

**République du Mali**  
**Un Peuple-Un But-Une Foi**

**Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la  
Recherche Scientifique**

**Université des Sciences, des Techniques et des  
Technologies de Bamako**

**Faculté de Médecine**

**ANNEE : 2012-2013**

**Thèse N°.....**

---

**Etude des connaissances, des attitudes et des  
pratiques des adolescents en milieu scolaire sur les  
infections sexuellement transmissibles (IST) en  
Commune du District de Bamako**

---

Thèse présentée et soutenue publiquement le .....

Faculté de Médecine de Médecine

Par **Cheick Tidiani Cissé**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

**JURY :**

**Président du jury:**

Pr Saharé Fongoro

**Membres du jury:**

Dr Zoumana Koty

**Directeur de thèse :**

Pr Samba Diop

**Codirecteur de thèse:**

Dr Cheick Amadou Tidiane Traoré



## DEDICACES

### ➤ **A mon Père Mamadi Cissé :**

Papa tu as fait de moi ce que je suis aujourd'hui, tu nous as inculqué le sens de partage de la solidarité, du travail bien fait et surtout de l'amour du prochain. Ce travail est le fruit de l'arbre que tu as implanté. Soyez sincèrement récompensé, je te promets d'en faire plus pour que ton nom soit rehaussé. Je voudrai par ce travail, que du moins servirait de modèle à mes autres frères et sœurs. Je veux aussi tu sois le papa le plus heureux, celui qui a su préparer la bonne relève.

**Amour paternel.**

### ➤ **A ma mère adorée Founèba Diakité:**

Les mots me manquent pour qualifier la mère que tu as été et continue à représenter pour moi. Voilà tu es récompensée pour toutes ces années d'abnégations soutenues.

Merci pour tous ces efforts, afin que je deviens aujourd'hui par la force de ta volonté et de ton courage ce que je suis, cette volonté de réussir, je te le dois. Je veux que tu reçois en ce travail, la reconnaissance de tant d'espoir et de la confiance que tu as placée en moi. Que l'éternel le tout puissant te comble et m'accorde la grâce de te faire bénéficier autant que possible du fruit de ce travail.

**Amour infini et longue vie a toi.**

## REMERCIEMENT

➤ **A mes et sœurs frères :**

**Bintou Cissé, Assitan Cissé, Abdoul Karim Cissé, Djenèbou Cissé, Abdoulaye Cissé, Mansa Cissé, Koumba Cissé, Assan Cissé, Moussokoura Cissé, Doussou Cissé, Fatoumata Cissé.**

Une tendre complicité nous a toujours lié. Pour vous qui la famille est au dessus de tous, merci pour votre écoute et l'attention, votre disponibilité sans faille, et votre soutien désintéressé à mon égard. Ce travail est le vôtre, trouvez ici l'expression de mes sentiments fraternels.

**Tendre affection.**

➤ **A mon oncle Blonko Diakité**

Merci pour votre affection et votre soutien tout au long des mes études. Ce travail est le résultat de mon attachement et de mes sentiments pour vous.

➤ **A mes cousins : Flakoro Diakité, Moussa Diakité.**

Cette consécration est fraternellement la vôtre.

➤ **A mes amis(es) : Chacka Traoré, Diango Sangaré, Aly Niakate, Tidiani Ball, Boubacar Goita**

Votre sympathie restera à jamais gravé en moi.

**Meilleures pensées.**

➤ **A ma tante : Kadiatou Diakité.**

Merci pour votre affection et votre soutien tout au long des études. Ce travail est le vôtre.

➤ **A ma chère femme et bien aimée : Mme Cissé Aminata Traoré**

Une bonne femme ; je voudrai dire une bonne épouse doit être toujours patiente, courageuse et tolérante.

Compagne fidèle de bons et de mauvais moment, merci pour cette marque de confiance à mon égard. Trouves ici l'expression de mon attachement. Que le Tout puissant nous gratifie de sa bénédiction divine et nous donne beaucoup de douceurs dans notre foyer, amen. Ce bonheur est partagé.

➤ **A Dr Tamboura Boubou :**

Merci infiniment pour votre soutien apporté à la réalisation de ce document soyez assuré de ma reconnaissance.

➤ **A Dr Oumar Diakité :**

Merci pour toutes ces années de prières et d'encouragements ce travail est le votre.

➤ **A tout le personnel de la santé communautaire de Sikoroni (ASACOMSI) et de la pharmacie Anta .**

Merci pour votre soutien sans faille dans la prière. Que Dieu vous bénisse.

Je remercie tous les maîtres de la FMPOS pour la qualité de l'enseignement.

➤ **A tous les enseignants et élèves du LYCEE Fily Dabo Sissoko, LYCEE MODRNE ADIE GUIEROU ,LYCEE MINA DIARRA et L'INSTITUT DE FORMATION EN ADMINISTRATION et de COMMERCE.**

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

## **HOMMAGE AUX MEMBRES DE JURY**

**A notre maître et président du jury**

**Professeur Saharé FONGORO**

- **Maître de conférences de Néphrologie à la FMOS et FPH.**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**

Homme de science réputé, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre dévouement, votre esprit d'écoute et votre sens de l'humanisme font de vous un Maître admiré par tous.

Au-delà de votre très grande compétence, votre savoir être impose le respect. Qu'Allah vous prête longue vie pleine de bonheur pour que nous puissions davantage bénéficier de vos expériences tant immenses(Amen). Soyez assuré cher Maître de notre sincère reconnaissance.

**A notre Maître et directeur de thèse**

**Professeur Samba DIOP**

**-Maître de conférences en anthropologie médicale.**

**-Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique publique/sociale à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.**

**-Membre du comité d'éthique de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie et du comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie.**

Honorable Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce jury, malgré vos multiples préoccupations.

Nous admirons l'étendue de vos connaissances, votre esprit de recherche scientifique et de perfection, votre rigueur et votre clarté au travail font de vous un Maître admirable.

Veillez recevoir honorable Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance

**A notre Maître et membre de Jury**

**Dr Zoumana Koty**

**-Médecin du centre de santé communautaire de Sikoroni**

**-Médecin responsable qui s'occupe de la prise en charge globale du VIH Sida**

Nous avons été touché par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à l'amélioration de ce travail. Votre dynamisme, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un exemple à suivre.

Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude



**A notre Maître et Co-directeur**

**Dr Cheick Amadou Tidiane Traoré**

**-Ex médecin chef du centre de santé de référence de Macina**

**-Chevalier du mérite de la santé**

**-Diplômé inter-universitaire (DIU).**

**<< Organisation et management des systèmes publics de prévention vaccinale dans les pays en développement>>**

Merci pour tout ce que nous avons appris à vos côtés. En plus de votre rôle de maître, vous avez été pour nous le grand frère et le conseiller. La joie du travail bien accompli explique toute la rigueur de vos méthodes.

Cher maître, ce travail est le vôtre et nous prions d'accepter nos sentiments distingués

## Abréviations

**ARV** : Anti retro viraux

**DNSI** : Direction nationale de la statistique et de l'informatique

**EDS** : Enquête démographique et de santé

**ITSS** : Infection transmissible sexuellement et par le sang

**GND** : Grossesse non désirée

**IST** : Infection sexuellement transmissible

**LMAG** : Lycée moderne Adié Guiérou

**LFDS** : Lycée Fily Dabo Sissoko

**LMAD** ; Lycées Mina Diarra

**IFAC** : Institut de formation en administration et de commerce

**MST** : Maladie sexuellement transmissible

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONG** : Organisation non gouvernementale

**PF** : Planification familiale

**UNESCO**: United Nations Educational Scientific and Cultural Organisation

**USAID**: United States Agency for International Développement (Agence des Etats Unies pour le Développement International)

**VIH/SIDA**: Virus de l'immunodéficience acquise humaine/ Syndrome immunodéficience acquise

## Table des matières

I.	Introduction.....	1-2
II.	Enoncé du problème.....	25
III.	Cadre théorique.....	26
1.	Description.....	26
2.	Hypothèses.....	26
3.	Objectifs.....	26
3.1	Objectif général.....	26
3.2	Objectifs spécifiques.....	26-27
4.	Justification.....	27-28
IV.	Démarche Méthodologique.....	28
1.	Cadre d'étude.....	28 -29
2.	Type et période d'étude.....	30
3.	Lieu d'étude.....	30
4.	Population d'étude échantillon.....	31
5.	Considérations éthiques et déontologiques .....	31
6.	Traitement et analyse des données .....	31
7.	Critère d'inclusion.....	32
8.	Critère de non inclusion.....	32
V-	Produits attendus.....	33-53
VI-	Commentaires et discussions.....	54-58

**VII-Conclusion et recommandations .....59-60**

**VIII. Références bibliographiques.....61-64**

**IX. Annexe**

**-Questionnaire**

**-Certificats**

**\*Langue bamanan (bamanan kan)**

**\*Ethique**

## I-Introduction

L'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande l'utilisation du terme d'infections sexuellement transmissibles (IST) pour prendre en compte la fréquence des formes asymptomatiques.

Une infection sexuellement transmissible (IST) est une infection qui se transmet avec au moins un des partenaires infectés au cours de différentes formes de rapports sexuels : contacts génitaux ou sanguins, rapports oraux, vaginaux ou anaux (muqueuses et fluides corporels). Cette infection peut donner lieu à une maladie infectieuse.

D'après l'OMS 250 millions de cas des d'IST surviennent chaque année dans le monde, avec des conséquences qui engagent le pronostic fonctionnel (stérilité tubaire) ou vital (sida) [25].

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont un facteur associé qui contribue souvent à la transmission accélérée du virus du VIH-sida. En 2008, on estimait à 33,4 millions le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH et le SIDA dans le monde, et 2,7 millions de nouvelles infections et 2,0 millions de décès. [25]

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée avec 22,4 millions de personnes vivant avec le VIH et SIDA, 1,9 millions de nouvelles infections et 1,4 millions de décès dus au SIDA. [25]

Au Mali, le taux de prévalence dans la population générale s'élevait à 1,3% en 2006[5], ce qui fait du Mali, un des pays à prévalence faible. Cette prévalence varie de 1,8% en milieu urbain et 1,2% en zone rurale. A Bamako, la prévalence était de 2,3% contre 1,5% dans les autres villes [5]. Mais les risques de contamination par contacts hétérosexuels y sont potentiellement élevés. La persistance des comportements sexuels à risque

constitue une menace évidente et amène à une réévaluation du risque sexuel dans cette population.

Les plus fréquents des IST sont la gonococcie, la syphilis (Dana), les chlamydioses, l'herpès génital, la trichomonose et les papillomaviroses.

Toutes les pratiques sexuelles qui comportent un contact sexuel avec une autre personne (sans protection), ou les fluides génitaux avec un contact direct avec le sang d'une autre personne, sont considérées comme facteur de risque de transmission d'une IST. Chaque IST présente un risque et un degré de gravité différents.

Ce pendant il existe plus de trente bactéries, virus et parasites sexuellement transmissible. Les agents pathogènes sexuellement transmissibles les plus courants sont d'origine bactérienne, virale ou parasitaire.

#### **A-LES DIFFERENTES I.S.T :**

##### **1. Les IST se traduisant par une inflammation des voies génitales :**

- Gonococcie
- Chlamydie
- Mycoplasmoses
- Trichomonose
- Candidoses

##### **2. Les IST se traduisant par une ulcération**

- L'herpès génital (HSV-2).
- La syphilis
- Le chancre mou
- La maladie de Nicolas et Favre (la lymphogranulomatose vénérienne)

-La donovanose (*Calymmapobacterium granulomatis* : granulome inguinal).

### 3. Les IST se traduisant par une lésion tumorale

-Condylomes vénériens(*Papillomavirus*)

-*Molluscum contagiosum de l'adulte (poxvirus)*

### 4. Les IST à traduction extra génitale

-VIH/SIDA

-Hépatite B et C

-Autres : amoebose , CMV, EBV, HTLV1, maladie de kaposi.

