolescents et Jeunes en Afrique subsaharienne Francophone et Facteurs Associés*. Afr J Reprod Health. 12 mars 2013;17(1):49-66.
30. Boileau C. *Thèse présentée à la Faculté des études supérieures En vue de l'obtention du grade de Doctorat En Santé Publique Option Epidémiologie*. Afr J Reprod Health.2008;17(1):49-66

31. Woldeyohannes D, Asmamaw Y, Sisay S, Hailesselassie W, Birmeta K, Tekeste Z. Risky HIV sexual behavior and utilization of voluntary counseling and HIV testing and associated factors among undergraduate students in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Public Health*. 25 janv 2017;17(1):121.
32. StatEL. Comparer la distribution d'une variable qualitative entre 3 (ou plus) séries de mesures appariées: Test de Cochran,. Société Ad Sci –Paris. juill 2018; 15(1):50-66
33. Rwenge JRM. Comportements Sexuels parmi les Adolescents et Jeunes en Afrique subsaharienne Francophone et Facteurs Associés. *Afr J Reprod Health*. 12 mars 2013;17(1):49-66.
34. Tsala Dimbuene Z. Influences des structures familiales sur les connaissances et comportements de prévention du VIH/SIDA chez les adolescents et les jeunes au Cameroun. *BMC Public Health*. 4 mars 2010 ;15(1):50-66
35. McElrath K, Stana A, Taylor A, Johnson-Arnold L. Race/Sex Interactions and HIV Testing Among College Students. *J Racial Ethn Health Disparities*. 1 févr 2017; 4(1):112-21.
36. AK Oppong, M. Oti-Boadi. Connaissances sur le VIH/SIDA chez les étudiants universitaires de premier cycle : implications pour les programmes d'éducation sanitaire au Ghana | Sciences de la santé africaines. 24 sept 2024; 15(1):50-66
37. Essomba EN, Fouda AB, Lehman L. Comportement a risque de transmission du hiv des élèves et étudiants de douala, Cameroun. *Risk behavior of HIV transmission of pupils and students in Douala, Cameroon*. 2013; 15(1):50-66
38. Moïse TKE. Déterminants de la prévalence du VIH/SIDA chez les adolescentes au Cameroun. *BMC Public Health*. 2017;17(1):121
39. Blignaut RJ, Jacobs J, Vergnani T. Trends in HIV risk behaviour of incoming first-year students at a South African university: 2007–2012. *SAHARA-J J Soc Asp HIVAIDS*. 1 janv 2015;12(1):39-50.
40. Woldeyohannes D, Asmamaw Y, Sisay S, Hailesselassie W, Birmeta K, Tekeste Z. Risky HIV sexual behavior and utilization of voluntary counseling and HIV testing and associated factors among undergraduate students in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Public Health*. 25 janv 2017;17(1):121.
41. Tagoe M, Aggor RA. Knowledge, behaviour, perceptions and attitudes of University of Ghana students towards HIV/AIDS: what does behavioural surveillance survey tell us? *J Health Hum Serv Adm*. 2009;32(1):51-84.
42. Mulu W, Abera B, Yimer M. Prevalence of Human Immunodeficiency Virus infection and associated factors among students at Bahir Dar University. *Ethiop J Health Dev* [Internet]. 2014 [cité 23 sept 2024];28(3). Disponible sur: <https://ejhd.org/index.php/ejhd/article/view/3353>
43. Choi EPH, Wong JYH, Fong DYT. Disparities Between HIV Testing Levels and the Self-Reported HIV-Negative Status of Sexually Active College Students. *J Sex Res*. oct 2019;56(8):1023-30.

