

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une foi



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Année académique : 2007-2008

N°

TITRE
**ETUDE DESCRIPTIVE DES PATHOLOGIES
ET DU COMPORTEMENT SEXUEL DES
ELEVES DE L'ÉTABLISSEMENT MIXTE
KALANSO- KODONSO de BAMAKO
JUN 2007**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le .../ .../ 2008
à la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Par

Mr DICKO Ibrahim Mahmoud

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

Jury:

Président : Pr. Salif Diakité
Membre : Dr Hammadoun Aly Sango
Co-Directeur : Dr Malik Traoré
Directeur : Pr Flabou Bougoudogo

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007 – 2008

❖ **ADMINISTRATION**

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR
1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
2^{eme} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE : Mme COULIBALY FATOUMATA TALL – CONTROLEUR DES FINANCES

❖ **LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr ALOU BA	OPHTALMOLOGIE
Mr BOCAR SALL	ORTHOPEDIE - TRAUMATOLOGIE – SECOURISME
Mr SOULEYMANE SANGARE	PNEUMO-PHTISIOLOGIE
Mr YAYA FOFANA	HEMATOLOGIE
Mr MAMADOU L. TRAORE	CHIRURGIE GENERALE
Mr BALLA COULIBALY	PEDIATRIE
Mr MAMADOU DEMBELE	CHIRURGIE GENERALE
Mr MAMADOU KOUMARE	PHARMACOGNOSIE
Mr ALI NOUHOUM DIALLO	MEDECINE INTERNE
Mr ALY GUINDO	GASTRO-ENTEROLOGIE
Mr MAMADOU M. KEITA	PEDIATRIE
Mr SINE BAYO	ANATOMIE-PATHOLOGIE-HISTOEMBRYOLOGIE
Mr SIDI YAYA SIMAGA	SANTE PUBLIQUE
Mr ABDOULAYE AG RHALY	MEDECINE INTERNE
Mr BOULKASSOUM HAIDARA	LEGISLATION
Mr BOUBACAR SIDIKI CISSE	TOXICOLOGIE
Mr MASSA SANOGO	CHIMIE ANALYTIQUE

❖ **Liste du personnel enseignant par D.E.R. & par grade**

✓ **D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

1. PROFESSEURS :

Mr ABDEL KARIM KOUMARE	CHIRURGIE GENERALE
Mr SAMBOU SOUMARE	CHIRURGIE GENERALE
Mr ABDOU ALASSANE TOURE	ORTHOPEDIE – TRAUMATOLOGIE, Chef du D.E.R.
Mr KALILOU OUATTARA	UROLOGIE
Mr AMADOU INGRE DOLO	GYNECO-OBSTETRIQUE
Mr ALHOUSSEINI AG MOHAMED	O.R.L.
Mme SY ASSITAN SOW	GYNECO-OBSTETRIQUE
Mr SALIF DIAKITE	GYNECO-OBSTETRIQUE
Mr ABDOULAYE DIALLO	ANESTHESIE - REANIMATION
Mr DJIBRIL SANGARE	CHIRURGIE GENERALE, Chef du D.E.R.
Mr ABDEL KADER TRAORE dit DIOP	CHIRURGIE GENERALE

2. MAITRES DE CONFERENCES :

Mr ABDOULAYE DIALLO	OPHTALMOLOGIE
---------------------	---------------

Mr GANGALY DIALLO
 Mr MAMADOU TRAORE
 Mr FILIFING SISSOKO
 Mr SEKOU SIDIBE
 Mr ABDOULAYE DIALLO
 Mr TIEMAN COULIBALY
 Mme TRAORE J. THOMAS
 Mr MAMADOU L. DIOMBANA
 Mme DIALLO FATIMATA S. DIABATE
 Mr NOUHOUM ONGOIBA
 Mr SADIO YENA
 Mr YOUSSEUF COULIBALY

CHIRURGIE VISCERALE
 GYNECO-OBSTETRIQUE
 CHIRURGIE GENERALE
 ORTHOPEDIE – TRAUMATOLOGIE
 ANESTHESIE – REANIMATION
 ORTHOPEDIE – TRAUMATOLOGIE
 OPHTALMOLOGIE
 STOMATOLOGIE
 GYNECO-OBSTETRIQUE
 ANATOMIE-CHIRURGIE GENERALE
 CHIRURGIE THORACIQUE
 ANESTHESIE – REANIMATION

3. MAITRES ASSISTANTS :

Mr ISSA DIARRA
 Mr SAMBA KARIM TIMBO
 Mme TOGOLA FANTA KONIPO
 Mr ZIMOGO ZIE SANOGO
 Mme DIENEBA DOUMBIA
 Mr ZANAFON OUATTARA
 Mr ADAMA SANGARE
 Mr SANOUSSI BAMANI
 Mr DOULAYE SACKO
 Mr IBRAHIM ALWATA
 Mr LAMINE TRAORE
 Mr MADY MACALOU
 Mr ALY TEMBELY
 Mr NIANI MOUNKORO
 Mr TIEMOKO D. COULIBALY
 Mr SOULEYMANE TOGORA
 Mr MOHAMED KEITA
 Mr BOURAIMA
 Mr YOUSSEUF SOW
 Mr DJIBO MAHAMANE DIANGO
 Mr MOUSTAPHA TOURE

GYNECO-OBSTETRIQUE
 O.R.L.
 O.R.L.
 CHIRURGIE GENERALE
 ANESTHESIE – REANIMATION
 UROLOGIE
 ORTHOPEDIE – TRAUMATOLOGIE
 OPHTALMOLOGIE
 OPHTALMOLOGIE
 ORTHOPEDIE – TRAUMATOLOGIE
 OPHTALMOLOGIE
 ORTHOPEDIE – TRAUMATOLOGIE
 UROLOGIE
 GYNECO-OBSTETRIQUE
 ODONTOLOGIE
 ODONTOLOGIE
 O.R.L.
 GYNECO-OBSTETRIQUE
 CHIRURGIE GENERALE
 ANESTHESIE – REANIMATION
 GYNECOLOGIE

✓ D.E.R. DES SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS :

Mr DAUDA DIALLO
 Mr AMADOU DIALLO
 Mr MOUSSA HARAMA
 Mr OGOBARA DOUMBO
 Mr YENIMEGUE ALBERT DEMBELE
 Mr ANATOLE TOUNKARA
 Mr BAKARY M. CISSE
 Mr ABDOURAHAMANE S. MAIGA
 Mr ADAMA DIARRA
 Mr MAMADOU KONE

CHIMIE GENERALE et MINERALE
 BIOLOGIE
 CHIMIE ORGANIQUE
 PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE
 CHIMIE ORGANIQUE
 IMMUNOLOGIE
 BIOCHIMIE
 PARASITOLOGIE
 PHYSIOLOGIE
 PHYSIOLOGIE

2. MAITRES DE CONFERENCES:

Mr AMADOU TOURE
 Mr FLABOU BOUGOUDOGO
 Mr AMAGANA DOLO
 Mr MAHAMADOU CISSE

HISTOEMBRYOLOGIE
 BACTERIOLOGIE – VIROLOGIE
 PARASITOLOGIE, **Chef du D.E.R.**
 BIOLOGIE

Mr SEKOU F.M. TRAORE
Mr ABDOULAYE DABO
Mr IBRAHIM I. MAIGA

ENTOMOLOGIE MEDICALE
MALACOLOGIE – BIOLOGIE ANIMALE
BACTERIOLOGIE – VIROLOGIE

3. MAITRES ASSISTANTS :

Mr LASSANA DOUMBIA
Mr MAHAMADOU A. THERA
Mr MOUSSA ISSA DIARRA
Mr KAOUROU DOUCOURE
Mr BOUREIMA KOURIBA
Mr SOULEYMANE DIALLO
Mr CHEIK BOUGADARI TRAORE
Mr GUIMOGO DOLO
Mr MOUCTAR DIALLO
Mr ABDOULAYE TOURE
Mr BOUBACAR TRAORE
Mr MOUNIROU BABY

CHIMIE ORGANIQUE
PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
BIOPHYSIQUE
BIOLOGIE
IMMUNOLOGIE
BACTERIOLOGIE – VIROLOGIE
ANATOMIE – PATHOLOGIE Mr
ENTOMOLOGIE MOLECULAIRE MEDICALE
BIOLOGIE – PARASITOLOGIE
ENTOMOLOGIE MOLECULAIRE MEDICALE
PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
HEMATOLOGIE

4. ASSISTANTS :

Mr MANGARA M. BAGAYOGO
Mr DJIBRIL SANGARE
Mr BOKARY Y. SACKO
Mr MAMADOU BA
Mr MOUSSA FANE

ENTOMOLOGIE MOLECULAIRE MEDICALE
ENTOMOLOGIE MOLECULAIRE MEDICALE
BIOCHIMIE
BIOLOGIE-PARASITOLOGIE-ENTOMOLOGIE MEDICALE
PARASITOLOGIE-ENTOMOLOGIE

✓ D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS :

Mr MAMADOU K. TOURE
Mr MAHAMANE MAIGA
Mr BABA KOUMARE
Mr MOUSSA TRAORE
Mr ISSA TRAORE
Mr HAMAR A. TRAORE
Mr DAPA ALY DIALLO
Mr MOUSSA Y. MAIGA
Mr SOMITA KEITA
Mr BOUBAKAR DIALLO
Mr TOUMANI SIDIBE

CARDIOLOGIE
NEPHROLOGIE
PSYCHIATRIE, **Chef du D.E.R.**
NEUROLOGIE
RADIOLOGIE
MEDECINE INTERNE
HEMATOLOGIE
GASTRO-ENTEROLOGIE – HEPATOLOGIE
DERMATO-LEPROLOGIE
CARDIOLOGIE
PEDIATRIE

2. MAITRES DE CONFERENCES:

Mr BAH KEITA
Mr ABDEL KADER TRAORE
Mr SIAKA SIDIBE
Mr MAMADOU DEMBELE
Mr MAMADY KANE
Mr SAHARE FONGORO
Mr BAKORоба COULIBALY
Mr BOU DIAKITE
Mr BOUGOUZIE SANOGO
Mme SIDIBE ASSA TRAORE
Mr ADAMA D. KEITA
Mr SOUNKALO DAO

PNEUMO-PHTISIOLOGIE
MEDECINE INTERNE
RADIOLOGIE
MEDECINE INTERNE
RADIOLOGIE
NEPHROLOGIE
PSYCHIATRIE
PSYCHIATRIE
GASTRO-ENTEROLOGIE
ENDOCRINOLOGIE
RADIOLOGIE
MALADIES INFECTIEUSES