### 5. Les IST se traduisant par une parasitose externe

-Gale (scabiose)

-Pédiculose du pubis

## a- Manifestations des IST

### 1. Les IST se traduisant par une inflammation des voies génitales :

#### 1.2- Gonococcie (29)

Le mot gonorrhée est d'origine grecque. Il est de Galien et signifie écoulement de semence. Rabelais lui donna le nom de « chaude pisse ». **Swediowr** lui donna le nom de blennorragie en 1784. Longtemps, gonorrhée et syphilis ont été considérées comme deux manifestations d'une même maladie. **Benjamin Bell**, en 1773, montra la différence entre les deux maladies ; **Hernandez**, en 1812, apporta la preuve définitive de cette différence, qui sera confirmée en 1838 par **Philippe Ricord**.

Ce n'est qu'en 1879 qu'**Albert Neisser** a découvert le gonocoque dans les pus urétral et oculaires à 30 – 34o C, et lui donna le nom de *Neisseria gonorrhoeae*.

## - Epidémiologie

La prévalence des infections génitales à gonocoque chez les femmes enceintes en milieu africain varie de 1,8 à 11,7% .Le risque de contracter une conjonctivite purulente chez un nouveau né dont la mère est infectée par des gonocoques est de 30 à 40 % s'il n'y a pas de chimioprophylaxie, elle se complique de kératite, dans 10 à 20 % des cas dont bon nombre entraînent une cécité .20 à 40 % des salpingites en Afrique chez les femmes des villes âgées de 15 à 45 ans sont dues aux gonocoques.

Le risque de contracter une gonococcie par des rapports sexuels vaginaux avec une personne contaminée est de 20 à 30 % pour un homme sain et 50 à 80 % pour une femme saine. La gonococcie est la principale cause d'urétrite chez l'homme dans les pays en voie de développement.

### - Agent causal

Il s'agit d'un diplocoque Gram-négatif en grain de café ; chaque diplocoque ayant 0,7 µm de longueur 1,3 µm de largeur. Par rapport aux polynucléaires, les diplocoques sont intra ou extra-cellulaires. *Neisseria gonorrhoeae* est une bactérie que l'on trouve sur les muqueuses. Il est très fragile et sensible aux variations de température et de PH. Le gonocoque est très souvent associé aux infections à *Chlamydia Trachomatis*, *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasmes*.

## 1.2- IST à chlamydia

### - Epidémiologie

La prévalence des infections génitales à chlamydia chez les femmes enceintes en milieu urbain Africain varie de 5,3 à 13 % les chlamydiae constituent la 2<sup>ème</sup> cause d'urétrite chez l'homme dans les pays en voie de développement. 20 à 50 % des salpingites en Afrique chez les femmes des villes âgées de 15 à 45 ans sont dus aux chlamydiae.

### - Agent causal

Les chlamydiae sont des bactéries immobiles à gram négatif et sont cellulaires obligatoires. Elles se multiplient à l'intérieur du cytoplasme des cellules hôtes, forment



des inclusions intra cellulaires caractéristiques. Elles se distinguent des virus par leur contenu en ADN, par leurs parois cellulaires semblables en structure à celles des bactéries gram négatif et par leur sensibilité à certain anti bactérien tel que les tétracyclines et l'érythromycine. le chlamydiae trachomatis comporte différents sous groupes (A,B,C,D) agent du trachome, G et K responsable d'infection génito-urinaire, L1, L2, L3 agent de Nicolas – Favre.

### **1.3-Affection à mycoplasme [31] :**

Les mycoplasmes sont les plus petits procaryotes capables de se multiplier de façon autonome. Il s'agit de bactéries de petites tailles 0,2 à 0,3  $\mu m$  allant de forme coccoïdes à des formes filamenteuses à l'examen sur fond noir *Ureaplasma urealyticum* et *Mycoplasma hominis* sont responsable d'urétrites,

### **1.4-Affections à trichomonas vaginalis [32]**

Le *Trichomonas vaginalis* est un protozoaire microscopique unicellulaire en forme de poire, un peu moins gros qu'un globule blanc. La « queue » du trichomonas se termine par 4 minces filaments, exécutant, de rapides mouvements et permet à cet organisme de se déplacer à vive allure.

### **1.5-Candidose vaginale**

#### **- Historique:**

En 1840, **Wukinson** établit une corrélation entre une vulvo-vaginite et la présence de *Candida albicans*. En 1875, **Mauss Mann** prouve la pathogénicité de *Candida albicans* pour les voies génitales féminines. Il inocula des pertes de malades porteuses de champignons à des témoins sains et provoque chez elles une vulvo-vaginite.

#### **- Epidémiologie:**

Répondus dans le monde, les *Candidas* sont normalement des commensaux, parfaitement tolérés de l'homme sain qui dans 5% au moins des cas en abrite dans son

oropharynx et dans son intestin. Levure Saprophyte, strict du tube digestif, le *Candida* dans toute autre localisation peut être considéré comme pathogène. La fréquence de la candidose urogénitale ne cesse de croître. Dans 10 à 15% des infections non gonococciques et des vulvo-vaginites, on trouve des levures du genre *Candida*.

**-Agent pathogène [32] :**

*Candida Albicans* appartient à la famille des champignons se reproduisant par division binaire et par bourgeonnement de cellules isolées. Il réside naturellement dans le tube digestif humain, mais il peut être présent en faible quantité dans la flore vaginale normale (chez 25% des femmes) ; 30 à 40% des candidoses génitales peuvent être transmises ou entretenues par voie sexuelle.

Le genre *Candida* rassemble près de 100 espèces, mais seulement une douzaine est observable en pathologie humaine. *Candida albicans* est le plus fréquemment rencontré dans les infections urogénitales.

## **2. Les IST se traduisant par une ulcération**

**2.1- Herpes génital dû à l'*Herpes simplex* [7];** *Herpes simplex* virus type 2 appartient à la famille des *Herpes viridae*. L'homme est le seul réservoir de ce virus très fragile, transmis préférentiellement par les relations sexuelles. Il est responsable de vulvite chez la femme, de balanite chez l'homme, de vulvo-vaginite chez la petite fille. Il provoque l'herpès néonatal qui sans traitement peut entraîner 85% de décès chez les nouveau-nés atteints.

### **2.2 -Syphilis:**

La syphilis (ou vérole) est une maladie infectieuse, essentiellement contagieuse, transmise en général par les rapports sexuels plus rarement par accident (piqûre), par voie sanguine (transfusion) et aussi par voie transplacentaire (de la mère au fœtus : syphilis congénitale).

La syphilis doit son nom à un chirurgien de Vérone, hieronymus frascatorius, qui en 1530 écrit un poème « syphilis sive morbus gallicus » ou son héros, le berger syphilis (nom

empreinté à une légende d'ovidé ou il est question du mont syphilis) est frappé par appollon de la maladie «pour avoir enlevé des autels défendus sur la colline ». le berger syphilis a offensé le soleil, renversé ces autels et en a enlevé au roi Accinoüs dont il garde le troupeau. Le Dieu soleil, pour le punir lui renvoie le mal Vénérien. Les habitants donnent le nom de syphilis en mémoire ou berger, premier homme atteint de cette maladie contagieuse.

#### **-Epidémiologie :**

D'après l'OMS la syphilis constitue aujourd'hui encore un problème mondial et l'on évalue à 12 millions le nombre de personnes infectées chaque année, bien qu'il existe des mesures de prévention efficaces, comme le préservatif, et des mesures thérapeutiques elles aussi efficaces et relativement peu coûteuses.

#### **-Agent causal :**

Il s'agit de bactéries spiralées, mobiles à division transversale, le tréponema pallidum est de forme hélicoïdal, à une longueur de 8M à 14 M, une largeur de 0,15 à 0,20M ; la largeur et la profondeur des spires (0,8 à 1M) sont égales et constantes tout le long du corps spirochetien. Cette bactérie est mise en évidence par l'examen au microscope. Il en découle quatre forme à savoir :

**2.2.1- La syphilis primaire [27] :** elle se caractérise par l'apparition du chancre au point d'inoculation, accompagnée de son adénopathie satellite. Cette adénopathie n'est pas spécifique, car observée dans le chancre mou et l'herpès.

Elle peut s'associer à d'autre IST : gonococcie, urétrite à *Chlamydia trachomatis*.

**2.2.2-La syphilis secondaire [31] :** C'est la phase de dissémination septicémique de *Treponema pallidum*. Elle apparaît six semaines après le chancre. Elle est marquée par une éruption cutanée polymorphe. L'atteinte du système nerveux central dès ce stade est fréquente. A ce stade la maladie est curable.

**2.2.3-La syphilis tertiaire [31] :** Elle est marquée par des atteintes viscérales graves, cardiovasculaires, neurologiques, osseuses ou cutanées. La syphilis tertiaire persiste

jusqu'à la mort. La neurosyphilis est classiquement rattachée à la syphilis tertiaire ; cependant la contamination du système nerveux central peut se présenter à tous les stades de la maladie.

**2.2.4-La syphilis Latente[31]** : c'est la phase latente asymptomatique de longue durée et 25% des cas non traités évoluent vers une syphilis tertiaire, selon l'OMS ; cette syphilis latente est précoce lorsqu'elle évolue depuis moins de deux ans. Elle est tardive quand elle évolue depuis plus de deux ans.

### 2.3- Chancre

- **Chancre mou** (Musso teré) [32]

#### - Epidémiologie

Le chancre mou est surtout répandu en Afrique et en Asie (20 à 60 % des ulcérations génitales), particulièrement dans les milieux défavorisés et chez les prostitués.

#### - Agent causal

L'agent responsable du chancre mou est l'*Hemophilus ducreyi* . En culture les bactéries sont regroupées en « banc de poison »

### 2.4-Donovanose due à *Calymmato bacterum granulomatis* [32].

L'ulcération est unique ou multiple, indurée, granulomateuse, rouge vive, indolore et saignante facilement au contact.

### 2.5 Maladie de Nicolas – Favre due au chlamydiae

CONTENU ????????

### 3. Les IST se traduisant par une lésion tumorale

-**Condylome (crête de coq)** dû à un virus du groupe de *Papillomavirus* [7].

On distingue trois aspects cliniques principaux : les condylomes acuminés ou crêtes de coq facilement reconnus, les condylomes plans, infection infra clinique, le diagnostic clinique suffit dans les condylomes acuminés.

## 4. Les IST à traduction extra génitale

### 4.1- SIDA

#### A- DEFINITION :

##### 1- Historique :

L'histoire du SIDA commence des deux villes des Etats Unis (**New York** et **Los Angeles**) où des cas cliniques ont été observés chez des communautés d'homosexuel par le **Docteur Gohlieb** et collaborateurs entre octobre 1980 et Mai 1981 et par le **Docteur Pozalki [12]**. La nature infectieuse et transmissible du SIDA suspectée au paravent fut confirmée par les travaux du **Professeur Luc Montagnier** et son équipe qui en 1983 isolent le virus du SIDA à partir du ganglion lymphatique d'un sujet atteint du syndrome de lymphadénopathie chronique. Le virus du SIDA qui fut appelé *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV) ou virus associé à la lymphadénopathie . C'est l'identification du V.I.H1 [**21-22**]. Ensuite, en 1984, le même virus fut identifié par **Robert Gallo** qui l'appela H.T.L VIII [**12-13**].

En 1986, un deuxième rétrovirus humain ( LAV III ) causant le SIDA fut isolé à l'institut Pasteur chez les malades d'origine Ouest Africaine hospitalisés à l'hôpital **Claude Bernard** de Paris [**2**]. Ce même virus fut retrouvé par M. **Essex** et appelé HTLVIV la même année . En revanche, en Mai 1986, le comité international de la taxonomie (CIT) des virus à recommandé une nouvelle appellation, virus de l'immuno déficience humaine «Human Immuno Deficiency Virus (HIV)».

