

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

N°.....

Thèse

**Perception et pratiques des jeunes scolaires sur les
infections sexuellement transmissibles (IST) dans le
cercle de Nara, région de Koulikoro**

Présentée et soutenue publiquement le 16/juillet/2021 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontologie.

Par M. Drissa DOGOZO

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président : Pr. Samba DIOP

Directeur : Pr. Kassoum KAYENTAO

Membre: Pr. Boubacar MAIGA

Co-directeur : Dr. Pierre DAOU

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicace :**Je dédie ce travail**

A Dieu, le tout puissant et à son prophète MOUHAMAD paix et salut sur lui, au tout Puissant ALLAH qui par Sa Grâce et Sa Miséricorde m'a permis la réalisation de ce travail.

A mes grands-parents : Mon grand-père maternel feu Adama TOGO que j'ai souhaité voir à mes côtés pour partager la joie de ce travail. Dieu en a décidé autrement. Aussi, ma grande mère maternelle feu Oumou DJIRE pour l'amour et le soutien que vous m'avez offerts sans réserve ;

A mes parents : Adamou DOGOZO et Amara DOLO,

Je ne saurai jamais vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi. Vous avez toujours souhaité que je sois un homme travailleur et assidu; grâce à vos conseils, et à vos bénédictions me voilà aujourd'hui au terme de mes études m'appêtant à rentrer dans une nouvelle vie. Retrouvez dans ce travail nos remerciements les plus sincères, Qu'Allah le tout puissant vous laisse à coté de nous pour que vous puissiez récolter les fruits de l'arbre que vous avez planté.

Remerciements :

Je remercie le bon Dieu de m'avoir montré ce jour si grandiose. Louange à Dieu, L'Omniscient, le très Miséricordieux et le tout Miséricordieux pour tout ce que tu as fait pour moi depuis mes premiers pas jusqu'à ce jour. Grace à toi nous avons pu mener ce travail.

Je remercie tous les maitres de la FMPOS pour la qualité de leur enseignement.

-A tous les enseignants et les élèves du lycée Public, du lycée Oumou Dilly et du lycée lanterne de Nara.

-A mes mères Djénéba **TOGO** et Alimata **TOGO** :

Un enfant n'a pas de prix pour sa mère, votre sens pour l'éducation de vos enfants et des enfants d'autrui, votre détermination pour notre réussite, votre attention pour mes amis que vous considérez comme vos propres enfants font de vous des mères exemplaires. Puisse ALLAH vous donner longue vie pour goûter au fruit de la graine que vous aviez semé. Je ne cesserai jamais de vous remercier pour votre aide et soutien inestimable et où que je sois j'ai une pensée envers vous.

-A mes oncles : Madou, Yaya, Dramane, Aziz, Bifol, Sékou BT **TOGO**, Bokar, Badra Alou, Abdoul Karim **PLEA**.

Pour votre soutien et votre attention particulière à mon égard. Permettez-moi de vous remercier et de vous assurer de ma reconnaissance

-A mes grands frères : Abdoulaye **DOLO** et Ibrahim **DIAKITE**, avec vous j'ai compris le sens du terme fraternité. Vous avez toujours été là pour moi. Vous avez su créé un climat ambiant et convivial qui m'a permis de travailler dans des bonnes conditions. Grace à vos aides qu'ils soient moral, financier m'ont permis de renverser les situations difficiles, ce travail est aussi le vôtre.

Mes tantes : Alimata, Mastan, Fatim, Mariam, Gogo, Bakadia, Maimouna **TOGO**, Djénéba **DEMBELE**, Salimata, Kadiatou, Aminata **PLEA**. Ce travail est l'occasion pour moi de vous réaffirmer toute ma considération et mon profond attachement.

Mes tontons : Amara **DOLO**, Antoine **KAREMBE**, Modibo **DIAKITE**. Ce travail est l'occasion pour moi de vous réaffirmer toute ma considération et mon profond attachement.

Mes frères et sœurs, cousins et cousines : Baba, Adama, Awa, Oumou, Seydou **KAREMBE**, Fatchima Adamou **DOGOZO**. J'ai toujours bénéficié de votre aide morale et surtout de votre compréhension. Soyez assurés de mon amour et de mon profond attachement. Que ce travail soit une inspiration pour vous.

-A toute la famille **PONA** : Doulaye, Tenin, Yaya, Assetou, Karim, Rokia, Hawa ainsi qu'à leurs amis et prochains.

Tous les personnels du Csréf de MARKALA

Dr **FOMBA**, Dr **KANTE**, Dr Boua **CISSE**, Dr **TRAORE**, Dr **KONE**, Dr Diawoye **OUOLOGUEM**, Dr **DEMBELE** à l'équipe infirmière, aux sages-femmes. Le moment est venu pour moi de vous dire merci pour votre encadrement et votre collaboration.

A tous les professeurs de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS).

A tous mes collègues et amis : Dr Aly **KOBILA**, Dr Founèkè **SISSOKO**, Mr Abdrahamane **Traoré**, Moussa **NOMOKO**, Birama **DONOGO**, Kalilou **SAMAKE Aimé DEMBELE**.

Vous m'avez toujours soutenu avec enthousiasme quand j'avais besoin de vous. Vous m'avez gratifié de tant de respect que c'est ici le lieu de vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous souhaite bonne chance dans la vie.

A toute la famille **DOGOZO**. A toute la famille **TOGO**. A toute ma promotion de la FMPOS.

HOMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Samba DIOP

- **Professeur d'anthropologie médicale et d'éthique en santé**
- **Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé publique de la FMOS**
- **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique SEREFO-VIH-SIDA FMOS Membre du comité d'éthique institutionnel et national du Mali.**

Cher maître,

Nous sommes honorés que vous ayez accepté spontanément de présider ce jury, malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, votre humanisme et votre modestie forcent respect et incitent à l'admiration. Vos remarquables suggestions nous ont beaucoup aidés à améliorer ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

À notre Maître et Membre du jury :

Pr Boubacar MAIGA

- **Titulaire d'un PhD ;**
- **Maître de Conférences en Immunologie ;**
- **Médecin Chercheur au MRTC ;**
- **Modérateur de PROMED-Francophone pour les Maladies Infectieuses.**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger cette thèse.

Nous avons bénéficié, à la FMOS, de votre enseignement de qualité.

L'honnêteté intellectuelle qui vous caractérise, votre courtoisie, votre humilité, votre sagesse et l'étendue de vos connaissances font de vous un homme admiré.

Trouvez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Co-directeur de thèse**Docteur Pierre DAOU**

- **Membre à l'Audit des décès maternels et infantiles**
- **Coordinateur du HURAprim**
- **Membre à l'ONG ACTED à Koro**
- **Membre à CV chaldéen à Djènè**
- **Directeur Technique du Centre (DTC) de santé de Fallou**

Cher Maître

Combien il a été important tout le soutien que vous nous avez apporté dans la réalisation de ce document. Soyez rassurer de notre profonde reconnaissance et de notre attachement sincère.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Kassoum Kayentao

- **Maitre de recherche en santé publique option épidémiologie**
- **Responsable adjoint d'unité paludisme- grossesse au MRTC**
- **Enseignant- chercheur**

Cher Maître

Nous vous sommes infiniment reconnaissants d'avoir accepté de diriger ce travail malgré vos nombreuses occupations.

Nous gardons de vous l'image d'un homme simple, généreux, disponible et dévoué à ses étudiants.

Trouvez ici le témoignage sincère de nos profondes reconnaissances et de toute notre gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

- LPN** : Lycée Public de Nara
- LLN** : Lycée Lanterne de Nara
- LODN** : Lycée Oumou Dily de Nara
- 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
- MST** : Maladie sexuellement transmissible
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- ONG** : Organisation non gouvernementale
- UNESCO**: United Nations Educationnel Scientifique 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
- CAP**: Connaissance, Attitude, Pratique.
- CNIESC**: Centre National d' Information, d'Education et de Communication pour la santé.
- %** : Pourcentage.
- IEC** : Information Education et Communication.
- PTME** : Prévention de la Transmission mère-enfant.
- PVVIH** : Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humain.
- PNLS** : Programme National de lutte contre le Sida.
- USA** : United States of America.
- IST** : Infection Sexuellement Transmissible.