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE MARIAM SYLLA	PEDIATRIE
Mme HABIBATOU DIAWARA	DERMATOLOGIE
Mr DAOU DA K. MINTA	MALADIES INFECTIEUSES
Mr KASSOUM SANOGO	CARDIOLOGIE
Mr SEYDOU DIAKITE	CARDIOLOGIE
Mr AROUNA TOGORA	PSYCHIATRIE
Mme DIARRA ASSETOU SOUCKO	MEDECINE INTERNE
Mr BOUBACAR TOGO	PEDIATRIE
Mr MAHAMADOU TOURE	RADIOLOGIE
Mr IDRISSE A. CISSE	DERMATOLOGIE
Mr MAMADOU B. DIARRA	CARDIOLOGIE
Mr ANSELME KONATE	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
Mr MOUSSA T. DIARRA	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
Mr SOULEYMANE DIALLO	PNEUMOLOGIE
Mr SOULEYMANE COULIBALY	PSYCHOLOGIE
Mr CHEIK OUMAR GUINDO	NEUROLOGIE

✓ **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

1. PROFESSEURS :

Mr GAOUSSOU KONATE	CHIMIE ANALYTIQUE, Chef du D.E.R.
Mr OUSMANE DOUMBIA	PHARMACIE CHIMIQUE
Mr ELIMANE MARIKO	PHARMACOLOGIE

2. MAITRES DE CONFERENCES :

Mr DRISSE DIALLO	MATIERES MEDICALES
Mr ALOU KEITA	GALENIQUE
Mr BENOIT YARANGA KOUMARE	CHIMIE ANALYTIQUE
Mr ABABACAR I. MAIGA	TOXICOLOGIE

3. MAITRES ASSISTANTS :

Mme ROKIA SANOGO	PHARMACOGNOSIE
Mr YAYA KANE	GALENIQUE
Mr SAIBOU MAIGA	LEGISLATION
Mr OUSMANE KOITA	PARASITOLOGIE MOLECULAIRE
Mr YAYA COULIBALY	LEGISLATION

✓ **D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**

1. PROFESSEUR :

Mr SANOUSSI KONATE	SANTE PUBLIQUE, Chef du D.E.R.
--------------------	---------------------------------------

2. MAITRE DE CONFERENCES :

Mr MOUSSA A. MAIGA	SANTE PUBLIQUE
Mr MAMADOU SOUNCALO TRAORE	SANTE PUBLIQUE
Mr JEAN TESTA	SANTE PUBLIQUE

3. MAITRES ASSISTANTS :

Mr ADAMA DIAWARA	SANTE PUBLIQUE
Mr HAMADOUN SANGHO	SANTE PUBLIQUE
Mr MASSAMBOU SACKO	SANTE PUBLIQUE
Mr ALASSANE A. DICKO	SANTE PUBLIQUE

Mr HAMMADOUN ALY SANGO
Mr SEYDOU DOUMBIA
Mr SAMBA DIOP
Mr AKORY AG IKNANE

SANTE PUBLIQUE
EPIDEMIOLOGIE
ANTHROPOLOGIE MEDICALE
SANTE PUBLIQUE

4. ASSISTANTS

Mr OUMAR THIERO
Mr SEYDOU DIARRA

BIostatistique
ANTHROPOLOGIE MEDICALE

✓ CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATEURS

Mr N'GOLO DIARRA
Mr BOUBA DIARRA
Mr SALIKOU SANOGO
Mr BOUBACAR KANTE
Mr SOULEYMANE GUINDO
Mme DEMBELE SIRA DIARRA
Mr MODIBO DIARRA
Mme MAIGA FATOUMATA SOKONA
Mr MAHAMADOU TRAORE
Mr YACOUBA COULIBALY
Mr LASSINE SIDIBE

BOTANIQUE
BACTERIOLOGIE
PHYSIQUE
GALENIQUE
GESTION
MATHEMATIQUES
NUTRITION
HYGIENE DU MILIEU
GENETIQUE
LEGISLATION
CHIMIE ORGANIQUE

✓ ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. DOUDOU BA
Pr. BABACAR FAYE
Pr. MOUNIROU CISSE
Pr. AMADOU PAPA DIOP
Pr. LAMINE GAYE

BROMATOLOGIE
PHARMACODYNAMIE
HYDROLOGIE
BIOCHIMIE
PHYSIOLOGIE

Dédicaces

Je dédie ce travail à Allah, le tout puissant ; le clément et le miséricordieux.

Par ta bonté et ta grâce, tu m'as permis de mener à terme ce travail si long et pénible.

Fasse que je me soumette toujours à toi en toute circonstance, à chaque instant du restant de ma vie ; cette vie si éphémère, comparée à celle que tu promets à ceux qui suivent ton chemin à travers le prophète Mohamed (P.S.L).

A mon père : Mahmoud Barazi

Ce travail est le fruit de ta patience et de ta combativité, ta rigueur dans le travail, ton sens de l'honnêteté, tes repères islamiques n'ont jamais cessé d'être pour nous, les repères d'une ligne de conduite.

Nous ne trouverons jamais assez de mots pour t'exprimer toute notre admiration et notre fidèle affection.

Que DIEU te prête longue vie.Amen !

A ma mère : Hamsa Houna

Merci pour toute l'affection que tu m'as donnée en ce jour solennel, personne mieux que toi ne mérite cette reconnaissance. Ce travail, fruit de ton amour et de ta sagesse, traduit toute ta volonté et ta disponibilité pour la réussite de tes enfants. En toi, nous avons trouvé l'amour et l'attention d'une mère. Nous espérons être à la hauteur de ta confiance, ce travail est le votre.

A mes frères et sœurs : Mohamed Lamine, Yehia, Hamidou, Maissa, Sadatou, Adidjetou , Aminata, Mariama, Ammou.

REMERCIEMENTS

A Yehia Abdou : Maire de la commune de GABERO je n'ai aucune expression pour traduire mes sentiments à vos égards. En témoignage de l'affection que vous m'avez toujours donnée, je voudrai que vous trouvez dans, ce travail le fruit des efforts que vous avez consentis.

A MAhamadou Ibrahim : Ton affection et ton aide ne m'ont jamais fait défaut. Trouve ici l'expression de mes sincères sentiments de reconnaissance et d'affection. Qu'allah le tout puissant t'assiste dans tes œuvres de tous les jours ! Amen.

A l'honorable Abdou Abdoulaye Sidibé : Ce travail est le fruit de votre effort. Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Docteur Hamidou Dicko : Direction Régionale de la santé de Tombouctou, votre soutien, votre affection et vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut durant tout le long du cycle universitaire, ce travail est aussi le vôtre.

Aux Docteurs : Dr Cissé Dramane (Médecin chef du centre de santé de référence de Djenné), Dr Tidiani Traoré (Médecin au CSRéf de Djenné), Dr Yamadou Sidibé (cabinet médical Yamadou Sidibé).

A Abacar Sidibé : Ministère de l'agriculture.

A mes Tontons : Lamido Irkonanagne ; Salhadine Aroussa Dicko, Kaffa Dicko ; Omorou Kanno vous m'avez soutenu et encouragés pendant les moments

difficiles de la vie, en vous j'ai retrouvé l'image et l'amour d'un père. Que vous en soyez remerciés

A mes Tantes : Hadji Samba ; Mariama Hammadi Bintou Hammadi ; Fatoumata Aroussa, Merci pour vos sages conseils.

A mes cousins et cousines : Yehia T Dicko ; Hammidou Albachar ; Oumar Almahmoud ; Ousmane Abdourhamane ; Hamidou Banna ; Abdourhamane Soumana ; Youssoufa Mahamamoudou ; Alhoussouna Boucana ; Fatoumata Mahamar, Fatoumata Adama ; Mohamed Ibrahim dit NDiaye... ; Abdoul Aziz A Sidibé ; Alpha Mahamar.

Puissent les connaissances que j'ai apprises être utiles aux uns et aux autres.

A mes neveux : Mohamed Ibrahim dit Ibba et Abdoul Aziz, Abdou Aloumour.

Mes amis (es) de la faculté : Je me garderai de vous citer au risque d'omettre involontairement un nom quelconque. Courage et bonne chance pour la vie professionnelle.

A tous mes encadreurs du primaire au supérieur : merci pour la qualité de l'enseignement, de l'éducation... du mode de vie que vous m'avez donnés. Je vous en serai toujours reconnaissante.

A mes amis : notamment Abdoulaye Kassogué ; Harouna Oumar Touré ; Ahamadou Yoro, Moustaph Mahamar, Mahamadou Madana ; Alou Badra Traoré ; Amadou Barry ; Abdouhamane Hammadi... ; Vous êtes et vous resterez mes fidèles compagnons ; vous m'avez prouvé que je peux compter sur vous à

tout moment et en toute circonstance. Que le tout puissant raffermisse nos liens.
Merci pour tous.

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY
Pr. Salif Diakité

- ✓ *Professeur titulaire de Gynécologie-Obstétrique à la FMPOS*
- ✓ *Gynécologue-Accoucheur au CHU maternité Gabriel Touré*

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Honorable Professeur, votre simplicité et votre modestie font de vous un homme admirable.

Nous avons été impressionnés par votre sens élevé de la personnalité humaine. Votre disponibilité votre rigueur dans le travail et vos qualités d'Homme de science et de culture font de vous un exemple à suivre.

Veillez accepter cher Maître, nos sentiments d'estime et de profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Flabou Bougoudogo

- ✓ **Maître de conférence agrégé en Bactériologie et Virologie à la FMPOS ;**
- ✓ **Directeur Général de l'Institut National de Recherche en Santé Publique ;**
- ✓ **Responsable des cours de bactériologie et virologie à la FMPOS.**

Honorable Maître,

Votre appui a été d'un grand apport dans l'élaboration de ce document.

Votre simplicité, votre sérénité, votre disponibilité, et votre esprit communicatif font de vous un Maître admiré de tous.

Soyez rassuré cher Maître, de notre profond attachement aux valeurs qui vous sont chères tel que le travail bien fait.

Cher maître veuillez trouver ici notre profond respect et nos sincères remerciements.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Malick Traoré

- ✓ ***Médecin, Expert universitaire international en santé sexuelle et en santé reproductive***

- ✓ ***Promoteur du cabinet médical DUFLO à Mopti***

Nous vous remercions d'avoir suivi pas à pas ce long travail. Votre rigueur, vos encouragements, vos aides et vos conseils les plus éclairés nous ont permis de mener à bien ce travail.

L'intérêt bienveillant et la confiance que nous avons sans cesse trouvés auprès de vous, nous ont été d'un incomparable soutien dans la poursuite de nos efforts. Veuillez trouver dans ce travail, le vôtre, l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre attachement respectueux

Qu'Allah le Tout Puissant vous récompense pour vos nombreux bienfaits. Amen!

A notre Maître et juge
Docteur Hammadoum Aly SANGO

✓ *Maître assistant ;*

✓ *Master en Sciences en Contrôle des maladies, chargé des relations extérieures et de la coopération de la FMPOS.*

Cher Maître,

C'est un réel plaisir et un honneur pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury de thèse. Votre rigueur et votre simplicité ont été toujours à la disposition de la jeune génération pour le bien-être de la santé. Votre désir à transmettre aux autres vos larges connaissances fait de vous un homme de science apprécié.