- En 1993, la classification CDC du virus est faite.
- En 1995, ce fut le développement des bi thérapies et de la mesure de la charge virale.
- En 1996, les trithérapies se développent.

##### 2- Epidémiologie de l'infection par le VIH :

###### 2.1- Situation de l'infection par le VIH dans le monde :

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a tué plus de 25 millions de personnes [17] depuis qu'il a été identifié en 1981, ce qui en fait l'une des épidémies les plus

dévastatrices de l'histoire. Malgré un accès récemment amélioré aux traitements antirétroviraux et à la prise en charge dans de nombreuses régions du monde, l'épidémie de SIDA a fait 2,0 millions [1,7–2,4 millions] de décès en 2008.

Le nombre total de personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a atteint son plus haut niveau : on estimait qu'en 2008, 33,4 millions [31,1–35,8 millions] de personnes vivaient avec le VIH. Près de 2,7 millions de personnes ont contracté une infection par le virus.

La situation de l'Afrique devient de plus en plus catastrophique. Les taux élevés d'infection au VIH persistent dans de nombreux pays. L'Afrique subsaharienne comptait 1,4 millions [1,1-1,7millions] de décès.[18].

## **2.2-Agent pathogène [5-14-16-26] :**

Le virus d'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus appartenant à la famille des *Rétroviridae*, et aux sous familles des lentivirus. Ce virus a été identifié en 1983 comme étant l'agent étiologique du SIDA. Le VIH possède les caractéristiques communes qui sont :

- La possibilité de transcrire la molécule d'ARN de la cellule infectée en une molécule d'ADN virale à partir de l'ADN de la cellule infectée grâce à une enzyme appelée la transcriptase reverse.
- L'ADN néoformé possède à chaque extrémité une même séquence répétitive de taille variable dite LTR (long terminal repeat). Il peut alors s'intégrer de manière stable dans l'ADN chromosomique de la cellule devenant alors un provirus ;
- La latence : Ce provirus peut rester silencieux et être transmis aux cellules filles par mitose. Il peut aussi s'exprimer et être transcrit en ARN puis traduit en protéine virale et donner des particules virales identiques aux virus infectieux de départ ;

- La variabilité génétique : Elle explique la possibilité de résistance à certains traitements. Deux types de VIH présentant des pronostics et des taux de transmissions différents ont été identifiés :

VIH 1 : isolé en France puis aux Etats-Unis en 1983, il fut synonyme de LAV et de HTLVIII. Ce virus se divise en trois groupes :

- *Groupe M (majeur)*

Il inclut la quasi-totalité des variantes isolés de par le monde et est lui-même séparé en 11 sous types de A à K ;

- *Groupe O (out lier)*

Ils regroupent un nombre limité de variants très éloignés de M qui représenteraient près de 50% de divergence avec les autres VIH1 ;

- *Le groupe nouveau (N) ou non M et non O :*

Le premier isolat a été identifié 1995 chez des patients Camerounais.

VIH2 : isolé en Afrique en 1986 plus proche du virus de l'immunodéficience simienne (Kurt et coll.), car présentant des propriétés communes : morphologie et morphogénèse tropisme pour les cellules possédant la molécule CD4, cytopathogénicité, pathogénicité (immunodéficience) ; organisation génomique surtout pour les gènes de régulation.

**Sensibilité** : Le VIH est fragile dans le milieu extérieur il est inactivé par : la chaleur à 55°C pendant 30mn, l'alcool à 70°C pendant 30mn, l'acide hypochloridrique (eau de javel) dilué au 1 / 10 pendant 40mn, l'eau oxygénée à 0,3% mais résiste au froid ; aux rayons X ; U ; V.

**Affinité** : le VIH a une affinité pour les cellules porteuses de la molécule CD4 : lymphocytes TCD4, macrophage, monocyte qui sont ses principales cibles ; le VIH affecte également d'autres cellules porteuses de CD4 : précurseurs médullaires, lymphocytes B immortalisés par le virus Epstein Barr (VEB), cellules intestinales, cellules gliales du cerveau, cellules d'endothélium vasculaire avec production d'interleukine 6.

L'infection de certaines de ces cellules se fait par l'intermédiaire du récepteur CD4 par liaison avec le groupe GP 110 du virus. D'autres récepteurs seraient aussi mis en jeu.

**Exemple :** Les canaux ioniques, ce qui explique la formation du syncytium in vitro et le fait qu'in vivo des cellules ne possédant pas le récepteur CD4 puissent être infectées ; exemples : cellules nerveuses non macrophagiques.

Le récepteur macrophagique CCR-5 découvert en 1996 interviendrait dans la transmission sexuelle du VIH et au début de l'infection.

### **2.2.1-Structure :**

L'étude de la structure génétique du VIH permet de comprendre la complexité de ce Virus, certaines de ses manifestations cliniques et biologiques.

Le virus apparaît sphérique au microscope électronique avec un diamètre de 80 à 120nm

#### **Sa structure comporte :**

- une enveloppe de couche lipidique ou « core » portant à sa surface, 72 boutons de longueur 9 à 10 nm et de largeur 14 nm,
- A l'intérieur de l'enveloppe se trouve une matrice protéique de 5 à 6nm d'épaisseur jouant le rôle de facteur stabilisant de la particule virale mature et de facteur supportant la projection de surface,
- Molécule d'ARN associé à la transcriptase inverse.

En coupe, on observe, une sorte de barreau conique de 10 nm de long et de 45 nm de large. L'espace vide entre le core et la matrice protéique est partiellement occupé par les masses denses d'électrons « corps latéraux ».

### **2.2.2-Organisation génétique [5-14]**

Le génome viral compte plus de 9.700 nucléotides ; le génome est composé de l'extrémité 3' vers l'extrémité 5' de trois gènes caractéristiques des rétrovirus codant les composants structuraux du virus :

- Le gène « gag » (Groupe antigène) code pour les protéines internes appelées du « core » qui sont : P50 et P40 qui se cliveront en P18 et P13 ;



- Les protéines du noyau P24, P17, P13, ce dernier se clive en P6 et P9 ;
- Le gène « pol. » (Polymérase) code pour les enzymes de réplication P68 et P67 constituant la reverse transcriptase P34 correspond à l'intégrase ;
- Le gène « ENV » (enveloppe) code pour les glycoprotéines GP110 et GP41 issue de GP160 qui est un précurseur moléculaire.

GP110 est responsable de l'interaction avec la membrane de la cellule cible au niveau du récepteur CD4 permettant la pénétration du VIH ;

GP110 correspond aux boutons hérissant la surface du virus ;

GP41 permet d'induire le syncytium (fusion cellulaire) qui est un des éléments cytopathogènes du VIH.

Contrairement aux autres rétrovirus, le VIH possède d'autres gènes intervenant dans sa réplication, ceux-ci expliquent probablement son haut pouvoir pathogène. Il s'agit de gènes régulateurs se retrouvant chez VIH1 et VIH2 ; ce sont :

- TAT favorisant l'augmentation du niveau de la synthèse des protéines virales ;
- REV qui favorise l'augmentation des ARN messagers correspondant aux protéines gag, Pol et ENV ;
- VIF qui permet d'augmenter l'infectiosité ;
- NEF dont le rôle est inconnu.

Il existe d'autres gènes n'appartenant pas aux deux types de virus :

- VPU est présent chez VIH1 ;
- VPX se trouve chez VIH2 et VIS.

### **2.2.3-Variabilité génétique [31] :**

L'analyse phylogénétique de nombreuses souches du VIH1 d'origine géographique diverse a révélé trois grands groupes distincts de virus nommés M pour majeur ou main, N (pour new ou non O) et O (pour out lier) le groupe O ne représente que 50% d'homologie avec les souches du groupe M dans les séquences du gène de l'enveloppe. La grande majorité des souches de VIH1 responsables de la pandémie appartient au

groupe M dans lequel l'analyse phylogénétique a permis d'identifier 11 sous types (de A à K), et près de 20% des isolats sont recombinants, avec des parties du génome appartenant à des sous types différents. Il est important de distinguer les sous types purs des virus recombinants. Pour être classés comme des sous types, les isolats doivent se ressembler entre eux et non à d'autres sous-types sur le génome entier. Sur cette base, il y aurait seulement neuf sous-types au sein du groupe M, étant donné que le virus du prototype E et I dans l'enveloppe sont des recombinants avec des fractions importantes du génome appartenant à d'autres sous types.

#### **2.2.4-Réplication virale [31]**

La fixation et la fusion des virus sur les récepteurs cellulaires sont les premières étapes du cycle viral, les structures de surface du VIH y jouent un rôle principal et les deux glycoprotéines de l'enveloppe sont directement impliquées dans le mécanisme de fixation et de fusion. La glycoprotéine trans-membranaire participe à la fusion entre l'enveloppe virale et la membrane cellulaire.

L'intégration génomique : Après que le noyau viral ait été introduit dans la cellule, il est décapsidé et l'ARN du virus est libéré dans le cytoplasme. Le brin de l'ARN est copié en simple brin d'ADN intermédiaire grâce à une polymérase. On obtient un hybride ARN ADN. Une ribonucléase intervient alors pour détruire l'ARN d'origine viral ; et la polymérase produit alors un second brin d'ADN en utilisant le premier comme matrice ; polymérase et ribonucléase sont souvent désignées sous le nom de transcriptase inverse ; l'ADN double brin migre vers le noyau, et une troisième enzyme, l'intégrase ou endonucléase, intervient. Elle permet l'intégration de la copie d'ADN du génome viral dans le génome cellulaire sous forme de provirus, l'information virale répliquant chaque fois que la cellule se subdivise. Le provirus reste silencieux ou entre dans un cycle reproductif quelque soit le facteur déclenchant le cycle reproductif ; il provoque l'activation virale (par le gène TAT) et lève l'inhibition de la réplication (liée au gène VIF). L'ADN intégré est alors transcrit en ARN. Les copies de l'ARN du génome ainsi que les ARN messagers

migrent alors vers le cytoplasme où ces derniers sont traduits en protéines grâce aux ribosomes. La protéine et l'ARN viral sont assemblés pour donner des structures sphériques qui bourgeonnent à la surface de cellule. En sortant de la cellule, le virus s'enveloppe, retrouvant les constituants de l'enveloppe qui ont été transportés et sont insérés au niveau de la membrane cellulaire indépendamment du noyau viral. Après un bourgeonnement, les particules complètes sont libérées ; ces particules vont alors infecter à leur tour d'autres cellules cibles dans l'organisme accélérant ainsi la dissémination virale.

#### **4.2-Les Hépatites virales B et C :**

Les hépatites virales sont des infections systémiques atteignant préférentiellement le foie. Elles provoquent des lésions inflammatoires de ce dernier, des altérations hépatocytaires dégénératives et une élévation des transaminases sériques. Les virus des hépatites B (famille des *Hepadnaviridae* etc. groupe des *Flaviviridae*) ont des modalités de contamination voisines. Le virus de l'hépatite B est ubiquitaire, le diagnostic est sérologique, le virus n'étant pas cultivable. La prévention repose sur la vaccination, le screening de sang de donateurs, les rapports protégés qui assurent une protection efficace.

### **5. Les IST se traduisant par une parasitose externe**

#### **5.1. La gale (scabiose)**

Il s'agit d'une ectoparasitose interhumaine due à *Sarcoptes scabiei* var *hominis*. La contamination familiale est fréquente, encore augmentée chez des personnes partageant le même lit. La durée de survie du parasite en dehors de l'homme est brève (1 à 2 jours) ; en dessous de 20°, l'acarien femelle est immobile et meurt rapidement ; au-dessus de 55°, l'acarien meurt en quelques minutes.