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des élèves par différents lycées	28
Tableau II : Répartition des élèves selon la profession de leurs mères	28
Tableau III : Répartition des élèves selon la profession du père	29
Tableau IV: Répartition des élèves selon la source d'informations.....	31
Tableau V: Répartition des élèves selon les symptômes les plus apparents	32
Tableau VI: Répartition des élèves selon la connaissance de la transmission des IST.....	32
Tableau VII : Répartition des élèves de l'échantillon selon les raisons pour ne pas utiliser un préservatif.....	34
Tableau VIII: Répartition des élèves de l'échantillon selon les raisons d'utilisation du préservatif	35
Tableau IX: Répartition des élèves selon les sources d'approvisionnement en préservatif	35
Tableau X : Répartition des élèves sur le sujet de la sexualité avec leurs partenaires réguliers	36
Tableau XI: Répartition des élèves selon le fait d'avoir eu les rapports sexuels avec leurs partenaires sexuels(les) réguliers(es)	36
Tableau XII: Répartitions des élèves de l'échantillon selon l'âge du premier rapport sexuel.....	37
Tableau XIII: Répartition des élèves de l'échantillon selon l'utilisation du préservatif lors des premiers rapports sexuels.....	37
Tableau XIV: Répartition des élèves par utilisation du préservatif au cours de ces relations (pratique)	38
Tableau XV: Répartition des élèves par le fait d'entendre d'autres moyens de guérir ou de ne pas attraper le sida	38
Tableau XVI: Répartition des élèves selon la raison.....	39

Liste des Figures

Figure 1 : La majorité des élèves étaient des célibataires avec un taux de 90,4%	29
Figure 2 : Les élèves de 20 ans étaient majoritaires avec 52,0%.....	30
Figure 3: Le sexe masculin prédominait dans notre étude soit 66,4%.	30
Figure 4: Le sida a été cité à 60,8% comme l'IST la plus connue par les élèves.	31
Figure 5 : Le port de préservatif lors des rapports sexuels était le moyen le plus fréquent pour éviter la transmission avec un taux de 44,0 %	33
Figure 6 : Parmi les élèves 57,2% n'ont jamais utilisé le préservatif.	34

Table des matières

I-Introduction :	2
GENERALITES	5
II- Généralités :	5
1- Définition opératoire des concepts :	5
2. Les IST se traduisant par une ulcération :	10
3. Les IST se traduisant par une lésion tumorale :	12
4. Les IST à traduction extra génitale :	12
Definition :	12
Historique :	12
Epidémiologie de l'infection par le VIH :	13
Les IST se traduisant par une parasitose externe :	19
-Justification :	19
III-Objectifs :	22
1-Objectif général :	22
2-Objectifs spécifiques :	22
IV-Méthodologie :	24
1- Cadre d'étude :	24
2-Type d'étude :	25
3-Période d'étude :	25
4-Population d'étude :	25
5-Critères d'inclusion et de non inclusion	25
6-Echantillonnage :	25
7-Variables d'étude :	25
8-Technique et outils de collecte :	26
9-Déroulement de l'enquête :	26
10-Traitement et analyse :	26
11-Aspects éthiques :	26
V- esultas :	28

Les adolescents de 20 ans et plus étaient majoritaires avec 52,0%.....	30
VI-Commentaires et Discussion :	40
VII-Conclusion et recommandations :.....	44
2-Recommandations :	45
VIII- References:	48
IX- Annexes :.....	53
Fiche d'enquête.....	54
Fiche signalétique	59
Serment d'hippocrate	60

INTRODUCTION

I- Introduction :

D'après les données de l'OMS 14 juin 2019 :

-Dans le monde, chaque jour, plus d'un million de personnes contractent une infection sexuellement transmissible (IST). On estime que, chaque année, 357 millions de personnes contractent l'une des quatre IST suivantes : chlamydie (131 millions), gonorrhée (78 millions), syphilis (5,6 millions), ou trichomonase (143 millions).

°Plus de 500 millions de personnes sont atteintes du virus de l'herpès génital (HSV2).

°Plus de 290 millions de femmes souffrent d'une infection à papillomavirus humain (VPH) (1).

Dans la majorité des cas, les IST sont asymptomatiques ou s'accompagnent des symptômes bénins qui ne sont pas reconnus comme ceux d'une IST.

°Les infections comme l'herpès génital (HSV de type 2) et la syphilis augmentent le risque de contracter le VIH.

°Plus de 900000 femmes enceintes ont été infectées par la syphilis en 2012 ce qui a provoqué des mortinaissances (2).

Dans certains cas, les infections peuvent avoir de graves conséquences sur la santé reproductive allant au-delà des conséquences immédiates telles que la stérilité ou la transmission des infections de la mère à l'enfant.

La résistance aux médicaments, en particulier ceux contre la gonorrhée, est une menace majeure pour la réduction de l'impact des IST dans le monde.

On connaît plus d'une trentaine de bactéries, virus et parasites qui se transmettent par voie sexuelle. Pour la plus grande part, l'incidence des maladies sexuellement transmissibles est liée à huit (8) de ces agents pathogènes.

Sur ces huit (8) infections, quatre (4) peuvent être guéries : la syphilis, la gonorrhée, la chlamydie, la trichomonase.

Les quatre (4) autres sont des infections chroniques incurables : l'hépatite B, le virus de l'herpès (herpès virus simplex ou HSV), le VIH, et le papillomavirus

humain(VPH).

Les traitements peuvent atténuer ou modifier les symptômes ou la maladie due aux infections virales dont on ne pas guérir.

Les Infections Sexuellement Transmissibles se transmettent principalement par contact cutané lors d'un rapport sexuel, vaginal, anal, ou oral. Elles peuvent aussi se propager par d'autres voies, comme les transfusions sanguines. Un grand nombre d'IST, notamment la chlamydie, la gonorrhée, l'hépatite B primaire, l'infection à VIH et la syphilis, se transmettent aussi de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement.

On peut être contracté par une IST sans présenter autant de symptômes apparents. Parmi les symptômes les plus courants de Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) figurent les pertes vaginales, les écoulements urétraux ou brûlures chez l'homme, les ulcérations génitales et les douleurs abdominales.

Les IST ont de profondes répercussions sur la santé sexuelle et reproductive dans le monde.

L'appellation MST (pour maladie sexuellement transmissible) est devenue d'usage courant. Depuis 1999, le terme MST est peu à peu remplacé par celui d'IST (3)

-L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée avec 22,4 millions de vivants avec le VIH/SIDA ; 1,9million de nouvelles infections et 1,4million de décès dus au SIDA(5).

-En particulier au Mali, le taux de pourcentage des IST chez les femmes et hommes de 15-49 ans ayant eu des rapports sexuels variait entre les régions en 2018. Ce pourcentage était respectivement chez les (femmes –hommes) dans les régions de : Kayes (12,5-4,2) ; Koulikoro (16,5-2,7) ; Sikasso (6,7-1,7) ; Ségou (12,8-2,5) ; Mopti (10,3-0,9) ; Tombouctou (8,8-1,2) ; Gao (12,8-1,1) ; Kidal (1,7-0,4) ; Bamako (22,4-3,7) en 2018. (4)

Les plus fréquents des IST sont la gonococcie, la syphilis, les chlamydioses, l'herpès génital, la trichomonose et les papillomavirus.

GENERALITE

II- Généralités :

1- Définition opératoire des concepts :

Les définitions ci-après concernent l'usage qui fait des termes dans notre étude.

Connaissance: idée plus ou moins complète et précise sur quelques choses.

Attitude: manière d'être à l'égard des autres.

Comportement sexuel: manière de se conduire sexuellement face aux IST/VIH-sida.

Comportement à risque: tout comportement qui expose celui qui l'adopte ou d'autres au risque de contracter une infection, par exemple sans protection.

Education sexuelle: éducation conçue pour faire mieux comprendre les aspects biologiques, socioculturels, psychologiques, spirituels et ethnique du comportement sexuel humain.

Programme d'éducation sanitaire scolaire: cours ou ensemble de cours conçu pour atteindre des buts et objectifs sanitaires particuliers tels que la Prévention du sida et des IST.

Adolescent: OMS définit les adolescents comme se situant entre les âges de 15-24 ans (22).

Partenaire sexuel(le) : C'est toute fille ou tout garçon avec qui l'élève a eu des rapports sexuels.

2-Sur les IST :

2-1-Définition: La première définition des IST serait liée à Vénus (la Déesse de l'Amour) dont on donna le nom aux maladies transmises lors des rapports sexuels; d'où: leur appellation classique de maladies vénériennes. Cependant cette définition apparaît de nos jours de plus en plus restrictifs. En effet les IST englobent non seulement celles anciennement appelées vénériennes « liées directement et exclusivement à la copulation et à l'union des sexes» (Larousse), mais aussi d'autres affections dont la transmission se fait par d'autres voies en dehors de la voie sexuelle (transfusion sanguine, transplantation) (23).

2-2-Histoire: Les IST sont les infections connues depuis l'antiquité. En effet elles ont de tout temps préoccupé les responsables de toutes les sociétés en matière de santé et la salubrité.

2-3-Caractères communs des IST : Les IST ont souvent une incubation longue avec une possibilité de contamination alors qu'il n'y a pas de symptômes. Elles n'affectent que l'homme ou la femme: il n'y a pas de réservoir animal. Le réservoir est surtout constitué de femmes symptomatiques et de groupes à risque: prostituées, homosexuels. Leur transmission se fait exclusivement par voie sexuelle à l'exception du VIH, du virus de l'hépatite B, du gonocoque et du chlamydiae chez l'enfant. Elles touchent des adolescents et des adultes (surtout célibataires) des milieux pauvres, en milieux urbains, habitant les pays en voie de développement. Les comportements influencent fortement sur leur transmission. Leur association est très fréquente, d'où la rechercher systématiquement.