Nous apprécions largement votre dynamisme et votre générosité.

ABREVIATIONS

- ARN :** Acide Rubo-Nucléique
- CDVAA :** Centre de Dépistage Volontaire Anonyme et Gratuit de Pékiné-Guediawaye.
- CHU :** Centre Hospitalier Universitaire
- DANS :** Douleur Abdominale Non Spécifique
- EDSM :** Enquête Démographique de Santé Mali
- FMPOS :** Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
- IST :** Infection Sexuellement Transmissible
- ISED :** Institut de Santé et Développement
- MST :** Maladie Sexuellement Transmissible
- OMS :** Organisation Mondiale de la Santé
- ONG :** Organisation Non Gouvernementale
- ONU :** Organisation des Nations Unies
- PROFAM :** Promotion de la famille
- RAS :** Rien à signaler
- SIDA :** Syndrome Immuno-Déficiences Acquis
- USAID :** Agence Internationale pour le Développement des Nations Unies.
- VAS =** Voies aériennes supérieures
- VIH =** Virus de l'Immuno-Déficiences Humaine

SOMMAIRE

I. Introduction	1
II. Objectifs	5
III. Généralités	6
IV. Méthodologie	23
V. Résultats	27
VI. Discussion	40
VII. Conclusion et recommandations	45
VIII. Références bibliographiques	47
IX. Annexes	51

I. INTRODUCTION

Les adolescents représentent le cinquième de la population mondiale et 85% d'entre eux vivent dans les pays en voie de développement [1].

Au Mali, la troisième enquête démographique et de santé (EDSM III) a montré que 21,8% de la population est âgée de 10 à 19ans [7].

Environ 15 millions (plus de 10%) des enfants naissent de mères adolescentes dans le monde dont 17%, dans les pays en voie de développement. Sur les 315000000 de cas d'Infections sexuellement transmissibles (IST) contractées dans le monde, 32% touchent les jeunes de moins de 20 ans [1].

Dans le monde plus de la moitié des nouveaux cas d'infections à VIH sont recensés chez les 15-24 ans. Malgré les efforts déployés par l'Etat et les ONG (Organisation Non Gouvernementale), force est de constater que ces approches opérationnelles n'ont jusqu'à présent pas donné les résultats escomptés comme en témoignent ces chiffres de EDSM III. En effet la prévalence nationale de la contraception est de 5% à 35% de la tranche d'âge de 15 à 19 ans, tranche qui méconnaît les IST.

Les visites médicales ont permis de résoudre aussi de grands problèmes d'ordre pédagogiques. Il a été constaté que certains élèves avaient des mauvais comportements dus à des pathologies négligées ou ignorées. Il s'agit :

Des bouchons de cérumen jugés à tort d'enfants têtus ;

Des cas de myopie ignorée : ce sont des enfants qualifiés de turbulents car obligés de se déplacer pour mieux voir le tableau ou se mettre à jour et même pour corriger les parties complètes des cours dus à la distance qui les sépare du tableau.

L'adolescence est une étape de la croissance située entre la puberté et l'âge adulte. Elle débute en général entre quatorze ans chez les garçons et douze ans chez les filles. Ces considérations ajoutées à d'autres comme l'effritement de certains rites d'initiation sexuelle, la persistance de certaines pratiques culturelles tels que le mariage précoce de la petite fille et l'excision rendent l'adolescente plus vulnérable au VIH/SIDA et aux autres infections sexuellement transmissibles. L'adolescence correspond au passage d'un individu dépendant à un individu indépendant dont l'identité va lui permettre de communiquer avec les autres d'une manière adulte. L'apparition de problèmes émotionnels est variable parmi les adolescents [23].

Aussi devient-il nécessaire de s'interroger sur le comportement sexuel des adolescents, notamment celui des adolescentes en milieu scolaire. Les comportements chez certains enfants étaient plus liés aux parents hyper protecteurs. Les cas de timidité étaient généralement liés à l'environnement familial, social de l'élève, des enseignants et même de certains parents. Tous ces facteurs pourraient avoir une interférence sur la santé des élèves.

Le caractère tabou de la sexualité maintient les adolescentes dans l'ignorance de certains aspects physiologiques et biologiques telles que : les pertes blanches, la glaire cervicale et les règles [23].

L'insuffisance ou l'absence des codes traditionnels d'initiation a créé une nouvelle génération de femmes qui ignorent presque tout de leur corps. Seules les rumeurs et les rudiments prévalent. Les mamans des élèves qui devraient être des bonnes confidentes sont craintes car toute curiosité des adolescentes est perçue comme une découverte de l'homme c'est-à-dire la perte de la virginité. La rigueur des mamans entraîne souvent des aménorrhées psychogènes. Nous savons que la physiologie hormonale est déterminante pendant cette phase chez l'adolescente [4].

L'acquisition de la maturité sexuelle chez les filles est marquée par l'apparition des menstruations et, chez les garçons, par la production de sperme. Les principales hormones gouvernant ces changements sont les œstrogènes chez les premières et les androgènes chez les seconds.

Ces substances sont aussi associées à l'apparition des caractères sexuels secondaires : pilosité pubienne et corporelle, développement de la poitrine et élargissement de la hanche chez les filles ; pilosité faciale, corporelle et pubienne, mue de la voix chez les garçons. Socle de la santé sexuelle et reproductive, le milieu scolaire depuis ses dernières années ne constitue plus une grande priorité pour nos gouvernements.

Une meilleure connaissance des problèmes de santé et des comportements sexuels des adolescents nous permettra d'agir efficacement en apportant des solutions adéquates.

Les modifications physiologiques qui surviennent à la puberté sont responsables de l'apparition des pulsions sexuelles. La satisfaction de ces pulsions est encore compliquée par de nombreux tabous sociaux et par le manque de connaissances sur la sexualité. Cependant, depuis les années 1960, l'activité sexuelle a augmenté chez les adolescents. De récentes études montrent que 50 p. 100 des adolescents de moins de quinze ans et 75 p. 100 des adolescents de moins de dix-neuf ans disent avoir eu des rapports sexuels (OMS 2006).

En dépit du fait qu'ils sont concernés par la sexualité, certains adolescents ne sont pas intéressés ou pas informés sur les méthodes de contrôle des naissances (contraception) ou les symptômes des maladies sexuellement transmissibles. Par conséquent, le taux des naissances hors mariage et la fréquence des maladies vénériennes vont en s'accroissant. Dès lors il apparaît judicieux d'étudier les comportements sexuels de ce groupe vulnérable que sont les élèves.

II. OBJECTIFS

❖ Objectif général:

Etudier les pathologies et le comportement sexuel des élèves de l'établissement Kalanso - Kodonso de Bamako.

❖ Objectifs spécifiques:

1. Décrire les caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude ;
2. Répertorier les pathologies rencontrées lors de la visite médicale ;
3. Identifier les comportements sexuels à risque chez les adolescents en matière d'IST et VIH/SIDA ;
4. Déterminer la prévalence des pathologies génito-urinaires chez les élèves ;

III. GENERALITES

La médecine scolaire depuis ces dernières années est devenue un domaine prioritaire dans le domaine de la santé. L'avènement des IST dont le SIDA a d'avantage relancé la place des milieux scolaires dans la prise en charge et surtout la prévention des IST dans toutes les politiques Nationales. Ce milieu constitué majoritairement par les adolescents est resté une cible pour les adultes et jeunes cadres qui grâce à leurs moyens financiers et matériels arrivent à leur inculquer des attitudes et comportements les rendant largement vulnérables. Conscient de l'ampleur de ce problème d'importance majeure en santé publique; nous avons décidé de mener une étude prospective dans un milieu scolaire international de référence de la capitale dans une commune (Djélibougou).

1. ADOLESCENCE

1.1. Définition :

La définition de l'adolescence reste problématique.

Ethymologiquement c'est la période où l'on grandit. C'est l'âge qui succède à l'enfance et commence avec les premiers signes de la puberté.

Si l'unanimité est presque faite sur le fait que la puberté (processus biologique) amorce l'adolescence qui est le processus psychosocial les deux s'intriguent et s'opposent sans se confondre. Les changements biologiques sont supposés devoir provoquer des conséquences psychologiques significatives.

En réalité certains effets attribués à ces changements psychologiques dépendent dans une large mesure de la manière dont la société réagit à ces changements dans laquelle elle offrira aux individus des modèles et des solutions.

C'est ainsi que HOLLINGSTEAD définira l'adolescence comme suit : « Sociologiquement l'adolescence est la période de la vie de la personne au cours de laquelle la société dans laquelle elle se meut cesse de la considérer comme un enfant et ne lui accorde pas pleinement son statut d'adulte, son rôle et ses fonctions » [5]. Et VANGENNEP vient d'ajouter que les rites « rites de passage » chez les peuples primitifs permettent l'accession à la majorité sociale quelque soit le statut biologique [5].

Ainsi pour lui, la limite de l'adolescence est très claire. Sa limite au contraire dans la civilisation moderne est floue ; elle dure au moins une décennie et tend à se prolonger du fait de la longueur des apprentissages socioprofessionnels de la périodicité de la puberté et aussi de la longévité accrue qui maintient la plupart des personnes âgées dans leur fonction. S'il n'y a pas de problème par rapport à son début, la puberté connaît une difficile limitation de par les différences de coutumes de traditions d'une zone à une autre. En somme il n'y a pas de définition en terme précis et universel

Cependant les caractéristiques générales de l'adolescent sont partagées :

L'adolescence période d'ambiguïté et difficile serait caractérisée par :

une croissance et un développement physique rapide, l'individu passe du stade de la première apparition des caractères sexuels secondaires à celui de la maturité sexuelle, le processus psychologique et les mécanismes d'identification cessent d'être ceux d'un enfant pour devenir ceux d'un adulte, les premières expériences de la vie, un manque fréquent de connaissance et de capacité pour faire des choix sains, des modes de pensée tendant à faire passer les besoins immédiats avant les besoins à long terme, le passage se fait de l'état de dépendance socioéconomique totale à l'état d'indépendance relative, l'instauration de comportements, qui pourront rester ancrés toute la vie et provoquer des maladies qui apparaîtront des années plus tard.

1.2. Les différentes manifestations au cours de l'adolescence

a. La puberté et les changements corporels :

Processus biologique surtout, la puberté constitue selon Freud non un éveil mais un réveil sexuel et que les vicissitudes de l'adolescence dépendent très largement des expériences de la première enfance.

La puberté étymologiquement correspond à l'apparition de la pilosité pubienne. Elle peut se définir comme l'ensemble des modifications sexuelles, morphologiques, biologiques et psychologiques qui concourent à la transformation de l'enfant à l'âge adulte.

Elle a eu plusieurs classifications mais la plus utilisée est celle de Tanner.