#### **5.2 La phtiriase pubienne**

Il s'agit d'une ectoparasitose due à *Phtirius inguinalis*. Le parasite se localise dans la pilosité génitale ; l'adulte est accroché à la racine du poil, les lentes sont fixées sur les tiges pilaires. C'est une MST (plus connue sous le nom de « morpions »), mais des cas de contaminations indirectes sont possibles (literie, serviettes). Chez l'homme, la parasitose peut s'étendre sur la pilosité abdominale, thoracique, la barbe, les cils... L'atteinte ciliaire peut également s'observer chez l'enfant. L'extension au cuir chevelu est exceptionnelle.

## **B-L'adolescence :**

**1-Définition :** L'adolescence étant l'âge de changement entre l'enfant et l'adulte mais sans appartenir ni à l'un ni à l'autre. La définition du concept varie beaucoup d'une société à une autre et par ou d'un chercheur à l'autre. Selon l'OMS est considérée comme adolescent tout état des aspects biologiques, sociaux, psychologiques, en effet l'OMS définit l'adolescent comme la période au cours de laquelle :

- l'individu progresse du stade de l'apparition initiale à des caractères sexuels secondaires jusqu'à celui de la maturité sexuelle ;
- les processus psychologiques et modes d'identification de l'individu évoluent, de ceux qui sont propres à un enfant, à ceux qui caractérisent un adulte ;
- l'individu passe de l'état de dépendance sociale et économique totale à celui d'indépendance relative.

Les problèmes posés par la sexualité précoce des adolescents sont multiples et complexes. L'attitude de la société envers cette sexualité reflète ce fait. Les adolescents d'aujourd'hui vivent dans une société en mutation. Les mœurs changent, la structure même de la société et la famille évolue.

La liberté sexuelle chez les adolescentes les expose aux grossesses à risques, aux IST/VIH. En plus des risques sanitaires, il existe des problèmes psychologiques, sociaux

(économiques et culturels) liés aux grossesses précoces, obligeant souvent les adolescentes à quitter l'école.

Au Mali, l'adolescence correspond à l'apparition des caractères sexuels secondaires jusqu'à la fin de la croissance. Ce pendant il est nécessaire de faire une étude sur l'influence de la scolarisation sur les connaissances c'est-à-dire la connaissance des différentes IST, le mode de transmission et attitude comportemental c'est-à-dire les moyens de protection de ces infections sexuellement transmissibles. Au Mali 25% des jeunes femmes de 15-24 ans avaient déjà leurs premiers rapports sexuels en atteignant l'âge de 15 ans(6) ; chez les hommes de même âge la proportion correspondante est cinq fois plus faible (5%)[6]. .

Cette proportion varie peu selon l'âge : d'un minimum de 24% parmi celle de 15-19 ans à un maximum de 26% parmi celle de 20-24 ans. Par ailleurs en atteignant l'âge de 18 ans, les jeunes femmes dont l'âge est compris entre 18-24 ans ,7.3% avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels. Par ailleurs les pourcentages d'hommes et femmes âgés de 15-25 ans qui ont utilisé un condom au cours de leurs premiers rapports sexuels étaient estimés à 6% chez les femmes et 15% chez les jeunes hommes .ainsi le niveau de connaissance sur les moyens de protection et les rapports sexuels précoces à une influence sur les infections sexuellement transmissibles [6].

## **2-Situation des adolescents :**

Depuis quelques décennies certains facteurs socioculturels ont donné lieu à de nouveaux schémas du comportement chez les jeunes et les adolescents. Parmi ces facteurs nous pouvons citer :

- L'accroissement rapide de la population ;
- L'urbanisation croissante et les déplacements des populations ;
- Les progrès rapides de la technologie dans le domaine de la communication qui fait tomber les frontières culturelles ;

- L'augmentation croissante du nombre d'adolescent et des jeunes célibataires
- L'apparition des règles à un très jeune âge ;
- Le déclin de l'autorité familiale par suite de la transformation des structures et des fonctions de la famille ;
- Les relations sexuelles précoces sans protection ;
- Le faible pouvoir d'achat des adolescents et des jeunes à cause du chômage.

Ces nouveaux types de comportement exposent les adolescents et les jeunes aux grossesses non désirées, aux accouchements précoces avec leurs conséquences, aux avortements pratiqués clandestinement faite dans les conditions dangereuses, aux infections sexuellement transmissibles, à l'infection au VIH et à la consommation de drogues.

### **C-Notion d'attitude et de comportement**

#### **1- Définition :**

L'attitude peut être considérée comme la manière particulière qu'a une personne d'agir, de penser et de sentir. Elle détermine et oriente le comportement de l'individu ou des groupes d'individus l'attitude dépend de plusieurs facteurs mais aussi des conditions socio- économiques en dernière instance les attitudes constituent un objet d'étude centrale en psychologie sociale. Tantôt, ce concept est utilisé pour exprimer la singularité d'une réaction (attitude d'un individu au cours de la discussion) tantôt, il exprime la réaction d'une collectivité. En fait il n'y a pas d'unanimité autour de la définition de la notion d'attitude.

Ainsi STECTZL.J dans sa définition réduit l'attitude uniquement à une relation entre une personne et des objets ou des valeurs normales, quant à Maisonneuve, il insiste sur l'aspect de l'attitude et sa tendance qu'à l'action d'attitude, apparaît ainsi comme une prédisposition à agir plutôt que des actions comme telles, elle oriente ainsi le comportement de l'individu dans une direction.

## 2- Eléments caractéristiques :

On distingue un certain nombre d'éléments caractérisant les attitudes :

- L'aspect cognitif c'est à dire l'attitude vis à vis de quelques choses, ou d'un phénomène est fonction des connaissances et des informations qu'on a sur l'objet en question .C'est pourquoi l'attitude exprime en général des opinions individuelles ou collectives stéréotypées même figées (concept fixe). Par exemple : un jeune peut refuser d'utiliser un préservatif parce qu'un autre a une idée négative sur le préservatif.
- L'aspect affectif ou émotionnel qu'explique la direction de l'attitude (pour ou contre). Ainsi on peut affirmer que l'attitude est aussi fonction des sentiments qu'un sujet manifeste face à une situation ou une personne. C'est alors qu'une personne affirme avoir une haine contre quelque chose, il ne serait pas étonnant de voir ses proches refuser cette chose.
- Il va sans dire que l'attitude, étant une prédisposition à agir, elle se caractérise par une tendance à action donc joue sur la conduite, le comportement général.

Ces différents aspects de l'attitude (le cognitif, l'affectif et la tendance à action) sont intimement liés et sont en interaction l'un et l'autre.

L'attitude est donc un produit de la socialisation, elle est acquise, apprise. Cette acquisition se fait sous diverses formes. On a ainsi l'intériorisation des attitudes issues du groupe d'appartenance (clan, famille, communauté).

La constitution des attitudes se fait aussi par l'expérience propre du sujet cette expérience lui permet de tirer des leçons des épreuves vécues par lui même et se fait une attitude vis à vis d'elle. Etant acquise l'attitude est susceptible au changement et ce changement constitue un moyen approprié pour changer le comportement, car l'attitude détermine le comportement dans une mesure large. Il apparaît alors, à la lumière des caractéristiques de l'attitude que le changement d'attitude est une entreprise difficile.

Parmi les conditions préalables au changement d'attitude, nous avons la connaissance du groupe cible dont il faudrait l'analyse et la compréhension des besoins, des contraintes, des croyances ou représentations mentales du groupe dont on espère changer l'attitude.

Cependant, en dépit des liens entre attitude et comportement, il y a souvent divorce entre ces deux.

Ce manque de cohésion pourrait s'expliquer par le fait que plusieurs attitudes influencent un comportement donné. C'est ainsi que le fait d'avoir une attitude négative, par exemple sur le condom et utiliser le condom peut exister, ce contraste peut être le fait de plusieurs situations.

En se résumant on peut affirmer qu'à travers ses caractéristiques l'attitude est la manière particulière qu'une personne a (ou un groupe de personnes) d'agir, de penser, de sentir. Il est certes vrai bien qu'il n'y a pas toujours une relation de détermination entre attitude et comportement cependant en général les attitudes sous entendent des comportements. C'est pourquoi on ne tarde pas d'affirmer que la connaissance des attitudes permet une certaine prévision des types de conduite, de comportement d'une personne ou d'un groupe de personne donné.

### **3-Définition du comportement sexuel [19]**

Il peut être entendu comme l'ensemble des façons et des modes de faire et de vivre la sexualité d'un groupe particulier. Ainsi, il vise un double objectif : d'abord la satisfaction d'un instinct, d'une pulsion biologique indispensable à la perpétuité de l'espèce humaine et ensuite la recherche du plaisir à travers les organes sensoriels.

## **II-Enoncé du problème**

Ainsi pour un travail sur une question aussi large que celle que nous venons d'entamer à savoir la vulnérabilité des adolescents à l'infection des IST, il est important d'analyser les informations sur les connaissances des adolescents. Par conséquent, il sera axé sur un certain nombre de questionnements, cela nous



permettra de nous situer dans le sens de nos objectifs afin de ne pas trop nous éloigner de la perspective que nous voulons mettre en exergue.

- Quels sont les déterminants des pratiques sexuelles des adolescents ?
- Pourquoi certaines pratiques peuvent être considérées ou qualifiées de comportements à risques ?
- Pour qui ces comportements sexuels sont à risques ?
- Quelles sont les influences du milieu scolaire, des connaissances relatives à l'infection et celles des perceptions de ces jeunes sur leurs comportements sexuels ?
- Les jeunes sexuellement actifs en milieu scolaire connaissent-ils les risques liés à leurs comportements sexuels ?
- Quelle forme prend leur vie sexuelle ?
- Les adolescents sexuellement actifs en milieu scolaire connaissent-ils les risques liés à leurs comportements sexuels ?
- Quelle perception des adolescents ont-ils de ces risques ?
- La perception du risque, si elle existe chez ces élèves, a-t-elle une influence sur les comportements sexuels de ces élèves ?

### **III- Cadre théorique**

#### **1- Description**

- Cette étude porte sur les adolescents en milieu scolaire et réaliser ainsi qu'il suit:

-La collecte des données, les analyses des données recueillies, les interprétations de ces données, les recommandations et en fin de tirer une conclusion sur l'influence de la scolarisation sur le niveau des connaissances, des attitudes et des pratiques contre les infections sexuellement transmissibles.

## **2- Hypothèse**

- le risque du comportement des adolescents en milieu scolaire.
- si le niveau de scolarisation influe t-il sur la connaissance.

## **3- Objectifs**

### **3-1- Objectif général**

Etudier des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescents en milieu scolaire sur les infections sexuellement transmissibles.

### **3-2-Objectifs spécifiques**

-Décrire les caractéristiques sociodémographiques des élèves.

-Décrire les pratiques sexuelles des adolescents en milieu scolaire face aux infections sexuellement transmissibles.

-Déterminer le niveau de connaissance des adolescents en milieu scolaire sur les infections sexuellement transmissibles.

-Rechercher les sources d'information des adolescents sur les infections sexuellement transmissibles et apprécier la qualité de l'information reçue.

## **4-Justification**

L'adolescence est une grande actualité comme le sont les problèmes qui lui sont spécifique, problème surtout de santé étant donné qu'il s'agit d'une période d'immaturité physique, d'activité intense durant laquelle l'adolescent a surtout tendance à adopter un modèle adulte et ceci est prédominant sur le plan comportemental.

Etant donné cette vulnérabilité des adolescents à l'infection, et les interactions multiples entre infection sexuellement transmissible, il est important d'analyser les informations disponibles sur la connaissance et les sources d'information des adolescents de même réfléchir sur les méthodes de prévention et les barrières au traitement.