Ajouter à cela l'expansion de la scolarisation, exposant de nombreux adolescents à l'influence d'un environnement urbain où ils ne sont pas soumis au contrôle de leurs parents une expression plus libre de leur sexualité, encore plus important est l'insuffisance d'éducation sexuelle ainsi que la trace attachée aux IST c'est-à-dire la honte et caractère tabou.

2-4-Les différentes IST les plus fréquentes chez les jeunes :

✓ Les IST se traduisant par une inflammation des voies génitales :

- Gonococcie
- Chlamydiose
- Mycoplasmoses
- Trichomonose
- Candidoses

✓ 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).

✓ **Les IST se traduisant par une lésion tumorale :**

- Condylomes vénériens(Papillomavirus)
- Molluscum contagiosum de l'adulte (poxvirus)

✓ **Les IST à traduction extra génitale :**

- VIH/SIDA
- Hépatite B et C
- Autres : amoebose , CMV, EBV, HTLV1, maladie de kaposi.

✓ **Les IST se traduisant par une parasitose externe :**

- Gale (scabiose)
- Pédiculose du pubis

***Manifestations des IST :**

3- Les IST se traduisant par une inflammation des voies génitales :

3-1- Gonococcie (24) :

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 chimio prophylaxie, 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 extracellulaires. *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*.

3-2- 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 2ème 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.

3-3-Affection à mycoplasme [25] :

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 µm allant de forme coccoïdes à des formes filamenteuses à l'examen sur fond noir *Ureaplasma urealyticum* et *Mycoplasma hominis* sont responsable d'urétrites,

3-4-Affections à trichomonas vaginalis [26] :

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.

3-5-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:

Répandus 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 [26] :

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.

4- Les IST se traduisant par une ulcération :

4-1- Herpès génital dû à l'Herpès simplex [27]; Herpès 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.

4-2 -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 apollon 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 *Treponema 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 formes à savoir :

4-2-1- La syphilis primaire [28] : 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*.

4-2-2-La syphilis secondaire [25] : 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.

4-2-3-La syphilis tertiaire [25] : 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.

4-2-4-La syphilis Latente [25] : 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 lors qu'elle évolue depuis moins de deux ans. Elle est tardive quand elle évolue depuis plus de deux ans.

4-3- Chancre mou:

- Chancre mou (Musso teré) [26]

- 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'*Haemophilus ducreyi*. En culture les bactéries sont regroupées en « banc de poison »

4-4-Donovanose due à *Calymmato bacterum granulomatis* [26] :

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

5- Les IST se traduisant par une lésion tumorale :

-Condylome (crête de coq) dû à un virus du groupe de Papillomavirus [27].

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.

6 Les IST à traduction extra génitale :**6-1- SIDA :****6-1-1- DEFINITION :****6-1-2 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 [31]. 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

[29-30]. Ensuite, en 1984, le même virus fut identifié par Robert Gallo qui l'appela

H.T.L VIII [31-32].

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 [33]. 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 a 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 bithérapies et de la mesure de la charge virale.

- En 1996, les trithérapies se développent.

6-1-3- Epidémiologie de l'infection par le VIH :

6-1-4 Situation de l'infection par le VIH dans le monde :

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a tué plus de 25 millions de personnes [34] 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. [35].

6-1-5-Agent pathogène [36-37-38-39] :

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 isolées 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 variantes 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 exemple : 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.

6-1-6-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 ».

6-1-7-Organisation génétique [36-37] :

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 explique 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.

6-1-8-Variabilité génétique [25] :

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.

6-1-9-Réplication virale [25] :

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 transmembranaire 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.

6-2-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 Hépadnaviridae 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 donneurs, les rapports protégés qui assurent une protection efficace.

7-Les IST se traduisant par une parasitose externe :

7-1- 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.

7-2-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.

-Justification :

L'adolescence est une grande actualité. Les problèmes lui sont spécifiques, problème surtout de santé étant donné qu'il s'agit d'une période d'imaturité physique, d'activités intenses durant lesquelles l'adolescent a surtout tendance à adopter un modèle adulte. 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 réfléchir sur les méthodes de prévention et les barrières au traitement.

Nous avons choisi les lycées car ces établissements scolaires ont la particularité d'être des établissements mixtes où l'on retrouvait des élèves de 15ans ou plus.

Ces établissements scolaires offraient donc un cadre approprié où l'on pouvait étudier la sexualité car ils proposaient déjà une proximité des sexes propice à une évolution et à une évaluation de la sexualité.

Aussi, nous avons choisi le cadre scolaire parce que les jeunes issus de ce milieu étaient 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 social idéologique est assuré avec des valeurs traditionnelles.

- Dans le cadre familial, les jeunes ne bénéficiaient pas d'une éducation sexuelle exhaustive ; les parents n'abordant pas ouvertement le sujet de la sexualité.

- Ces jeunes qui n'avaient encore aucune expérience de la sexualité et qui ne disposaient d'aucune éducation sexuelle ni à l'école de manière formelle, ni à la maison, disposaient généralement d'informations inadéquates pour vivre une sexualité sans risques et pourtant, paradoxalement, ils étaient animés par un désir pressant de connaître la sexualité par eux-mêmes.

- La mixité notée dans ces établissements favorisait l'activité sexuelle de ces jeunes par le voisinage et la disponibilité du sexe opposé.

En cela, ils étaient plus exposés aux risques car animés par la curiosité.

OBJECTIFS

III- Objectifs :

1-Objectif général :

Etudier des connaissances, des attitudes et des pratiques des jeunes scolaires sur les infections sexuellement transmissibles.

2-Objectifs spécifiques :

- Identifier les connaissances des jeunes scolaires sur les IST.
- Déterminer les attitudes des jeunes scolaires sur les IST.
- Décrire les pratiques sexuelles des jeunes scolaires face aux infections sexuellement transmissibles.
- Déterminer le suivi des jeunes scolaires sur les infections sexuellement transmissibles.

METHODOLOGIE

IV- Méthodologie :

1- Cadre d'étude :

Notre enquête a été menée dans le cercle de Nara ville. Nous avons choisi de façon aléatoire trois établissements d'enseignement secondaire général dans la ville de Nara :

- Lycée Public de Nara
- Lycée Oumou Dilly de Nara
- Lycée Lanterne de Nara

L'intérêt d'un tel choix est de mettre en évidence une différence dans les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes scolaires de la ville de Nara.

Le cercle de Nara est une collectivité territoriale du Mali dans la région de Koulikoro. Il compte 11 communes rurales à savoir: Allahina, Dabo(Boulal) , Dilly , Dogofry (Balle) , Fallou , Guénéibe , Guiré , Koronga , Nara , Niamana(Mourdiah) et Ouagadou(Goumbou). Il est situé à 360Km de Bamako avec une superficie de 30.000Km² soit 1/3 de la superficie de la région de Koulikoro et une population de 279.916 habitants avec un taux d'accroissement de 3,6% par an d'après les données INSTAT 2009. Il est situé à l'extrême Nord de la région de Koulikoro et est limité au Nord par la République Islamique de Mauritanie, au Sud par les cercles de Banamba et Kolokani, à l'Ouest par les cercles de Nioro du Sahel et de Diéma (région de Kayes) et à l'Est par le cercle de Niono (région de Ségou).

Le premier responsable du cercle de Nara est le préfet

La couverture sanitaire du cercle de Nara est assurée par

1 centre de santé de référence;

32 centres de santé communautaire ;

2-Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective, transversale à passage unique basée sur un sondage exhaustif des jeunes scolaires de 15 à 24 ans sur les infections sexuellement transmissibles, pour l'année académique 2019-2020.

3-Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 1er Juillet au 31 Aout 2020 dans les trois établissements retenus.

4-Population d'étude :

Elle est constituée des jeunes fréquentant le lycée Oumou Dilly, le lycée lanterne et le lycée public de la ville de Nara.

5-Critères d'inclusion et de non inclusion**5-1-Critère d'inclusion :**

Ont été inclus dans notre étude, les jeunes âgés de 15 à 24 ans, fréquentant les lycées de Nara et qui acceptaient volontairement de répondre aux questionnaires.

5-2-Critère de non inclusion :

Les jeunes qui n'étaient pas scolarisés ainsi que les élèves dont leurs âges étaient inférieurs à 15 ou plus de 24 ans et ceux n'ayant pas donné leur accord pour participer à cette étude étaient exclus.