44. Moïse TKE. Déterminants de la prévalence du VIH/SIDA chez les adolescentes au Cameroun. BMC Public Health. 2017;17(1):121
45. Shiferaw Y, Alemu A, Assefa A, Tesfaye B, Gibermedhin E, Amare M. Perception of risk of HIV and sexual risk behaviors among University students: implication for planning interventions. BMC Res Notes. 19 mars 2014;7(1):162.
46. Mukeshimana M. Connaissances, attitudes et pratiques des étudiantes et étudiants universitaires rwandais.es à l'égard du VIH-sida [Internet] [masters]. [Rouyn-Noranda]: Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue; 2021;17(1):121

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES
SCIENCES BIOMÉDICALES

COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Tel/ fax : 22 31-05-86 22 31 1224

Email: decanatfmsb@hotmail.com



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL
SCIENCES

INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD

Ref. : N° 1020 /UY1/FMSB/VIC/DASSR/CSB

CLAIRANCE ÉTHIQUE

10 JUIN 2024

Le COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CIER) de la FMSB a examiné

La demande de la clairance éthique soumise par :

M.Mme : MOHAMADOU ADAMA

Matricule: 20S1041

Travaillant sous la direction de :

- Pr BILLONG Serges Clotaire
- Dr MOSSUS Tatiana

Concernant le projet de recherche intitulé : Effets des interventions de lutte contre le VIH sur les comportements des étudiants des campus universitaires de Yaoundé

Les principales observations sont les suivantes

| | |
|---|--|
| Evaluation scientifique | |
| Evaluation de la convenance institutionnelle/valeur sociale | |
| Equilibre des risques et des bénéfices | |
| Respect du consentement libre et éclairé | |
| Respect de la vie privée et des renseignements personnels (confidentialité) : | |
| Respect de la justice dans le choix des sujets | |
| Respect des personnes vulnérables : | |
| Réduction des inconvénients/optimalisation des avantages | |
| Gestion des compensations financières des sujets | |
| Gestion des conflits d'intérêt impliquant le chercheur | |

Pour toutes ces raisons, le CIER émet un avis favorable sous réserve des modifications recommandées dans la grille d'évaluation scientifique.

L'équipe de recherche est responsable du respect du protocole approuvé et ne devra pas y apporter d'amendement sans avis favorable du CIER. Elle devra collaborer avec le CIER lorsque nécessaire, pour le suivi de la mise en œuvre dudit protocole. La clairance éthique peut être retirée en cas de non - respect de la réglementation ou des recommandations sus évoquées. En foi de quoi la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit

LE PRESIDENT DU COMITE ETHIQUE





CE N° **0423** CRERSHC/2024

Yaoundé, le... **06 MAI 2024**

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité Régional d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine du Centre (CRERSH/C) a reçu la demande de clairance éthique pour le projet de recherche intitulé : « **Effets des interventions de lutte contre le VIH sur les comportements des étudiants des Campus Universitaires de Yaoundé** », soumis par Monsieur **MOHAMADOU ADAMA**.

Après son évaluation, il ressort que le sujet est digne d'intérêt, les objectifs sont bien définis et la procédure de recherche ne comporte pas de méthodes invasives préjudiciables aux participants. Par ailleurs, le formulaire de consentement éclairé destiné aux participants est acceptable.

Pour ces raisons, le Comité Régional d'éthique approuve pour une période de six (06) mois, la mise en œuvre de la présente version du protocole.

L'intéressé est responsable du respect scrupuleux du protocole et ne devra y apporter aucun amendement aussi mineur soit-il sans l'avis favorable du Comité Régional d'Ethique. En outre, il est tenu de :

- collaborer pour toute descente du Comité Régional d'éthique pour le suivi de la mise en œuvre du protocole approuvé ;
- et soumettre le rapport final de l'étude au Comité Régional d'éthique et aux autorités compétentes concernées par l'étude.

La présente clairance peut être retirée en cas de non-respect de la réglementation en vigueur et des directives sus mentionnées.