Nous avons choisi ces lycées et ces écoles professionnelles puisque ces établissements scolaires ont la particularité d'être des établissements mixtes où l'on retrouve des élèves de différents sexes. Ces établissements scolaires offrent donc un cadre approprié où l'on peut étudier la sexualité car ils proposent déjà une proximité des sexes propice à une évolution et à une évaluation de la sexualité.

Aussi, avons nous choisi le cadre scolaire parce que les jeunes issus de ce milieu sont plus exposés aux risques de la sexualité, et cela pour les raisons suivantes :

- Ces jeunes passent plus de temps à l'école avec des groupes de pairs dont l'influence est plus forte que celle de la famille où le contrôle sociale idéologique est assuré avec des valeurs traditionnelles.
- Dans le cadre familial, les jeunes ne bénéficient pas d'une éducation sexuelle exhaustive ; les parents n'abordant pas ouvertement le sujet de la sexualité.
- Ces jeunes qui n'ont encore aucune expérience de la sexualité et qui ne disposent d'aucune éducation sexuelle ni à l'école de manière formelle, ni à la maison, disposent généralement d'informations inadéquates pour vivre une sexualité sans risques et pourtant, paradoxalement, ils sont animés par un désir pressant de connaître la sexualité par eux-mêmes.
- La mixité notée dans ces établissements favorise l'activité sexuelle de ces jeunes par le voisinage et la disponibilité du sexe opposé.

- Dans le cadre de leur scolarité, ces jeunes ont plus de possibilité que les jeunes des autres milieux d'utiliser les TIC et les médias par le biais des cybers et des salles d'informatique à l'école (Internet, les journaux, le cinéma) pour côtoyer la sexualité. En cela, ils sont plus exposés aux risques car animés par la curiosité.

## **IV- Démarche méthodologique**

### **1-Cadre d'étude**

#### **1.1 -District de Bamako**

Le district de Bamako, la capitale du Mali est située à califourchon sur le fleuve Niger en pleine zone soudanienne. Elle couvre une superficie de 24000 ha avec une population d'environ 1500000 habitants avec une croissance de l'ordre de 4% par an sur 25 ans et une densité moyenne de 56 habitants/kilomètre carré [9].

Principal pôle économique, elle produit plus de la moitié du PIB .

Administrativement, Bamako est composée de six (6) communes dont les quatre premières sont situées sur la rive gauche (les communes I, II, III et IV). Les deux autres se situent sur la rive droite (les communes V et VI) [9] avec un accès difficile au centre ville. Le premier responsable du district est le gouverneur du district et les autorités municipales sont représentées par une mairie centrale dont le premier responsable est le maire central :

La couverture sanitaire de Bamako est assurée par :

4 hôpitaux nationaux ;

9 centres de santé de référence;

25 centres de santé communautaire ;

3 centres de santé des armées;

6 centres INPS;

2 mutuelles.

## **1.2 Présentation de la commune I**

Notre étude s'est déroulée au sein de la commune I. La commune I du district de Bamako est situé sur la rive gauche du fleuve Niger au Nord Est de Bamako et compte 335407 habitant depuis 2009. Elle s'étend sur une superficie de 35,5 km<sup>2</sup>. Composée de neuf quartiers qui sont : Banconi ; Korofina nord ; korofina sud ; Djélibougou ; Sikoroni ; Doumazana ; Fadjikila ; Boukassoumbougou ; Sotuba.

Elle est limitée

- à l'Est par une portion de la limite Est du district de Bamako
- à l'Ouest par le cours du marigot de Korofina
- au Nord par une partie de la limite du district de Bamako qui est comprise entre la limite Est et le marigot de Korofina
- au sud par le bout du lit du fleuve Niger compris entre les limites Est et Ouest de la commune

## **2- Type et période d'étude**

Nous avons mené une étude prospective et transversale qui s'est déroulée du 20 novembre au 10 décembre 2010 faite chez les adolescents en milieu scolaire sur les infections sexuellement transmissibles.

### 3-Lieu d'étude

Il s'agit d'une étude réalisée au niveau des établissements scolaire de la commune I du district de Bamako qui sont : le lycée Mina Diarra (LMD); lycée Moderne Adié Guirou (LMAG) , IFAC et de lycée Fily Dabo Sissoko.ces lycées ont été choisis au hasard .

#### Présentation des lycées

**Lycée Fily Dabo Sissoko** : c'est un établissement public d'enseignement secondaire général situé au plein centre de la commune I avec 1312 élèves dont 750 élèves sont des garçons et 562 élèves sont des filles.

**IFAC** : est un établissement semi privé d'enseignement professionnel compte 315 élèves dont 198 sont des élèves garçons et 117 sont des élèves filles

**LMAG** : est un établissement semi privé d'enseignement secondaire général avec 329 élèves parmi lesquels 119 sont des élèves filles et 210 des élèves garçons

**NB** : **IFAC** et **LMAG** trouve dans un même établissement situé à Doumazana sur la route de Nafadji

**LMD** : est un établissement semi privé d'enseignement secondaire général situé au bord de la route près de l'école fondamentale de Doumanzana

#### **4- Population d'étude échantillon**

Elle est Constituée d'adolescent en milieu scolaire fréquentant les établissements scolaire de la commune I. Les élèves enquêtés ont tirés au hasard. Echantillonnage a été calculé selon la formule suivante :

$$N = z^2 pq / i^2$$

$P=1-q$  , la proportion attendue dans la population

$Z$ = la valeur dépendante du risque d'erreur  $\alpha$  choisi ( $z=1,96$  pour  $\alpha=5\%$ )

$I$ = la précision voulue

$N$ =taille de l'échantillon

Dans une étude antérieure nous avons pris une  $P=20\%$ , donc après le calcul de l'échantillon nous avons trouvé  $N =246$  que nous avons compléter à  $N=250$

#### **5-Considérations éthiques et déontologiques**

L'enquête ne commençait qu'une fois le consentement obtenu. La vie privée de chaque participant a été protégée par l'anonymat des questionnaires

-certaines réponses des participants sont subjectives et difficiles à vérifier

-certaines questions n'ont pas été répondues par tous les participants parce qu'ils jugeaient trop intime.

#### **6-Traitement et analyse des données**

a-analyse des données : les données individuelles ont été codifiées en numérique afin de permettre leur exploitation sur un ordinateur.

Les logiciels qui ont permis à l exploitation de ces données sont les suivantes :

-**SPSS** : logiciel d'épidémiologie pour la saisie et l'analyse des données

-**WORD** : traitement de texte

**7- Critère d'inclusion** : On été inclus dans notre étude, les adolescents âgés de 18 ou plus, fréquentant les établissements de la commune I même s'ils ne résident pas dans la commune I. Le consentement éclairé verbal de chaque adolescent était demandé après qu'il ait pris connaissance du caractère volontaire, libre et non rémunéré de l'étude.

#### **8- Critère de non inclusion**

Les adolescents qui ne sont pas scolarisés ainsi que les élèves dont l'âge est inférieur à 18 ans et ceux n'ayant pas donné leur accord pour participer à cette étude ont été exclus.



## V. Produits attendus

### A-Renseignements généraux

#### 1-Nom des quartiers de résidence des élèves

**Tableau I:** Répartition des élèves de l'échantillon selon leur lieu de résidence

Nom du quartier	Fréquence	Pourcentage
Doumanzana	127	50,8
Djélibougou	28	11,2
Sangarebougou	18	7,2
Nafadji	16	6,4
Boulkassoumbougou	15	6
Fadjikila	14	5,6
Bankoni	13	5,2
Korofina	7	2,8
Sotuba	7	2,8
Badjanbougou	2	0,8
Sikoroni	2	0,8
Titibougou	1	0,4
Total	250	100,0

La majorité des élèves soit 50,8 % avait Doumazana comme résidence.

## 2-Situation matrimoniale

**Tableau II** : Répartition des élèves de l'échantillon selon leur statut matrimonial

Situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage
célibataire	235	94,0
marié	15	6,0
Total	250	100,0

Les adolescents soit 94% étaient en majorité célibataire.

### 3-Profession des pères

**Tableau III** : Répartition des élèves de l'échantillon selon la profession du père

Professions des pères	Effectifs	Fréquences
Cultivateur	69	27,6
Commerçant	57	22,8
Enseignant	50	20,0
Electricien	15	6,0
Administrateur	15	6
Médecin	10	4,0
Chauffeur	7	2,8
docteur vétérinaires	4	1,6
Ingénieur agronome	4	1,6
Couturier	3	1,2
Maçon	3	1,2
Transporteur	3	1,2
Comptable	2	0,8
Ouvrier	2	0,8
Electromécanicien	2	0,8
Militaire	1	0,4
Artisan	1	0,4
marabout	1	0,4
Total	250	100,0

Les élèves dont le père était cultivateur ont été les plus nombreux avec 27,6%.

#### 4-Profession des mères

**Tableau IV** : Répartition des élèves de l'échantillon selon la profession de la mère

Professions des mères	Effectifs	Pourcentage
ménagère	199	79,6
Commerçante	28	11,2
Enseignante	11	4,4
Sage femme	4	1,6
Secrétaires	3	1,2
Médecin	2	0,8
comptable	1	0,4
Facilitatrice	1	0,4
docteur vétérinaire	1	0,4
Total	250	100,0

Bien que beaucoup de professions aient été observées, les ménagères étaient majoritaires avec 79,6%.

## 5-Ages des élèves

**Tableau v** : Répartition des élèves de l'échantillon selon la tranche d'âge

Age	Effectifs	Pourcentage
moins de 20 ans	211	84,4
20 et plus	39	15,6
Total	250	100,0

Les adolescents de moins de 20 ans étaient majoritaires avec 84,4%.

## 6- Sexe

**Tableau VI** : Répartition des élèves de l'échantillon selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage
masculin	107	42,8
féminin	143	57,2
Total	250	100,0

Le sexe féminin prédominait dans notre études soit 57,2%.

## B- Connaissances, attitudes et pratiques

### 1- connaissance IST (connaissance)

**Tableau VII** : Répartition des élèves de l'échantillon selon leur connaissance de la présence des IST

Connaissance	Effectifs	Fréquence
oui	245	98,0
non	5	2,0
Total	250	100,0

La presque totalité des adolescents soit 98% était informée de la présence des IST

### 2-Connaissances en rapport avec les différents types IST :

**Tableau VIII**: Répartition des élèves de l'échantillon selon leur connaissance des différentes IST

Maladies	EFF	Pourcentage
Herpes génital	227	90,8
syphilis	228	91,2
Vih/sida	250	100,0
Gonococcie	231	92,4

Le VIH/SIDA était cité par tous les élèves.

### 3- Les sources d'information des IST (Connaissance)

**Tableau IX:** Répartition des élèves de l'échantillon selon les différentes sources d'information sur les IST

Sources d'information	Effectifs	Pourcentage
radio	234	93,6
classe	227	90,8
Centre de sante	214	85,6
causerie	220	88,0
télé	245	98,0

La télé a été la principale source d'information citée par les adolescents soit 98% des cas

### 4-Connaissances en rapport avec la maladie dangereuse

**Tableau X :** Répartition des élèves de l'échantillon selon leurs craintes face à une IST

Types IST	Effectifs	Pourcentage
Infection àVIH	225	90
Gonococcie	19	7,6
herpès génitale	5	2,0
syphilis	1	0,4
Total	250	100,0

Le sida a été la maladie qu'ils craignent de plus par les adolescents dans 90% des IST citées

## 5- Connaissances des symptômes d'IST

**Tableau XI** : Répartition de l'échantillon en fonction de la capacité à reconnaître une IST

<b>Symptômes</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Douleur ressentie au cours des rapports sexuels	235	94,0
Ecoulement urétral	229	91,2
Douleur testiculaire	228	91,2
Leucorrhée blanchâtre inodore	227	90,8
Prurit génital	227	90,8
Leucorrhée purulente avec odeur	223	89,2

La douleur ressentie au cours des rapports sexuels a été le symptôme le plus reconnu par les adolescents soit 94% des cas.