6-Echantillonnage :

L'échantillonnage a été calculé par la formule suivante :

$$N = \frac{z^2 pq}{i^2}$$

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

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

i = la précision voulue

N = taille de l'échantillon

Dans notre étude nous avons pris une $P = 20\%$, donc le calcul de l'échantillon nous a donné $N = 246$ et nous avons complété à $N = 250$.

7-Variables d'étude :

Les variables étudiées concernaient surtout :

-les caractéristiques socio- démographiques des enquêtés,

- les connaissances sur les IST/SIDA,
- sources d'informations sur les IST/SIDA,
- l'activité sexuelle de l'enquêté,
- sur le préservatif,
- les comportements sexuels à risque,
- opinion sur le dépistage du VIH/SIDA.

8-Technique et outils de collecte :

La collecte des données a été faite à l'aide des questionnaires élaborés pour les interviews des élèves âgés de 15 à 24 ans.

9-Déroulement de l'enquête :

L'enquête s'est déroulée auprès des élèves âgés de 15 à 24 ans des établissements retenus pour notre étude.

L'étude a porté sur l'interview des élèves ayant accepté de participer à notre étude en donnant leur consentement verbal pour répondre au questionnaire.

10-Traitement et analyse :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel IBM- SPSS 12.0

11-Aspects éthiques :

Avant le début de l'enquête, d'amples informations ont été fournies aux élèves et à l'administration scolaire sur les objectifs et la confidentialité de l'entretien, nous avons demandé l'autorisation de l'administration de chaque établissement et le consentement éclairé verbal de chaque élève. Au cours de l'interview, les zones d'ombre identifiées ont été éclairées à la fin du questionnaire. Les questionnaires ont été individuels et l'enquête a garanti le secret.

RESULTAS

V-Résulta :**Tableau I: Répartition des élèves par différents lycées**

Nom du lycée	Fréquence	Pourcentage
Lycée publique	90	36,0
Lycée Oumou Dilly	45	18,0
Lycée Lanterne	115	46,0
Total	250	100,0

Le lycée lanterne était le plus représenté avec un taux de 46,0 %

Tableau II : Répartition des élèves selon la profession de leurs mères

Profession de la mère	Fréquence	Pourcentage
Agronome	1	0,4
Agents de santé	14	5,6
Avocate	1	0,4
Commerçante	25	10,0
Enseignante	13	5,2
Ménagère	190	76,0
Militaire	4	1,6
Tailleur	2	0,8
Total	250	100,0

La majorité des mères étaient des ménagères avec un taux de 76,0 %

Tableau III : Répartition des élèves selon la profession du père

Profession du père	Fréquence	Pourcentage
Artisans	141	56,4
Commerçant	35	14,0
Enseignants	33	13,2
Agents de sécurité	20	8
Agents de santé	10	4
Chauffeur	10	4,0
Régisseur	5	2,0
Entrepreneur	4	0,8
Comptable	1	0,4
Ingénieur	1	0,4
Total	250	100

Les Artisans étaient les plus représentés avec un taux de 56,4 %

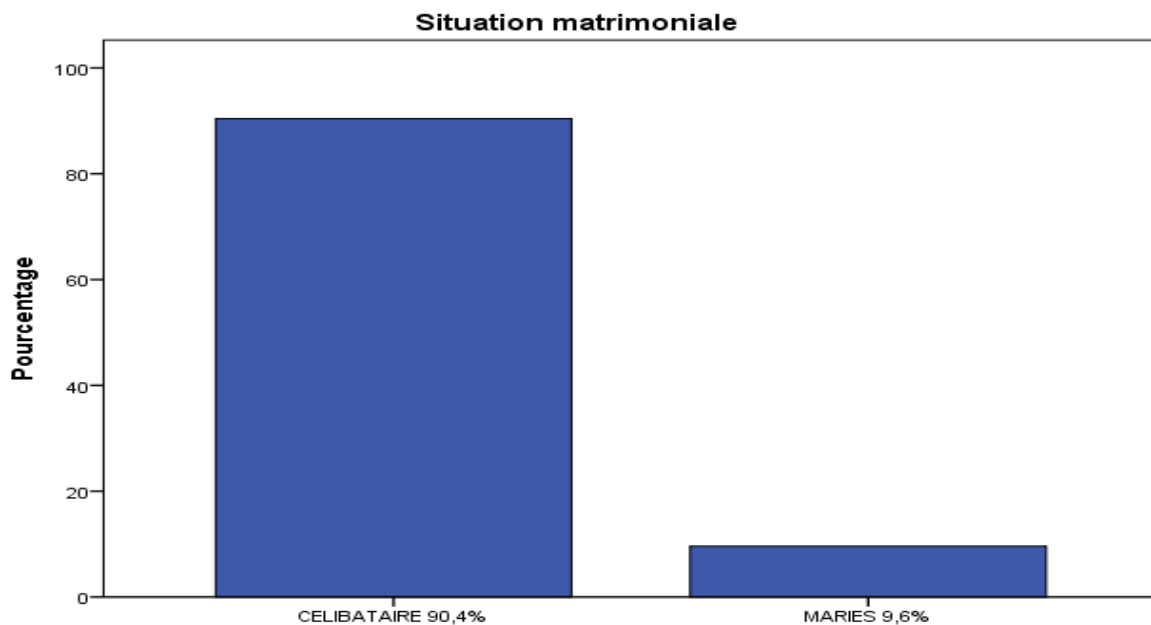


Figure 1 : La majorité des élèves étaient des célibataires avec un taux de 90,4%

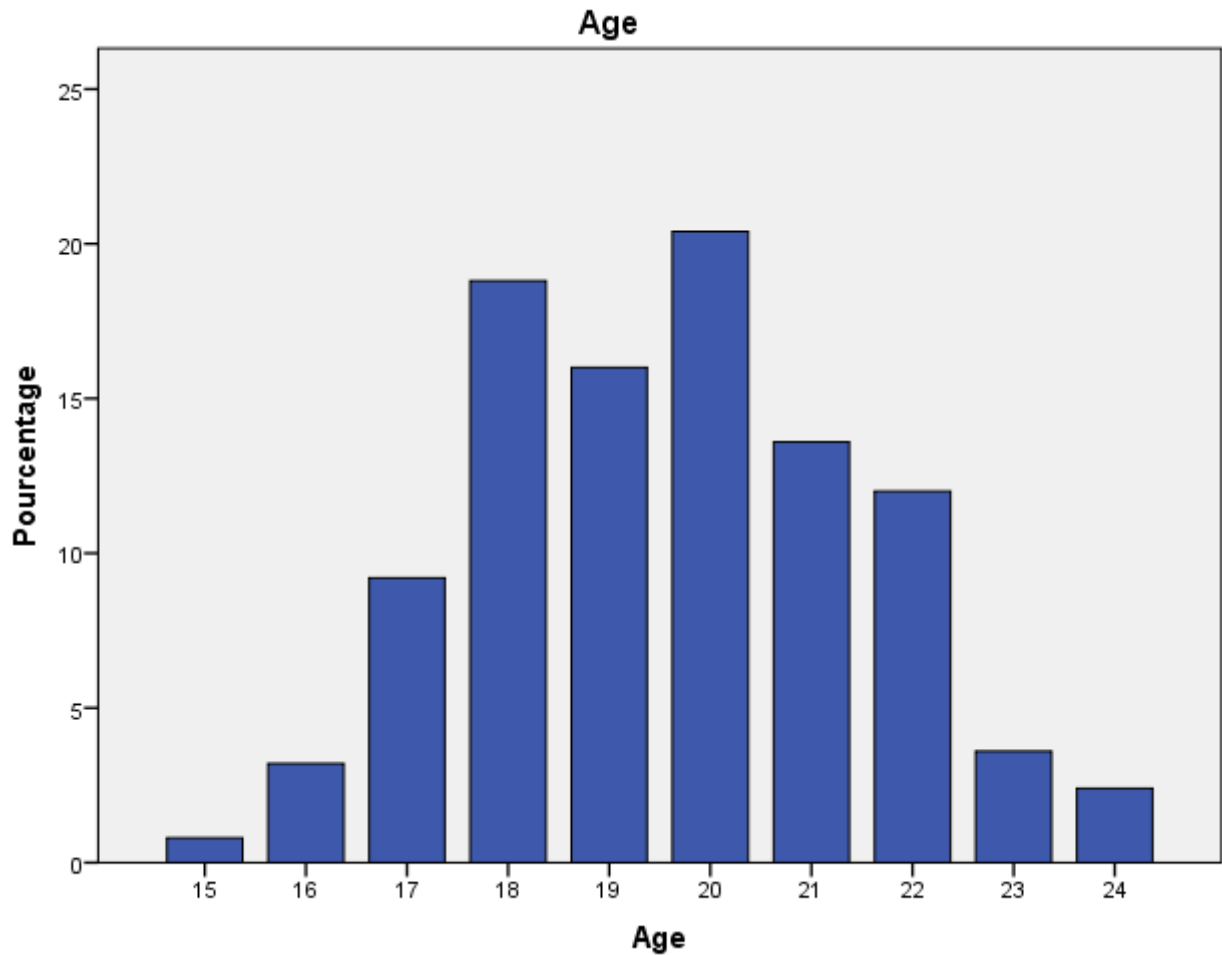


Figure 2 : Les élèves de 20 ans étaient majoritaires avec 20,5%.