En foi de quoi la présente Clairance Ethique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit. /-

Ampliations:
CNERSH



LE PRESIDENT

Dr. Dou Dou Dou Dou
Pharmacien

Annexe 1: Fiche information/Information Sheet

SURVEY TITLE:

Effects of HIV interventions on the behavior of students on University Campuses in Yaoundé

PRINCIPAL INVESTIGATOR: Dr MOHAMADOU ADAMA

Doctor, Public Health Resident, Faculty of Medicine and Biomedical Sciences (FMSB) of Yaoundé.

Tel: 699515126; email: bachiroudoc@yahoo.fr

FRAMERS

Professor BILLONG Serges Clotaire

Public Health Physician; Lecturer at the Faculty of Medicine and Biomedical Sciences (FMSB) of Yaoundé, Department of Public Health

Tel: 673 394 386; email: sergebillong@yahoo.fr

Dr Mossus Tatiana

Public Health Physician; Lecturer at the Faculty of Medicine and Sciences

Biomedical (FMSB) of Yaoundé, Department of Public Health

Tel: 693893688

Dr. Ezzo Endale Linda.

Public Health Physician; Assistant at the Faculty of Medicine and Biomedical Sciences (FMSB) of Yaoundé, Department of Public Health

Tel: 699202587, email: endal_2000@yahoo.fr

General informations :

Dear,

I will read you the information leaflet, which will give you information about the study and what we are going to ask of you. Please ask questions about anything that is unclear. At the end, I will ask you if you agree to participate in this study. If you agree, I will suggest that we start our interview

Purpose of the study:

The information you provide will help us establish effective programs to reduce the spread of STIs and HIV/AIDS on university campuses in Cameroon.

Your participation in this study

If you agree to participate in this study, we will ask you some personal questions about your health and sexual activities. The interview could last less than an hour. You can choose not to answer a question if you don't want to.

You will be asked questions about your knowledge and behaviour regarding HIV/AIDS.

The risks and benefits of participating in the study

You may feel uncomfortable or embarrassed when I ask you questions about your sexual behaviours. If you want to speak to someone afterwards, we can refer you to competent services. If this is the case, you will be referred to an approved HIV/AIDS care unit or treatment center as recommended by the National AIDS Program. In either case, you and other Cameroonians will be able to benefit in the future from the information drawn from this study. You can decide not to participate or stop participating in the study at any time. This will not affect routine medical care.

Confidentiality

To ensure your confidentiality and privacy, you have been asked to respect the privacy of the study participants. A code number is used on all questionnaires. Your name will not be included in any note, report, or study.

Voluntary participation

You will not be paid for your participation in this study. You are voluntary. You can stop your participation in this study at any time. If any questions come to mind in the future, you can ask them at any time.

Appendix 2: informed consent form

I, the undersigned Mr/Mrs (surname(s)) and first
name(s).....

Having been invited to participate in the research work entitled “Effects of HIV interventions on the behaviour of students on University Campuses in Yaoundé” whose principal investigator is Dr MOHAMADOU ADAMA answering the telephone number: 699515126.

- I have understood the information leaflet that was read and explained to me concerning this study;
- I have understood the objectives of this study;
- I received all the answers to the questions I asked;
- The risks and benefits were presented and explained to me;
- I understand that I am free to accept or refuse to participate;
- My consent does not relieve research investigators of their responsibilities; I retain all my rights guaranteed by law;

I freely agree to participate in this study under the conditions specified in the information notice, namely:

- Answer survey questions
- To communicate medical information

Made in..... On .../...../2024

Read and approved, signature

TITRE ENQUETE :

Effets des interventions de lutte contre le VIH sur les comportements des étudiants des Campus Universitaires de Yaoundé

INVESTIGATEUR PRINCIPAL:

Dr MOHAMADOU ADAMA

Médecin, Résident de santé publique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) de Yaoundé.

Tel : 699515126 ; email : bachiroudoc@yahoo.fr

ENCADREURS

Pr BILLONG Serges Clotaire

Médecin de Santé Publique ; Maitre de Conférence à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) de Yaoundé, Département de Santé Publique

Tel : 673 394 386; email : sergebillong@yahoo.fr

Dr Mossus Tatiana

Médecin de Santé Publique ; Chargé de cours à la Faculté de Médecine et des Sciences

Biomédicales (FMSB) de Yaoundé, Département de Santé Publique

Tel : 693893688

Dr Esso Endale Linda.

Médecin de Santé Publique ; Assistante à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) de Yaoundé, Département de Santé Publique

Tel : 699202587, email : endal_2000@yahoo.fr

Informations générales :

Madame, Monsieur,

Je vais vous lire la notice d'information, qui vous donnera les informations concernant l'étude et sur ce que nous allons vous demander. Veuillez poser des questions à propos de tout ce qui n'est pas clair. A la fin, je vais vous demander si vous êtes d'accord pour participer à cette étude. Si vous êtes d'accord je vais vous proposer de débiter notre entretien

But de l'étude :

Les informations que vous allez fournir nous aiderons à mettre sur pieds des programmes efficaces pour réduire la propagation des IST et VIH/SIDA dans les campus universitaires du Cameroun.

Votre participation à cette étude

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous poserons quelques questions personnelles sur votre santé et vos activités sexuelles. L'entrevue pourrait durer moins d'une heure. Vous pouvez choisir de ne pas répondre à une question, si vous ne voulez pas.

Des questions sur vos connaissances et comportements par rapport au VIH/SIDA vous seront posées.

Les risques et les avantages de participer à l'étude

Il se peut que vous sentirez peut-être mal à l'aise ou embarrassé lorsque je vais vous poser des questions sur vos comportements sexuels. Si vous avez envie de parler à quelqu'un après, nous pouvons vous référer à des services compétents. Si c'est le cas, vous serez référé dans une unité de prise en charge ou un centre de traitement agréé pour le VIH/SIDA comme recommandé par le Programme national de lutte contre le SIDA. Dans un cas comme dans l'autre, vous et les autres camerounais pourront bénéficier dans l'avenir des informations tirées de cette étude. Vous pouvez décider de ne pas participer ou de cesser de participer à l'étude à tout moment. Cela n'affectera pas les soins médicaux de routine.

Confidentialité

Afin d'assurer votre confidentialité et votre intimité, il a été demandé de respecter la vie privée des participants de l'étude. Un numéro de code est utilisé sur tous les questionnaires. Votre nom ne sera inscrit dans aucune note, rapport, ou étude.

Participation volontaire

Vous ne serez pas payé pour votre participation à cette étude. Vous êtes volontaire. Vous pouvez arrêter votre participation à cette étude à tout moment. Si des questions vous viennent à l'esprit à l'avenir, vous pouvez les poser à tout moment.

Annexe 2 : formulaire de consentement éclairé

Je soussigné Mr/Mme (noms (s) et prénom(s)).....

Avoir été invité à participer au travail de recherche intitulé : « **Effets des interventions de lutte contre le VIH sur les comportements des étudiants des Campus Universitaires de Yaoundé** » dont l'investigatrice principale est Dr MOHAMADOU ADAMA répondant au numéro de téléphone : 699515126.

- J'ai bien compris la notice d'information qui m'a été lu et expliqué concernant cette étude ;
- J'ai bien compris les objectifs de cette étude ;
- J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posées ;
- Les risques et les bénéfices m'ont été présentés et expliqués ;
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer;
- Mon consentement ne décharge pas les investigateurs de la recherche de leurs responsabilités, je conserve tous mes droits garantis par la loi ;

J'accepte librement de participer à cette étude dans les conditions précisées dans la notice d'information à savoir :

- De répondre aux questions d'enquête
- De communiquer les informations médicales

Fait à..... Le .../...../2024

Lu et approuvé, signature

Je soussigné Mr/Mme (noms (s) et prénom(s)).....

Avoir été invité à donner son consentement éclairé en tant que parent à son enfant pour participer au travail de recherche intitulé : « Effets des interventions de lutte contre le VIH sur les comportements des étudiants des Campus Universitaires de Yaoundé » dont l'investigatrice principale est Dr MOHAMADOU ADAMA répondant au numéro de téléphone : 699515126.

- J'ai bien compris la notice d'information qui m'a été lu et expliqué concernant cette étude ;
- J'ai bien compris les objectifs de cette étude ;
- J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posées ;
- Les risques et les bénéfices m'ont été présentés et expliqués ;
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer;
- Mon consentement ne décharge pas les investigateurs de la recherche de leurs responsabilités, je conserve tous mes droits garantis par la loi ;

J'accepte librement que mon enfant participe à cette étude dans les conditions précisées dans la notice d'information à savoir :

- De répondre aux questions d'enquête
- De communiquer les informations médicales

Fait à..... Le .../...../2024

Lu et approuvé, signature

Annexe 3 : Fiche d'enquête

Questionnaire

Date :

QUESTIONNAIRE ETUDIANT Code :/____/

QUESTIONS A POSER AU SUJET DE L'ETUDE

Si jamais ne vous avez des questions concernant cette étude, vous pouvez contacter l'investigateur principal : Dr Mohamadou Adama 699515126, Pr Billong, 677121164

Voulez-vous participer à cette interview?

Enquêteur: Présenter la fiche au participant/participante et lui demander de cocher sa réponse (oui ou non)

1 Non = **ARRET DE L'ENQUETE**

2 Oui

Nom de l'établissement _____

MODULE 1 : DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES

[Q1.0] Sexe 1. Masculin ; 2. Féminin [__]

[Q1.1] Quel âge avez-vous ? [__|__]

Enquêteur : Cette question est importante pour déterminer l'éligibilité du participant. Il ne peut pas refuser de répondre. S'il dit qu'il ne connaît pas son âge, demander-lui d'estimer. Si non stopper l'entretien.

[Q1.2] Quelle est votre nationalité ?

1. Camerounais.

2. Autre (préciser) _____

[Q1.3] Où habitez-vous ?

1 Dans le campus

2 Hors du Campus (préciser le quartier) _____

[Q1.4] (si hors du campus) habitez-vous avec vos parents (au sens large= famille) ? 1.

Oui 2. Non

[Q1.5] Si non à [q1.4], depuis combien de temps habitez- vous seul ? [__|__]

[Q1.6] Avez-vous habité seul au secondaire ?

1.Oui 2. Non

[Q1.7] Qui est votre principal soutien

1. Parents, 2. partenaire, 3. autres [__]

[Q1.8] Quelle somme mensuelle recevez-vous de cette personne pour votre vie estudiantine ?

(Nous ne cherchons qu'une estimation)

1 0 FCFA

2 <15 000 FCFA

3 15 001-25 000 FCFA

4 25 001-35 000 FCFA

5 35 001-50 000 FCFA

6 50 001-75 000 FCFA

7 >75 000 FCFA

9 Refus

10 ne sais pas (trop variable)

[Q1.9] Cette bourse familiale est-elle régulière/périodique ?

1. Oui 2. Non

[Q1.10] La trouvez-vous suffisante pour vos besoins scolaires ? 1. Oui 2. Non

[Q1.11] Avez-vous un emploi à temps partiel en dehors des études ? 1. Oui 2. Non

[Q1.12] Si oui à [q1.10] Combien gagnez-vous par mois en moyenne à partir des activités extra scolaires formelles et informelles ?

1 0 FCFA

2 <15 000 FCFA

3 15 001-25 000 FCFA

4 25 001-35 000 FCFA

5 35 001-50 000 FCFA

6 50 001-75 000 FCFA

8 >75 000 FCFA

9 Refus

[Q1.13] Quelle est votre filière ?

[Q1.14] Quelle est votre niveau académique ? [__]

[Q1.15] Quel est votre religion

1 Chrétien

2 Musulmans

3 Autres à préciser_____

MODULE 2 : DROITS HUMAINS ET VIOLATIONS

[Q2.1] Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? 1. Oui 2. Non

(Si non Fin de l'interview)

[Q2.3] Quelle est la fréquence moyenne de vos rapports sexuels à risque ?

1. Réguliers Fréquence ? _____

2. Occasionnels avec le même partenaire

3. Occasionnels avec différents partenaires

4. Ne sait pas

[Q2.4] Quel est la date de votre dernier rapport sexuel à risque ? __/____/____

[Q2.5] Avez-vous eu au cours des 12 derniers mois des propositions de rapports sexuels en échange(QCM)

1- d'argent/de biens?

2- de bonnes notes

[Q2.6] Avez-vous eu au cours des 12 derniers mois des rapports sexuels en échange (QCM)

1- d'argent/de biens?

2- de bonnes notes ?

[Q2.9] Partez-vous parfois dans des points chauds pour trouver des « sponsors » 1. Oui 2. Non

[Q2.10] Avez-vous des partenaires sexuels payants périodiques 1. Oui 2. Non

[Q2.11] (si non allez à [q2.19]) Avez-vous un homme/femme sponsor permanent ? 1. Oui 2. Non

[Q2.12] si oui à [q2.10] Pourquoi avez-vous commencé à avoir des rapports sexuels en échange d'argent et/ou de biens?

(Raison principale)

[Q2.13] D'habitude où est-ce que vous avez des rapports sexuels ? Je vais vous lire une liste de lieux. Pour chacun, dites-moi s'il s'agit d'un endroit où vous avez des rapports sexuels avec intéressés. (QCM)

1. Campus
2. cité U
3. Bar ou boîte de nuit
4. Rue, parc, jardin public
5. Véhicule privé
6. Hôtel ou maison d'hôtes
7. Autre_____

[Q2.14] A quelle fréquence utilisez-vous un préservatif dans ce cas ?

- 1 Jamais
- 2 Parfois
- 3 La plupart du temps
- 4 Toujours

[Q2.15] A quel point est-ce qu'il est difficile de suggérer l'utilisation d'un préservatif avec votre partenaire habituel non payant ?

- 1 Très difficile
- 2 Assez difficile
- 3 Ni difficile ni facile
- 4 Assez facile
- 5 Très facile

88 Refus

[Q2.16] Combien de partenaires principaux non payants avez-vous eu au cours des 12 derniers mois? [__|__]

(Nous ne cherchons qu'une estimation)

88=Refus

99=Ne sait pas

[Q2.17] Combien de partenaires principaux non payants avez-vous eu au cours du dernier mois? [__|__]

(Nous ne cherchons qu'une estimation)

88=Refus

99=Ne sait pas

[Q2.18] A vos connaissances, est-ce que votre dernier partenaire principal non payant portait le VIH ?

1 Non

2 Oui

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q2.19] Est-ce que cette personne est/était sous traitement ARV?

(Les ARVs sont les médicaments utilisés pour soigner le VIH)

1 Non

2 Oui

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q2.20] Avez-vous déjà eu un rapport anal avec un partenaire principal non payant ?

1 Non

2 Oui

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q2.21] Est-ce que vous avez utilisé un préservatif pour votre dernier rapport anal avec ce type de partenaire?

1 Non

2 Oui

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q2.22] Avec combien de partenaires occasionnels(les) avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 03 derniers mois ? |_|_|

[q2.23] Avez-vous utilisé un préservatif la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec une partenaire occasionnel(le) ? 1. Oui 2. Non

[Q2.24] Si un préservatif n'a pas été utilisé, pourquoi vous et votre partenaire avez choisi de ne pas utiliser un préservatif cette fois-là?

1. Trop cher

2. Mon/ma partenaire a refusé

3. Je n'en avais pas/non disponible

4. Je n'aime pas utiliser des préservatifs

5. Je n'ai pas jugé cela nécessaire

6. J'étais sous l'influence de l'alcool

7. J'étais sous l'influence de la drogue

8. Autres (précisez) : _____

MODULE 3 : UTILISATION DE DROGUES ET D'ALCOOL

[Q3.1] Avez-vous déjà utilisé une substance injectable ?

(Médicament ou drogue ; s'est injecté(e) ou quelqu'un l'a injecté

1 Non

2 Oui

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q3.2] Est-ce qu'un de vos partenaires sexuels a déjà utilisé une drogue injectable ?

(S'est injecté ou quelqu'un a injecté la drogue)

1 Non

2 Oui

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q3.3] Avez-vous déjà utilisé une drogue non injectable illégale ?

(Colle, narcotiques, marijuana, etc.)

1 Non

2 Oui

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q3.4] Avez-vous bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois ?

1 Non

2 Oui

88 Refus

99 Ne sait pas

Pour les prochaines questions, pensez à vos expériences avec l'alcool au cours des 12 derniers mois.

[Q3.5] A quelle fréquence buvez-vous de l'alcool?

Moins d'une fois par mois (1-10 fois dans l'année dernière)

2 Une fois par mois

3 2-3 fois par mois

4 Une fois par semaine

5 2-3 fois par semaine

6 Chaque jour ou presque chaque jour

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q3.6] A quelle fréquence buvez-vous plus de 6 verres/bouteilles standards dans une soirée ?

1 Jamais

2 Une fois par mois

3 2-3 fois par mois

4 Une fois par semaine

5 2-3 fois par semaine

6 Chaque jour ou presque chaque jour

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q3.7] A quelle fréquence est-ce que la consommation d'alcool vous a déjà empêché de remplir vos obligations académiques ?

(Étudier, examen, administratif etc.)

1 Jamais

2 Une fois par mois

3 2-3 fois par mois

4 Une fois par semaine

5 2-3 fois par semaine

6 Chaque jour ou presque chaque jour

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q3.8] A quelle fréquence est-ce qu'il vous est arrivé de ne pas pouvoir vous rappeler ce qui s'est passé à cause de votre consommation d'alcool ?

1 Jamais

2 Une fois par mois

3 2-3 fois par mois

4 Une fois par semaine

5 2-3 fois par semaine

6 Chaque jour ou presque chaque jour

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q3.9] Prenez – vous du tabac ?

1 Non

2 Oui

88 Refus

99 Ne sait pas

MODULE 4 : COMPORTEMENTS ET CONNAISSANCES

[Q4.0] Avez-vous déjà utilisé un préservatif?

1 Non

2 Oui

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q4.1] Avez-vous déjà proposé l'utilisation d'un préservatif à votre partenaire?

1 Non

2 Oui

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q4.2] Au cours des 6 derniers mois, à quel point est-ce que vous avez eu du mal à obtenir des préservatifs lorsque vous en aviez besoin?

1 Très difficile

2 Assez difficile

3 Ni difficile ni facile

4 Assez facile

5 Très facile

[Q4.3] Pourquoi est-ce qu'il était difficile ?

(Enquêteur: Sélectionnez l'option qui correspond le mieux à la réponse de la participante)

1 Pas facile de trouver des préservatifs

2 S'inquiétait que d'autres personnes aller le voir les obtenir

3 Trop chers

66 Autre à préciser_____

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q4.3] Au cours des 6 derniers mois, où avez-vous obtenu des préservatifs d'habitude ?

[Q4.3.1] Lieux publics (p.ex. toilettes, boîtes de nuit, bars, hôtel, etc.)

[Q4.3.2] Boutiques (p.ex. stations, vendeurs dans la rue, pharmacies, etc.)

[Q4.3.3] Structures sanitaires publics ou privés

[Q4.3.1.4] Autres_____

Maintenant, je vais vous poser des questions sur les infections sexuellement transmissibles

[Q4.4] Avez-vous eu un des symptômes de MST autour du vagin/verge ou de l'anus au cours des 12 derniers mois?

1. Douleurs ou sensations de brûleur lorsque vous urinez

2. Ecoulements du vagin ou pertes blanches inhabituelles (odeur, couleur ou quantité anormal) Saignement irrégulier du vagin

3. Verrues génitales

4. Verrues anales

5. Masse anormale ou gonflement autour de l'appareil génital

6. Autre (à préciser) _____

[Q4.5] Si oui à [q4.4] Est-ce que ces symptômes ont été pris en charge par un personnel de santé?

1 Oui, pris en charge par un médecin ou un autre personnel de santé

2 Oui, pris en charge par un tradipraticien

3 Non, ils n'ont pas été pris en charge

4 Non, je les ai traités moi-même

5 Non, traités par quelqu'un d'autre (Préciser)

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q4.6] Avez-vous déjà fait le dépistage d'une infection sexuellement transmissible?

(La syphilis, la gonorrhée, la chlamydiae, l'herpès, etc.)

1 Non

2 Oui

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q4.7] Avez-vous eu une infection sexuellement transmissible au cours des 12 derniers mois ?

1 Non

2 Oui

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q4.8] Est-ce qu'un personnel de santé vous a dit que vous avez l'une des infections sexuellement transmissibles suivantes au cours des 12 derniers mois?

1 Syphilis

2 Gonorrhée

3 Chlamydiae

4 Herpès

5 Papillomavirus humain (PVH)

6 Hépatite B

7 Hépatite C

8 IST inconnue préciser_____

[] Maintenant, discutons de l'infection à VIH

[Q4.9] Avez-vous déjà pris des ARV pour prévenir l'infection à VIH (la prophylaxie pré exposition (PrEP)) ?

1 Non

2 Oui

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q4.10] Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été inquiète au sujet du VIH ?

1 Non

2 Oui, parce que je vis avec le VIH

3 Oui, parce que je crois que j'ai le VIH

4 Oui, parce que je n'ai pas le VIH mais j'ai peur que je pourrais être à risque d'infection

66 Oui, pour une autre raison_____

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q4.11] Avez-vous déjà fait le dépistage VIH ?

1 Non

2 Oui

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q4.12] Où allez-vous d'habitude pour faire le test du VIH ?

1 Structure sanitaire publique

2 Structure sanitaire privée

3 ONG

4 OBC

66 Autre à préciser_____

88 Refus

99 Ne sait pas

[Q4.13] Combien de fois avez-vous fait le dépistage du VIH dans votre vie? [__]

88=Refus

99=Ne sait pas

[Q4.14] Combien de fois avez-vous fait le dépistage du VIH au cours de la dernière année?

[__]

88=Refus

99=Ne sait pas

[Q4.15] Est-ce que vous avez récupéré le résultat de votre dernier dépistage du VIH ?

1 Non

2 Oui

88 Refus

99 Ne sait pas

SOMMAIRE

| | |
|---|-------|
| TABLE DE MATIÈRES..... | i |
| DEDICACE..... | iv |
| REMERCIEMENTS | v |
| RESUME..... | xix |
| SUMMARY | xxi |
| LISTE DES FIGURES..... | xxiii |
| LISTE DES TABLEAUX..... | xxiv |
| LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS | xxvii |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE | 3 |
| CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE | 6 |
| CHAPITRE III: METHODOLOGIE | 32 |
| CHAPITRE IV: RESULTATS | 41 |
| CHAPITRE V: DISCUSSION..... | 91 |
| CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS | 101 |
| REFERENCES..... | 104 |
| ANNEXES | 109 |
| SOMMAIRE | 135 |