## 7-Connaissances sur les voies de transmissions

**Tableau XII** : Répartition des élèves de l'échantillon selon leur connaissance de la transmission des IST.

Connaissances de la transmission des IST	Effectifs	Pourcentage
Oui	205	82,0
Non	23	9,2
pas de réponse	21	8,4
ne sais pas	1	0,4
Total	250	100,0

La majorité soit 82% des adolescents ont déclaré avoir une connaissance de la transmission des IST

## 8-Connaissances sur les différentes voies de transmission (connaissance)

**Tableau XIII** : Répartition des élèves de l'échantillon selon la connaissance des différentes voies de transmissions

voies de transmission	Effectifs	Pourcentage
Voie mère enfant	221	88,4
Voie sanguine	235	94,0
Voie sexuelle	242	96,8

Bien que les différentes voies étaient connues, la majorité soit 96,8% ont répondues en faveur de la transmission sexuelle comme principale voie pour les IST.

## 9-Savoir ceux qui ont déjà attrapé une IST (connaissance)

**Tableau XIV:** Répartition des élèves de l'échantillon selon le fait d'être victime d'une IST

IST	Effectifs	Pourcentage
oui	29	11,6
non	187	74,8
pas de réponse	34	13,6
Total	250	100,0

Parmi les adolescents enquêtés 11,6% ont déclaré avoir attrapé au moins une IST dans leur passé sexuel

## 10-Voire la façon dont ils ont attrapé les IST

**Tableau XV:** Répartition des élèves de l'échantillon victimes d'une IST en fonction de la voie de transmission

Voies de transmission	Effectifs	Pourcentage
attouchement sexuel	2	0,8
rapport sexuel	7	2,8
contact direct eau souillé	4	1,6
sous vêtement	8	3,2
ne sais pas	8	3,2
Total	29	11,6

Parmi les adolescents 8% déclaraient avoir fait une IST des suites d'attouchement sexuel

## 11-Connaissance pour éviter leur transmission (connaissance)

**Tableau XVI** : Répartition des élèves de l'échantillon selon les différentes méthodes de prévention d'une IST

Méthodes de prévention de la transmission	Effectifs	Fréquences
Fidélité	236	94,4%
Abstinence	228	91,2%
Port du préservatif	244	97,6%

Parmi les adolescents 97,6% ont adoptée l'utilisation du préservatif le principal moyen pour se prévenir contre la transmission des IST.

## 12-Connaissance sur le risque d'avoir une IST avec plusieurs partenaires sexuels

**Tableau XVII** : Répartition des élèves de l'échantillon selon le faite d'avoir une IST avec plusieurs partenaires sexuels

Risque IST	Effectifs	Fréquences
oui	218	87,2
non	15	6,0
ne sais pas	17	6,8
Total	250	100,0

Dans cette 87,2% ont déclaré que plus on a de partenaire multiple plus le risques est élevé d'attraper une IST

### 13-Voir si l'utilisation du préservatif diminue le risque de transmission d'une IST

**Tableau XVIII** : Répartition des élèves de l'échantillon selon leur avis sur le fait que l'utilisation du préservatif diminue-t-il le risque de transmission des IST

Utilisation préservatif diminue le risque	Effectif	Pourcentage
Oui	216	86,4
Non	13	5,2
ne sais pas	20	8,0
Pas de réponse	1	0,4
Total	250	100,0

Les adolescents déclaraient que, l'utilisation du préservatif comme le principal moyen pour diminuer le risque de transmission des IST dans 86,4% des cas

### 14- l'utilisation du préservatif au moins une fois (pratique)

**Tableau XIX** : Répartition des élèves de l'échantillon selon l'utilisation du préservatif

Utilisation du préservatif	Effectif	Pourcentage
Oui	108	43,2
Non	137	54,8
ne sais pas	2	0,8
Pas de réponse	3	1,2
Total	250	100,0

Parmi les adolescents 54,8% ont déclaré de ne pas utiliser le préservatif au moins une fois

## 15-Parler des raisons pour ne pas utiliser un préservatif (attitude)

**Tableau XX** : Répartition des élèves de l'échantillon selon les raisons pour ne pas utiliser un préservatif

Raisons évoquées	Effectifs	Pourcentage
Ne pas encore fait de rapport sexuel	78	31,2
je ne veux pas faire avant le mariage	1	0,4
Risque	1	0,4
connaître la sérologie de son partenaire	2	0,8
diminution du plaisir sexuel	8	3,2
préfère l'abstinence sexuelle	2	0,8
Confiance	14	5,6
Rien	1	0,4
ça nous donne des maladies	1	0,4
N'aime pas les préservatifs	2	0,8
ne sais pas	1	0,4
Pas de réponse	139	55,6
Total	250	100,0

Les adolescents avaient comme argument <<ne pas encore fait le rapport sexuel>> comme principale raison de non utilisation du préservatif soit 31,2%

## 16-Les raisons d'utilisation de préservatif par les adolescents (pratique)

**Tableau XXI** : Répartition des élèves de l'échantillon selon les raisons d'utilisation du préservatif (connaissance)

Raison utilisation	Effectif	Pourcentage
Eviter une GND	111	44,4%
Evitez une IST	118	47,2%
Pas de réponse	21	8,4
Total	250	100,0 %

La prévention contre les IST était la principale raison d'utilisation des préservatifs soit 47,2%.

## 17-Connaissance de sources d'approvisionnement (connaissance)

**Tableau XXII** : Répartition des élèves de l'échantillon selon leurs sources d'approvisionnement en préservatif

Sources d'approvisionnement	Effectifs	Pourcentage
Pharmacie	246	98,4%
Boutique	235	94,0%
Marche	231	92,4%

La principale source d'approvisionnement en préservatif a été la pharmacie.

## 18-L'existence d'un petit ami (pratique)

**Tableau XXIII:** Répartition des élèves de l'échantillon selon de la présence d'un petit ami

<b>Petit ami Régulier</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	114	45,6
Non	92	36,8
pas de réponse	44	17,6
Total	250	100,0

Dans notre enquête 44,6% avaient affirmé d'avoir un petit ami contre 36,8% qu'ils n'ont pas et 17,6% de non réponse.

## 19-Parler d'IST avec votre partenaire régulier (petit ami) (pratique)

**Tableau XXIV :** Répartition de élèves de l'échantillon selon l'abord du sujet d'IST avec le partenaire.

<b>Parler de sexualité</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
oui	85	34,0
non	36	14,4
pas de réponse	129	51,6
Total	250	100,0

Parmi les adolescents enquêtés 34% ont confirmé d'avoir parlé de la sexualité avec leur partenaire contre 14,4% qui n'avaient pas encore abordé le sujet avec leur partenaire.

## 20-Avoir des rapports sexuels avec votre partenaire régulier (pratique)

**Tableau XXV** : Répartition des élèves de l'échantillon selon le fait d'avoir des rapports sexuels avec le partenaire sexuel régulier

Rapports sexuels	Effectifs	Pourcentage
oui	97	38,8
non	42	16,8
pas de réponse	110	44
ne sais pas	1	4
Total	250	100,0

Environ 38,8% des adolescents ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec leur partenaire

## 21-Age du 1<sup>er</sup> rapport sexuel (pratique)

**Tableau XXVI** : Répartitions des élèves de l'échantillon selon l'âge du 1<sup>er</sup> rapport sexuel

Ages	Effectif	Pourcentage
10-15	41	16,4
16-21	61	24,4
pas de réponse	138	55,2
je ne me rappelle pas	10	4,0
Total	250	100,0

L'âge du premier rapport sexuel se situait entre 16-21 ans dans 24,4% des cas



## 22-L'utilisation du préservatif lors des premiers rapports sexuels

**Tableau XXVII** : Répartition des élèves de l'échantillon selon l'utilisation du préservatif lors des premiers rapports sexuels

Utilisation du préservatif lors des 1ers rapports sexuels	Effectifs	Pourcentage
Oui	46	18,4
Non	85	34,0
Pas réponse	119	47,6
Total	250	100,0

Parmi les adolescents enquêtés 18,4% ont utilisé le préservatif lors de leur premier rapport sexuel.

## 23-La volonté d'utiliser un préservatif même si votre partenaire sexuel régulier s'y oppose

**Tableau XXVIII**: Répartition des élèves de l'échantillon selon la volonté d'utiliser le préservatif

Volonté d'utilisé un préservatif	Effectifs	Fréquences
Oui	110	44,0
Non	60	24,0
pas de réponse	80	32
Total	250	100,0

Un grand nombre soit 44% des adolescentes était prêt à utiliser un préservatif même si leurs partenaires sexuels s'y opposaient.

## 24- l'utilisation du préservatif avec le partenaire sexuel régulier (Pratique)

Tableau XXIX : Répartitions des élèves de l'échantillon selon l'utilisation du préservatif

Utilisation du Préservatif	Effectifs	Pourcentage
toujours	37	14,8
parfois	50	20,0
pas de réponse	142	56,8
ne sais pas	21	8,4
Total	250	100,0

Les adolescents ont parfois utilisé le préservatif avec leurs partenaires sexuels régulier soit 20%.

## 25- Nombre de partenaire qu'ils ont eu jusqu'à ce jour (pratique)

Tableau XXX : Répartition des élèves de l'échantillon selon le nombre de partenaire sexuel jusqu'à ce jour.

Nombre de partenaire	Effectifs	Pourcentage
1-4	76	30,4
5-9	14	5,6
sup à 9	4	1,6
pas de partenaire	145	58
je ne me rappelle pas	11	4,4
Total	250	100,0

Da  
ns notre étude 58% des adolescentes n'avaient pas de partenaire sexuel. 30,4% avaient de partenaire compris de [1-4] contre 5,6% est [5-9]

## 26-Type de partenaire sexuel (pratique)

**Tableau XXXI** : Répartition des élèves de l'échantillon selon l'existence d'un partenaire sexuel occasionnel

Existence de partenaire occasionnel	Effectifs	Pourcentage
Oui	71	28,4
Non	83	33,2
Pas de réponse	96	38,4
Total	250	100,0

Les adolescentes ont eu des partenaires sexuels occasionnels dans 28,4% des cas.

## 27-Utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels (pratique)

**Tableau XXXII** : répartition des élèves de l'échantillon selon l'utilisation du préservatif avec le partenaire sexuel occasionnel

Partenaire occasionnel	Effectifs	Pourcentage
toujours	37	14,8
parfois	23	9,2
pas de réponse	181	72,4
ne sais pas	9	3,6
Total	250	100,0

Parmi les adolescents 14,8% ont utilisé les préservatifs avec le partenaire sexuel occasionnel et 9,2% ont parfois utilisé.

## 28-Opposition du partenaire sexuel occasionnel pour l'utilisation du préservatif

**Tableau XXXIII** : Que feriez- vous si le partenaire sexuel occasionnel s'oppose à l'utilisation du préservatif ?

Opposition du partenaire occasionnel	Effectifs	Fréquences
j'abandonne	42	16,8
Négocié	35	14,0
je fais sans préservatif	7	2,8
ne sais pas	140	56,0
Pas de réponse	26	10,4
Total	250	100,0

Parmi les adolescents enquêtés 56% ne savaient pas que faire au cas où leurs partenaires sexuels occasionnels s'opposaient à l'utilisation du préservatif.