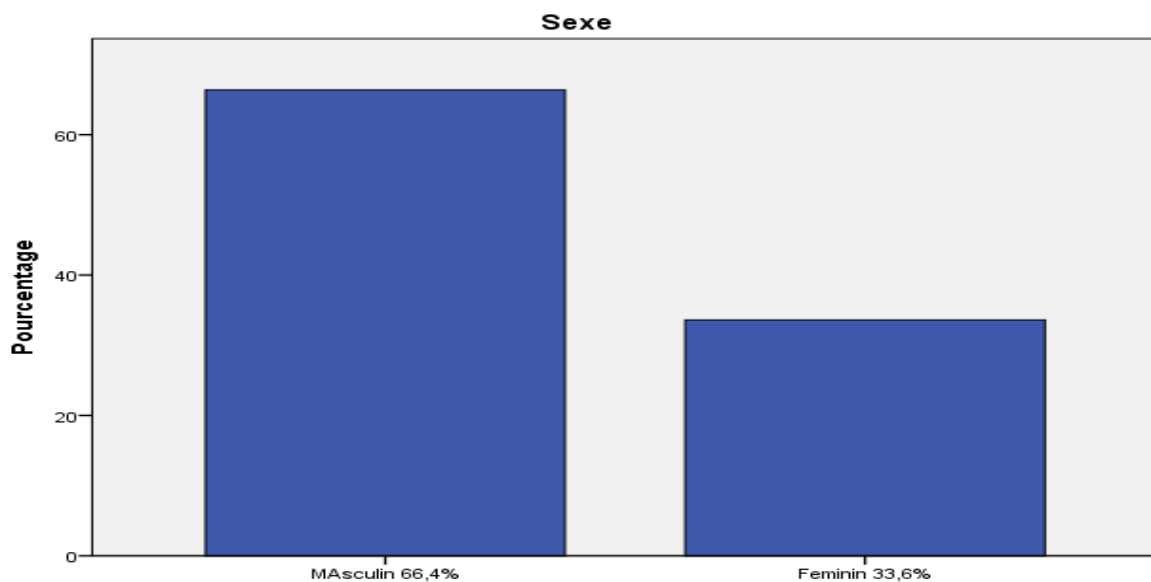


Figure 3: Le sexe masculin prédominait dans notre étude soit 66,4%.

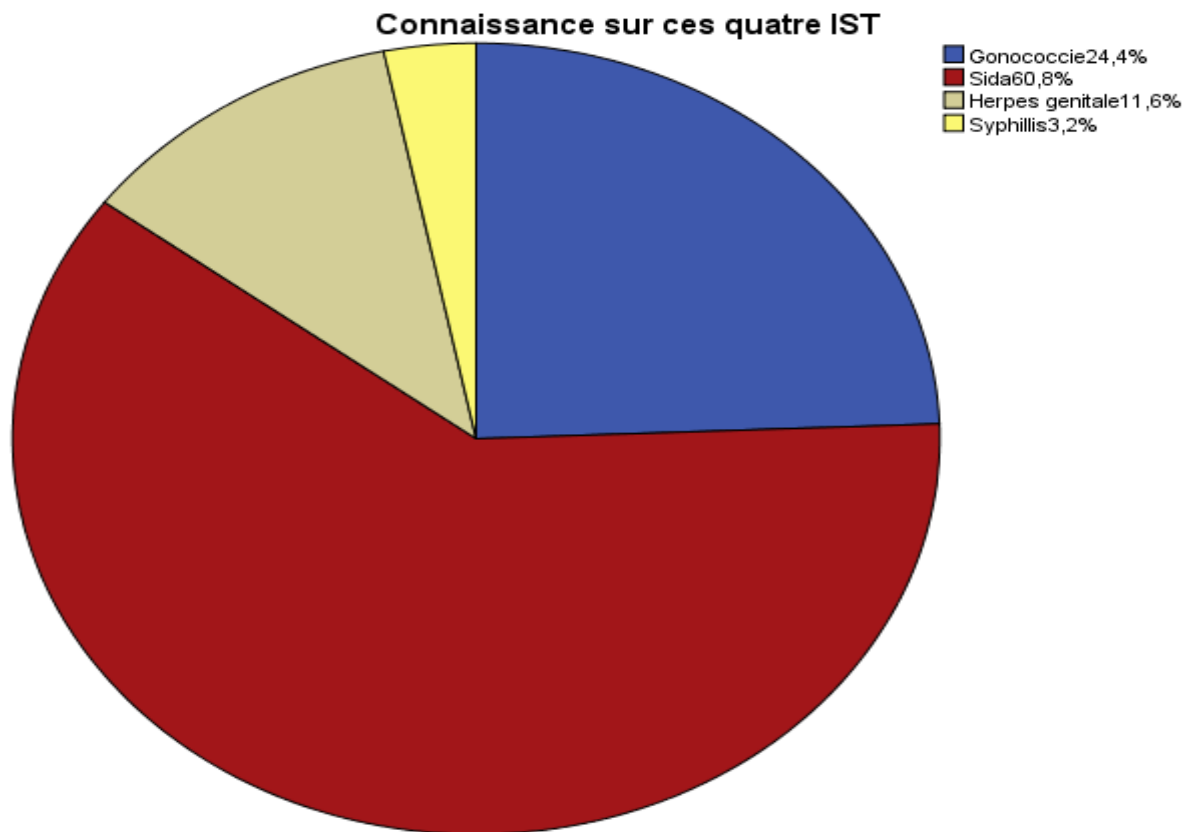


Figure 4: Le sida a été cité à 60,8% comme l'IST la plus connue par les élèves.

Tableau IV: Répartition des élèves selon la source d'informations

Sources d'informations	Fréquence	Pourcentage
Radio	66	26,4
Télévision	62	24,8
Causeries	28	11,2
Cours de classe	79	31,6
Centre de santé	15	6,0
Total	250	100,0

Le cours de classe a été la principale source d'information citée par les élèves soit 31,6 % des cas.

Tableau V: Répartition des élèves selon les symptômes les plus apparents

Symptômes les plus apparents	Fréquence	Pourcentage
Prurit génital	61	24,4
Leucorrhée purulente avec odeur	46	18,4
Leucorrhée blanchâtre inodore	18	7,2
Ecoulement urétral purulente	43	17,2
Douleur testiculaire	33	13,2
Douleur ressentie au cours des rapports sexuel	36	14,4
Autres	13	5,2

Prurit génital a été le symptôme le plus reconnu par les élèves soit 24,4% des cas.

Tableau VI: Répartition des élèves selon la connaissance de la transmission des IST.

Voies de transmissions	Fréquence	Pourcentage
Oui	198	79,2
Non	52	20,8
Total	250	100,0

La majorité soit 79,2% des élèves ont déclaré avoir une connaissance sur la transmission des IST.