D'une manière générale la puberté se divise en :

- Période pré pubertaire (10-12 ans pour la fille, 12-14 ans pour le garçon) se caractérise par une croissance rapide 6-14 cm , qui allonge la taille surtout par les membres inférieurs et augmente l'envergure ;
- Puberté proprement dite est généralement située à l'apparition des premières règles (ménarche) et des premières émissions spermatiques, ces éjaculations étant spontanées ou provoquées par la masturbation.

Les caractères sexuels primaires se modifient : le développement de la verge et des testicules, horizontalement de la vulve, développement des grandes et des petites lèvres ainsi que du clitoris.

Mais l'essentiel porte sur les caractères sexuels secondaires avec en particulier les modifications de la pilosité qui ont donné à la puberté son nom : apparition des poils pubiens en losange chez le garçon, en triangle chez la fille, puis axillaire et plus tard la barbe chez l'adolescent.

Le développement des seins apparaît tôt chez la fillette, le larynx change de forme, les cordes vocales s'allongent ou raccourcissent et la voie mue.

Le développement des muscles, la répartition des graisses sous-cutanées, de la pilosité achèvent le morphotype et vont accentuer la différenciation sexuelle qui représente biologiquement l'essentiel de la mutation pubertaire avec pour conséquence l'aptitude à la procréation.

Certains décrivent une période post-pubertaire, quand les organes sexuels, anatomiquement développés accèdent à la maturité fonctionnelle avec possibilité réelle de procréation.

Pendant un certain temps, en effet les éjaculations restent stériles et les règles ne correspondent pas à la production d'ovules murs et fécondables.

Il existe une extrême variabilité individuelle quant à l'âge d'apparition de la puberté ; la chronologie moyenne se situerait à 11-12 ans pour la ménarche et 13 ans pour la première éjaculation.

Cependant les premiers signes peuvent apparaître précocement (8 ans pour les filles et 10 ans pour les garçons).

Contrairement à l'opinion courante, le climat et la race joueraient un rôle à peu près nul, à l'opposé des facteurs d'environnement socio-économique, alimentaire et culturel. On signale généralement l'apparition de plus en plus précoce de la puberté dans les pays industrialisés et les milieux aisés depuis quelques décennies.

Cette métamorphose somatique se fait en ordre dispersé, avec des périodes de dysharmonie corporelle (les dystrophies pubertaires) de perturbations psychomotrices et un bouleversement du schéma corporel. Une certaine instabilité neurovégétative est possible avec passage d'une prédominance vagale à une prédominance sympathique.

L'accroissement de la sécrétion sébacée, provoque souvent l'acné bien connu de cet âge boutonneux. Empêtré dans son corps transformé et ses nouvelles virtualités, le sujet entre dans l'âge d'inquiétude de l'adolescence qui succède à la sécurité de la phase de latence et à la maturité enfantine. Cette fois le corps est inéluctablement sexué.

Les manifestations de la physiologie génitale peuvent susciter des sentiments de honte, de culpabilité, provoquer des attitudes de refus ou au contraire apporter une satisfaction allant jusqu'à la jubilation.

Les premières règles sont souvent accueillies avec angoisse, mais aussi avec la joie de voir commencer une vie de femme et la possibilité d'être mère à son tour. Certaines filles refusent cet avènement et des tableaux pathologiques extrêmes comme « l'anorexie mentale » illustrent la possibilité d'aménorrhée psychogène. Le garçon pourra voir dans ses premières éjaculations une souillure, une impureté, une menace, une promotion et un acquis flatteur.

Selon Kestenberg « quelque soit en elle-même, l'importance des modifications endocriniennes, ce qui joue un rôle déterminant c'est la modification de l'image fantastique que l'adolescent a de son propre corps, sa survalorisation, son rejet, sa négation » [11].

C'est partant de cette hypothèse que nous n'allons pas nous étendre sur les modifications hormonales qui certes ont eu une importance non moindre.

b. Le processus psycho sexuel de l'adolescence :

Le développement psycho-sexuel au cours de l'adolescence se fait dans un certain ordre permettant de décrire des phases plus ou moins distinctes.

Nous emprunterons l'essentiel de ce qui va suivre à Blos P. [2] qui dans une optique résolument Freudienne distingue 5 phases : pré- adolescence, la première adolescence, l'adolescence proprement dite, adolescence tardive et la post adolescence que l'adolescent peut traverser hâtivement ; ce qui détermine une « primitivisation » de l'adulte ou lentement et laborieusement avec pour résultat une personnalité adulte complexe et différenciée. On ne peut guère donner de chronologie statistique moyenne de ces phases, ni leur durée approximative, cela étant très variable pour chaque sujet. Par contre elles existeraient toujours même si elles paraissent escamotées.

A chaque phase sont dévolues :

- des pulsions partielles de la sexualité infantile de la pré-généralité à l'arrière plan de la primauté génitale ;
- une résolution du problème de la bisexualité par des amitiés intimes et idéalisantes avec des partenaires de même sexe ;
- une rupture des liens objectaux primitifs avec les parents ;
- une découverte de l'objet hétérosexuel ;
- un aménagement des résidus oedipiens.

Chaque individu subit plus ou moins complètement les transformations psychiques essentielles de ces phases et à l'issue du processus de l'adolescence seront intégrés les acquis et anciennes ce qui assure une continuité de l'expérience du moi et l'émergence d'un sentiment de soi stable : sentiment d'identité.

c. Les manifestations socioculturelles

Les données socioculturelles sont d'un poids très lourd dans l'éducation sexuelle de l'enfant et même dans la bonne santé sexuelle de l'individu.

D'après Van Gennep « les rites de passage chez les peuples primitifs permettaient l'accession à la majorité sociale, sans ce passage l'individu reste et demeure enfant quel qu'en soit son statut biologique » **[5]**.

Et d'après beaucoup d'auteurs et même Freud pensent qu'il faut retarder le plus possible la satisfaction sexuelle pour accroître la complexité, la force et les acquis d'une personnalité.

L'adolescence serait donc une période contre nature au cours de laquelle le sujet pubère doit refouler ses pulsions sexuelles pour intérioriser l'essentiel d'une culture et la pérenniser.

V. Packard a même voulu expliquer la réussite de certaines nations puis leur déclin par la sévérité puis le relâchement des mœurs **[18]**.

Mais il faut reconnaître que certains facteurs socioculturels ont donné lieu à de nouveaux schémas de comportement chez les jeunes et les adolescents entre autre :

- l'urbanisation ;
- l'accroissement de la population ;
- les progrès de la science et de la technique ;
- 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.

2. Notion d'attitude et de comportement

2.1. Définition

L'attitude peut être considérée comme la manière particulière qu'à 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 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 Stectil J. dans sa définition réduit l'attitude uniquement à une relation entre une personne et des objets ou des valeurs morales. Quant à Maisonneuve, il relate sur l'aspect affectif de l'attitude et sa tendance à l'action.

L'attitude apparaît ainsi comme une prédisposition à agir plutôt que des actions comme telles, elle oriente le comportement de l'individu dans une direction (par exemple être pour la planification familiale justifie le fait d'adopter les méthodes).

2.2. 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 quelque chose, 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 (exemple : un jeune peut refuser d'utiliser un préservatif).

L'aspect affectif ou émotionnel qui explique la direction de l'attitude (pour ou contre).

Ainsi on peut affirmer que l'attitude est aussi des sentiments qu'un sujet manifeste face à une situation ou à une personne.

C'est alors qu'une personne affirmant 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 l'action donc joue sur la conduite, le comportement en général.

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

Ainsi, celui qui a des informations sur une chose doit en principe adopter une attitude positive face à cette chose. Force est de constater à partir de ces différents exemples que l'attitude est fonction des besoins et des situations.

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.

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 large mesure. 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, donc il faudrait l'analyse et la compréhension des besoins, des contraintes, des croyances, des 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 souvent le condom peut exister. Ce contraste peut être le fait de plusieurs situations.

En se résumant, on peut affirmer qu'à travers ces caractéristiques, l'attitude est la manière particulière qu'une personne a (ou un groupe de personnes).

Il est certes vrai qu'il n'y a pas toujours une relation de détermination entre l'attitude et le comportement. Cependant en général, les attitudes sous-tendent des comportements.

Les changements d'attitude et de comportement sont étroitement liés, parce qu'une nouvelle attitude implique un certain changement de comportement.

3. Les infections sexuellement transmissibles (IST)

3.1. Historique

S'il est convenu d'appeler ainsi les maladies contractées à la suite des sacrifices à Vénus (Déesse de l'Amour) il ne faut pas oublier qu'à l'origine, les maladies vénériennes actuellement décrites ne sont qu'une seule affection «la peste vénérienne». Elle s'introduit en Europe le 14 mars 1493 par les matelots de Christophe Colomb descendus de ses caravelles abordant le port de Palos en Espagne. Elle gagne alors Séville, Barcelone, elle profite du siège de Naples par Charles VIII, Roi de France, dont l'armée traîne 800 filles de joie pour servir dans les troupes françaises et napolitaines. Elle accompagne les fragments épars de cette même année battant déjà en retraite 3 mois après sa triomphale entrée à Naples et ainsi elle se reprend en Suisse, en Allemagne, pour se propager dans l'Europe entière [5]. Mal espagnol, mal français, mal napolitain, mal allemand, mal polonais etc.

Plus de 300 vocables seront utilisés pour désigner ce mal vénérien « la peste vénérienne » dont l'origine reste imprécise. Il faut attendre plus de 300 ans pour voir évoquer en 1812 par Hernades la distinction entre vérole et gonorrhée à la suite d'inoculation aux bagnards de Toulon. Hélas son opinion ne s'impose pas. Finalement Ricord définit avec précision la vérole appelée désormais syphilis et la sépare de la gonorrhée qu'il individualise dès 1831 tandis que Bassereau isole la chancrelle ou chancre mou en 1852. Ces maladies, classiquement étaient considérées comme maladies vénériennes. L'individualisation clinique s'est donc faite bien avant la connaissance bactérienne. En effet les découvertes retentissantes de Pasteur en ce qui concerne la maladie vénérienne, n'ont commencé qu'après la guerre Franco-Allemande de 1870. Elles sont à l'origine de nos connaissances actuelles des maladies infectieuses et elles ont permis de déterminer l'agent causal de ces trois maladies : blennorragie, chancre mou, syphilis.

A ces trois maladies, il convient d'en ajouter trois autres connus depuis longtemps mais dont le mode de contamination par contact sexuel est de découverte récente ; ce sont :

- Le lymphogranulome vénérien ;
- L'urétrite à inclusion ;
- La trichomonase.

A ceux-ci, nous pouvons ajouter le granulome inguinal ; pour dire que c'est au cours de l'histoire que se sont progressivement précisés les aspects cliniques, étiologiques et épidémiologiques des IST.

3.2. Aspect épidémiologique des IST

On observe chaque année, environ 330 millions de nouveaux cas d'IST dont plus de 90% vivent dans les pays en voie de développement.

Selon l'OMS, l'estimation des nouveaux cas par an de syphilis, blennorragie chlamydia et trichomonase guérissables seraient la suivante :

- syphilis 12 millions ;
- blennorragie, 62 millions ;
- chlamydia, 89 millions ;
- trichomonase, 17 millions.

Toujours selon l'OMS, le nombre de nouveaux cas d'IST dans le monde en fonction des zones serait le suivant :

- Amérique du Nord, 14 millions ;
- Amérique Latine et Caraïbes, 36 millions ;
- Afrique de l'Ouest, 16 millions ;
- Afrique du Nord et Moyen Orient, 9.7 millions ;
- Afrique subsaharienne, 65 millions ;
- Europe de l'Est et Asie centrale, 18 millions ;
- Afrique de l'Est et Pacifique, 23 millions ;
- Asie du Sud et du Sud-est, 150 millions.

Les taux globaux des IST sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

Les IST ulcératives (blennorragie, chlamydia) favorisent la transmission du VIH tant chez les femmes que chez les hommes.

3.3. 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 et d'hommes asymptomatiques et de groupe 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 milieu urbain et rural, habitants les pays en développement.

Les comportements influencent fortement leur transmission, leur association est très fréquente, d'où la nécessité de les rechercher systématiquement.

4. SIDA

4.1. Historique

Nous sommes à une date pivot de l'histoire de l'humanité. Le SIDA met en évidence tout ce que l'humanité recèle de fort et de faible : notre vulnérabilité et nos craintes, notre force et notre compassion, notamment à l'égard de ceux qui sont plus fragiles, moins capables ou plus pauvres.

L'histoire réelle du SIDA débute en juin 1981. Mais les premiers cas d'infection à VIH, diagnostiqués rétrospectivement, remontent au début des années 1960, et l'épidémie actuelle s'est probablement développée à bas bruit durant les années 1970 [19].

En 1981, les épidémiologistes du centre de lutte contre les maladies (CDC), basé à Atlanta, aux Etats-Unis inquiets d'une demande anormalement élevée de l'entamidine, découvrent après enquête, une épidémie de pneumopathie à pneumocystis carinii chez les adultes dont le trait commun est l'homosexualité et qui étaient antérieurement sains. Plus tard dans la même population d'homosexuelle la survenue d'autres manifestations d'immunodéficience, ainsi que de sarcomes de Kaposi est décrite. Un déficit de l'immunité cellulaire est mis en évidence chez ces malades et la maladie prend son nom définitif SIDA.

L'acronyme SIDA signifie « Syndrome Immunodéficience Acquis ». Le terme syndrome couvrant un ensemble de maladie qui serait due à un affaiblissement du système immunitaire de l'organisme.

L'affection est ensuite décrite en Europe, d'autres groupes à risque identifiés (transfusés et toxicomanes par voie veineuse). Par la suite, elle est rapportée en Haïti et en Afrique centrale.

En 1983, un virus est identifié par les virologistes français, puis américains, virus qui après quelques événements fâcheux prend le nom de virus de l'immunodéficience humaine ce fut le VIH1.

Et c'est en 1986, un deuxième virus est cultivé à partir des patients originaires d'Afrique de l'ouest, ce fut le VIH2. C'est donc ces deux virus qui sont responsables du SIDA. Ce sont des virus à ARN, de forme sphérique, de 80nm de diamètre enveloppés comme les autres rétrovirus.

Il faut ajouter que le premier test d'efficacité d'un vaccin anti-VIH a commencé aux Etats-Unis qui a été suivi au mois de mars 1999 par le premier essai de ce type dans un pays en développement la Thaïlande.

4.2. Epidémiologie

Il n'existe toujours pas de traitement qui permet de guérir du SIDA.

En 1998, 16000 personnes ont été infectées par le VIH chaque jour et à la fin de l'année plus de 33 millions d'individus vivaient avec le VIH [19].

L'ONU-SIDA estime que les neufs dixièmes d'entre eux n'avaient pas connaissance de leur infection. Parmi les personnes infectées par le VIH ou ayant le SIDA, un grand nombre n'ont pas accès aux médicaments, ne serait ce qu'aux médicaments susceptibles d'apaiser leur douleur et leur souffrance.

Près de 14 millions d'adultes et d'enfants sont déjà morts de cette maladie.

L'épidémie se propage vers de nouveaux pays peu touchés, il y a seulement quelques années.

L'Afrique subsaharienne reste la région du monde la plus touchée.

Les jeunes, ceux qui doivent assurer la continuité, créer la richesse nationale et conduire la recherche à venir, représentent la moitié de l'ensemble de ces infections à VIH et on suppose que la majorité de ces infections ont leur source à l'adolescence [19].

Même dans les pays où un adulte sur dix, voire parfois un adulte sur quatre est infecté, une conspiration de la honte et du silence entoure le SIDA. Ce qui est plus drôle, cette honte et ce silence permettront à entretenir l'infection.

Cependant c'est le monde en développement qui paye le plus lourd tribut au VIH-SIDA. En effet c'est dans ces régions que l'on dénombre plus de 95% des personnes infectées et 95% des décès liés au SIDA depuis le début de l'épidémie.

Le SIDA est aujourd'hui la principale cause de mortalité en Afrique. Pour la seule année 1998, deux millions de personnes sont décédées du SIDA dans les pays africains situés au sud du Sahara et des millions de nouveaux cas d'infection à VIH s'y déclarent chaque année, laissant prévoir un nombre encore supérieur de pertes en vie humaine dans le futur.

Dans les neuf pays les plus durement touchés au niveau mondial (tous situés en Afrique) ou au moins un adulte sur 10 est séropositif au VIH2 ; l'espérance de vie d'un enfant né entre l'an 2000 et l'an 2005 chutera à 43 ans [19]. Ce chiffre est à comparer à une prévision d'espérance de vie de 60 ans établie avant l'apparition du SIDA.

4.3. Transmission

Elle se fait par :

- la voie sexuelle : rapport sexuel non protégé ;
- la voie sanguine : objets tranchants, transfusion ;
- la transmission de la mère à l'enfant : pendant la grossesse, accouchement, allaitement au sein.

4.4. Relation entre le SIDA et les IST

La présence d'autres IST facilite la transmission du VIH : le chancre mou, la chlamydiae, la gonorrhée, la syphilis et les trichomonases peuvent augmenter de deux à neuf fois le risque de transmission du VIH.

Le lien entre l'infection par le VIH et les autres IST permet d'expliquer en partie le fait que le VIH se soit propagé si rapidement en Afrique par comparaison avec l'Europe et les Etats-Unis d'Amérique, où les IST sont plus souvent traitées et guéries.

Les IST peuvent accroître la transmission du VIH. Les ulcérations notamment de la syphilis, du chancre mou ouvrent une porte directe au VIH dans le système sanguin de la personne infectée.

L'expérience récente de Mwanza en Tanzanie, a d'ailleurs démontré très clairement qu'une amélioration des capacités de prise en charge des IST au niveau des structures de soins de santé primaire permettait de diminuer l'incidence des cas d'Infection au VIH de 40 %.

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

L'étude a été réalisée au sein de l'établissement kalanso-Kodonso situé sur la rive gauche du fleuve Niger ; dans la commune I à l'Est du District de Bamako. C'est un établissement mixte composé d'un jardin d'enfants, un premier cycle, un second cycle et d'un lycée.

1.1. Historique de l'établissement : L'établissement a été créé depuis 1993 avec seulement quelques classes.

1.2. Nombre de classes et nombre d'élèves :

Kalanso était composé de 31 classes avec un effectif de 872 élèves (premier cycle et second cycle).

Le lycée Kodonso était composé de 22 classes avec un effectif de 465 élèves. L'effectif total de tous les élèves était de 1337 élèves pendant notre visite médicale. Chacune des classes était composée de 20 à 34 élèves en moyenne.

1.3. Nombre d'enseignants :

L'établissement kalanso était composé d'une soixantaine de personnels enseignants plus 5 gardiens et le personnel subalterne. Le lycée Kodonso était composé de 30 enseignants et de 7 gardiens plus le personnel subalterne.

2. Type d'étude

Etude descriptive transversale.

3. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée entre juin et juillet 2007 à Kalanso – Kodonso dans la commune I du district de Bamako.

4. Population d'étude

La population visée était l'ensemble des élèves de l'établissement Kalanso-Kodonso.

5. Critères d'inclusion

Etaients inclus dans l'étude les élèves de l'établissement :

- Vus en consultations médicales (élèves du 1^{ier} cycle, second cycle et lycée)
- Les lycéens ayant rempli le questionnaire écrit sur le comportement sexuel en plus de cette visite médicale.
- Les élèves âgés de 15 ans et plus pour le comportement sexuel ; quelque soit le sexe.

6. Critères de non inclusion

Etait exclu de l'étude tout élève de l'établissement :

- Absent durant la période de l'étude ;
- Ayant refusé de répondre au questionnaire.

La taille de l'échantillon a été constituée grâce à un recrutement exhaustif portant sur les élèves de l'établissement Kalanso-Kodonso conformément à nos critères de sélection.

7. Collecte des données

Elle est faite à l'aide d'un questionnaire individuel adressé aux élèves répondant aux critères d'étude. Le nombre d'élèves enquêtés lors de notre étude était de 446.

8. Saisie et analyse des données

Le masque, la saisie et l'analyse des données ont été effectués dans le logiciel EPI-INFO version 6.0. La rédaction a eu lieu dans le logiciel Word 2003.

9. Tests statistiques

Le test de χ^2 de Pearson a été utilisé pour comparer les variables. Un risque alpha de 0,05 a été choisi. La valeur de $P < 0,05$ a été retenue comme seuil de signification ou degré de signification.

10. Considération éthique

Le consentement éclairé verbal des élèves avait été obtenu avant de commencer l'enquête.

11. Variables étudiés

Notre analyse a porté sur : le niveau d'étude, le sexe, l'âge, l'utilisation du préservatif, le test VIH, les types de risque, les différentes pathologies rencontrées pendant la visite médicale.

Les données collectées ont porté sur les aspects de leur activité sexuelle et leur attitude et comportement en matière de sexualité et de risques liés au VIH-SIDA, leur niveau d'étude, les traitements en cours.

Notre étude a consisté à organiser une visite médicale de tous les élèves de l'établissement scolaire et de leur donner un questionnaire écrit après avoir eu leur consentement qu'ils remplissaient anonymement et isolement.

La visite médicale a été faite par classe de la quatrième année à la terminale. Les élèves d'une même classe passaient par groupe de cinq (5) et étaient consultés un à un dans l'infirmierie scolaire.

Le matériel utilisé était composé de :

- la liste par classe de tous les élèves ;
- un appareil à tension ;
- un thermomètre ;
- un otoscope ;
- une balance.

Tous les cas de maladies ont été répertoriés et ces élèves ont reçu des fiches de consultation médicale spécialisée en fonction de leurs pathologies.

Les examens de laboratoire ou toute autre investigation était à la charge de l'élève et de ses parents.

L'infirmierie est plus axée sur la prévention et la sensibilisation que le curatif.

V. RESULTATS

Les élèves avaient un âge compris entre 15 et 19 ans soit 53,6%. L'âge moyen des élèves était 13,76% +/- 4 avec des extrêmes compris entre 3ans et 19 ans.

A. RESULTATS GLOBAUX

La taille de l'échantillon a été de **446 élèves** adolescents consultés dont :

- 80 élèves de moins de 10 ans,
- 127 élèves entre 10-14 ans ;
- 239 élèves ayant entre 15 -19ans.

Seuls les élèves âgés de 15-19 ans ont participé aux questionnaires écrits sur le comportement sexuel.

L'âge moyen des élèves était $13,76 \pm 4$ avec des extrêmes compris entre 3 ans et 19 ans.

La classe modale était représentée par la catégorie d'âge 15 -19 ans soit 53,6%.

B. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Tableau I : Répartition des élèves de l'établissement selon le sexe et l'âge.

Age	Masculin	Féminin	TOTAL
< 10ans	40 (9 %)	40 (9 %)	80 (18%)
10 – 14 ans	64 (14,3 %)	63 (14,1 %)	127 (28,4%)
15 – 19 ans	127 (28,5 %)	112 (25, 1 %)	239 (53,6%)
TOTAL	231 (51,8 %)	215 (48,2 %)	446 (100%)

Le sexe ratio était de 1,07 en faveur du sexe masculin

Tableau II : Répartition des élèves selon le cycle et le sexe

Niveau	Garçons	Filles	TOTAL
1 ^{er} Cycle	72	72	144 (29,6 %)
2 nd Cycle	44	41	81 (21,3 %)
Secondaire	115	102	217 (49,1 %)
TOTAL	231	215	446 (100 %)

Plus de la moitié des élèves visités étaient de sexe masculin (51,8%).

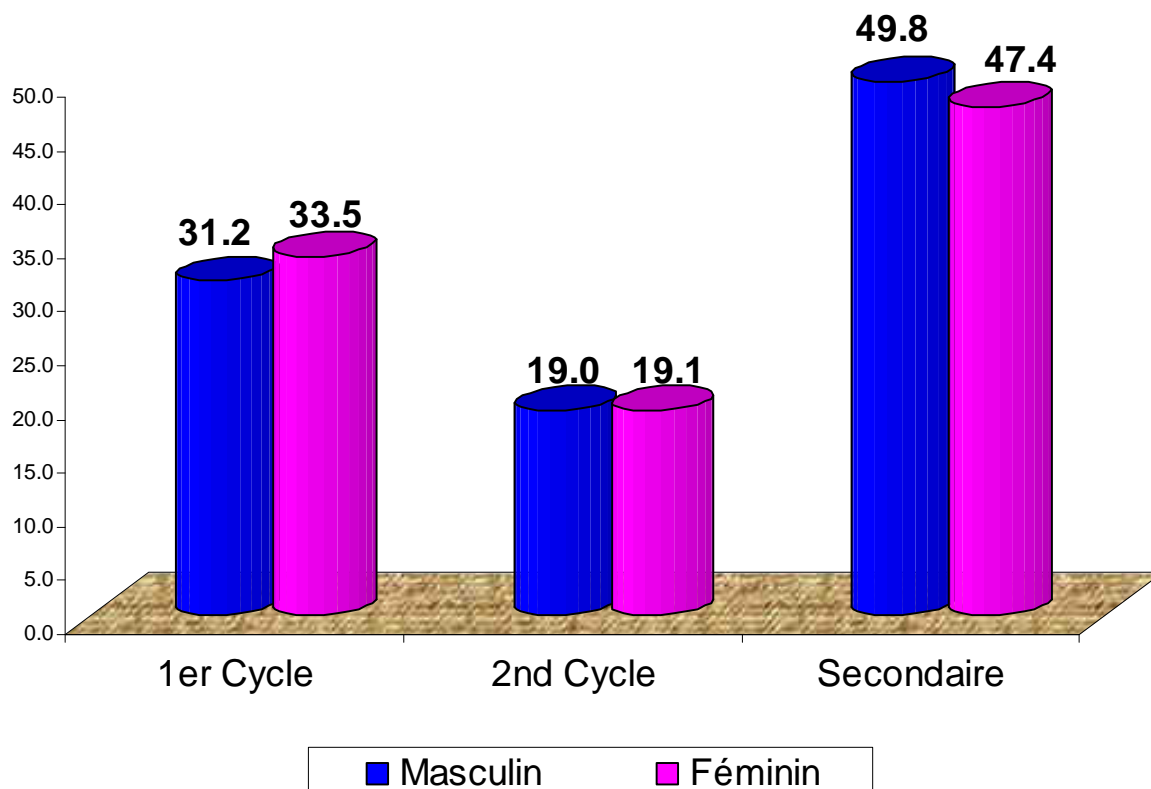


Figure 1: Répartition des élèves de l'établissement selon le niveau d'étude.

Près de la moitié des élèves (49,1%) étaient du secondaire

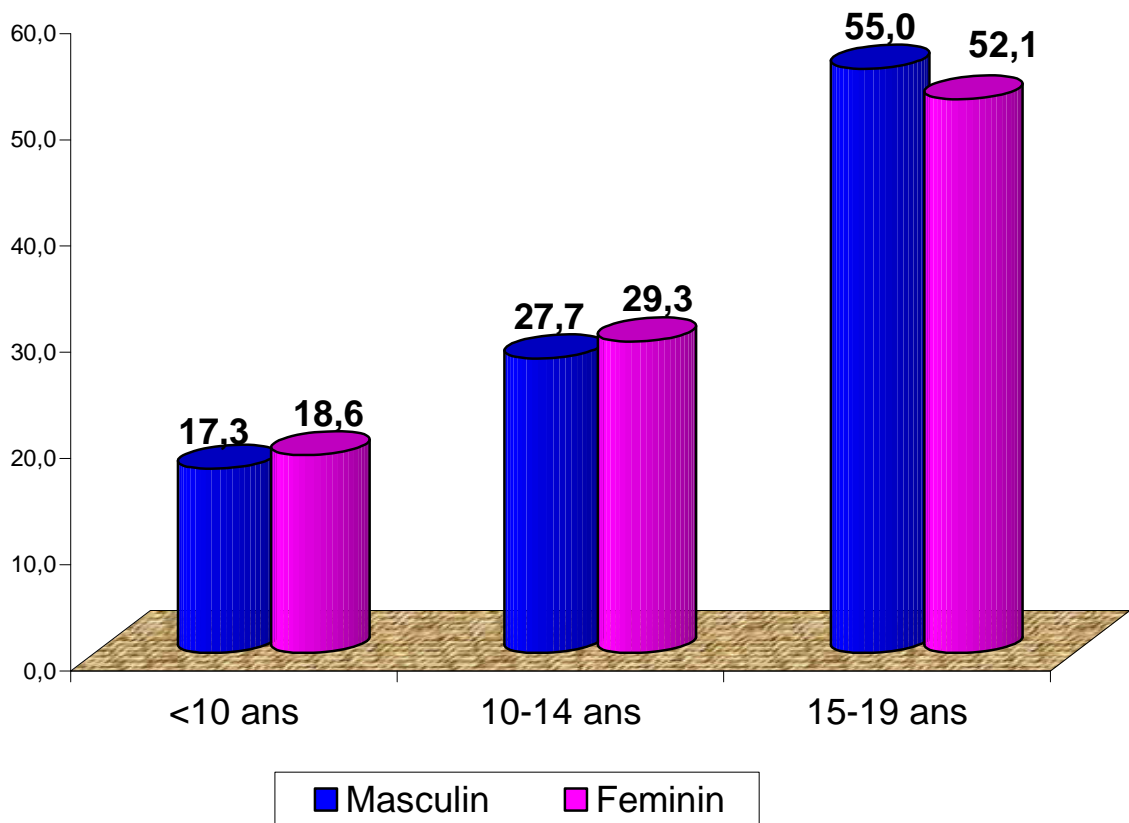


Figure 2 : répartition des élèves selon le groupe d'âge

Le groupe d'âge compris entre 15 et 19 ans reste majoritaire dans notre étude.

C. PATHOLOGIES RENCONTREES LORS DE LA VISITE MEDICALE

Tableau III : Répartition des élèves selon l'état de santé

Etat de santé	Effectifs	Pourcentage
Présence de pathologie	403	90,4 %
Absence de pathologie	43	9,6 %
Total	446	100 %

Près de la quasi-totalité des élèves examinés avaient un problème de santé soit 90% dont les principaux étaient : les affections des voies aériennes supérieures, les verminoses, la carie dentaire.

Tableau IV : Répartition des élèves selon l'état de santé par groupe d'âge.

Etat de santé	Ages		
	<10 ans (n=80)	10-14 ans (n=127)	15-19 ans (n=239)
Présence de pathologies	70	115	221
Absence de pathologies	10	12	18
Total	80	127	239

$\text{Khi}^2=1,55$ $P=0,46$

Quelque soit la catégorie d'âge, l'exposition aux pathologies était identique ($P > 0,05$).

Tableau V : Répartition de l'état de santé des élèves selon le sexe

Etat de santé	Sexe		TOTAL
	Masculin (n=231)	Féminin (n=215)	
Pathologie décelée	201	202	403 (90,4 %)
Aucune pathologie	30	13	43 (9,6 %)
Total	231 (51,8 %)	215 (48,2 %)	446 (100 %)

khi2= 10,36, P=0,001

Chez 90,4% des élèves une pathologie a été décelée.

Tableau VI : Répartition des élèves selon la présence d'affections des voies aériennes supérieures.

Affection des VAS	Masculin	Féminin	Total
Rhinite	19 (4,7%)	12 (3 %)	31 (7,7%)
Polyposes nasales	13 (3,2 %)	7 (1,7 %)	20 (4,9%)
Sinusite	4 (1 %)	1 (0,2%)	5 (1,2)
Total	36 (8,9%)	20 (4,9%)	56 (13,8%)

Chez 15,3% des élèves nous avons trouvé les pathologies des voies aériennes supérieures avec prédominance de la rhinite 7,2%.

Tableau VII : Répartition des élèves selon la présence d'affections générales.

Autres affections (n=403)	Masculin		Féminin		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Bronchite	10	2,5	11	2,7	21	5,2
Carie dentaire	70	17,4	88	21,8	158	39,2
Bilharziose	3	0,7	0	0	3	0,7
Angine de gorge	26	6,5	21	5,2	47	11,7
Asthme	9	2,2	13	3,2	22	5,4
Total	118	29,3	133	33	251	62,3

* Nbre : nombre

* % : pourcentage

La carie dentaire était la pathologie générale la plus fréquente avec 39,2%, suivie de l'angine de gorge ; qui demeurent des facteurs prédisposant aux affections cardio-vasculaires.

Tableau VIII : Répartition des élèves selon la présence d'autres affections

Autre affections (n=403)	Masculin		Féminin		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Verminose	21	5,2	17	4,2	38	9,4
Migraines	2	0,5	7	1,7	9	2,2
Dermatose	4	1	10	2,5	14	3,5
Pâleur	5	1,2	7	1,7	12	2,9
Diabète	5	1,2	2	0,5	7	1,7
Otite	3	0,7	3	0,7	6	1,4
Drépanocytose	4	1	1	0,2	5	1,2
Total	44	11	47	11,6	91	22,6

* Nbre : nombre

* % : pourcentage

15,7% présentaient des céphalées ou des signes en faveur d'une verminose.

1,7% des élèves avaient le diabète et 1,5% présentaient une drépanocytose.

Tableau IX : Répartition des élèves selon les pathologies associées

Pathologies associées (n = 403)	Masculin	Féminin	Total
Carie dentaire + Angine	1 (0,2 %)	1 (0,2 %)	2 (0,4%)
Carie dentaire + Rhinite	1 (0,2 %)	0 (0 %)	1 (0,2%)
Drépanocytose + Pâleur	1 (0,2 %)	0 (0 %)	1 (0,2%)
Asthme + Bronchite	0 (0 %)	1 (0,2 %)	1 (0,2%)
Total	3 (0,6%)	2 (0,4%)	5 (1%)

Au moins deux pathologies se sont retrouvées chez un (e) même élève dans 1% des cas.

Tableau X : Répartition des élèves selon le type de traitement utilisé contre leurs dysménorrhées

Traitement	Effectifs	Pourcentage
Médical	60	34,3%
Non spécifié	115	65,7%
Total	175	100%

Chez les élèves, 34,3% avaient reçu un traitement pour leurs dysménorrhées.

D. COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUE CHEZ LES ADOLESCENTS EN MATIERE D'IST ET VIH/SIDA

Tableau XI : Répartition des élèves adolescents selon l'utilisation du préservatif

Port des préservatifs	Fréquence	Pourcentage
Toujours	34	14,7%
Souvent	31	13,4%
Pas du tout	8	3,5%
Pas de réponse	158	68,4%
Total	231	100%

Il a été constaté que 3,5 % des élèves n'utilisent pas du tout un préservatif.

Tableau XII : Répartition des élèves selon l'utilisation des préservatifs en fonction du sexe.

Port du préservatif	Sexe		TOTAL
	Masculin	Féminin	
Toujours	9 (12,2 %)	25 (33,8 %)	34 (46 %)
Souvent	13 (17,5 %)	18 (24,3 %)	31 (41,8 %)
Pas du tout	4 (5,4 %)	4 (5,4 %)	8 (10,8 %)
Pas de réponse	1 (1,4 %)	0 (0 %)	1 (1,4 %)
Total	27 (36,5 %)	47 (63,5%)	74 (100 %)

Chi²=11,89 P=0,008

Nous avons constaté que 33,8 % des adolescents qui exigeaient systématiquement le port de préservatif étaient de sexe féminin.

Tableau XIII: Répartition des élèves selon le test du VIH et le sexe

Test du VIH	Sexe	
	Masculin	Féminin
Fait	32 (25,1 %)	43 (38,8%)
Non fait	44 (35,1%)	27 (23,7%)
Souhaite faire	29 (22,5%)	34 (30,3%)
Pas de réponse	22 (17,3 %)	8 (7,2 %)
Total	127 (100 %)	112 (100%)

Khi²=2,79 P=0,24

Le test du VIH avait été effectué chez 38,8% des adolescentes.

Tableau XIV: Répartition des élèves selon l'âge au premier rapport sexuel

Age	Garçons	Filles	TOTAL
15 ans	15 (20,3 %)	32 (43,2 %)	47 (63,5 %)
16 ans	10 (13,5 %)	14 (19,0 %)	24 (32,5 %)
17 ans	2 (2,7 %)	1 (1,3 %)	3 (4,0 %)
Total	27 (36,5%)	47 (63,5 %)	74 (100 %)

$\chi^2 = 2,45$ $P = 0,001$

Nous avons constaté que 63,5 % des élèves (filles et garçons) avaient précocement eu leur premier rapport sexuel déjà à 15 ans.

Tableau XV: Répartition des élèves selon le type de risque couru

Type de risque	Effectifs	Pourcentage
Plusieurs partenaires	1	0,4%
Deux partenaires	10	4,2 %
Souvent	1	0,4%
Pas de réponse	62	26,0%
Abstinence	165	69 %
TOTAL	239	100 %

Chez les élèves, 5,0% avaient couru au moins un risque par leurs comportements.

E. PREVALENCE DES PATHOLOGIES GENITO-URINAIRES

En plus des pathologies sus-citées, nous avons noté également chez certains de ces élèves un tableau génito-urinaire.

Tableau XVI : Répartition des élèves selon la présence de pathologies génito-urinaires

Cas des filles :

Pathologies génito-urinaires	Effectifs (n=403)	Pourcentage
Leucorrhée	35	8,7%
Douleur Abdominale Non Spécifique (D.A.N.S)	17	4,2%
Dysménorrhée	43	10,7%
Brûlure mictionnelle	2	0,5%
Total	97	24,1%

Chez les élèves, 10,7% présentaient une dysménorrhée.

Tableau XVII : Répartition des élèves selon la présence des pathologies génito urinaire.

Pathologies génito-urinaires (n=403)	Effectifs	Pourcentage
D.A.N.S.	5	1,2%
Brûlure mictionnelle	18	4,5%
Total	23	5,7%

Chez les garçons 4,5% présentaient une brûlure mictionnelle.

F. PREVALENCE DES PATHOLOGIES VISUELLES

Nous avons révélé également chez ces élèves affectés, des troubles visuels.

Tableau XVIII : Répartition des élèves selon la présence de troubles visuels.

Troubles visuels (n=403)	Effectifs	Pourcentage
Myopie	41	10,2%
Non spécifié	6	1,5%
Total	47	11,7%

Chez les élèves ; 10,2% présentaient une myopie.

VI. DISCUSSION

Notre étude a porté sur 446 élèves dont 48,2% de filles et 51,8% de garçons. Ces résultats sont conformes aux taux de scolarisation National au Mali.

Après la visite médicale ; seuls les élèves consentants ont rempli notre questionnaire. Mais l'élève enquêté ne connaissait pas le contenu du questionnaire et n'était pas autorisé à demander.

La tranche d'âge 10 -14 ans n'était pas concernée par l'étude sur le comportement sexuel avec n=127.

Dans une étude dirigée par l'OMS en Haïti en 1996, l'utilisation du préservatif pour prévenir les IST et même comme méthode contraceptive reste le plus connu [3], ce constat est également perçu par les adolescents du lycée. Ceci pourrait s'expliquer par le réseau PROFAM du Mali (promotion de la famille) projet financé par l'USAID et Intra-Heath International (2006) ciblant seulement les structures privées. Ce tandem est arrivé à créer une distribution de proximité de toutes les méthodes contraceptives récentes dans toutes les communes de Bamako par des sensibilisations sur la santé sexuelle. Les multiples campagnes de sensibilisation sur l'utilisation systématique du préservatif et l'implication des pharmacies, des boutiques et des centres de santé ont tous contribué à une plus grande utilisation des préservatifs.

Le Sida était l'IST la plus connue et 72 % des filles et garçons ont eu à faire leur test VIH comme l'atteste une étude réalisée au Québec [4]. Alors que nous avons eu 41,8% de filles qui ont affirmé avoir fait leur test VIH/SIDA.

Dans notre étude plus de 63,5 % des adolescents ont eu une sexualité précoce (15 ans) alors qu'à Yaoundé une étude menée par l'équipe du Pr. Kamtchouing indique 52% [9].

La bonne information sur une sexualité responsable par les parents, les éducateurs, le personnel de la santé et les médias de proximité, peut être aussi un élément déterminant dans la baisse de la sexualité précoce des adolescents. En effet, au Mali la capitale concentre plus des $\frac{3}{4}$ des infrastructures sociales du pays : écoles et centres de santé, qui confèrent à la jeunesse une meilleure couverture sanitaire et épidémiologique.

Par ailleurs, les médias d'information traitent souvent des thèmes sur une sexualité responsable et elles participent aussi activement aux campagnes de sensibilisation sur les infections sexuellement transmissibles. Dans les autres localités du Mali en dehors de la capitale, le manque de moyens logistiques adéquats, limite la portée des actions.

Les résultats des recherches sur les infections sexuellement transmissibles indiquent qu'il existe des interactions entre le SIDA et les maladies sexuellement transmises.

Un autre fait moins connu est qu'une personne infectée par le VIH et porteuse d'une maladie sexuellement transmissibles produit beaucoup plus de virus pendant l'acte sexuel qu'une personne porteuse de VIH seulement (ONU /SIDA), 1999 [14].

Nous avons aussi trouvé que plus de 70% des élèves sexuellement actifs ont eu leur premier rapport entre 15 et 17 ans alors que Kamtchouing et al [8] ont trouvé 56%. Les comportements à risque demeurent car 15% des élèves qui ont déjà eu des rapports sexuels affirment avoir deux ou plusieurs partenaires contre 75,9% pour SIDIBE T. et al. [23].

Dans notre étude l'âge au premier rapport sexuel était à 15 ans pour 63,5% avec un âge moyen de 15,41 ans contre 14,7 ans pour ROUANI AHMED [20].

Nous avons une fréquence de 24% d'utilisation du préservatif toujours contre 51% d'utilisation pour l'étude de ROUANI Ahmed [20].

Des stratégies visant à impliquer les jeunes dans les programmes d'information et de prévention à base communautaire deviennent une nécessité. Le contexte assez particulier devrait inciter les parents, la communauté à parler de sexualité. Cependant la communication parents/enfants demeure un obstacle. Les adolescents sont confrontés à des difficultés d'information auprès de leurs parents considérant le sexe comme un sujet tabou.

Dans notre étude nous avons trouvé 10,7% de cas de dysménorrhée ce qui reste très important et M. FAYE dans son étude d'évaluation sur le projet des centres de conseils pour adolescent a montré que les motifs de consultation les plus fréquents du centre sont la dysménorrhée et les perturbations de cycle [5].

A Bamako, trois sur dix des adolescents étaient sexuellement actifs au moment d'une enquête (32,0%) [12] contre près de 60% dans notre étude.

Les activités de sensibilisation et les efforts dans le cadre de la santé n'ont pas permis de diminuer l'incidence de la sexualité précoce au contraire il a été constaté une grande augmentation de cette incidence. La bonne information sur une sexualité responsable par les parents, les éducateurs, le personnel de la santé et les médias de proximité ; peuvent être aussi des éléments déterminants dans la baisse de la sexualité précoce des adolescents.

D'autres paramètres sont à prendre en compte, entre autres, les mutations biologiques (la puberté paraît de plus en plus précoce dans l'espèce humaine), l'oisiveté créée par la crise économique (les parents n'arrivent plus à satisfaire les besoins de leurs enfants) et la vigueur des adolescents.

La pauvreté des ménages serait l'une des causes de la sexualité précoce des adolescentes par l'acceptation de l'aide d'un ami ou d'une personne étrangère en contre partie des rapports sexuels.

Le plus souvent le faible revenu des ménages ne permet guère la satisfaction de certains besoins exprimés par l'adolescent [8].

Près de 20% des élèves ont couru des risques par leurs comportements sexuels. Des efforts de sensibilisation sont à fournir afin que nous ayons une génération d'adolescents utilisateurs de préservatifs par conviction.

Age moyen au premier rapport sexuel était de 15,41 ans. Plus de 60% des élèves ont eu une sexualité précoce. Dans l'étude menée par Moustapha FAYE **[15]** 14,7% des jeunes justifient l'accomplissement de l'acte sexuel par le besoin de satisfaire leur partenaire. Une proportion de 13,1% fait l'amour par curiosité. Cet aspect motivation de la sexualité précoce n'a pas été pris en compte dans notre étude.

Le traitement antiparasitaire de masse devrait être envisagé au sein des établissements scolaires afin de prévenir les complications liées aux parasites.

Un traitement symptomatique de la dysménorrhée devrait être disponible au sein des infirmeries scolaires afin d'éviter des absences et des méformes.

Les caries dentaires et les angines de gorge sont des fléaux à combattre afin de préserver l'avenir cardiaque, articulaire et rénal de nos adolescents.

VII. CONCLUSION

Au terme de cette étude qui a concerné les pathologies et le comportement sexuel des élèves de l'établissement kalanso-Kodonso nous avons constaté que le sexe masculin était majoritaire avec un sexe ratio de 1,07.

La tranche d'âge 15-19 ans était la plus représentée avec un âge moyen de 15,41 ans.

La méthode contraceptive la plus utilisée était le préservatif. L'âge au premier rapport sexuel était de 15 ans soit 63,5 % des élèves vus pendant la visite médicale. Nous avons noté une bonne connaissance des élèves sur le plan transmission et prévention du VIH-SIDA. Le test VIH avait été effectué chez 38,8 % des adolescentes. L'implication des adolescentes dans la bonne sensibilisation paraît plus efficace pour la sensibilisation.

Une bonne implication des parents, des éducateurs et des autorités religieuses s'avèrent nécessaire pour renforcer le changement de comportement des élèves.

VIII. RECOMMANDATIONS

A la lumière de nos résultats nous nous sommes proposés de formuler les recommandations suivantes :

❖ **Aux autorités**

- Impliquer d'avantage la médecine scolaire dans les priorités du Mali ;

❖ **Aux promoteurs privés**

- Appliquer la loi rendant obligatoire l'infirmerie au sein des écoles.
- Apprendre aux élèves, dès leur plus jeune âge, le rôle qu'ils peuvent jouer dans l'amélioration de leur propre santé et celle de leurs familles.

❖ **Aux parents d'élèves et aux leaders communautaires**

- Renforcer le changement de comportement des élèves par une bonne implication dans les activités d'information, d'éducation et de sensibilisation.
- prendre en compte les idées des jeunes et les faire participer à la rédaction des programmes de santé reproductive.

❖ **Aux élèves**

- Faire un dépistage précoce et un traitement des épisodes d'IST ;
- prendre conscience du danger que constituent les IST et SIDA ;
- participer et faire participer ses pairs aux séances d'éducation pour la santé partout, (écoles et lieux de loisirs).

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ANONYME

FNUAP-OMS : Entre nous. Le magazine Européen de santé reproductive. FNUAP, décembre1997, N°36-37, p7.

2. BLOS P. : Les adolescents (on adolescent1962) vol.1p282-1971

3. Cellule de planification et de statistique, Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique. Enquête Démographique et de Santé (EDS III) 2001.

4. Cherenfanf M., Espindola J., Rousseau M. J. H. : La santé de la reproduction. Une enquête au près des jeunes et des parents. CEEC OPS/OMS, 1996, Haïti ; p : 1-39.

5. DAVIDSON, DUCHED. J. : Adolescence et sexualité 1Vol.191pages, 1970, collection hachette.

6. DICKO F. : Connaissances sanitaires des enfants scolarisés : cas des élèves de 6^{ième} année du district de Bamako. Thèse de Méd. Bamako 1999, N°57, 171p.

7. Encyclopédie de la sexualité : Editions universitaires. BORDAS-Paris. 1974, PP549 ISBN2.04.005888.5

8. Hillier L, WARR D, Haste B. Rural Youth: VIH/STD knowledge Level and source of information. Australien journal of Rural Health, 1998; 6 (1).

- 9. Kamtchouing P, Takougang I, Ngoh N, Yakam I.** : La sexualité des adolescents en milieu scolaire à Yaoundé (Cameroun). Contraception-Fertilité sexualité 1991.1997 ; 25 (8) : 789- 801.
- 10. KESTEM BERG E.,LYS HL ,TOKINDANG J,FARIAH I:** Connaissance et attitude des étudiants de la FMPOS de Bamako en matière de PF, MST/SIDA Population council-1997 ; Mali, p25-40.
- 11. KONATE F, P. CISSE :** Adolescence et sexualité : cas des lycéennes de Bamako (Mali). Thèse Med. Bamako 2007, p8-12.
- 12. Maïga, O. L. :** Connaissances, attitudes et comportements sexuels en matière de MST/SIDA en milieu scolaire : cas des établissements secondaires de Bougouni et de Sikasso. Thèse Méd. Bamako 2001, N° 79, 59 p.
- 13. Marie LAURE DE NORAY, OUMAR MAIGA :** Jeunesse condition de vie à Bamako. Bamako, Donniya ; 2002, 110p.
- 14. Ministère de l'Education Nationale ONU/SIDA 1999 :** Le VIH/SIDA en Afrique, Direction Nationale de l'Enseignement Fondamentale, Projet (appui généralisation EVF/ENMP, Bamako, module VIH).
- 15. Moustapha FAYE :** Connaissances, attitudes et pratiques en matière de la santé de la reproduction des adolescent (e) s du centre de dépistage volontaire anonyme et gratuit (CDVAA) de Pékiné-Guediawaye. Université CHEICK ANTA DIOP, Dakar ; Septembre 2005. Mémoire de maîtrise. 73p.

16. OMS : Besoins sanitaires des adolescents : Rapport d'un comité experts. Série de rapport technique N°6091, 1997, 10p.

17. Ostergaard. L.: Sexual behaviour of adolescents before and after advent of AIDS. Genitourinary Medecine, 1997, 73 (6):448-52.

18. PACKARD V.: Le sexe sauvage, Calman levy 1vol; 380 p, 1960 (the sexual wilderness, 1968).

19. RAPPORT 2000 ONU/SIDA.

20. ROUANI Ahmed : Connaissance, attitudes et comportements concernant la santé sexuelle et reproductive auprès des jeunes dans la province de Taza.1998.

21. SANTE DE LA REPRODUCTION, données statistiques, Afrique Subsaharienne avant 1999 : La jeunesse en Afrique subsaharienne : données graphiques sur la sexualité et la santé de la reproduction /population Référence Bureau (PRB), 2001 44p : ill ; 28 cm.

22. Santé Québec : Enquête Québécoise sur les facteurs de risques associés au Sida et aux autres MST: la population de 15-19 ans. (1991). tome1, p130-150.

23. SIDIBE T. et al : Connaissances et pratiques des élèves d'un lycée de Bamako en matière de contraception et prévention des IST/Sida. Mali médical 2006, N°1, 39-42p.

24. TRAORE J.M. : Etude du développement pubertaire et du comportement sexuel des filles en milieu scolaire bamakois. Thèse Med. Bamako 1998, N°26

FICHE D'ENQUETE

QUESTIONNAIRE /Comportement :

- **Questionnaire pour élèves Kalanso–Kodonso 2007 sur le comportement sexuel adopté par les jeunes face aux IST (VIH SIDA) :**

Numéro : Age : Code :

- Sexe :
- Classe :
- Mail :
- A) *Est-ce que vous prenez des mesures contre les IST* Oui Non
 - Les quelles ?
 -
 -
 -
- b) *Sondage sur le comportement des jeunes face aux IST:*
 - b.1 Sortez avec quelqu'un ? Oui non
 - b.2 Avez-vous déjà eu des rapports ? Oui non
 - b.3 Utilisez-vous le préservatif ? Toujours quelque fois pas du tout
- c) *Sondage chez les filles pubères sur la prévalence des dysménorrhées (règles douloureuses) et/ou leucorrhées (pertes blanches)*
 - c.1 Avez- vous des règles douloureuses ? Oui non
 - Etes-vous sous traitement ? Oui Non
 - c.2 Par quel médicament traitez-vous vos règles douloureuses ?.....
 - Pas de traitement entamé.....
 - c.3 avez- vous les leucorrhées ? Oui non
 - Avec grattage ? Oui non
 - Sans grattage ? Oui non
 - Avec mauvaise odeur ? Oui non
 - c.4 Avez-vous des brûlures pendant les urines ? Oui non
 - Avez-vous eu dans le temps les brûlures pendant les urines ? Oui non

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Dicko

Prénoms : Ibrahim Mahmoud

Thème : Etude descriptive des Pathologies et du Comportement sexuel des élèves de l'établissement mixte KALANSO-KODONSO de Bamako

Ville de soutenance : Bamako

Année universitaire : 2007-2008

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Santé Publique

Résumé :

Nous avons mené une enquête transversale auprès des élèves de l'établissement Kalanso-Kodonso de Bamako en vue de déterminer la prévalence des pathologies cliniquement décelables et d'identifier les comportements à risque chez les adolescents face au VIH-SIDA et aux IST ont été inclus dans l'étude, tous les élèves ayant été visités et ceux ayant en plus de cette visite, répondu à un questionnaire écrit de façon anonyme et consensuelle.

Notre échantillon est composé de 446 élèves comprenant 215 filles (48,2%) et 231 garçons (51,8%). Le sexe ratio était de 1,07 en faveur du sexe masculin. Nous avons adopté le système de classification selon la politique du système éducatif du Mali distinguant 3 niveaux (le premier cycle, le second cycle et le lycée).

L'âge moyen était de $13,76 \pm 4,14$ ans avec des extrêmes de 3 à 19 ans.

Seulement 14,2% des adolescents ont avoué toujours utiliser le préservatif pendant les rapports sexuels et 47 élèves (soit 63,5%) ont eu leur premier rapport à l'âge de 15ans.

Compte tenu du nombre de partenaires sexuels et de la non utilisation systématique du préservatif, les lycéens sexuellement actifs ont dans l'ensemble adopté un comportement à risque élevé. Il s'avère donc indispensable d'envisager des mesures permettant une amélioration du comportement de ses adolescents.

Mots clés : Pathologies, comportement sexuel, élèves, lycée, Bamako.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et 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 verrons 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 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 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 !