## 29-Connaissance du sida (connaissance)

**Tableau XXXIV** : Répartition des élèves de l'échantillon selon de la connaissance du Vih/sida

Connaissance du Vih /sida	Effectifs	Pourcentage
oui	248	99,2
Pas de réponse	2	0,8
Total	250	100,0

Les adolescents ont déclaré avoir entendu parler du sida soit 99,2% des cas

### 30-Moyens de protection (pratique)

Tableau XXXVI: Répartition des élèves de l'échantillon selon le moyen de protection

Moyens de protection	Effectifs	Pourcentage
Utilisation du préservatif	242	96,8
Fidélité	235	94,0
Abstinence	231	92,4
Prévenir le contact sanguin	2	0,8

Parmi les adolescents 96,8% ont déclaré que l'utilisation du préservatif comme le principal moyen de se protéger contre le sida

### 31-Moyen de traitement

Tableau XXXVII : Répartition des élèves de l'échantillon selon le moyen de traitement du sida

Moyen de traitement	Effectifs	Pourcentage
Foi en Jésus Christ	1	0,4
Traitement avec les ARV	199	79,6
Pas de réponse	50	20
Total	250	100

Parmi les adolescents enquêté 0,4% disait que la foi en Jésus christ était le moyen de guérir le sida par contre 79,6% affirmaient que seul le traitement des ARV étaient le moyen d'attarder l'évolution du virus dans l'organisme.

## **VI Commentaire et discussions**

**1-Sur la méthodologie** : L'objectif de notre étude était de faire une étude sur les connaissances des attitudes et des pratiques des adolescents en milieu scolaire dans les différents établissements cités comme suite : Lycée Moderne Adié Guirou (LMAC), Lycée Fily Dabo Sissoko (LFDS) , Lycée Mina Diarra (LMD) ; Institut de Formation Administrative et Commerciale (IFAC) avec une tranche d'âge supérieur ou égal 18 ans .

Ces établissements ont été tirés au hasard dans la commune I. Les données ont été saisies sur le logiciel Micro soft Word et analysées par **SPSS version 16**. L'échantillonnage a été calculé sur la base  $N=Z^2PQ/i^2$ .

Les difficultés sur le terrain étaient que certaines questions n'ont pas été répondu par certains participants parce qu'ils jugeaient trop intime et la question de sexualité reste un sujet tabou jusque là dans notre société.

### **2-Profil des sujets enquêtés**

Il ressort que la plupart des élèves enquêtés sont féminins au niveau des quatre sites soit 57,2%. Cela s'explique par une forte volonté des filles a participé dans ces études et au système de tirage. Pour ce qui est de la tranche d'âge 56,4% des élèves sont âgés de 18 ans suivis de 28,0% sont âgé de 19 ans ; 14,8% sont âgé de 20 ans et 8% sont âgé de 21 ans. Cette moyenne d'âge entre 18-19 ans est liée à notre critère de sélection.

### **3-Lieu de résidence des adolescents**

Dans notre étude, 50,8% résidaient à Doumazana ceux-ci s'expliquent par la situation géographique de ces lycées.

#### **4-Statut matrimonial**

Dans notre étude une minorité des filles étaient mariées soit 6%, le vécu socioculturel peut expliquer ce fait : les filles qui vont au lycée envisagent en générale une étude universitaire qui ne va pas de pair avec les obligations matrimoniales.

#### **A- Connaissances**

##### **1- En matière d'IST**

Les principales IST citées par les élèves des trois sites étaient le SIDA (100%), la Syphilis (91,2%) ; la Gonococcie (92,4%) et herpes génital (90,8%) ; les autres IST n'étaient pas connues par les élèves.

D'autres auteurs ont trouvé des résultats similaires, pour **BERTHE.B [1]** 96,6 % des IST citées étaient la Gonococcie, Herpes génital, Syphilis et le Sida. L'étude de **Sacko [28]** a trouvé que 94,9 % des élèves filles connaissaient le Sida .Une étude menée par **Traoré A** a trouvé que la majorité des élèves connaissaient le sida soit 89,90% [31].

D'autres études menées au Burkina Faso et au Niger, les IST les plus citées étaient le SIDA , la Gonococcie, la Syphilis, le Chancre mou. Ainsi le SIDA apparaît comme l'IST la plus connue. Ceci pourrait s'expliquer par l'accent particulier porté sur la pandémie du SIDA lors des multiples campagnes de sensibilisation par les medias et la mobilisation de plusieurs ONG

##### **2-Voie de transmission**

Les adolescents affirmaient connaître les voies de transmissions des IST soit 82%. Parmi les enquêtés 88,4% des élèves ont déclarés le rapport sexuel comme principal voie de transmission des IST. **Berthe.B [1]** dans son étude a trouvé que 99% des élèves enquêtés estimaient connaître les voies de transmission des IST. Les voies les plus citées étaient les objets tranchants (99,6%) ; rapports sexuel (98,3%).

. La transmission mère enfant étaient moins cités soit 88,4%.

**3-Sources d'information sur les IST** : Les principales sources d'information sur les IST étaient la télé 98,0%, et 93,6% pour la radio.

Le centre de santé et la causerie sont les sources rarement rapportées par tous les enquêtés.

Une étude menée par BERTHE B [1] estimait que les principales sources d'information sur les IST/ SIDA étaient les média (83,7%), les centres de santé étaient des sources rares avec 7,5%.

#### **4-Sexualité**

Parmi les élèves enquêtés 34% ont confirmé d'avoir parlé de la sexualité avec leurs partenaires sexuels réguliers

#### **B-Attitudes**

##### **1-Moyen de prévention**

Le moyen de lutte contre le Vih/Sida et des IST était l'utilisation du préservatif comme le principal moyen de prévention soit 97,6% des cas. La fidélité et l'abstinence était respectivement 94,4% et 91,2 % comme moyen de prévention secondaire.

Parmi les enquêtés 87,2% ont déclaré que plus on a de partenaire plus grand sont nos risque d'attrapé une IST.

Les adolescents ont déclaré avoir le partenaire sexuel occasionnel dans 28,4% et affirmaient toujours utilisé le préservatif avec leur partenaire occasionnel soit 14,8% des cas. **Berthé B [1]** a trouvé que plus de la moitié de son échantillon sexuellement actif ont eu des rapports sexuels occasionnels dans 54% des cas et parmi eux 56% ont toujours utilisé les préservatifs avec leurs partenaires sexuel occasionnels.

Dans notre étude 18,4% avaient utilisé le préservatif lors de leurs premiers rapports sexuels par contre selon le rapport ONU/ SIDA [25], la plus part des pays de l'Europe occidentale plus de 60% des jeunes déclarent aujourd'hui utiliser le préservatif lors du premier rapport sexuel.



En Suisse plus de 80% des jeunes entre 17 et 30 ans (dont un grand nombre ne sont pas mariés) disent utiliser systématiquement le préservatif avec des partenaires occasionnels, alors qu'ils étaient moins de 20% il y a 10 ans.

L'étude menée en Haïti [18] en 1994 a révélé que près de 32% des hommes (15-59) ans, qui avaient entendu parler du SIDA ont déclaré avoir changé leur comportement, en se limitant à une seule partenaire (33%), en évitant des rapports sexuels occasionnels (26%) ; les rapports avec les prostitués (25%) ; en utilisant aussi le préservatif 18% ou en s'abstenant de toute relation sexuelle.

### **C- Comportements**

Dans notre étude ; 44,6% avaient affirmé avoir un partenaire sexuel régulier parmi lesquels 34% ont confirmé d'avoir parlé de la sexualité avec leur partenaire dont 38,8% ont déclaré avoir le rapport sexuel avec leurs partenaires sexuels régulier ; 24,4% avaient un âge compris entre 16-21ans lors de leurs premiers rapports sexuels. L'âge minimum du premier rapport sexuel était compris entre 10-15 ans dans 16,4 %des cas. Une étude menée par **Maïga .A** estimait [20] l'âge minimum de rapport sexuel à 10 ans. L'étude menée au Burkina Faso [6] indiquait que l'activité sexuelle commence vers 15 ans, alors qu'au Niger elle commençait vers 12 ans. Une étude Evac jeune [17] mené à Lomé révèle que, en moyenne ce premier rapport sexuel intervient à 16,6 ans. L'utilisation du préservatif était diminuée dans 18,4% lors de leurs premiers rapports sexuels. Les rapports sexuels précoces s'expliquaient par une curiosité dès le jeune âge de faire le rapport sexuel et c'était des rapports sexuels faits dans la précipitation sans se préoccuper le risque qui en découle.

Parmi les élèves enquêtés 14,8% utilisaient toujours le préservatif avec leurs partenaires sexuels régulier. Ces résultats de notre étude révèlent les comportements à risque pouvant occasionner la fréquence élevée d'infection sexuellement transmissible en occurrence le faible taux d'utilisé régulièrement le préservatif.

Dans notre étude, nous avons trouvé un lien statistique entre le fait d'avoir des rapports sexuels et l'âge. Les plus de 15 ans ayant eu plus de rapport sexuels que les moins de 15.

## **VII- Conclusion et recommandations**

### **1-Conclusion**

Dans notre étude la majorité des adolescents déclaraient connaître les IST et parmi eux une minorité utilisait le préservatif. Les raisons de désapprobation pour l'utilisation du préservatif surtout chez les jeunes filles étaient la virginité qu'elles allaient garder jusqu'au mariage.

Les adolescents avaient comme principale source d'information les médias.

Le sida apparaît comme IST la plus citées par nos enquêtés après la gonococcie. Presque la totalité des adolescents enquêtés affirmaient le rapport sexuel comme principale voie de transmission et recommandaient l'utilisation du préservatif et la fidélité comme moyen de prévention ou de diminution du risque de transmission des IST.

La majorité des élèves enquêtés sexuellement actifs avaient eus leurs premiers rapports sexuels précocement et parmi elles une minorité avait utilisé le préservatif lors de leurs premiers rapports sexuels

## **2-Recommandations**

### **-Au ministre de l'enseignement secondaire et professionnel**

- Mobiliser le système éducatif pour qu'il devienne le moteur d'un programme de prévention et de prise en charge généralisée pour la jeunesse scolarisée ;
- Un plaidoyer au gouvernement pour l'introduction des cours d'éducation sexuelle intégrés à l'éducation civique et morale dans les lycées et collèges ;
- Former les enseignants dans le domaine des IST/SIDA

### **-Au ministre de la santé**

- Etendre la mise en place de centres des jeunes pour la prise en charge de leurs problèmes sanitaires ;
- Rendre disponible les centres de conseils et de dépistage volontaire.

### **-Aux adolescents et aux jeunes adultes**

Participer pleinement aux campagnes d'information, d'éducation et communication (IEC) organisées sur les IST/SIDA.

Profiter de chaque occasion pour s'informer et informer ses pairs.