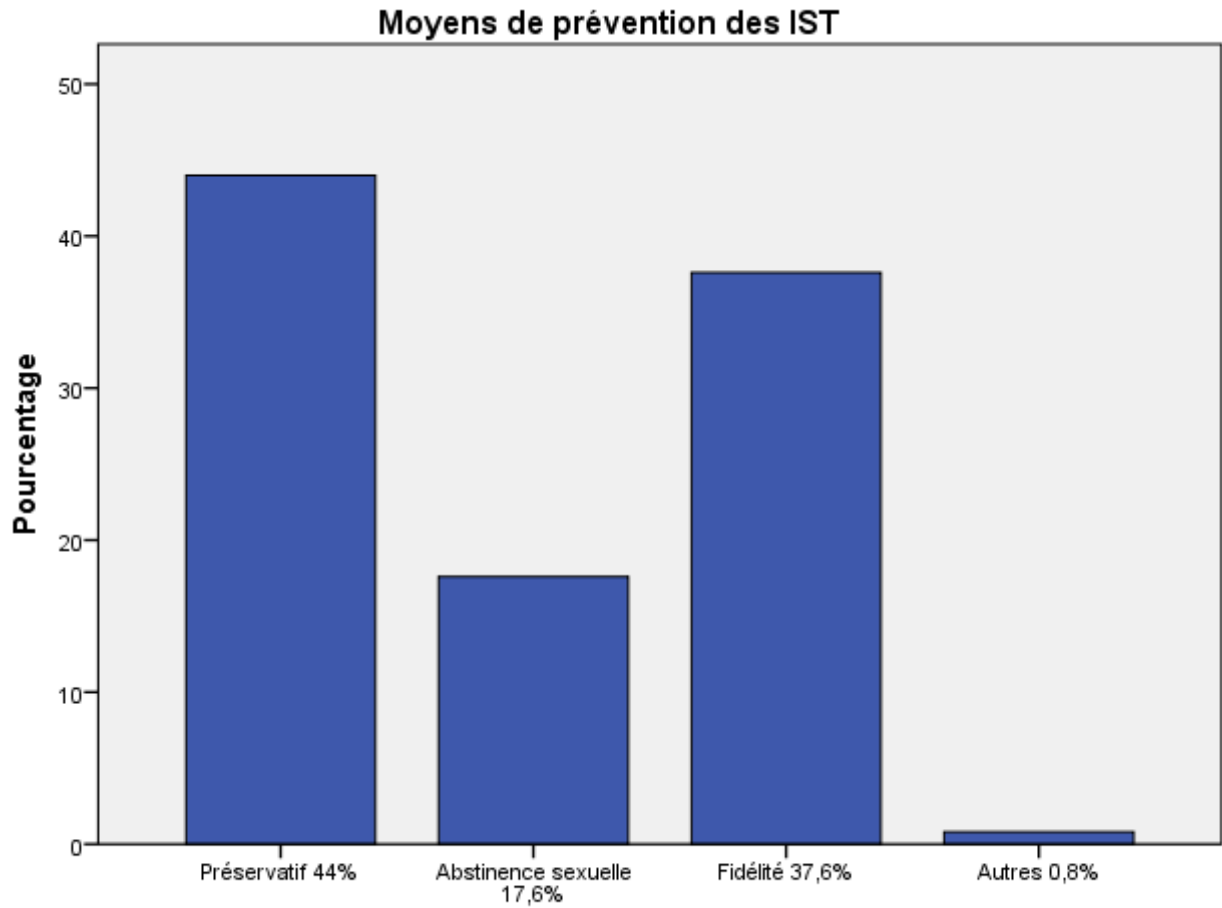


Figure 5 : Le port de préservatif lors des rapports sexuels était le moyen le plus fréquent pour éviter la transmission avec un taux de 44,0 %

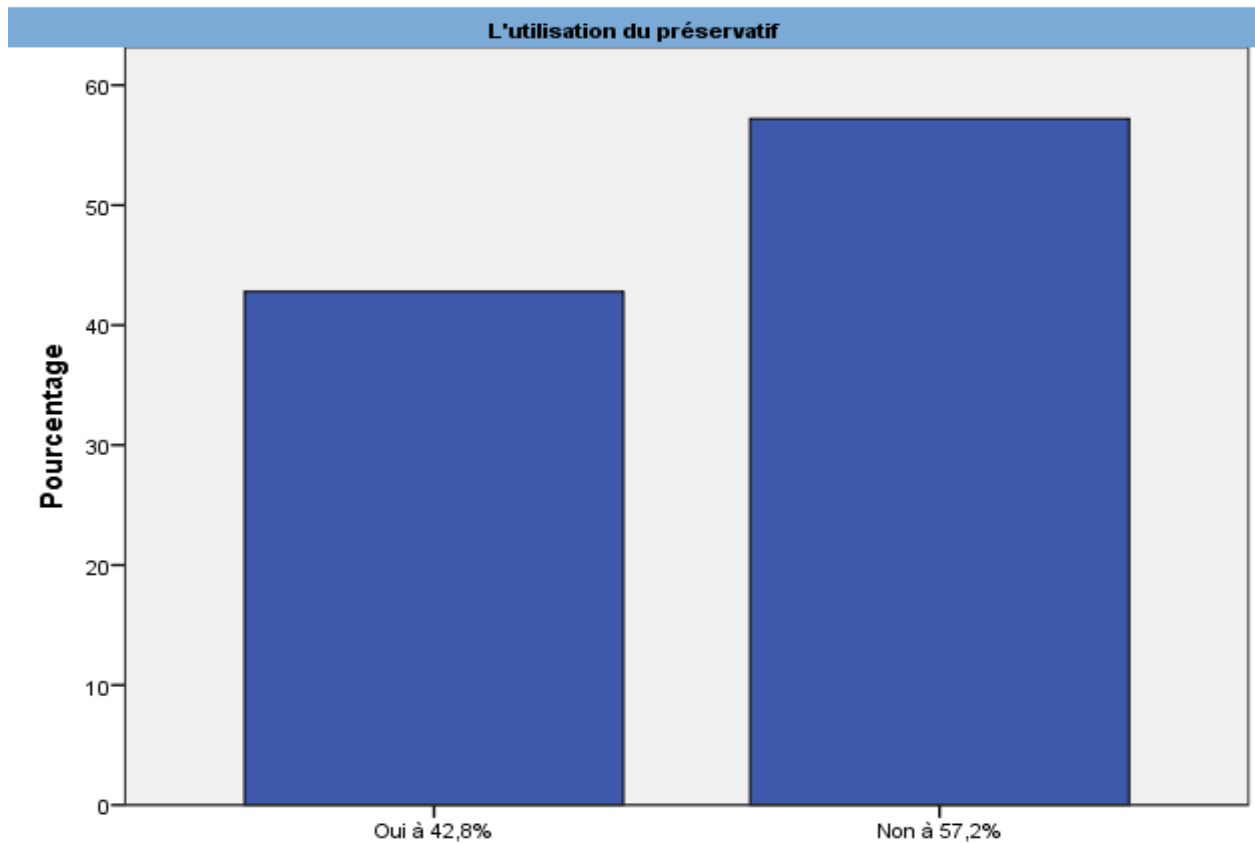


Figure 6 : Parmi les élèves 57,2% n'ont jamais utilisé le préservatif.

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

Raison de non utilisation	Fréquence	Pourcentage
Abstinence	73	51,0
Désir d'enfant	23	16,1
Déteste	30	21,0
Fidélité	16	11,2
Manque de connaissance	1	0,7
Total	143	100,0

Les élèves avaient comme argument « Abstinence » comme principale raison de non utilisation du préservatif soit 51,0%.

Tableau VIII: Répartition des élèves de l'échantillon selon les raisons d'utilisation du préservatif

Raison utilisation	Fréquence	Pourcentage
Pour éviter les IST	164	65,6
Eviter les grossesses non désirées	85	34,0
Autres	1	0,4
Total	250	100,0

La prévention contre les IST était la principale raison d'utilisation du préservatif soit 65,6%.

Tableau IX: Répartition des élèves selon les sources d'approvisionnement en préservatif

Sources d'approvisionnement en préservatif	Fréquence	Pourcentage
Pharmacie	206	82,4
Boutique	30	12,0
Marché	14	5,6
Total	250	100,0

À 82,4 % des élèves font leur approvisionnement en préservatif dans la pharmacie.

Tableau X : Répartition des élèves sur le sujet de la sexualité avec leurs partenaires réguliers

Partenaire régulier la		
sexualité en général	Fréquence	Pourcentage
Oui	77	30,8
Non	173	69,2
Total	250	100,0

À 30,8 % des élèves arrivaient à parler avec leurs partenaires sexuels sur la sexualité en général

Tableau XI: Répartition des élèves selon le faite d'avoir eu les rapports sexuels avec leurs partenaires sexuels(les) réguliers(es)

Rapports sexuels avec cet(te)		
partenaire sexuel(le) régulier(e)	Fréquence	Pourcentage
Oui	107	42,8
Non	143	57,2
Total	250	100,0

À 42 ,8 % des élèves avaient déjà eu de rapport sexuel avec leurs partenaires sexuels réguliers.

Tableau XII: Répartitions des élèves de l'échantillon selon l'âge du premier rapport sexuel

Age du premier rapport sexuel	Fréquence	Pourcentage
10-15	26	10,4
16 – 21	87	34,8
Pas de réponse	102	40,8
Ne se rappelle pas	35	14,0
Total	250	100,0

À 40,8% des élèves n'ont pas donné de réponse

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

Utilisation du préservatif lors des 1ers rapports sexuels	Fréquence	Pourcentage
Oui	43	17,2
Non	106	42,4
Pas de réponse	100	40,0
Ne sais pas	1	0,4
Total	250	100,0

Parmi les élèves enquêtés 42,4% n'ont pas utilisé le préservatif lors de leur premier rapport sexuel.

Tableau XIV: Répartition des élèves par utilisation du préservatif au cours de ces relations (pratique)

Au cours de ces relations sexuelles avec votre partenaire régulier(e), avez-vous

utilisé le préservatif	Fréquence	Pourcentage
Toujours	34	13,6
Parfois	73	29,2
Pas de réponse	69	27,6
Jamais	74	29,6
Total	250	100,0

À 29,6% des élèves n'ont jamais utilisé le préservatif au cours de ces relations sexuelles avec leurs partenaires réguliers(es).

Tableau XV: Répartition des élèves par le fait d'entendre d'autres moyens de guérir ou de ne pas attraper le sida

Moyen de traitement	Fréquence	Pourcentage
Oui	176	70,4
Non	74	29,6
Total	250	100,0

À 70,4% des élèves avaient déjà entendu parler d'autres moyens de guérir ou ne pas attraper le sida

Tableau XVI: Répartition des élèves selon la raison

Raison	Fréquence	Pourcentage
Ne sais pas	73	29,2
Abstinence	15	6,0
Antirétroviraux	12	4,8
Dépistage	1	0,4
Eviter la prostitution	1	0,4
Fidélité	33	13,2
Préservatif	115	46,0
Total	250	100,0

Les élèves avaient cité préservatif soit 46% des cas comme moyens d'éviter le sida

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Cette étude que nous avons menée auprès des élèves avait pour but de décrire leurs connaissances sur les IST d'une part et d'autre part les comportements sexuels des élèves. Ce pendant nous avons été confrontés à un certain nombre de problèmes dont la mauvaise interprétation de la part de certains élèves malgré les explications données sur le but de l'étude avant le début de l'enquête et la grève à répétition des enseignants.

2-connaissance sur les IST:

Dans notre étude, l'IST la plus citée par les élèves enquêtés était le sida (60,8%). Ce résultat est différent avec celui de SIDIBE et coll. [6] et TRAORE et coll. [7] qui avaient trouvé respectivement 97,5% et 99,7%. Cette infériorité pourrait s'expliquer par le manque de campagnes de sensibilisation sur cette pandémie d'une part et d'autre part par la taille de leur échantillon. Une étude menée par Traoré A a trouvé que la majorité des élèves connaissaient le sida soit 89,90% [8]. 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. Selon l'étude menée par Kondé A [9] qui trouvait que 95,8% des élèves et 95% des enseignants avaient entendu parler du VIH/SIDA et croyaient à son existence

3-Sources d'information sur les IST :

Les principales sources d'information sur les IST étaient les cours de classe 31,6%, la radio 26,4% et 24,8% pour la télé. Le centre de santé et la causerie sont les sources rarement rapportées par tous les enquêtés. Une étude menée par BERTHE B [10] 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-Les symptômes apparents aux IST :

Les signes d'IST les plus cités par nos élèves enquêtés étaient le prurit génital (24,4 %), la leucorrhée purulente avec odeur (18,4%) et l'écoulement urétral purulent (17,2 %). Ce résultat est différent de celui de FOMBA.B [11] qui avait trouvé 21,9% de pertes blanches, 6,66 % de brûlure mictionnelle contre seulement 4,28% qui ne connaissaient aucun signe.

5-Voies de transmission et moyens de prévention des IST:

Dans notre étude 79,2% connaissaient les voies de transmission des IST. Le préservatif était le moyen de prévention le plus cité par les élèves soit 44,0%, suivi de la fidélité (37,6%) et de l'abstinence (17,6 %). Ces résultats sont comparables à ceux de Sanogo.S.A [12] dont le préservatif a été cité à 44,1% suivi de la fidélité 28% et de l'abstinence 24,1% et différents à ceux de FOMBA [11] qui avait trouvé le préservatif avec 57,63%, suivi de l'abstinence (30,95%) et de la fidélité (11,42%). Une étude menée par DIARRA.B [13] a trouvé (53%) qui avaient cité le préservatif comme principal moyen de prévention suivi de l'abstinence (27%), de la fidélité (19%) et 1% des élèves n'ont pu citer aucun moyen de prévention. Dans l'étude de Traoré.M [14], le préservatif a été cité à 89,3% suivi de la fidélité 74,3% et de l'abstinence 73,7%.

6- Attitudes et pratiques comportementales:

Dans notre étude; 53,6% avaient affirmé avoir un partenaire sexuel régulier parmi lesquels 30,8% ont confirmé d'avoir parlé de la sexualité avec leur partenaire dont 42,8% ont déclaré avoir le rapport sexuel avec leurs partenaires sexuels régulier ; 34,8% 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 10,4 % des cas. Une étude menée par O. H. Cisse [15] a trouvé 32% des élèves avaient déjà eu de rapports sexuels, l'âge moyen au premier rapport était de 17ans avec un âge minimum de 14ans et un âge maximum de 20 ans et celle menée par Maïga .A [16] estimait l'âge minimum de rapport sexuel à 10 ans. L'étude menée au Burkina Faso [17] indiquait que l'activité sexuelle commence vers 15 ans, alors qu'au Niger elle commençait

vers 12 ans. Une étude Evac jeune [18] menée à Lomé révèle que, en moyenne ce premier rapport sexuel intervient à 16,6 ans.

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.

Dans notre étude 17,2% avaient utilisé le préservatif lors de leur premier rapport sexuel contrairement aux résultats de KONE.S [19] et TRAORE.B [20] qui ont trouvé respectivement 38,9% et 89,34%.

Parmi nos élèves enquêtés 13,6% utilisaient toujours le préservatif avec leurs partenaires sexuels régulier ; 29,2% occasionnellement et 29,6% ne l'ont jamais utilisé. Ce résultat est comparable d'une part à celui de KONE.S [19] dont 13,89% utilisaient toujours le préservatif ; par contre d'autre part 4,93% occasionnellement et 5,3% ne l'ont jamais utilisé. Dans l'étude de M.A.D BOMIA [21] quant à lui a trouvé que 76% des élèves déclarant avoir utilisé de temps à autre le préservatif au cours des rapports sexuels.

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'utiliser régulièrement le préservatif. 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.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

VII-Conclusion et recommandations : **1-Conclusion**

Dans notre étude la majorité des élèves déclaraient connaître les IST et parmi eux une minorité utilisait le préservatif. Le sida apparaît comme IST la plus citées par nos enquêtés après la gonococcie. Les raisons de désapprobation pour l'utilisation du préservatif surtout chez les jeunes filles étaient l'abstinence.

Les élèves avaient comme principale source d'information les cours de classe. Presque la totalité des élèves enquêtés affirmaient le rapport sexuel comme principale voie de transmission et recommandaient l'utilisation du préservatif, l'abstinence et la fidélité comme moyens de prévention de la transmission des IST.

Les participants discutent peu avec leurs partenaires des questions relatives à la sexualité en général et de l'utilisation du préservatif. Beaucoup des participants soit 34,8% avaient déjà eu des rapports sexuels avec un âge moyen au premier rapport soit 16 ans et plus contre 40,8% qui n'ont pas donné leur avis. 42,4% des jeunes n'ont pas utilisé le préservatif lors de leurs premiers rapports sexuels. Certains ont eu des rapports sexuels occasionnels (33,9%) et seulement 42,6% de ceux-ci ont toujours utilisé le préservatif.

2-Recommandations :

Aux autorités nationales et internationales :

- ✓ Renforcer et encourager les cours d'éducation à la vie sexuelle et familiale dans les établissements scolaires ;
- ✓ Étendre et accroître les centres d'écoute, d'orientation et de conseil pour les jeunes ;
- ✓ Introduire et encourager la communication entre les jeunes et leurs parents dans les programmes de lutte contre le SIDA
- ✓ Veiller à ce que les messages de sensibilisations soient véhiculés par des personnes affichant un comportement sexuel rationnel.
- ✓ Veiller à ce qu'il ait rétroaction après chaque émission de messages car il ne suffit pas d'émettre plusieurs messages à la fois mais de veiller à ce que ces derniers soit compris et mis en pratique.
- ✓ Encourager les bonnes stratégies religieuses qui peuvent apporter un plus dans la lutte contre le VIH.

Aux personnels de santé, aux ONG :

- ✓ Encourager et renforcer la fréquentation des centres de conseil surtout par les jeunes
- ✓ Accentuer les campagnes de sensibilisation sur les IST surtout dans les lieux de regroupement de jeunes.

Aux parents d'élèves et aux leaders communautaires (religieux, coutumiers et opinions) :

- ✓ Sensibiliser et encourager les parents à discuter avec leurs enfants des questions relatives à la santé reproductive et aux IST.

Aux jeunes :

- ✓ Avoir un comportement sexuel irréprochable ;
- ✓ Faire un dépistage précoce et un traitement approprié des épisodes d'IST
- ✓ Participer et faire participer ses pairs aux séances d'éducation pour la santé partout (école, lieux de loisir...).

REFERENCES

VIII- References:

- 1-World Wide prévalence and génotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology : 2007 juil. 7(7) :453-9.
- 2-Global Estimates of syphilis : Newman L ; Kamb M ; Hawkes S ; Gomez G ; Say L. PLOS Med 10(2) : e 1001396.
- 3-Hayes RJ.Schulz KF, Plummer. FA. The cofacter effet of génital ulcers in the perexposure risk of HIV transmission in subsaharan African .JOURNAL of tropical Médecine and hygiène, 1995, 98.
- 4-Enqette démographique et santé au Mali en 2018 tableau 13-10.
- 5-ONU SIDA rapport sur l'épidémie mondiale du VIH /SIDA 2000; 11 – 72, Rapport annuel sur le VIH/SIDA 2008,108P : 3-7
- 6-Sidibe T, Sangho H, Traore MS, Clissé MB, Diallo B, Keïta MM, et al. CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES ELEVES D'UN LYCEE DE BAMAKO EN MATIERE DE CONTRACEPTION ET PREVENTION DES IST. 2006;4.
7. M12740.pdf [Internet]. [Cité 27 juill. 2019]. Disponible sur: <http://www.beep.ird.fr/collect/uouaga/index/assoc/M12740.dir/M12740.pdf>
- 8-Traoré Amidou : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES JEUNES DE MOINS DE VINGT ANS FACE AUX IST/SIDA. Thèse méd. Bamako en 2006
9. Kondé A. Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière d'IST et VIH/SIDA au lycée jeune fille de Bamako [thèse : Med]. Bamako: Université de Bamako; 2009
- 10-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

- 11-FOMBA Bouba : connaissances, attitudes et pratiques des jeunes lycéens face aux IST VIH/SIDA dans les écoles secondaires de la commune I du district de Bamako. Thèse, Med, Bamako, 2009 ,74p
- 12-Sanogo S.A : Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes en matière d'IST/SIDA en milieu scolaire dans le District de Bamako. Thèse méd. 01-M-102.
13. Diarra B : Connaissance, attitudes, pratiques comportementales en matière de maladies sexuellement transmissible et du VIH/SIDA en milieu scolaire urbain de Kati [thèse : Med]. Bamako: Université de Bamako; 2011.
- 14- Traoré. M : Connaissances attitudes et pratiques comportementales des jeunes lycéens face aux IST/SIDA en milieu scolaire dans la commune III du District de Bamako. Thèse méd. Bamako 2008 ; 74P
- 15-O.H.Cissé : Connaissance et comportements des lycéens face aux IST/SIDA en commune I du district de Bamako. Thèse méd. Bamako 2012 ; 58P
- 16-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
- 17- Direction nationale de la santé publique, programme national de lutte contre le SIDA. EDSIV mali
- 18-Kodjovi Kouwanou, Patrice Muka Hirwa : Enquête évaluation du centre des jeunes de l'ATBEF à Lomé «Evac jeune 1 »
- 19-Salif.Koné : Connaissance, attitudes et pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida (Macina, Ségou, Mali). Thèse méd. Bamako 2011 ; 73P
- 20-TRAORE B : Connaissances et comportements face au VIH/SIDA en milieu scolaire. Thèse médecine Bamako 2005

- 21- BOMIA. M. A. D : Connaissances, attitudes et pratiques sur la santé de la reproduction en milieu scolaire. (Second cycle fondamental et lycée) à Bamako de Mars à Juin 2004. Thèse Médecine, Bamako 2004, n°17
- 22- Maiga O.L : Attitude, pratique et comportement sexuelle en matière de MST /SIDA dans l'ENSEC de Bougouni. Thèse, Méd, Bamako, 2001, N 79, 2Pages.
- 23-GOITA S : Etude epidemio-clinique des IST dans la région de Mopti 1996-1997 Thèse, Med, Bamako 1998; N 64,74P. (6)- GOITA S. Etude epidemio-clinique des IST dans la région de Mopti 1996-1997 Thèse, Med, Bamako 1998; N 64,74P.
- 24-Siboulet A, Coulaud JP ; catalan F ; Basset A, Bohbot JM. Blennorrhagie gonococcique. Maladies sexuellement transmissibles Paris Masson ; 1991
- 25-Traoré Amidou : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES JEUNES DE MOINS DE VINGT ANS FACE AUX IST/SIDA. Thèse méd Bamako en 2006
- 26-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
- 27-E.pilly : Malades infectieuses ; mont Morency 16ème Ed oct. 1997 605 P
- 28-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
- 29-Montagnier L: Isolation of HT2 retrovirus (LAV). From Zarian Maried couayte one with Aids one with Arc. Lancet 1984; Tome: 1183-1185
- 30-Montagnier L: Lutte contre le SIDA : la course contre la montre santé du monde : magazine de l'OMS Mars 1988 P12
- 31-Gallo R- C : Détection, isolation and continous production of cytophatic retro virus from patients with Aids and Arc. Science 1984; 224:P 497

- 32-Gallo R – C : Fréquent détection and isolation of cytophatic retrovirus (HTLIII) From patients with Aids and risk for Aids. Science 1983 ; 224: 500 – 503
- 33- Clavel F:VIH type 2 infections association with Aids in West Africa the New England journal of Med 7. 1987 P 1182- 1185
- 34-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, Juin 2000 P27
- 35-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 veston. MD, USA ; 1995
- 36- Description du VIH : Disponible sur <http://.w.w.w.I France.com / Seb IV/ Descrip.tttm>
- 37-Gentilini M : Médecine tropical Paris Flemmarion 1993; 928P
- 38-Jossay M Donadien Y le SIDA : Etude, prévention, traitement, paris Maloine 1987 ; 41P
- 39-Peerters Mulanga – Ka Beyac, Deleporte E. la diversité génétique du VIH virologie 2000 ; 4 :371 – 81

ANNEXES

IX- Annexes :**Fiche de collecte des données**

THEME : Perception et pratiques des jeunes scolaires sur les infections sexuellement transmissibles dans le cercle de Nara, région de Koulikoro.

Consentement éclairé de l'élève

Nous sommes étudiants en 7^{ème} année de Médecine. Nous effectuerons une recherche sur le thème « Perception et pratiques des jeunes scolaires sur les infections sexuellement transmissibles dans la ville de Nara » dans le cadre des travaux de notre thèse de doctorat de fin de cycle. Nous vous demanderons de répondre à des questions en rapport avec ses infections. Nous vous rassurerons que les informations que vous allez nous fournir seront collectées dans l'anonymat et seront tenues confidentiellement. Votre participation à l'enquête est volontaire. Nous vous demanderons de répondre honnêtement aux questions afin de nous aider à évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes scolaires sur les infections sexuellement transmissibles.

Fiche d'enquête**I-Renseignements généraux :**

Numéro du questionnaire [] [] []

Ville de Nara Nom du quartier :.....

1-lycée Public=1 lycée Oumou Dilly=2
[.....]

2-Profession de la mère :.....

3-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=oui, 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 urétral
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 st=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** : DOGOZO**Prénom** : Drissa**E-mail** : dogozodrissa100gmail.com**Thèse de Médecine** : Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescents en milieu scolaire sur les infections sexuellement transmissibles dans le cercle de Nara.**Période** : 2019-2020**Pays d'origine** : Mali**Ville de soutenance** : Bamako**Lieux de dépôt** : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'odontostomatologie.**Secteur d'intérêt** : Santé publique et anthropologie médicale**Résumé** :

Notre étude prospective transversale s'est déroulée à Nara. L'objectif consistait à étudier le comportement des adolescentes en milieu scolaire sur les IST. La principale source d'information sur les IST citée par les adolescents a été le cours de classe soit 31,6 %. La majorité des élèves soit 79,2% affirmaient connaître les voies de transmission et parmi elles 44% déclaraient le port du préservatif lors des rapports sexuels comme le moyen le plus fréquent pour éviter la transmission. L'âge moyen du premier rapport sexuel était 16-21 ans. L'utilisation du préservatif lors de leur premier rapport sexuel était minime soit 17,2% ; 82,4 % des élèves font leur approvisionnement en préservatif dans la pharmacie. La désapprobation pour l'utilisation était nombreuse et avait plusieurs causes.

Mots Clefs : Connaissances- Attitudes- Pratiques- Adolescente- Milieu scolaire- Infection Sexuellement-Transmissible

Fiche signalétique**Nom** : DOGOZO**Prénom** : Drissa**E-mail** : dogozodrissa100gmail.com**Thèse de Médecine** : Perception et pratiques des jeunes scolaires sur les infections sexuellement transmissibles dans le cercle de Nara, région de Koulikoro.**Période** : 2020-2021**Pays d'origine** : Mali**Ville de soutenance** : Bamako**Lieux de dépôt** : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'odontostomatologie.**Secteur d'intérêt** : Santé publique et anthropologie médicale**Abstract** :

Our cross-sectional perspective study took place in Nara.

The objective was to study the behavior of Young school Children on sexually transmitted infections.

The main source of information on sexually transmitted infections cited by students was the classroom lesson, that is 31,6%. The majority of students, that is 79,2%, claimed to know the routes of transmission and among them 44% reported wearing a condom during sexual intercourse as the most frequent means of preventing transmission. The average age of first sexual intercourse was 16 to 21 years old. The use of condoms during their first sexual intercourse was minimal at 17,2% ; 82,4% of students buy condoms from the pharmacy. The disapproval for the use was numerous and had several causes.

Keywords : Perception-practices-school children-sexually transmitted infection.

SERMENT 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 à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y 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 humaine 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 leurs pères.

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 !