L'intensification des programmes de communication pour le changement de comportements ciblés sur les adolescents par des messages radiophoniques, des débats télévisés et des ateliers de discussions avec leur participation effective

## VII. Références bibliographiques

- 1-Berthé B** : connaissances, attitudes et comportements pratiques des adolescents du lycée Askia Mohamed en matière de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et du SIDA. Thèse méd. Bamako ;2000;143p
- 2- clavel F**:VIH type 2 infection association with Aids in West Africa the New England journal of med 7. 1987 P 1182- 1185
- 3-De Babeyrac B, Dupon M, Bebaérac**  
Infection à chlamydia maladies infectieuses. Encycl. Med chir 8-037-A -10 -12-670 B -20, Paris 13 P
- 4- Della Betta G. Fiel M.L.LAGA M, ISLAM M**  
La lutte contre les IST un fardeau mondial et un défi à la prévention Aids cap / USAID 1997 ; 5-15
- 5- Description du VIH** : Disponible sur <http://.w.w.w.I France.com / Seb IV/ Descrip.tttm>
- 6- Direction nationale** de la santé publique, programme national de lutte contre le SIDA. EDSIV mali
- 7- E.pilly**  
Malades infectieuses ; mont morency 16ème Ed oct. 1997 605 P
- 8- Fleury HJA 2ème édition Paris**  
Virologie humaine Paris Masson 2ème edition Paris Masson 1997 ;195
- 9-Fleury HJA .**  
Virologie humaine Paris Masson, 2000; 928 P
- 10-Faites confiance aux ados.**  
[www.ippf.org](http://www.ippf.org)
- 11-Fatoumae Fabé sountoun** :étude des connaissances des attitudes et des pratiques des adolescents sur la contraception à Mopti <<cas du lycée Hammadoun Dicko de sevaré

**12-Gallo R- C**

Detection, isolation and continuous production of cytopathic retro virus from patients with Aids and Arc. Science 1984; 224:P 497

**13-Gallo R - C**

Frequent detection and isolation of cytopathic retrovirus (HTLIII) from patients with Aids and risk for Aids. science 1983 ; 224: 500 – 503

**14-Gentilini M**

Medicine tropical Paris Flemmarion 1993; 928P

**15-Hitchcock P; Fransel;**

Preventing HIV infections. Lessons From. M Wanga and Rakai the lancet 1999: 353: 503-514

**16-Jossay M Donadien Y le SIDA :**

Etude, prévention, traitement, paris Maloine 1987 ; 41P

**17-Kodjovi Kouwanou,Patrice Muka Hirwa :**Enquête évaluation du centre des jeunes de l'ATBEF à Lomé «Evac jeune 1 »

Connaissances,attitudes et pratiques sexuels des jeunes de Lomé focus on young adultes et URD,SFPF,Jun 2000 P27

**18-Layemittes M.**

Enquête mortalité morbidité et utilisation des services, EMMUS II ; 1994- 1995 institution Haïtienne de l'enfance, peton ville ; Haïti, et Macro international cal verton . MD, USA ; 1995

**19-Mlle Niang Ndèye Amy M. Dièye Mouhamed Moustapha LA SEXUALITE EN MILIEU SCOLAIRE DAKAROIS :** Comportements, connaissances et perceptions liés au VIH /sida Liés au VIH/SIDA **Année universitaire 2007-2008**

**20-Maïga.A** : connaissances; attitudes et comportement sexuels en matière de MST/SIDA en milieu scolaire à l'EN sec de BOUGOUNI et Lycée Monseigneur De Mont Clos de SIKASSO. Thèse Med Bamako 2000

**21-Montognier L**

Isolation of HT2 retrovirus (LAV). From Zarian Married couayte one with Aids one with Arc . lancet 1984; Tome: 1183-1185

**22-Montagnier L**

Lutte contre le SIDA : la course contre la montre santé du monde : magazine de l'OMS Mars 1988 P12

**23-Nozais JP Datry A Danis M**:trichomonose vaginale;traité de parasitologie medicale Paris prodct 1996;307-308

**24-ONU SIDA** baisse des taux d'infection à VIH associé à l'évolution des comportements sexuels en Taïland 1998 ; 1-2

**25-ONU SIDA** rapport sur l'épidémie mondiale du VIH /SIDA 2000; 11 – 72, Rapport annuel sur le VIH/SIDA 2008,108P : 3-7

**26-Peerters Mulanga – Ka Beyac, Deleporte E.** la diversité génétique du VIH virologie 2000 ; 4 :371 – 81

**27-Pillot J, Daguet G, Peloux Y, Dupoue YP et Berche P.**

Spirochetes In : le Minor L et Veron M, Bactériologie Médicale. Paris : Flammarion 1989 ; 1021 – 1057

**28-Sacko D**

Connaissance attitudes et pratiques des adolescents du lycée Bah Aminata DIALLO en matière de planification familiale, des maladies sexuellement transmissibles et du SIDA Thèse Med : Bamako, 139 P 2000

**29-Siboulet A, Coulaud JP ; catalan F ; Basset A, Bohbot JM.** Blenorrhagie gonococcique. Maladies sexuellement transmissibles Paris Masson ;1991

**30-Sangaré A.K** : Connaissances, attitudes pratiques des adolescents en matière des IST/Sida et de planification familiale comportemental en matière de sexualité dans les 3 lycées du district de bko thèse méd. Bamako2003

**31-Traoré Amidou** : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES JEUNES DE MOINS DE VINGT ANS FACE AUX IST/SIDA. Thèse méd Bamako en 2006

**32-Traoré Y A** Etude de la prévalence des MST / VIH et facteurs de risque de l'infection par le VIH dans les six communes du district de Bamako à propos de 551 cas ; thèse Med ; Bamako.2000



## Fiche d'enquête

### **I-Renseignements généraux :**

Numéro du questionnaire [ ] [ ] [ ]

Commune I

Nom du quartier :.....

1-Ecole :.....

2-lycée=1 [.....]

3- Ecole secondaire professionnelle=2

Profession de la mère :.....

Profession du père :.....

Situation matrimoniale : 1=célibataire, 2=marié

4-Age :..... mettre un

5-Sexe : Masculin =1 ; Féminin =2 [.....]

## **II. QUESTIONNAIRES**

### **2.1- Connaissances en matière d'IST (Infections Sexuellement Transmissibles) :**

6-Connaissez vous les IST : 1=où, 2=non , 88=Ne sais pas [.....]

7-Si oui, lesquels ? : Gonococcie=1 ; Sida=2 ; herpes génitale=3 ; syphilis=4 ; Autre=5

[.....]

8-Quelles sont vos sources d'information ? : radio=1 , télé=2 , causeries=3,

cours de classe=4 centre de santé=5 , autres=99 [.....]

9-De tous les IST lequel craignez-vous le plus ? : Gonococcie=1 ; Sida=2 ; herpes

génitale=3 ; syphilis=4 ; Autre=99 [.....]

10-Quels sont les symptômes les plus apparents : Prurit génital=1 ; leucorrhée purulente avec odeur=2 ; leucorrhée blanchâtre inodore=3 ; écoulement uretral purulente=4 ; douleur testiculaire=5 ; douleur ressentie au cours des rapports sexuel=6 ; autres=99 [.....]

11. Connaissez-vous les voies de transmissions ? : oui=1 ; non=2 ; ne sais pas=99 88=Pas de réponse [.....]

12. Si oui, citez : .....

13. En avez-vous déjà attrapé ? : oui=1 ; non=2 ; ne sais pas=99 88=pas de réponse [.....]

Si oui Comment ? : .....

14. Peut-on avoir une IST sans que les signes soient manifestés ? : oui=1 ; non=2 ; ne sais pas=99 88= pas de réponse [.....]

## 2.2 -Comportement sexuel

15-Que peut-on faire pour éviter leurs transmissions ? : Port du préservatif lors des rapports sexuels=1 ; Abstinence sexuelle=2 ; Fidélité=3 ; Autres=99 [.....]

16. Plus on a de partenaires sexuels, plus grands sont nos risques d'attraper une IST ? : oui= 1 ; Non= 2 ; Ne sais pas=99 ; 88= pas de réponse [.....]

17-.Utilisation du condom diminue t-il le risque de transmission des IST ? : oui=1 ; Non=2 ; Ne sais pas=99 ; 88= pas de réponse [.....]

18. Avez-vous déjà utilisé un préservatif ? : oui= 1 ; Non=2 ; Ne sais pas=99 ; 88= pas de réponse [.....]

19. Si non pourquoi ? : .....

.....

20. Pourquoi pensez-vous qu'un homme doit utiliser le préservatif pendant le rapport sexuel ? : Pour éviter les ist=1 ; éviter les grossesses non désiré=2 ; autres=99 [.....]

21. A quel moment doit-on utiliser le préservatif ? : Avant le rapport sexuel=1 ; après le rapport sexuel=2 ; au cours des rapports sexuels=3 ; ne sais pas=99 ; 88= pas de réponse [.....]

22. A quel moment doit-on enlever le préservatif ? : Avant le rapport sexuel=1 ; après le rapport sexuel=2 ; au cours des rapports sexuels=3 ; ne sais pas=99 ; 88= pas de réponse [.....]

23. Quelles sont les sources d'approvisionnement en préservatif que vous connaissez ? : Pharmacie=1 ; boutique=2 ; marché=3 ; Autres=99 ; ne sais pas=99 ; 88= pas de réponse [.....]

24. Avez-vous présentement un partenaire sexuel régulier ? : 1=oui ; 2=non ; 88= pas de réponse [.....]

25. Si oui, vous est-il arrivé de parler avec votre partenaire régulier la sexualité en général ? :

Oui=1 ; Non=2 ; Pas de réponse=88 [.....]

26. Avez-vous déjà eu les rapports sexuels avec cet(te) partenaire sexuel(le) régulier ? :

Oui=1 ; Non= 2 ; Pas de réponse=88 [.....]

27. Si oui, quel âge avez-vous déjà eu votre premier rapport sexuel ?

1=âge 1a=[10-15] ; 1b=[ 16—21] ; 1c=22-27] ; 1d=[28..] ; 99=je ne me rappelle pas ; 88=Pas de réponse [.....]

28. A cette occasion avez-vous utilisé un préservatif avec votre partenaire sexuel(le) régulier(e) ? :

Oui= 1 ; Non= 2 ; Ne sais pas=99 ; 88= pas de réponse [.....]

29. Êtes-vous prêt à utiliser un préservatif même si votre partenaire régulier s'y oppose ? :

Oui= 1 ; Non= 2 ; Ne sais pas=99 ; 88= pas de réponse [.....]

30. Au cours de ces relations sexuelles avec votre partenaire régulier(e), avez-vous utilisé le préservatif ? :

Toujours= 1 ; Parfois= 2 ; Jamais=99 Pas de réponse=88 [.....]

31. Combien de partenaires sexuels avez-vous eu jusqu'à ce jour ?

Nombre=1 : 1a=[1-4] ; 1b= [5-9] ; 1c=sup a9 ; Pas de réponse= 88 ; Je ne me rappelle pas=99 [.....]

32. En dehors de cette relation avez-vous des partenaires sexuels occasionnels?

Oui=1 , non=2 je ne sais pas=99 ; 88= pas de réponse

33. si oui, avez-vous utilisé le préservatif au cours de vos relations sexuelles ?

Toujours= 1 ; Parfois= 2 ; Jamais=99, Pas de réponse=88 [.....]

34. En cas d'opposition de votre partenaire sexuel occasionnel pour l'utilisation de préservatif, que ferriez-vous ?

1=j'abandonne, 2=négocier, 3=je fais sans préservatif, 99=ne sais pas ; 88= pas de réponse [.....]

35-Avez-vous déjà entendu parler d'autres moyens de guérir ou de ne pas attraper le sida ? :

Oui=1 , non=2 ; ne sais pas=99 ; 88= pas de réponse

36-Si oui, lesquelles ? Citez :.....

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom :** Cissé

**Prénom :** Cheick Tidiani

**Titre de la thèse :** Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescentes en milieu scolaire sur les infections sexuellement transmissibles

**Année Universitaire:** 2011 – 2012

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine, et d'Odonto- Stomatologie du Mali

**Secteur d'intérêt :** Santé Publique et anthropologie médicale

### **RESUME**

Notre étude prospective transversale s'est déroulée à Bamako. L'objectif consistait à étudier le comportement des adolescentes en milieu scolaire sur les IST.

La majorité des élèves soit 82% affirmaient connaître les voies de transmission et parmi elles 88,4% déclaraient le rapport sexuel comme principale source de transmission.

Les adolescents affirmaient l'utilisation du préservatif comme le principal moyen pour diminuer le risque de transmission des IST soit 86,4% des cas. L'âge moyen du premier rapport sexuel était 10-15 ans. L'utilisation du préservatif lors de leur premier rapport sexuel était minime soit 18,4% , 28,4% avaient de partenaire sexuel occasionnel dont 14,8% ont toujours utilisé le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels. La désapprobation pour l'utilisation était nombreuse et avait plusieurs causes.

**Mots Clefs :** Connaissances- Attitudes- Pratiques- Adolescente-

Milieu scolaire- Infection Sexuellement-Transmissible

## **SEMENT D'HIPPOCRATE**

- En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au Nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.
- Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
- Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
- Je garderai le respect absolu de la vie dès la conception.
- Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
- Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
- Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure !**