

Année : 2012- 2013

N°...../

*Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie*  
**TITRE :**

CONNAISSANCES, ATTITUDES, ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES  
FEMMES EN AGE DE PROCREER DE FALDIE BANANKABOUGOU ET  
NIAMAKORO EN MATIERE DE IST ET DE SIDA

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le **15 août 2013**  
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie  
Par : **Aminata DABO**

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

**JURY**

Président : **Professeur Soukalo DAO**  
Membres : **Docteur Sory Ibrahima DIAWARA**  
**Docteur Bocar BAYA**  
Directeur de thèse : **Professeur Samba DIOP**

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

## DEDICACES

### □ A Allah

Le tout puissant, le miséricordieux, le très miséricordieux, l'omnipotent et l'omniscient, qui n'a pas engendré et n'engendra point, pour m'avoir couvert de ta grâce et ta clémence en me donnant la force, le courage, la patience et la santé de réaliser ce travail.

□ Au prophète Mohamed(que la grâce de Dieu soit sur lui et toute sa famille) ,l'imam des prophètes, sceau des prophètes, le premier et dernier des prophètes, l'envoyé et le messager de Dieu, pour son message clair et précis.

□ A mon père feu YOUBA DABO, tu t'es toujours battu pour m'inculquer les règles de la religion et m'offrir le meilleur dans la vie. Tu as là, je le sais un de tes plus grands rêves qui se réalise, en ton absence. Je pris dieu, qu'il te donne le repos éternel et t'accorde, des cieux que tu vois ton œuvre, car ce travail est issu de ton amour et ton encouragement .Papa je t'en suis reconnaissante pour la vie et ne cesserai jamais de te pleurer car je t'aime et tu me manque.

□ A ma tendre et adorable mère SIRA CAMARA, toutes les mères sont formidables mais tu es la meilleure de toute. Tu t'es toujours battue à travers ta foi inébranlable pour mon bonheur et ma réussite. ce travail est le fruit de tant d'années de sacrifice et de prière, il est le tien. Tu es l'exemple personnifié de la morale, de la bonne conduite, de la foi en Dieu et son prophète et tu nous l'as inculquée. Malgré ta maladie ton amour inconditionnel, ta douceur, ta patience, ta compréhension et ton sourire n'ont jamais fait défaut, m'ont toujours guidés sur le bon et droit chemin et m'incitent à la recherche de la perfection. plus qu'un père, une mère, une sœur, une amie, mon adorable et merveilleuse mère, tu es ma vie. Qu'Allah le seul et l'unique te donne longue vie et te couvre de sa miséricorde.

□ A ma grande sœur chérie SADIO DABO, notre second père et la seconde mère adorable ; tu m'as toujours soutenu et accompagnée dans tout mes actions .Tu t'es toujours préoccupée de notre bien, que nous ne manquions de rien, de la stabilité et de l'union de la famille. Ton courage et ton amour pour la famille sont exemplaires .Ce travail est le tien ; il est le résultat de ta bonté et ton amour. Que Dieu te donne longue vie dans le bonheur absolu.JE T'AIMES.

□ A mes frères et sœurs, voici enfin le jour tant attendu, la réalisation d'un projet de toute une famille . Vos soutiens m'ont donnés le courage d'avancer et de me battre. Cet amour qui nous unit est mon souffle et ma force. Ce travail est le vôtre mes bien aimés frangins. Que dieu perpétue cet amour qui nous unit et nous donne la chance de réaliser pleins d'autres projet important en famille. je suis fière et heureuse d'être votre sœur. Je vous aime, Lassi, Ibrahim (papou), coumba et ma « laguaré » youma.

□ A mes nièces et mon neveu, vous êtres la lumière de notre famille. Vos cris nous donne de la joie et me donne plus de courage dans tout ce que je fais. Vous êtres mes enfants et je vous aime, Mariam Théra(Maria), Youba Théra (papa), Kany Keita.

□ A mon chef et tuteur Mamadou Karim Toure(MKT), si le dynamisme avait un physique vous aurez été sa forme humaine. Vous être un exemple de bonté, de crédibilité, d'humilité pour moi. Votre immense amour pour la médecine et la personne humaine fait de vous un homme rigoureux et soucieux du travail bien fait. Cette œuvre est le vôtre, car à vos côtés j'ai connu le trésor que procure le travail bien fait et la recherche du savoir.

Puisse Dieu vous garder en bonne santé, pour le bonheur de toutes ces personnes que vous sauvez en longueur des jours et de ceux que vous encadrez.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

## REMERCIEMENT

Je voudrais dire merci :

A mes tontons et tantes de la famille Camara(Kayes et Bamako),Awa ,feu Mamou, Amini, mamakè, karounga, mamoucoul, ladji, tantimagaman, batogomakoroba ,awatiss, vieux(milair) ;

A mes cousines : Aicha Haidara, Nana Dabo, Fatime Diawara, Djessou Sacko, sado Sacko (la vielle), mi Camara, Manè Bathily, Koro Coulibaly, Rokia Camara(Rokiki);

A mes cousins : Abdoulaye Diawara, Marransi Touré, Madou Diallo, kissanè Sacko ;

A MES AMIS(ES) :l'amitié est un sentiment qui se vit et n'a pas besoin de se dire. Je vous porte dans mon cœur pour la vie. Rokia Diarra(Kia), Bomou, Djouma, Nènè, Fanta Sow, Sofi, Pinpin, Sira, Assétou, Pame, Pinda, Mariam Coulibaly, Djénebou Dramé, Mahamed A Sidibé, Chochou, Nos, guey, Pléa, Moussa, Salif, Neveu, Segouvien, Boubou, Norber, Duèguè, Mamany Sympara ;

A tout le personnel de l'hôpital mère enfant « Luxembourg » ; particulièrement à l'équipe de la réanimation, du bloc opératoire, Ousmane Niang, Assi, Dia, Binkè Traoré, Awa Sy, Mme Diallo, Amadou Fall, Aicha Keita ;

Dès mes premières heures parmi vous, j'ai vu en vous sans flatterie aucune, des hommes intègres, pleins de bon sens. Chacun de vous a su donner le maximum de lui-même pour m'aider chaque fois que j'en avais besoin. Les mots me manquent pour vous remercier de votre disponibilité ;

Au Dr Dara Charle : les mots me manquent pour te dire combien merci, j'ai trouvée en toi un homme honnête, pieux, plein de bon sens et courageux.

Je te souhaite beaucoup de réussite dans ta carrière ;

A Sekou Kaloga : rien de ce que je pourrais écrire, ne définira ma reconnaissance et mon admiration pour ta sagesse.je pris Dieu qu'il te donne le bonheur ;

A Amidou Diakité(Amdiak) : pour ton soutien, ton amour et ta disponibilité indéfectibles. J'ai trouvée en toi un ami, plein de tendresse et de joie de vivre ;

A tous les professeurs de la maternelle à la faculté de médecine et d'odontostomatologie,pour leur amour de la transmission du savoir ;

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

A mes amis de la FMPOS :

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 ;

Aux femmes du Monde, source de vie ;

A toutes les personnes qui, de près ou de loin m'ont soutenu dans la réalisation de ce travail ;

A toute la famille Berthé Faladjè ;

A toute la famille Doumbia Faladjè ;

A toute la famille Nimaga point G;

A toute la famille Kanté point G ;

A toute ma promotion de la FMPOS.

A tous mes aînés :

A mes cadets de la FMPOS.

A tous les membres de l'état-major les BATISSEURS de la F.M.P.O.S et aux autres états-majors.

Je rends hommage :

A mon pays le MALI : tu as dirigé mes premiers pas mon souhait est que tu sois toujours un havre de paix et que tes fils te glorifie.

Que DIEU bénisse le MALI.

A l'Afrique toute entière !

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

## HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et Président du jury Professeur DAO Sounkalo

- Professeur titulaire des maladies infectieuses et Tropicales à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS);
- Responsable de l'enseignement clinique de maladies infectieuses à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS);
- Chef de DER de la médecine à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS);
- Coordinateur du CES de maladies infectieuses et tropicales ;
- Praticien hospitalier au CHU du Point G ;
- Chef de service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) au CHU du point G;
- Président de la société malienne de pathologies infectieuses et Tropicales (SOMAPI);
- Membre de la société africaine de maladies infectieuses et de la société de pathologies infectieuses de langue française;
- Investigateur clinique au SEREFO;

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons beaucoup admiré vos qualités humaines, scientifiques et pédagogiques.

Votre discrétion, votre dynamisme et votre disponibilité constante font de vous un maître exemplaire, admiré de tous.

Permettez-nous cher maître de vous réitérer, l'expression de notre profonde gratitude et notre indéfectible disponibilité.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

A notre maître et juge Docteur DIAWARA Sory Ibrahim

- Docteur en Médecine;
- Chercheur au MRTC/DEAP.

Cher maître,

Nous avons été fascinés, par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger à ce jury malgré vos multiples occupations,

Votre souci du travail bien fait, votre rigueur scientifique nous aiderons à en point douter à améliorer la qualité du présent travail,

Tout en vous remerciant cher maitre, soyez rassuré de notre profonde gratitude et de notre indéfectible attachement.

A notre maître et juge Dr Baya Bocar

- Praticien hospitalier au CHU du point G
- Assistant chercheur clinicien au CEREFO

Cher maître,

Nous ne saurions trouver assez de mots pour vous témoigner notre reconnaissance, pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

Votre disponibilité, votre amour pour le travail bien fait, vos immenses qualités humaines font de vous un praticien admiré et respecté.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

A notre maître et Directeur de Thèse Professeur DIOP Samba

- Maître de conférences en anthropologie médicale;
- Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie, et éthique en santé au DER de santé publique à la FMOS;
- Responsable de l'unité de recherche formative en science humaine, sociale et éthique de SEROFO/VIH/SIDA/FMOS;  Responsable du cours (anthropologie de la lutte contre la cécité: aspect sociaux et éthique), centre hospitalier universitaire de l'institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique (IOTA);
- Responsable du cours: science et éthique du DEA d'anthropologie, institue supérieur pour la formation à la recherche appliquée ISFRA, université de Bamako;
- Responsable du réseau: chantier jeune à la FMOS/ISFRA, université de Bamako/laboratoire de démographie-université Genève: SUISSE;
- Responsable du cours: culture et éthique du centre de l'enseignement virtuel en Afrique, école national des ingénieurs (ENI) université de Bamako;
- Enseignant chercheur en anthropologie médicale;
- Membre du comité éthique de la faculté de médecine.

Cher maître :

Permettez-nous de vous remercier pour la confiance que vous nous avez faite, en nous proposant ce travail.

Nous avons beaucoup admiré vos immenses qualités humaines, sociales et scientifiques tout au long de ce travail. Vous avez cultivé en nous, le sens du travail Bien fait.

Trouvez ici, cher maitre l'expression de notre profonde gratitude et de notre indéfectible disponibilité.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA



## SIGLES ET ABREVIATIONS

**ABC** : Abacavir

**ADN** : Acide désoxyribonucléique

**AZT** : Zidovudine.

**ARN** : Acide ribonucléique.

**ARV** : Antirétroviraux.

**ATV** : Atazanavir.

**CDC**: Centers for Diseases Control.

**CMV**: Cytomégalovirus.

**CO2**: Gaz carbonique.

**DRV**: Darunavir.

**DDC**: zalcitabine

**D4T**: Stavudine.

**DDI**: Didanosine.

**DNS**: direction nationalise la santé.

**EBV**: Epstein Barr Virus.

**EDS IV** : Enquête démographique de la santé quatre.

**ELISA**: Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay.

**EFV**: Efavirenz.

**ETR**: Etravirine.

**FTC**: Emtricitabine.

**FPV**: Fosamprenavir.

**GRID**: Gay Related Immune Deficiency.

**HTLV**: Human T-celle LeuKemia Virus.

**IDV** : Indianavir.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

**IN** : Inhibiteurs nucléosidiques.

**INRT**: Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse.

**INNRT** : Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse.

**IP** : Inhibiteurs de la protéase.

**IST** : Infection sexuellement transmissible.

**Km** : kilomètre.

**LAV**: Lymphadenopathy Associated Virus.

**LPV**: Lopinavir.

**M**: Milimètre.

**MST**: Maladie sexuellement transmissible.

**NVP** : Névirapine.

**OMS** : Organisation mondiale de la santé.

**ONU** : Organisation des nations unies.

**PCR** : Polymérase Chain Reaction

**RAL** : Raltegravir.

**RTV** : Ritonavir.

**SQV** : Saquinavir.

**TPV** : Tripanavir

**3TC** : Lamuvidine

**TDF** : Tenofovir.

**USA** : Etats unis d'amérique.

**Um** : Micromètre.

**VIH**: Virus de l'immunodéficience humaine

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

### LISTE DES FIGURES

FIGURE 1.....	5
FIGURE 2.....	20
FIGURE 3.....	27
FIGURE 4.....	42
FIGURE 5.....	52
FIGURE 6.....	56

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

## **LITE DES TEBLEAUX**

TABLEAU 1.....	43
TABLEAU 2.....	43
TABLEAU 3.....	44
TABLEAU 4.....	44
TABLEAU 5.....	45
TABLEAU 6.....	45
TABLEAU 7.....	46
TABLEAU 8.....	47
TABLEAU 9.....	48
TABLEAU 10.....	49
TABLEAU 11.....	50
TABLEAU 12.....	51
TABLEAU 13.....	52
TABLEAU 14.....	53
TABLEAU 15.....	54
TABLEAU 16.....	55
TABLEAU 17.....	57
TABLEAU 18.....	57
TABLEAU 19.....	58
TABLEAU 20.....	59

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

# Table des matières

SOMMAIRE	PAGES
Introduction_ : .....	1
<u>Cadre théorique</u> : .....	3
<u>Hypothèses de recherche</u> : .....	3
<u>Questions de recherche</u> : .....	3
<u>Objectifs</u> : .....	3
<u>Objectif general</u> : .....	3
<u>Objectifs spécifiques</u> : .....	3
<u>Generalité</u> : .....	4
<u>Description de la recherche</u> : .....	4
<u>Notion de femme et de procréation</u> : .....	4
<u>Notion de connaissance, d'attitude et de comportement</u> .....	8
<u>Les infections sexuellement transmissibles</u> .....	12
<u>VIH et SIDA</u> .....	24
<u>Demarche methodologique</u> .....	35
<u>cadre d'étude</u> : .....	35
<u>type d'étude</u> .....	38
<u>periode d'étude</u> . .....	38
<u>Population d'étude</u> .....	38
<u>Echantillonnage</u> : .....	38

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

<u>Critères d'inclusion</u> : .....	39
<u>Critères de non inclusion</u> : .....	39
<u>Traitement et analyse des données</u> : .....	40
<u>Aspects éthiques</u> : .....	40
<u>Techniques et outils de collecte des données</u> : .....	40
<u>Difficultés rencontrées</u> : .....	41
<u>Résultats et produits attendus</u> .....	42
<u>Commentaires et discussion</u> .....	61
<u>Conclusion et recommandations</u> .....	66
<u>Références bibliographiques</u> : .....	69
<u>Annexe</u> .....	74
<u>Fiche signalitique</u> .....	77
<u>Taduction</u> .....	77

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

## I- INTRODUCTION

Le SIDA (syndrome de l'immunodéficience acquise), forme évoluée de l'infection VIH (virus de l'immunodéficience humaine) constitue aujourd'hui l'un des Problèmes de santé publique les plus préoccupants, surtout dans les pays en voie de Développement [1].

On estime à 34 millions le nombre de personnes vivant aujourd'hui avec le VIH/sida, dont près de 22,5 millions en Afrique subsaharienne [2].

A l'échelle mondiale, on estime à 2,5 millions le nombre de nouvelles infections, dont 390 000 enfants [2].

L'année 2011 a enregistré environ 700.000 nouvelles infections à VIH de moins que 2001[2].

Les femmes représentent 60% des adultes contaminés, 50% de la population des séropositives dont 59% en Afrique subsaharienne et 51 % dans les Caraïbes [2].

Trois femmes séropositives sur quatre vivent en Afrique. Les jeunes femmes en Afrique subsaharienne et aux Caraïbes, de 15 à 24 ans ont un risque trois fois plus élevé que celui des hommes du même âge, d'être infectées par le VIH [3].

Pour les femmes en âge de procréer, le VIH/sida est la principale cause de mortalité et de morbidité dans le monde, tandis que les rapports sexuels non protégés constituent le premier facteur de risque dans les pays en développement. Les facteurs biologiques, l'absence d'accès à l'information et aux services de santé, la vulnérabilité économique et l'inégalité des pouvoirs socio-économique dans les relations sexuelles exposent tout particulièrement les jeunes femmes à l'infection à VIH [4].

Au Mali, le taux de prévalence VIH est relativement faible. Selon les données les plus récentes, il serait de 1,3% dans la population générale âgée de 15 à 49 ans (1,4% chez les femmes et 0,9% chez les hommes) [5-6].

Venus, la déesse de l'amour a donné son nom aux maladies transmises lors des contacts ou rapports sexuelle. L'ancienne dénomination des maladies vénériennes a été abandonnée au profit de l'appellation Maladies Sexuellement Transmissibles (M.S.T), actuellement dénommées Infections Sexuellement Transmissibles (I.S.T) [4].

On distingue plus d'une vingtaine d'IST dues à des germes divers [4].

Selon l'OMS il y aurait 250 millions de cas d'IST par an. Le taux de prévalence des IST dans les pays en développement est 100 fois plus élevé que dans les pays développés pour la syphilis ; 10 à 15 fois pour la gonococcie ; et 3 fois pour les infections à chlamydiae. [4].

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÉ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

Les femmes représentent en effet une catégorie sociale particulièrement vulnérable à cause des contraintes socio-économiques, religieuses et culturelles qui pèsent sur elles. Les femmes sont d'autant plus exposées (par leur constitution anatomique), que leur situation socio-économiques reste faible et leur dépendance à l'égard du conjoint plus importante. Elles ont un accès limité aux soins de santé, et sont le plus souvent en position de victimes dans les conflits de rapport de genre, car ce sont elles qui font les frais de divorces, de répudiations, etc [7].

Il semble plausible que le problème des IST et du sida est un problème de comportement [8-9].

Selon de nombreux auteurs, le développement de la pandémie du VIH serait une question de comportements, de connaissances et d'informations [1-8-9-10].

Si dans de nombreuses sociétés, dans de nombreux pays, des études ont été consacrées aux connaissances et comportements tel n'est pas le cas au Mali [8].

Nous n'avons pas assez de données sur les connaissances et les comportements chez les femmes en général et celles en âge de procréer en particulier.

Ces différentes situations expliquent le renforcement actuel des activités de prévention, parmi lesquelles l'information et la sensibilisation des populations.

Cependant, force est de reconnaître que malgré ces campagnes d'information et de sensibilisation le problème posé par les infections sexuellement transmissibles demeure réel au sein de la population féminine, qui semble être la plus touchée.

Conscient de tous les dangers liés à la méconnaissance de ce fléau, nous avons initiés cette étude pour évaluer les connaissances et les pratiques comportementales des femmes de Faladjè, Niamakoro et Banakabougou en âge de procréer face aux IST et le sida.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA



## II- CADRE THEORIQUE :

### ❖ Hypothèses de recherche :

- Le manque d'éducation sexuelle se répercuterait sur les attitudes et pratiques sexuelles des femmes.
- Plusieurs facteurs (le non rappel du préservatif lors du rapport sexuel, le consentement du partenaire sexuel, et la méconnaissance du préservatif) limiteraient l'utilisation du préservatif (féminin et ou masculin) par les femmes.

### ❖ Questions de recherche :

- Quel est le pourcentage de femmes qui croient à l'existence du sida ?
- Quel est le niveau de connaissance des femmes en âge de procréer en matière d'IST et de sida ?
- Quelle est la proportion de femmes qui utilisent le préservatif ?
- Quels sont les facteurs qui influencent la non utilisation du préservatif (féminin et ou masculin) chez les femmes en âge de procréer ?

### ❖ OBJECTIFS :

#### 📌 Objectif général :

Evaluer le niveau de connaissances, les attitudes et pratiques comportementales des femmes en âge de procréer des quartiers de Faladjè, Niamakoro et Banakabougou (commune VI) en matière d'IST et de sida.

#### 📌 Objectifs spécifiques :

- Déterminer le niveau de connaissance des femmes en âge de procréer sur les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA.
- Identifier leurs sources d'information sur les infections sexuellement transmissibles et VIH/SIDA.
- Identifier les facteurs qui influencent la connaissance de ces femmes sur les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA.
- Déterminer les moyens de prévention des IST et de sida utilisés par les femmes des quartiers de Faladjè, Banakabougou et Niamakoro (commune VI).

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

### III-GENERALITE :

#### ❖ Description de la recherche

##### ✚ Notion de « Femmes et procréation » :

##### ✓ La femme :

Une femme est un individu femelle et adulte de l'espèce humaine, appelée fille avant la puberté.

La femme est la femelle de l'Homo sapiens. Sur un caryotype, la féminité se traduit par la présence en double du chromosome X et par l'absence du chromosome Y. Globalement, l'anatomie féminine se distingue de celle des hommes par une taille, une masse et un indice de masse corporelle inférieurs. Les femmes ont en général une puissance musculaire inférieure à celle des hommes. Leur système pileux est en général moins développé.

L'anatomie féminine présente aussi de nombreux caractères sexuels secondaires : organes mammaires proéminents même en dehors des périodes de gestation et d'allaitement, rapport taille-hanche prononcé, et tessiture de la voix plus aigüe.

Le terme fille désigne la femme à ses stades infantile et pubère.

La femme est féconde de la ménarche, qui survient en général vers l'âge de onze ans, jusqu'à la ménopause qui survient vers la cinquantaine, et qui est propre à l'espèce humaine. Le cycle ovarien dure environ 28 jours, et est marqué par les menstruations. Contrairement à la plupart des espèces de primates, il n'existe pas de chaleurs, et la période de meilleure fécondité n'est donc pas décelable par les mâles. Cependant, il est avéré que le comportement des femmes, notamment lors de la recherche d'un partenaire sexuel, est sensiblement différent pendant l'œstrus. L'attirance envers les mâles augmente avec l'âge, ainsi que la maturité sexuelle.

La gestation chez la femme est appelée grossesse, et dure neuf mois. Une femme gravide est dite enceinte. La grossesse est le plus souvent mono-embryonnaire, même si près d'un accouchement sur soixante-dix donne lieu à des naissances multiples, jumeaux ou triplé. La parturition, quant à elle, est appelée accouchement. L'accouchement s'effectue le plus souvent dans la douleur, en raison du volume de la boîte crânienne de l'enfant. Le placenta est comestible, mais rarement consommé. La femme peut allaiter l'enfant plusieurs mois, parfois plus d'une année.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA



**Figure 1** : Femme allaitant son nourrisson.

**Source** : wikipedia 2012([http://fr.wikipedia.org/wiki/place\\_des\\_femmes](http://fr.wikipedia.org/wiki/place_des_femmes)).

Les femmes ont une espérance de vie plus longue que celle des hommes du fait de leurs hormones. Il naît légèrement moins de femmes que d'hommes (environ 104 garçons pour 100 filles). Ce phénomène est appelé sur-masculinité à la naissance. Parmi les autres différences, la sensibilité olfactive est en général meilleure pour les femmes que pour les hommes

✓ **Procréation ou reproduction (biologie) :**

La reproduction est l'ensemble des processus par lesquels une espèce se perpétue, en suscitant de nouveaux individus, par fusion des gamètes mâle et femelle donnant naissance à un œuf (ou zygote).

C'est une des activités fondamentales, partagée par tous les êtres vivants (avec la nutrition et la croissance). En effet, toute espèce doit posséder un système de reproduction efficace, sans quoi elle est menacée d'extinction.

Si la reproduction permet une perpétuation de l'espèce dans le temps, elle est souvent couplée à un système de dispersion dans l'espace. Il s'agit de systèmes permettant de coloniser de nouveaux milieux, et d'augmenter les chances de survie de l'espèce.

La reproduction humaine est l'ensemble des processus par lesquels un homme et une femme engendrent un nouvel individu. Or ce terme, fréquemment utilisé, est impropre puisque reproduire consiste à refaire à l'identique un individu nouveau différent de son père et de sa mère. Il est préférable d'utiliser la formulation « procréation humaine ».

Médicalement, elle relève du domaine de la Santé reproductive .

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

➤ **La régulation de la fonction de reproduction chez la femme :**

▪ **Le fonctionnement :**

• **Le cycle ovarien :**

Au moment de la phase pré ovulatoire, un des nombreux follicules qui auront évolué en stade primaire, secondaire puis tertiaire (cavitaire) a une croissance très rapide pour arriver au stade de De Graaf. L'ovocyte se libère de la granulosa et se retrouve dans la cavité folliculaire accompagné par la couronne radiée. Peu de temps avant l'ovulation, l'ovocyte I devient un ovocyte II. Il se bloque en métaphase II et la méiose se termine s'il y a fécondation.

• **L'ovulation :**

Elle dure quelques minutes. L'ovocyte II est accompagné des cellules de la couronne radiée. L'ovulation est spontanée et se produit en fin de phase folliculaire, et se fait en partie grâce aux hormones. En effet, ces hormones sécrétées par les cellules interstitielles chez la femme permettent l'activation d'une mitose, suivie d'une méiose de l'ovocyte II, qui devient alors l'ovule. L'ovulation se fait peu après la maturation de l'ovocyte II en ovule ; soit, l'ovulation intervient de façon imprévue au cours du cycle.

• **La phase lutéale :**

Le reste du follicule éclaté se transforme en « corps jaune ». Les cellules de la granulosa se multiplient et se transforment en cellules lutéales ; Puis le corps jaune régresse et se charge d'un pigment jaune. En fin de cycle, il devient une cicatrice à la surface de l'ovaire. C'est ce qu'on appelle le corps blanc. S'il n'y a pas de fécondation, un nouveau cycle commence.

▪ **Le contrôle hormonal du fonctionnement :**

• **Les hormones ovariennes :**

Les œstrogènes dont l'œstradiol : Les œstrogènes sont sécrétés par les cellules de la thèque interne, la granulosa des follicules et les cellules lutéiniques du corps jaune. La principale sécrétion est l'œstradiol. Au cours du cycle, il y a deux pics : Le premier correspond à la sécrétion des œstrogènes par les follicules. C'est un pic de croissance du follicule avant l'ovulation. Le second pic correspond à la sécrétion des œstrogènes par le corps jaune. S'il se produit une fécondation, alors il n'y aura pas de chute de concentration d'œstrogènes en fin de cycle.

**Les progestagènes :** Ils sont produits par les cellules lutéiniques du corps jaune. Ils évoluent en un seul pic au milieu de la phase lutéinique. Ils correspondent au développement maximal des cellules lutéiniques du corps jaune. S'il y a fécondation, ce taux reste élevé car il y a persistance du corps jaune.

- **Rôle du complexe hypothalamus-hypophysaire (CHH)**

**L'hypophyse sécrète :**

- **FSH :** hormone folliculo-stimulante (glycoprotéine) cette hormone stimule la croissance et la maturation des follicules donc des cellules folliculaires de la granulosa et des cellules thécals, donc cette hormone stimule indirectement la sécrétion d'œstrogènes. Son action complète nécessite la présence de LH.

- **LH :** hormone lutéinisante (glycoprotéine) cette hormone agit en synergie avec FSH, elle contribue au développement des follicules et provoque l'ovulation. Elle induit la formation du corps jaune et donc indirectement la production de progestérone.

- **Le rétrocontrôle ovarien :**

En début de cycle, aucun follicule n'est très développé, l'œstradiol est en faible concentration donc il y a un rétrocontrôle négatif des œstrogènes sur le Complexe Hypothalamo-Hypophysaire. Le taux de FSH augmente légèrement, ce qui stimule le développement folliculaire.

Quelques follicules grossissent, il y a alors une augmentation du taux d'œstrogène produit par les follicules et donc un rétrocontrôle positif plus important. Puis, chute du taux de FSH et seul le follicule dominant poursuit son évolution.

En fin de phase folliculaire, si l'imprégnation de l'hypophyse par les œstrogènes est suffisante en quantité et en durée, on a un rétrocontrôle positif des œstrogènes sur le Complexe Hypothalamo-Hypophysaire. Il y a augmentation des sécrétions des gonadostimulines et en particulier de LH qui augmente, donc il y a un pic de LH qui déclenche l'ovulation.

En phase lutéinique, le pic de LH est aussi nécessaire à la mise en place du corps jaune. LH stimule la production de progestérone par le corps jaune qui sécrète aussi des œstrogènes.

Le couple œstrogène/progestérone exerce un rétro négatif sur le Complexe Hypothalamo-Hypophysaire et donc il n'y a pas de développement de nouveaux follicules. En fin de cycle, il y a une chute de concentration d'œstrogènes et de progestérone car le corps jaune dégénère. Ainsi le rétrocontrôle négatif diminue, la FSH augmente et l'on redémarre un nouveau cycle.

### ➤ **Fécondation et développement :**

Chez l'être humain, la parthénogenèse n'est pas possible, c'est à dire que la rencontre d'une gamète mâle (spermatozoïde) et d'une gamète femelle (ovule) est obligatoire pour avoir une reproduction naturelle ; Il existe cependant aujourd'hui de nombreux processus permettant la procréation à des couples ou femmes pas ou peu fertiles, telle l'insémination à partir d'un don de sperme, le don d'ovocyte et différentes méthodes de procréation médicalement assistée.

La période de grossesse dure 9 mois.

### ✚ **Notion de connaissance, d'attitude et de comportement :**

#### ✓ **La connaissance :**

Elle est une notion aux sens multiples à la fois utilisée dans le langage courant et objet d'étude poussée de la part des philosophes contemporains.

Les connaissances, leur nature et leur variété, la façon dont elles sont acquises, leur processus d'acquisition, leur valeur, et leur rôle dans les sociétés humaines, sont étudiés par une diversité de disciplines, notamment la philosophie, l'épistémologie, la psychologie, les sciences cognitives, l'anthropologie et la sociologie.

La science en général est un ensemble de méthodes systématiques pour acquérir des connaissances. Il existe néanmoins de nombreuses formes de connaissances qui, sans être scientifiques, n'en sont pas moins parfaitement adaptées à leur objet : le savoir-faire (l'artisanat, savoir nager, etc.), le savoir technique, la connaissance des langues, la connaissance des traditions, légendes, coutumes ou idées d'une culture particulière, la connaissance qu'ont les individus de leur propre histoire (connaître son propre nom, ses parents, son passé), ou encore les connaissances communes d'une société donnée ou de l'humanité (savoir à quoi sert un marteau, savoir que l'eau éteint le feu).

#### **En anthropologie :**

Pour l'anthropologue, la première connaissance est celle que les hommes ont d'eux-mêmes et de leur environnement, et qui, dans les sociétés primitives, assure leur survie quotidienne. C'est aussi cette connaissance qui structure le groupe humain. Elle se constitue comme un ensemble de pratiques, de comportements et de règles admises par la communauté. La pratique de la chasse collective suppose à la fois la connaissance de ses congénères, celle du gibier, celle du terrain et un savoir-faire partagé. Gérard Mendel, créateur de la socio-psychanalyse, en fait le point de départ des sociétés humaines.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÉ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

### ✓ **L'attitude et comportement :**

Elle peut être considérée comme la manière particulière qu'a une personne d'agir, de penser et de sentir

Elle détermine et oriente le comportement de l'individu. Elle dépend de plusieurs facteurs, mais les conditions socio-économiques viennent en dernière instance.

Les attitudes constituent un objet d'étude central. Tantôt ce concept est utilisé pour exprimer la singularité d'une réaction (l'attitude d'un individu au cours d'une discussion.), tantôt il exprime la réaction d'une collectivité (les attitudes des musulmans face à l'alcool), la notion d'attitude a eu diverses appellations dans son histoire.

C'est ainsi qu'elle fut utilisée sous la dénomination de position atteinte, dans le courant expérimentaliste allemand au début du 20<sup>e</sup> siècle et chez les pionniers américains de psychologie sociale.

En fait, il n'y a pas d'unanimité autour de la définition de la notion d'attitude.

Ainsi, I. Stertz dans sa définition, réduit l'attitude uniquement à une relation entre une personne et des objets ou des valeurs morales.

J. Mainsouneuve quant à lui insiste sur l'aspect affectif de l'attitude et sa tendance à l'action.

L'attitude est ainsi une prédisposition à agir plutôt que des actions comme telle, elle oriente le comportement de l'individu dans une direction.

Exemple : être pour la prévention des IST/sida justifie le fait d'adopter les méthodes.

#### ▪ **Éléments caractéristiques :**

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

Ainsi, l'attitude se caractérise par son aspect cognitif ; c'est-à-dire l'attitude vis-à-vis de quelque chose ou d'un phénomène est fonction des connaissances et de l'information qu'on a sur l'objet en question. C'est pourquoi, elle exprime en général des opinions individuelles ou collectives stéréotypées, figées (concept fixe).

Exemple : une fille peut refuser de se faire dépistées parce qu'une autre a une idée négative à son égard.

L'attitude se distingue aussi par son aspect affectif ou émotionnel qui explique la direction de l'attitude : pour ou contre.

Ainsi nous pouvons affirmer que l'attitude est aussi fonction des sentiments qu'un sujet manifeste face à une situation ou à une personne. Ainsi un sujet qui affirme avoir une haine contre quelque chose, il ne serait pas étonnant de voir ses proches contre cette chose.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

Il va sans dire que l'attitude étant une prédisposition à agir, se caractérise par une tendance à l'action, donc joue sur la conduite, le comportement en général.

Ces aspects différents de l'attitude : cognitif, affectif et tendance à l'action sont intimement liés et en interaction l'un et l'autre. Ainsi celui qui a beaucoup d'informations sur quelque chose doit avoir 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 apprise, acquise. Cette acquisition se fait sous diverses formes. On a ainsi l'intériorisation des attitudes issues du groupe d'appartenance : communauté, clan, famille.

La constitution des attitudes se fait aussi par l'expérience propre du sujet.

Cette expérience lui permet de tirer des leçons de l'épreuve vécue par lui-même et se fait une attitude vis-à-vis d'elle.

Etant acquise, l'attitude est susceptible au changement, et ce changement constitue un moyen approprié pour changer le comportement, car l'attitude détermine le comportement dans une large mesure.

Il apparaît à la lumière des caractéristiques des attitudes, que le changement d'attitude est une entreprise difficile. Changer des attitudes n'est pas un résultat qui s'obtient du jour au lendemain ou même en quelques années.

Parmi les conditions préalables au changement d'attitudes nous avons la connaissance du public. Donc il faut analyser et comprendre les besoins, les contraintes, la croyance ou représentation mentale des gens dont nous espérons changer l'attitude.

Cependant, en dépit de liens entre l'attitude et le comportement, il y a souvent divorce entre ces deux. Ce manque de correspondance pourrait s'expliquer par le fait que plusieurs attitudes influencent un comportement donné.

En résumé, nous pouvons affirmer, à la lumière des caractéristiques de la notion d'attitude qu'elle est donc la manière particulière pour une personne ou un groupe de personne d'agir, de penser, de sentir.

Certes, il est vrai qu'il n'y a pas toujours une relation de détermination entre attitude et comportement.



C'est pourquoi on ne tarde guère d'affirmer que la connaissance des attitudes permet une prévision du type de conduite, de comportement d'une personne ou d'un groupe de personnes donné.

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

Ainsi il apparaît à travers cette notion d'attitude qu'elle a une valeur explicative et prédictive du comportement. D'où cet intérêt sur les attitudes.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

## LES INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

### ✓ Définition des I.S.T :

Venus, la déesse de l'amour a donné son nom aux maladies transmises lors des contacts ou rapports sexuels [4-11]. L'ancienne dénomination des maladies vénériennes a été abandonnée au profit de l'appellation Maladies Sexuellement Transmissibles (M.S.T), actuellement dénommées Infections Sexuellement Transmissibles (I.S.T). Ces maladies constituent un problème majeur de santé publique. On distingue plus d'une vingtaine d'IST dues à des germes divers [4].

Elles sont contagieuses et responsables de complications graves pour l'homme, la femme, le fœtus et le nouveau-né. A tout âge, quels que soient le sexe, la race, le milieu social on peut contracter une IST. Elles sont dues à des bactéries, des parasites, des champignons ou des virus. Les IST étant nombreuses, notre étude portera sur celles qui sont fréquemment rencontrées chez les femmes en âge de procréer. [11]

### ✓ Epidémiologie :

Selon l'OMS il y aurait 250 millions de cas d'IST par an. Elle estime qu'un adolescent sur 20 contracte chaque année une IST (notamment le VIH et SIDA, la gonococcie, les infections à chlamydiae ou à herpès) [4-12].

En 1995, l'OMS estimait à plus de 330 millions le nombre de nouveaux cas de MST guérissables à travers le monde.

Sur les 330 millions d'IST contractées dans le monde chaque année, quelques 150 millions touchent des jeunes âgés de moins de 20 ans.

Le taux de prévalence des IST dans les pays en développement est 100 fois plus élevé que dans les pays développés : pour la syphilis ; 10 à 15 fois pour la gonococcie ; et 3 fois pour infection à chlamydiae.

Le taux de transmission est défini comme le nombre de nouveaux cas à partir d'un malade reconnu [13].

Il permet d'évaluer le bénéfice de la prévention.

Environ un million d'infections sexuellement transmissibles apparaissent chaque jour.

Parmi les régions en voie de développement, les IST semblent être plus répandues en Afrique qu'en Asie ou en Amérique Latine.

Les IST constituent aujourd'hui un réel problème de santé publique et sont toutes causées par un comportement sexuel à risque.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÉ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

Les jeunes risquent d'avantage de ne pas faire soigné une MST, surtout lorsqu'elle est asymptomatique et le retard ou l'absence des soins risquent d'avoir des effets permanents sur la santé qui peuvent aller jusqu'à la stérilité et au décès. [14]

✓ **Caractères communs des IST :**

-L'incubation est souvent longue avec une possibilité de contamination alors qu'il n'y a pas de symptômes.

-Elles ne touchent que l'homme ou la femme : il n'y a pas de réservoir animal.

-Le réservoir est surtout constitué de femmes asymptomatiques et de groupes à risque : homosexuels, prostituées.

-Leur transmission est exclusivement sexuelle sauf pour les VIH, le virus de l'hépatite B, les gonocoques et les chlamydiae chez l'enfant.

-Elles touchent des adolescents et des adultes (surtout célibataires) des milieux pauvres, habitant les pays en voie de développement.

-La transmission dépend des comportements ;

-Les IST sont souvent associées et cette association est systématiquement recherchée.

✓ **Facteurs responsables de la recrudescence des IST :**

Ces facteurs ont été définis par l'OMS et sont d'ordre démographique, médical, socio-économique ; et culturel qui mérite une attention particulière.

En effet, divers changements d'attitudes culturellement déterminés, en rendant toute sorte d'activités possibles, ont contribué à accroître l'exposition aux stimuli sexuels pendant que la tolérance accrue à l'égard des comportements a entraîné une liberté des mœurs. Ainsi, le libertinage sexuel étendu à la pluralité des partenaires est devenu une norme dans certains groupes.

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 à celle de leurs parents ; et levant ainsi les inhibitions qui pesaient sur une expression plus libre de leur sexualité.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÉ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

Encore plus importante est l'insuffisance d'éducation sexuelle ainsi que le stigmaté attaché aux IST c'est-à-dire la honte et le caractère tabou.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

➤ **Les différentes IST :**

**1. Infections génitales à Chlamydia :**

**1.1. Epidémiologie [15] :**

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

**1.2. Agent pathogène [16] :**

Les chlamydiae sont des bactéries immobiles à gram – négatif et des parasites intracellulaires obligatoires. Elles forment des inclusions intracellulaires caractéristiques. Elles se distinguent des virus par leur contenu en ADN, par leur paroi cellulaire semblable en structure à celle des bactéries gram négatif et par leur sensibilité à certains antibactériens telles que les tétracyclines et l'érythromycine.

Chlamydia trachomatis comporte différents sous-groupes (A, B, C, D), agents du trachome G et K responsables d'infection génito-urinaires, L1, L2 L3 agent de la maladie de Nicolas-Favre.

**1.3. Clinique :**

L'infection à Chlamydia trachomatis se manifeste par le trachome et les IST comme la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou Maladie de Nicolas – Favre.

Chez l'homme l'infection à chlamydia trachomatis représente la cause principale des urétrites non gonococciques et Post gonococciques [16].

A partir de l'infection utéro-tubaire, Chlamydia trachomatis peut gagner la région périphérique et provoquer une péri-hépatite ou syndrome de **FITZ – HUGH – Curtis** [15].

## 2. Affection à *Trichomonas vaginalis* :

### 2.1. Historique [17] :

La première description de *Trichomonas vaginalis* a été faite par **Alfred Donne**, lors de la séance du 9 septembre 1836 à l'Académie des sciences. « À propos d'animalcules observés dans les matières purulentes et le produit de sécrétion des organes génitaux de l'homme et de la femme ».

Une année plus tard, **Deyardin** donnera le nom de *Trichomonas vaginalis* à ces animalcules. Depuis, de nombreuses publications ont signalé l'existence de ce parasite chez l'homme, sans pour autant lui attribuer le moindre rôle pathogène.

En 1884 à Bordeaux, **Kunstler** a observé en très grande abondance le flagellé chez presque toutes les femmes examinées en clinique gynécologique en 1913 ; **Brumpt** et **Sabate** à Paris, l'ont découvert chez les femmes apparemment saines qu'ils consultaient en clinique d'accouchement. Ce n'est qu'en 1916 que les travaux de **Hoene** et de **Rodecur** ont confirmé le rôle pathogène de ce flagellé. Quant à la possibilité d'une éventuelle transmission sexuelle, elle a été soulevée depuis 1855, par **Kollikes** et **Scanzoni** devant l'extrême fréquence de la trichomonose urogénitale (50%) des femmes examinées.

En 1924, **Katsuma** le découvrit dans l'urine de l'homme, et en 1927, **Caper** décrivit pour la première fois une urétrite aiguë à *Trichomonas vaginalis* dans le sexe masculin.

En 1915, les premières cultures ont été obtenues par **Lynch**. En 1935, utilisant un milieu pauvre en albumine, **Westphall** réussit à conserver une culture vivante pendant sept mois et demi.

### 2.2. Epidémiologie : [18]

*Trichomonas vaginalis* est une maladie urogénitale cosmopolite, fréquente, à transmission vénérienne, due à *Trichomonas vaginalis*. Ce germe est un protozoaire flagellé qui vit à la surface des muqueuses urogénitales de l'homme et de la femme. Il perd rapidement sa vitalité dans le milieu extérieur sans jamais produire de Kystes. La transmission de *Trichomonas vaginalis* ne peut donc être que directe et sexuelle. Une mère peut transmettre le parasite à ses enfants par un linge de toilette commun. Cependant la trichomonose est exceptionnelle chez la fillette avant la puberté. On estime à 2,5 à 3 millions de cas par an aux Etats Unis. La prévalence habituelle de la trichomonose chez la femme adulte est de 15 à 25%.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÉ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

### 2.3. Agent pathogène :

*Trichomonas vaginalis* appartient à la famille des Trichomonadidae. Il est de forme ovale et long de 10 à 18 µm.

Le Trophozoïte très mobile possède quatre flagelles antérieurs et une membrane ondulante terminée au niveau du tiers postérieur du parasite. Un axostyle dépasse en arrière le corps du parasite. [19]

### 2.4. Clinique [18] :

*Trichomonas vaginalis* provoque une inflammation aiguë des muqueuses et des glandes annexes du système génital. Il provoque des vaginites, des urétrites, prostatites, et épидидymites. Chez la femme, cette inflammation provoque : hypersécrétion, prurit, brûlure et dyspareunie. Le passage à la chronicité est très fréquent entraînant de longues périodes asymptomatiques pendant lesquelles le sujet porteur peut éventuellement disséminer l'infection.

## 3. Candidose vaginale :

### 3.1. Historique : [17]

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.

### 3.2. Epidémiologie [17] :

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*.

### 3.3. Agent pathogène [17] :

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.

### 3.4. Clinique [17] :

Chez la femme, la vulvo-vaginite est le tableau le plus fréquent caractérisé par des prurits, brûlures vaginales, dyspareunies, leucorrhées grumeleuses et blanchâtres, érythèmes et œdèmes vulvo-vaginaux. L'extension au haut appareil génital est exceptionnelle. Chez certaines femmes, les récurrences sont fréquentes, indiquant la recherche d'un facteur local favorisant, ou une infection à VIH.

Chez l'homme, l'infection est le plus souvent asymptomatique. La manifestation clinique la plus fréquente est une urétrite subaiguë associée dans 50% des cas d'une balanite érosive. A côté de ces principales IST, on peut retenir d'autres beaucoup moins fréquentes.

## 4. Gonococcie :

### 4.1. Historique : [11]

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 urétraux et oculaires à 30 – 34° C, et lui donna le nom de Neisseria gonorrhoeae.



#### **4.2. Epidémiologie :**

La gonococcie est une des maladies humaines les plus anciennement connues. *Neisseria gonorrhoeae* est un des germes sexuellement transmis dont la prévalence est la plus élevée. Les taux de gonococcie maternelle sont inférieurs à 5% aux Etats-Unis, tandis qu'ils peuvent dépasser 10% dans certaines régions de l'Afrique. Des rapports originaires des Etats Unis ont retrouvé une infection à gonocoque chez 3 à 12% des adolescents sexuellement actifs dans les deux sexes. [20]

Des études, menées dans une communauté rurale d'Afrique du Sud sur 259 sujets, ont montré que la prévalence de *Neisseria gonorrhoeae* était de 4,5%. Au Kwazulu Natal sur 145 prostituées, 14,3% avaient une infection à *Neisseria gonorrhée* [21]. La gonococcie reste fréquente particulièrement en milieu urbain et notamment dans le milieu de la prostitution [22].

#### **4.3. Agent pathogène [11] :**

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*.

#### **4.4. Clinique [11] :**

La période d'incubation est muette et dure environ 10 jours.

Chez l'homme, les manifestations génitales se présentent dans 93,6% de cas. Il s'agit d'une urétrite aiguë. Elle se manifeste par un prurit plus ou moins intense du méat dont les lèvres deviennent plus ou moins rouges tandis qu'apparaissent un suintement et une brûlure à la miction.

Très rapidement l'écoulement devient important, purulent, tantôt blanchâtre, tantôt jaunâtre. L'infection peut s'étendre : aux canaux déférents, à l'épididyme, aux canaux spermatiques, à la prostate, aux canaux éjaculateurs, aux vésicules séminales, à la sous muqueuse urétrale, et au prépuce créant une balanite.

Chez la femme, en général, l'infection est muette à son début, capricieuse dans son évolution ; c'est presque toujours la gonococcie du partenaire masculin qui va inciter la malade à se faire consulter. Les complications locales sont possibles ; mais c'est surtout l'extension au haut appareil génital qui fait la gravité et le pronostic de l'infection : endométrite, salpingite annexite pelvienne, Syndrome de **FITZ-HUGH-Curtis**.

## **5. La Syp3- la syphilis vénérienne :**

### **5.1. Historique :**

Dans l'histoire de syphilis, il a été noté que cette maladie aurait été introduite en France par l'équipe de **Christophe Colombe** à son retour des Antilles. Au début du 16ème siècle, l'équipe fut frappée par l'épidémie de syphilis appelée à l'époque « Vérole ». Dès 1505, la vérole s'est répandue jusque dans la province de canton en Chine. Selon « la théorie Colombienne » la syphilis aurait envahi « le vieux monde » moins de 12 ans après son introduction en Espagne. En revanche, pour les adversaires de cette théorie, il apparaît que la syphilis s'est manifestée dans le vieux continent avant Colombe.

La description d'une maladie ressemblant étrangement à la syphilis a été retrouvée dans des textes Chinois, Indiens, Hébraïques et Grecs, datant d'époques très anciennes. Des squelettes humains préhistoriques et des moines Egyptiens portent des cicatrices semblables à celles occasionnées par la syphilis.

La théorie de l'évolution prêche que la syphilis n'est pas une maladie en elle-même, mais plutôt une forme de maladie appelée « Tréponématose ». Les autres formes de cette maladie sont appelées « pian » (syphilis endémique ou Bejel [23]. L'agent causal (*Treponema pallidum*) fut découvert par Schaudinn et Hoffman en 1905. [24]

### **5.2. Epidémiologie [25] :**

L'épidémiologie est plus ou moins connue selon les pays. Aux Etats Unis, moins de 50 % des cas sont en fait rapportés. De 1950 à 1960 le nombre de cas a augmenté. Au début des années 1980, du fait de la modification des habitudes sexuelles engendrée par l'apparition du SIDA, on observe une légère décline jusqu'en 1985. Dès cette période, on constate une augmentation rapide de l'incidence de la syphilis chez les hétérosexuels masculins et les femmes. Les personnes préférentiellement atteintes sont les prostituées et les toxicomanes.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÉ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

Dans les pays en voie de développement, notamment en Afrique, l'incidence de la syphilis est inconnu, car les études disponibles sont des enquêtes de séroprévalence conduite sur des populations particulières : femmes enceintes, donneurs de sang, malades hospitalisés ou groupe à risque, à savoir les prostituées.

L'évolution de la syphilis comme celle des autres IST est appréciée à partir de systèmes de surveillance non représentatifs : médecins de ville et laboratoires regroupés en réseau, dispensaire de lutte contre les IST.

L'extrapolation de ces données ne permet pas de calculer l'incidence, mais indique seulement une tendance évolutive à la stabilisation de 1986 à 1990.

### 5.3. Agent pathogène [24] :

L'agent causal de la syphilis est un microbe exclusif de l'homme. Il s'agit de *Treponema pallidum* avec 6 à 12 tours de Spires. C'est une bactérie spiralée, mobile à divisions transversales de forme hélicoïdale de 8 à 14 u de longueur, de 0,15 à 0,20 u de largeur appartenant à l'ordre des Spirachaetales.



**Figure 2 : bacterie responsable de la syphilis**

**Source : Microsoft Encarta Junior 2009.**

### 5.4. Clinique :

Les études récentes ne sont pas nombreuses. Elles ne remettent pas en cause les descriptions classiques. La classification clinique distingue différents stades.

#### ✓ La syphilis primaire [24] :

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

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'autres IST : gonococcie, urétrite à *Chlamydia trachomatis*.

✓ **La syphilis secondaire [26] :**

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. A ce stade la maladie est curable.

✓ **La syphilis tertiaire [26] :**

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.

✓ **La syphilis Latente [26] :**

C'est la phase latente asymptomatique de longue durée et 25% des cas non traités évoluent vers une syphilis tertiaire, selon l'OMS ; cette syphilis latente est précoce lorsqu'elle évolue depuis moins de deux ans. Elle est tardive quand elle évolue depuis plus de deux ans.

## **6. Chancre mou [17] :**

### **6.1. 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 prostituées.

### **6.2. Agent pathogène :**

*Haemophilis ducreyi* est l'agent pathogène du chancre mou. Il est classé dans le genre *Haemophilus* (**Benyey's Manual 1984**). C'est un coccobacille de 1,25 à 2 µm de longueur et 0,5 à 0,6 µm de largeur. Il est mobile, acapsulé, asporulé à gram (-) négatif exigeant en hémine, de culture difficile. On utilise un milieu enrichi par du sérum de cheval et de l'isovitalex sous CO<sub>2</sub> à 10%. Il est aérobie ou anaérobie facultatif et sa transmission n'a

jamais été observée en dehors du chancre mou qui est 10 à 15 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

#### **7. Affection à *Gardenella vaginalis* ou vaginose bactérienne [27] :**

L'agent causal de Vaginose est *Gardenella vaginalis*. Il fut d'abord appelé *Haemophilus vaginalis* dans certaines Vaginites appelées alors « non spécifiques ». C'étaient des vaginites non provoquées par le gonocoque, le *Trichomonas* ou les *Candidas*. **Garder** et **Dukes** attribuèrent une responsabilité à *Gardenella vaginalis* dans ces vaginites. C'est un germe de position intermédiaire entre les Gram positifs et les Gram négatifs dont l'habitat exact semble être le vagin. Pour des raisons mal connues, il peut proliférer abondamment, et être à l'origine de vaginites d'allure subaiguë non purulente et se traduisant par un écoulement fluide et grisâtre. On connaît de rares cas d'atteintes néonatales et de septicémies puerpérales.

#### **8. Donovanose due à *Calymmato bacterum granulomatis* [17] :**

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

#### **9. Condylome (crête de coq) [28] :**

Dû à un virus du groupe de Papillomavirus

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.

#### **10. Les Hépatites virales B et C [28] :**

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 Hépanaviridae 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.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÉ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

## **VIH et SIDA**

### ✓ **DEFINITIONS :**

Le SIDA est la forme la plus grave de l'infection VIH, qui attaque le système immunitaire et le détruit progressivement. [29]

Les expressions suivantes s'appliquent à différentes étapes de l'infection par le VIH :

- **Infection à VIH :** En adoptant un train de vie équilibrée et des consultations médicales, la personne séropositive peut demeurer en bonne santé durant de nombreuses années.

Toute dégradation du système immunitaire peut entraîner une alternance de bien être et malaise. [30]

- **SIDA :** C'est une conséquence grave de l'infection par le VIH et constitue la manifestation finale de la destruction du système immunitaire.

L'effondrement des défenses naturelles expose le corps aux infections opportunistes (qui mettent en jeu le pronostic vital) et aux cancers.

### **1. HISTORIQUE :**

Los Angeles 1980, le Dr Joël Weisman remarque que la plupart de ses patients sont atteints depuis quelques mois d'un même syndrome accompagné de poussées de fièvre, d'amaigrissement, de diarrhée chronique et de muguet oral et anal. Dans l'impossibilité d'établir un diagnostic précis, il envoie ses malades dont l'état s'aggrave dans le service du Dr Michael Gottlieb au centre hospitalier de l'université de Californie. Les analyses de sang révèlent une disparition des globules blancs et on établit qu'il s'agit d'une maladie qui s'attaque aux défenses immunitaires. L'un après l'autre, les malades développent la pneumocystose et décèdent malgré la chimiothérapie.

En mai 1981 après l'apparition de nouveaux cas, le Dr Gottlieb alerte le CDC à qui il avait été déjà rapporté des cas similaires en provenance de San Francisco et de New York. Le 5 juin, la première annonce officielle de la maladie est faite et le 3 juillet, le « New-York Time » rend publique l'information. A la fin de cette année, les services sanitaires des USA, indiquent avoir recensé 159 cas, tous ayant eu des rapports homosexuels [30]

Pour désigner la nouvelle maladie, le terme savant de GRID « Gay Related Immune Deficiency » sera d'usage dans les milieux scientifiques jusqu'à l'été 1982, date à laquelle les sigles officiels AIDS et SIDA feront leur apparition pour se répandre par la suite.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÉ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

La découverte en 1981 des signes de la maladie chez un homme hétérosexuel et une femme tous deux toxicomanes, puis l'infection d'hémophiles américains vers la fin 1982 après transfusion sanguine apportèrent la preuve qu'il s'agissait d'une infection virale se transmettant par contact sexuel et par sang.

Ceci avait suffi pour mettre en branle de nombreuses équipes scientifiques qui se lancèrent à la poursuite du nouveau virus.

On accusa au départ les virus à ADN du groupe herpès, en particulier le cytomegalovirus (CMV) et le virus d'Epstein Barr (EBV) qui avaient été retrouvés chez de nombreux patients atteints du SIDA. Mais aucune différence n'ayant pu être établie entre les isolats et les souches classiques, ces virus furent identifiés non comme la cause du déficit immunitaire, mais plutôt comme les agents opportunistes [31].

Les équipes américaines des Docteur Robert Gallo du NIH de Bethesda aux USA et Myron Essex qui avaient mis en évidence les premiers rétrovirus humains HTLV (Humann T-cell LeuKemia virus) 1 et 2, s'appuyant sur les enquêtes séro-épidémiologiques montrant la présence d'anticorps anti-VIH-1 chez certains malades et frappés par le fait que le HTLV-1 avait un tropisme préférentiel pour les lymphocytes T du système immunitaire, postulèrent que ce virus ou un proche variant était agent causal du SIDA [32].

En France, les biologistes de l'institut Pasteur : Luc Montagnier, Françoise Barré Sinoussi et Jean Claude Cherman se lancèrent à la recherche d'un type nouveau de rétrovirus à partir de la culture de cellules extraites de ganglion d'une personne atteinte du SIDA. Ils isolèrent un virus qu'ils nommèrent LAV (Lymphadenopathy Associated Virus). La découverte française est publiée le 20 mai 1983 ; les chercheurs poursuivirent leurs études, caractérisèrent le LAV, établirent son rôle dans le SIDA et les lymphadénopathies [32].

Quatorze mois après la découverte du LAV précisément le 24 avril 1984, le Dr Robert Gallo annonce l'isolement et la caractérisation d'un rétrovirus très proche du LAV qu'il baptise HTLV-3.

Quelques mois après Jay Lewis à San Francisco fait à son tour l'annonce de la découverte d'un virus très proche du LAV qu'il nomme ARV (Aids-Related-Virus). Dans la foulée de nombreux isolats viraux seront tenus pour responsables du SIDA jusqu'à la caractérisation par

clonage et séquençage de différents isolats dont ceux du LAV, du HTLV-3 et du ARV. Ces travaux mirent en évidence les éléments :

- le LAV est différent des virus HTLV-1 et HTLV-2,
- le LAV et le HTLV-3 sont identiques,
- le LAV et des variations locales qui ne modifient pas cependant son organisation génétique et ses propriétés biologiques.

L'identité HTLV-3, LAV va entraîner une polémique franco-américaine au sujet de la paternité de la découverte de l'agent causal du SIDA et au sujet de la dénomination. On fit usage des acronymes LAV/HTLV-3 (recommandé par l'OMS) et HTLV-3/LAV (adopté par le gouvernement américain et les revues scientifiques anglophones) jusqu'en 1986 date à laquelle une commission de nomenclature virologique introduisit le sigle international HIV (Human Immunodeficiency Virus) ou VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine).

En mars 1987, un accord politico-scientifique accordait la paternité de la découverte du VIH aux biologistes Américains et Français avec pour conséquence le partage entre eux des royalties découlant de cette découverte.

Depuis ce jour, de nombreuses avancées furent obtenues notamment : le développement industriel des tests de diagnostic, la mise au point des premières molécules antirétrovirales et l'espoir d'avoir un jour un vaccin efficace pour enrayer ce fléau qu'est le SIDA.

## **2. EPIDEMIOLOGIE :**

En 2011 sur le plan mondial l'ONU/SIDA estimait le nombre de personnes infectées à 34 millions, avec 2,5 millions de nouvelles infections et 1,8 millions de décès dans l'année. [2]

***Afrique subsaharienne : reste la région la plus touchée par la pandémie.***

- 1,9 millions de personnes nouvellement infectées
- 22,9 millions de séropositifs (soit 67% du total mondial)
- 1,2 millions de morts du sida

### **Asie du sud et sud-est :**

- 270 000 nouvelles contaminations ;
- 4 millions de séropositifs ;
- 250 000 morts du sida.

### **Europe de l'est et Asie Centrale :**

- 160 000 nouvelles contaminations ;

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA



- 1,5 millions de séropositifs ;
- 90 000 morts du sida.

Au Mali les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée en 2006 dans la population générale adulte au cours de l'Enquête Démographique et Santé (EDS IV), ont montré une baisse du taux de prévalence du sida de 1,7% à 1,3%. [5]

### 3. PHYSIOPATHOLOGIE

Le VIH détruit le système immunitaire, rendant ainsi l'organisme vulnérable à diverses infections.

Les cellules ciblent du VIH :

- T CD4
- Monocytes/macrophages
- Cellules dendritiques des ganglions
- Cellules de Langherans
- Cellules micro-gliales du cerveau.

- **Mécanisme des troubles immunologiques :**

Dès la primo-infection, le virus se réplique activement, et dans l'organisme s'établit précocement des réservoirs viraux qui échappent à la reconnaissance du système immunitaire. Le VIH induit chez l'hôte récepteur des réponses immunes spécifiques qui contrôlent seulement partiellement l'infection. L'extrême variabilité du virus chez un même individu impose au système immunitaire une réadaptation constante de la réponse immune qui diminue cependant avec l'évolution de l'infection. Cette variabilité virale réduit en outre de façon majeure les possibilités d'immuno- intervention et de vaccination.

Ces réponses immunitaires sont :

- Humorales : avec la production d'anticorps dirigés contre toutes les protéines du VIH. Ils sont détectés par ELISA et Western- Blot. Ils sont la preuve de l'infection VIH.
- Cellulaires : Elles sont médiées par les lymphocytes T CD4+ et par les lymphocytes T CD8+ cytotoxiques (CTL) qui représentent l'un des mécanismes principaux de lutte antivirale. [34]

- **Mécanisme des troubles cliniques :**

L'activation chronique du système immunitaire sans être capable de contrôler durablement l'infection, favorise la réplication du VIH. Celui-ci échappe progressivement aux défenses qui lui sont présentées et augmente progressivement sa charge virale suivant ainsi régulièrement son action immunosuppressive jusqu'au SIDA et à la mort. [35]

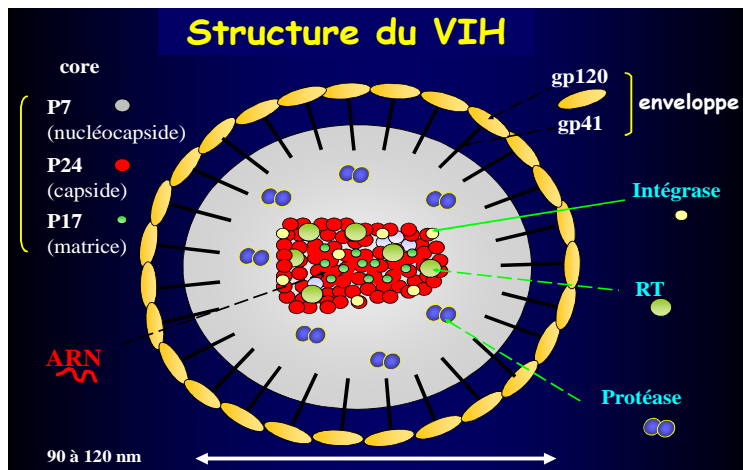
<p>CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA</p>
---

#### 4. DESCRIPTION DU VIRUS :

Le VIH est un rétrovirus de la famille des lentivirus dont seuls le VIH1 et le VIH2 sont pathogènes pour l'homme. [36]

La structure du VIH comporte :

- Une enveloppe virale constituée d'une double couche lipidique et de deux sortes de glycoprotéines : gp120 et gp41. La molécule gp41 traverse la double couche lipidique tandis que la molécule gp120 occupe une position plus périphérique : elle joue le rôle de récepteur viral de la molécule membranaire CD4 des cellules hôtes. L'enveloppe virale dérive de la cellule-hôte : il en résulte qu'elle contient quelques protéines membranaires de cette dernière, y compris des molécules du CMH.
- Un cor viral ou nucléocapside, qui inclut une couche de protéine p17 et une couche plus profonde de protéines p24.
- Un génome constitué de deux copies d'ARN simple brin associées à deux molécules de transcriptase inverse (p64) et à d'autres protéines enzymatiques (protéase p10 et intégrase p32).



**Figure 3 : Structure du VIH**

**Source : principes de Médecine interne 15<sup>ème</sup> Ed. Harison [37].**

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

## **5. MODES DE TRANSMISSION :**

Il y a trois façons pour le VIH de se transmettre d'un sujet à un autre : transmission sexuelle, transmission sanguine et transmission verticale.

### **5.1. Transmission sexuelle :**

L'infection par le VIH est la première infection sexuellement transmissible (IST). Ce mode de transmission représente dans le monde plus de 80 % des infections directes [38].

En Afrique la transmission est essentiellement hétérosexuelle, contrairement à l'Occident et aux Etats-Unis d'Amérique où elle est homosexuelle. Les pratiques uro-génitales ou oro-anales ne sont pas sans risques [39].

### **5.2. Transmission sanguine et dérivés :**

Ce mode de transmission est mis en jeu en cas de consommation de drogues injectables, de transfusion de sang et produits dérivés contaminés, et d'accidents d'exposition au sang chez les professionnels de santé. [38]

Le virus est retrouvé dans toutes les sécrétions génitales au niveau de différentes cellules ; il ne vit pas en dehors des cellules, il se transmet par échange des sécrétions génitales lors des rapports sexuels par voie génitale ou anale. La transmission au niveau de la bouche est possible mais n'est pas prouvée, elle n'est pas possible par voie digestive, sauf chez le nouveau-né. [39]

### **5.3. Transmission verticale**

La période de transmission se situe au dernier trimestre de la grossesse, lors de l'accouchement et par l'allaitement au sein.

La transmission est favorisée par l'état de la mère (stade avancé, immunodépression) et l'état du placenta (infections associées) [40].

## **6. PATHOGENIE :**

La cible du virus est essentiellement le lymphocyte T auxiliaire responsable de l'induction de la réponse immunitaire. Le virus peut être détecté 2 jours après dans les ganglions lymphatiques iliaques et 5 jours après dans la culture du plasma. La conséquence de l'infection par le VIH est le dysfonctionnement et la déplétion des lymphocytes CD4 [41]

## 7. CLINIQUE :

On peut schématiquement décrire 3 phases :

- **Phase aiguë de primo-infection :**

Elle survient quinze jours à deux mois après la contamination et elle est cliniquement apparente seulement dans environ 30 % des cas. [41]

Les manifestations peuvent être variées : fièvre, céphalées, éruption cutanée, myalgie, adénopathies, parfois atteinte neurologique.

Le tableau est peu spécifique et souvent proche d'une infection virale banale. L'évolution est favorable en quelques semaines spontanément. Le plus souvent cette phase passe inaperçue. [42]

C'est durant cette période que l'organisme va fabriquer les anticorps spécifiques du VIH qui pourraient être décelés par le test de dépistage de l'infection. [43]

- **Phase asymptomatique ou d'infection chronique :**

Elle correspond à une phase où le virus est présent mais n'engendre pas de symptôme.

Le sujet est séropositif (test de dépistage positif).

Le virus est présent, en multiplication mais contrôlé par le système immunitaire de l'organisme. [44]

Souvent il existe à ce stade des adénopathies généralisées et persistantes, correspondant à la stimulation des défenses de l'organisme. Leur présence n'est pas un signe de progression de la maladie.

- **Phase symptomatique :**

La destruction des lymphocytes TCD4 entraîne un affaiblissement progressif du système immunitaire qui peut se traduire par des manifestations cliniques et/ou des pathologies plus ou moins graves n'entrant pas dans la définition du sida.

Ces symptômes sont parfois d'allures banales et non spécifiques de la maladie VIH. Il s'agit principalement d'atteintes cutanées avec prurit : zona, herpès, dermatite séborrhéique, sécheresse cutanée, modification du cheveu ; d'atteinte des muqueuses : candidoses ; d'infections pulmonaires, de troubles digestifs tel que la diarrhée. [27]

Certains symptômes généraux peuvent également apparaître, qui correspondent souvent à des signes de progression de la maladie sans entrer dans la définition du sida.

Ils sont parfois regroupés sous le thème ARC (AIDS related complex) :

- Fièvre persistante (quelques semaines)  $\geq 38,5^\circ$ ,
- Sueurs nocturnes, altération de l'état général,
- Amaigrissement involontaire de plus de 10 % du poids,
- Diarrhée persistante (> à 1 mois).

## **8. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE :**

Le diagnostic de l'infection au VIH nécessite au moins deux tests : Un 1<sup>er</sup> pour explorer et un second pour confirmer ;

- La méthode immuno-enzymatique (ELISA), est utilisée en première intention. Tout test positif en ELISA doit être confirmé par une méthode de référence.
- Le Western Blot, est considéré comme positif lorsqu'il existe une protéine interne du virus (anti-p24) et un anticorps dirigé contre une protéine d'enveloppe (anti-gp41, anti-gp120 ou anti-gp160).

## **9. ASPECTS THERAPEUTIQUES :**

### **Traitement anti retro viral :**

#### **9.1. Buts du traitement [45] :**

- Réduire la mortalité et la morbidité liée au VIH,
- Restaurer la fonction immunitaire,
- Réduire la charge virale au niveau le plus bas possible et le plus longtemps possible.

## 9.2. Moyens :

Actuellement 23 antirétroviraux sont disponibles et appartiennent à six classes thérapeutiques différentes.

- Les Inhibiteurs Nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) :

Le premier médicament utilisé en pratique clinique a été la Zidovudine (ZDV, AZT) en 1987 après qu'il ait été démontré qu'elle réduisait significativement les affections au cours du sida et les décès à 6 mois. Les autres molécules de la même classe sont : Emtricitabine (FTC), Didanoside (ddI), Zalcitabine (ddC), Lamivudine (d4T), Abacavir (ABC), Tenofovir (TDF), Stavudine (3TC).

Tous les INTI à l'exception de la Stavudine qui a été retiré du marché pour ces effets secondaires (métaboliques et mitochondriales), sont disponibles au Mali.

- Les Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNRT) :

Les trois principaux INNRT sont la Névirapine (NVP), l'Etravirine (ETR) et l'Efavirenz (EFV). L'Efavirenz et la Névirapine sont disponibles au Mali.

- Les Inhibiteurs de la protéase :

Les Inhibiteurs de la protéase sont au nombre de huit, ce sont : Saquinavir (SQV), Indianavir (IDV), Ritonavir (RTV), Fosamprenavir (FPV), Lopinavir (LPV), Atazanavir (ATV), Tipranavir (TPV), Darunavir (DVR).

La Lopinavir et la Ritonavir sont disponibles au Mali.

- Les inhibiteurs d'Intégrase :

Le Raltegravir (RAL) est le seul médicament commercialisé dans cette classe.

- Les inhibiteurs de fusion :

L'Enfuvirtine (Fuzeon) est disponible mais non disponible au Mali.

- Les inhibiteurs CCR5 :

Maraviroc (MVC), non disponible au Mali.

Pour mener à bout le traitement par l'utilisation de ces molécules, la trithérapie est conseillée de même qu'une bonne observance doublée de la surveillance clinique et biologique à la fois [22].

## **10. Les indications [46] :**

Le traitement est indiqué dans les cas suivant :

- Patient symptomatique.
- Patient asymptomatique avec charge virale supérieur à 100000 copies et/ou taux de CD4 inférieur à 350 /mm<sup>3</sup>.
- Taux de CD4 <350 / mm<sup>3</sup> quelle que soit la charge virale.
- En cas d'exposition au sang.
- chez la femme enceinte et chez le nouveau-né de mère séropositive.

Un bilan pré thérapeutique est indiqué chaque fois avant d'entamer le traitement.

## **11. Surveillance :**

La surveillance du traitement doit être clinique et biologique. La clinique porte sur la recherche d'infection opportuniste, la prise du poids, l'appréciation de l'état général et biologique portant sur la NFS, les transaminases, l'amylasémie, la numération des lymphocytes CD4+ et la mesure de la charge virale.

## **12. PREVENTION : [45] :**

En absence de vaccin efficace contre le VIH, des stratégies préventives collectives et individuelles sont nécessaires pour réduire le risque de contamination :

### **13.1 Prévention de la transmission sexuelle par l'éducation et l'information et par la promotion de l'utilisation des préservatifs :**

- abstinence permanente
- fidélité mutuelle constante de deux(2) personnes séronégatives du VIH
- préservatif masculin ou féminin

### **13.2 Prévention de la transmission mère-enfant par l'intervention thérapeutique en cours de grossesse, durant l'accouchement et le suivi de l'enfant pendant les six premières semaines de la vie :**

- dépistage prénuptial du VIH ;
- éviter les grossesses non désirées ;
- ARV à partir de la 28<sup>ème</sup> semaine de la grossesse ;

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÉ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

- ARV du nouveau-né ;
- Allaitement artificiel absolu d'enfants nés de mères séropositives au VIH ;

### **13.3 Prévention de la transmission sanguine :**

- dépistage systématique chez les donneurs de sang, de sperme, de tissus ou d'organes ;
- inactivation des dérivés plasmatiques (produits stables dérivés du sang)
- prévention de la transmission lors de l'échange de seringues chez les toxicomanes et lutte contre la toxicomanie ;
- prévention de la transmission aux personnels médicaux et paramédicaux reposant sur les mesures d'hygiène classiques (appliquées à toutes maladies infectieuses transmises par le sang ou tout autre liquide biologique).
- usage unique de matériel coupant ou piquant
- utilisation de matériels à usage unique pour tous les actes invasifs médicaux ou stérilisation préalable.



#### **IV-DEMARCHE METHODOLOGIQUE :**

##### **❖ Cadre d'étude : [47]**

Notre étude s'est déroulée en commune VI Du district de Bamako dans les quartiers de Faladjè, Banakabougou et Niamakoro.

Le District de Bamako s'étend sur 22 Kms d'Ouest en Est et sur 12 Kms du Nord au Sud, de part et d'autre du Fleuve Niger.

Sa superficie est d'environ 267 Km<sup>2</sup> et sa population, après le recensement administratif de 2009 est estimée à 1.810.366 habitants.

BAMAKO, son chef-lieu, qui est en même temps la capitale administrative, politique et économique du Mali, à l'origine, était installée sur la rive gauche du fleuve Niger, dans une plaine large d'environ 4 Kms et s'inclinant vers le fleuve. Cet ancien site de la ville de Bamako est dominé au Nord par le plateau Manding dont l'altitude atteint 485 mètres à Koulouba.

La construction du pont de Badalabougou, achevée en 1960 et devenu PONT DES MARTYRS après les événements du 26 mars 1991 a favorisé l'extension et le développement de la ville de Bamako sur la rive droite du fleuve Niger. Ainsi, le District de Bamako est aujourd'hui constitué de deux parties nettement distinctes :

Au Nord, la ville s'étend entre le fleuve Niger et le mont MANDING dans une plaine alluviale longue de 15 Kms et vaste de 7 000 hectares, qui se rétrécit aux deux extrémités Est et Ouest ; Au Sud la rive droite occupe un site de 12 000 hectares allant de l'aéroport de SENOU, et les reliefs de TIENKOULOU au fleuve Niger.

Le site et la situation géographique de Bamako, au carrefour des routes du Nord, celles du Sud-ouest et de l'Ouest ont favorisé son essor rapide et la prospérité qui l'avaient déjà caractérisé depuis le Moyen Age.

##### **1- Situation géographique Localisation :**

La Commune VI est la plus grande de Bamako située sur la rive droite du fleuve Niger, elle couvre la partie Sud-est du District. Elle est limitée à l'Est par la limite Est du District, au Nord par le fleuve ; à l'Ouest par la Commune V et au Sud par la limite Sud du District.

##### **2- Nombre de quartiers :**

La commune VI comprend 10 quartiers dont 3 à caractère urbain (Faladjè, Banakabougou, Sogoniko) et 7 semi-rural (Dianéguéla, Missabougou, Niamakoro, Sokorodji, Sénou,

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

Yirimadio et Magnambougou). Cette diversité entre les quartiers expliquerait en grande partie l'importance du problème d'assainissement en Commune VI.

### 3- Démographie Population de la Commune VI :

La Commune VI, avec ses 522 909 habitants répartis dans 36 130 ménages, est la commune la plus peuplée du District de Bamako. Les femmes représentent environ 48,89% de la population totale [7].

La commune VI est cosmopolite car on y retrouve presque toutes les ethnies du Mali : Bambara, Peulh, Sonrhaï, Sarakolé, Dogon, Bozo, Senoufo, Minianka, Kassonkés, Somono, Malinké, etc.

### 4- Organisation administrative :

Comme toutes les autres communes du District de Bamako, la commune VI a été créée par l'ordonnance numéro 78-32/CMLN du 18 août 1978.

Elle est une collectivité décentralisée disposant de la personnalité morale et dotée de l'autonomie financière conformément aux dispositions de la loi N°93-008 du 11 février 1993 déterminant les conditions de libre administration des collectivités territoriales. Elle est dirigée par un Conseil Communal de 45 membres élus et dirigé par un Maire. Le conseil est l'instance délibérative des projets de développement de la Commune.

Le bureau communal composé du Maire et ses 5 adjoints est l'organe exécutif de la commune.

Le bureau communal est appuyé par le Secrétaire Général qui est le représentant de l'Etat directement rattaché au Maire et qui joue le rôle de chef de personnel. Le conseil est constitué de commissions de travail qui sont au nombre de sept (7) :

- Commission Finance-Economie ;
  - Commission Domaniale et Foncière ;
  - Commission Développement - Assainissement - Voirie et Sécurité ;
  - Commission Etat Civil - Recensement - Archives - Elections ;
  - Commission Manifestation-Organisation Associative ;
  - Commission Santé - Action Sociale - Promotion de la Famille et de l'Enfant ;
  - Commission Jeunesse- Sport - Art - Culture - Education et Jumelage.
- Ces commissions travaillent sous la houlette du Maire dans l'intersession.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÉ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

La Commune compte un centre principal et cinq centres secondaires d'Etat civil (Banakabougou-Faladiè, Sénou, Magnambougou qui couvre Magnambougou, Dianéguéla et Sokorodji, Niamakoro, Yirimadio couvrant Missabougou et Yirimadio), dirigé par des Chefs de Centre et leurs adjoints.

La situation politique est caractérisée par la présence de cinq partis politiques au conseil communal : ADEMA (14 conseillers), MPR (9), RPM(9), UDD(7) et URD(6).

Les activités économiques de la Commune VI reposent sur les trois secteurs classiques : Le primaire, le secondaire et le tertiaire.

Au niveau du primaire l'agriculture notamment le maraîchage constitue la principale activité.

Les exploitations maraîchères se localisent le long du fleuve comme à Magnambougou, Dianéguéla, Missabougou et le long des marigots qui traversent certains quartiers tels que Faladiè, Sokorodji, Sogoniko, Yirimadio et Dianéguéla.

Les légumes cultivées sont les salades, les carottes, les choux, les aubergines, les oignons, etc. Une partie de la production est consommée et l'autre est vendue par les femmes dans les différents marchés et hôtels. L'élevage de petits ruminants et de bétail constitue aussi une activité non négligeable. La pêche est pratiquée le long du fleuve Niger notamment pendant les périodes de crue par des Bozo et des Somono.

Au niveau du secondaire, les activités industrielles sont en pleine expansion dans la commune du fait de l'existence d'espaces encore aménageables.

On y dénombre une dizaine d'unité industrielle :

- Bramali (fabrique de boissons) ;
- SOMIP (fabrique de chaussures) ;
- Fofy Industrie (fabrique de matelas);
- SYATELS (fabrique de peinture);
- SOMAPEC (fabrique de peinture);
- SIRCOB (fabrique de carreaux) ;
- Daya Lait.
- ONAP (raffinerie de pétrole) ; etc.

Les activités du tertiaire sont les plus importantes au égard à la diversité des activités, au nombre de personnes qui s'y adonnent et les revenus qui y sont générés malgré l'absence de statistiques fiables.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

Le tertiaire est le secteur le plus dynamique à l'égard à la position de carrefour et de porte d'entrée que constitue la C VI pour la ville de Bamako par la RN 6 et la RN 7.

La Commune abrite dans son périmètre la plus grande gare routière (à Sogoniko) de Bamako et l'aéroport international de Bamako-Sénou.

La Commune dispose du marché le plus moderne du Mali : les Halles de Bamako. Cette situation fait que les activités de services et de commerces sont très florissantes. En effet on dénombre beaucoup d'hôtels et restaurants qui accueillent une clientèle fidèle surtout les weekends et jours fériés. Les supermarchés et les boutiques se multiplient. A côté de ces activités commerciales relativement structurées, on note un dynamisme certain du secteur informel : commerçants détaillants, ambulants, blanchisseurs, mécaniciens, photographes, teinturières, etc.

❖ **Type d'étude :** Il s'agissait d'une enquête, transversale portant sur des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) des quartiers de Faladjè, Banakabougou et Niamakoro.

❖ **Période d'étude :**

L'étude s'est tenue d'octobre 2012 à mai 2013.

❖ **Population d'étude :** La population cible était constituée des femmes mariées et célibataires, âgées de 15 à 49 ans résidentes dans les quartiers de Faladjè, Banakabougou et Niamakoro.

• **Echantillonnage :**

Il a consisté à un échantillonnage aléatoire qui a porté sur 700 femmes âgées de 15 à 49 ans. Ce nombre a été calculé sur la base du registre du SIS du CS Réf de la commune VI. Nous avons tiré le pourcentage des femmes en âge de procréer par rapport à la population totale.

$Z^2pq$

$n = \frac{Z^2pq}{I^2}$

**n :** la taille de l'échantillon

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

**Z** = niveau de confiance (valeur dépendante du risque d'erreur  $\alpha$ )

Nous avons pris  $\alpha = 0,05 = 5\%$  donc  $Z = 1,96$

**P**= proportion attendue à partir de la revue de la littérature

**P+q = 1** donc **q = 1-p**

**P = 53%** selon EDS IV (connaissance des femmes âgées de 15 à 49 ans sur les moyens de préventions du VIH/sida)

Nous avons voulu une précision de **5%**.

**I = 5%**

$$n = \frac{Z^2 pq}{I^2} = \frac{(1,96)^2 \times 0,53 \times 0,47}{(0,05)^2} = \frac{1,5881}{0,0025} = 635,24$$

Donc **n = 635**

Pour plus d'impacte et minimiser la marge d'erreur nous avons arrondi ce nombre à 700.

- **Critères d'inclusion** : Ont été incluses dans cette étude :
  - Les femmes âgées de 15 à 49 ans,
  - Résidants des quartiers de Faladjè, Niamakoro et Banakabougou,
  - Ayant accepté de répondre librement au questionnaire,
  - Tout groupement féminin résidant dans la zone d'étude et qui a accepté de participer à l'étude,
  - Tout groupement de jeune résidant dans la zone d'étude et qui a accepté de participer à l'étude.
- **Critères de non- inclusion** : N'ont pas été incluses :
  - Les femmes qui répondaient aux critères d'inclusion et qui ont refusées de participer à l'étude.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

## ❖ **Traitement et analyse des données :**

### • **Aspects éthiques :**

L'étude porte sur une question de santé publique et ne porte pas atteinte au genre humain. Cependant, le fait d'organiser des réunions préparatoires avant l'enquête avec des acteurs communautaires a permis de préciser les enjeux de cette étude afin d'avoir leur adhésion et celle des enquêtées, que constituent les femmes.

Par contre l'étude qualitative a requis l'élaboration de critères d'inclusion ainsi que le recueil de consentement verbal en présence de témoin. Par respect de l'anonymat, les outils de collectes ne s'intéressaient pas au nom, prénom, profession et adresse des enquêtées.

Les facteurs socioculturels et religieux (polygamie, sororat, lévirat, excision) qui constituent également des éléments d'expositions des femmes face aux IST et du VIH/SIDA n'ont pas été pris en compte au cours de cette étude.

La diffusion des résultats de cette étude pourra servir à lancer des réflexions sur les modes d'interventions actuelles et à redéfinir les stratégies, les moyens et les outils de dépistage et lutte contre les IST et du VIH/SIDA.

### • **Techniques et outils de collecte des données :**

#### ▪ **Techniques :**

Les techniques de collecte ont été :

#### ✓ **Le questionnaire :**

Qui a permis de collecter des données sur :

#### **Le profil sociodémographique :**

- Age ;
- Statut matrimonial ;
- Ethnie ;
- niveau d'étude.

#### **Les Connaissances sur les IST et le sida :**

- L'existence et la croyance au SIDA ;
- les voies de transmissions et moyens de prévention des IST/SIDA ;
- Les IST connues ;
- L'utilisation du préservatif et les raisons de l'abstention ;
- Les sources d'information.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÉ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

## **Les Pratiques comportementales :**

-L'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel ;

-l'existence de causerie entre partenaires de : sexualité, et/ou de méthodes de PF et/ou utilisation du préservatifs ;

-L'utilisation de préservatif lors des rapports sexuels occasionnels ;

-L'utilisation du préservatif même sans le consentement du partenaire sexuel.

### ✓ **Le guide d'entretien :**

A permis de recueillir :

-La situation des infrastructures sanitaire du cite d'étude, pour évaluer leurs compétences en matière d'informations, sensibilisations et d'élaboration de tests de dépistages ;

-L'existence de groupement de femme et de jeune.

#### ▪ **Instruments de collecte des données :**

Les données recueillies ont été traitées avec le logiciel SPSS statistique (version 17.0)

Word et PowerPoint du pack office 2007 ont été utilisés.

#### • **Difficultés rencontrées :**

Les principales difficultés rencontrées au cours de cette étude furent Liées :

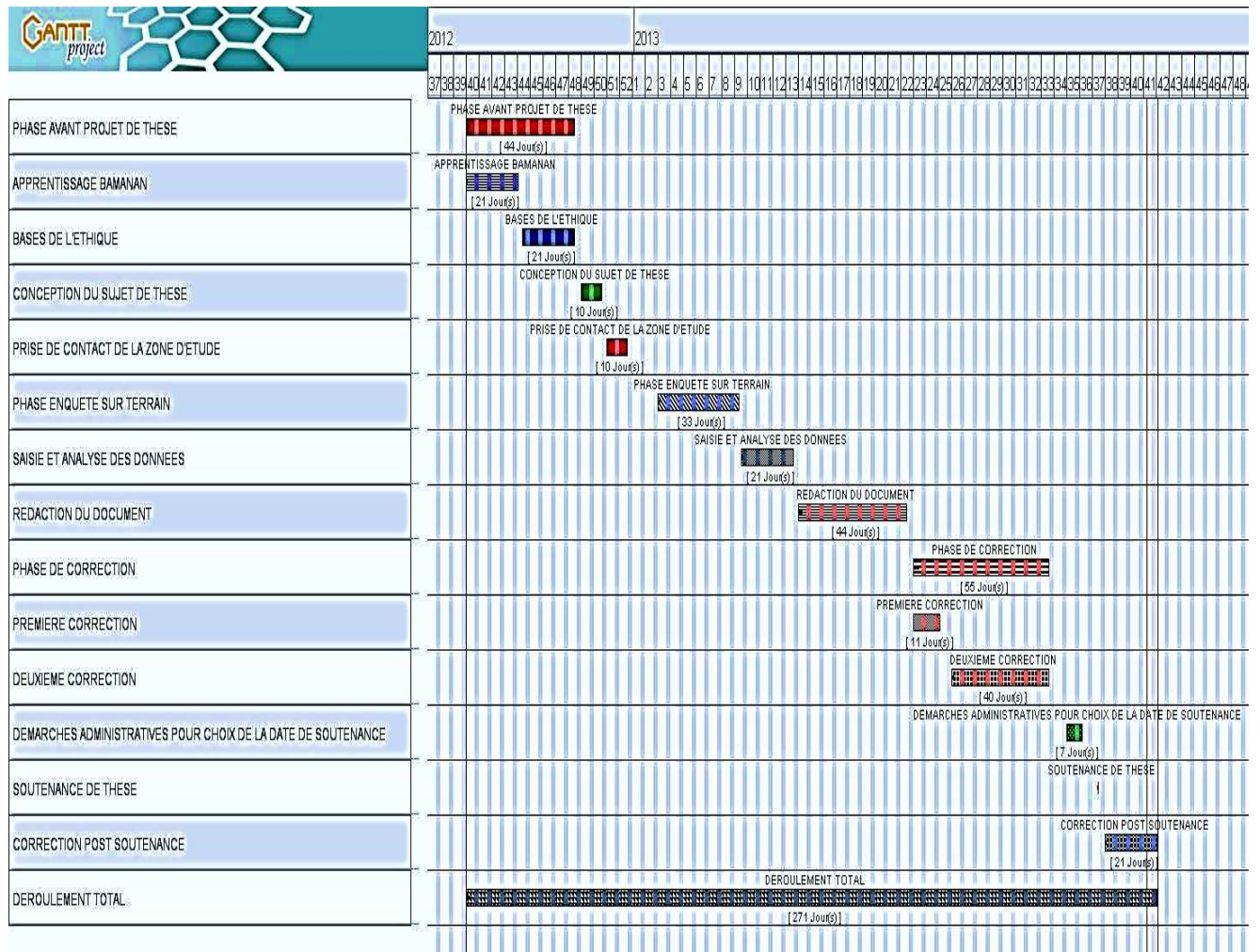
-À la logistique, ce qui n'a en aucun cas affecter la qualité de l'étude ;

- A la réticence au départ des femmes dogons et peulhs de Faladjè pâturage « grabal », qui fut réglée avec l'aide des présidentes des femmes dogons et peulhs du pâturage.

Le problème de communication c'est posé, certaines femmes ne comprenaient ni le bambara, ni le français, mais l'assistance par une tierce personne comprenant leur langue fut d'un grand appui.

## DIAGRAMME DE GANTT :

De la conception à la réalisation du projet de thèse de médecine de Mlle Aminata DABO  
Déroulement du 01/10/12 au 15/10/13



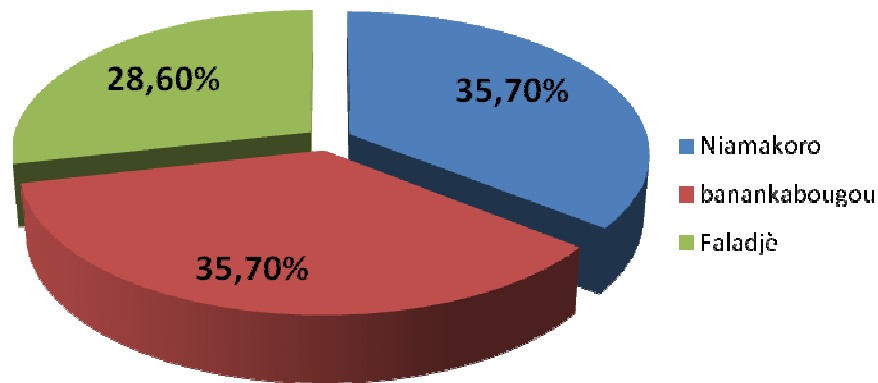
**Figure 4 : DIAGRAMME DE GANTT**

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA



## V- RESULTATS ET PRODUITS ATTENDUS :

### REPARTITION DES FEMMES EN AGE DE PROCREER SELON LA PROVENANCE :



**Provenance des enquêtées**

#### **Figure 5: Provenance des enquêtées**

Les femmes de Banakabougou et Niamakoro étaient les plus représentées avec 35,7% chacune.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

**Tableau I : Répartition des femmes en âge de procréer selon la religion**

Religions	Fréquence	Pourcentage
Musulmane	610	87,1
Chrétienne	74	10,6
Autres	16	2,3
<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>100,0</b>

Les musulmanes étaient les plus représentées avec 87,1.

**Tableau II : Répartition des femmes enquêtées par tranche d'âge.**

Age	Fréquence	Pourcentage
26 à 49 ans	322	46%
18 à 25 ans	259	37%
15 à 17 ans	119	17%
<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>100%</b>

La tranche d'âge 26-49 ans était la plus représentée avec 46% .L'âge moyenne était de 27,18, avec un minimal de 15 ans et un maximal de 49 an.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

**Tableau III : Répartition des femmes en âge de procréer selon le statut matrimonial**

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Mariée	342	48,9%
Célibataire	336	48,0%
Veuve	22	3,1%
<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>100,0%</b>

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec 48,9%

**Tableau IV : Répartition des femmes en âge de procréer selon l'ethnie**

<b>Ethnie</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bambara</b>	<b>128</b>	<b>18,3%</b>
<b>Peulh</b>	<b>86</b>	<b>12,3%</b>
<b>Malinké</b>	<b>78</b>	<b>11,1%</b>
<b>Autres à préciser</b>	<b>72</b>	<b>10,3%</b>
<b>Sarakolé</b>	<b>71</b>	<b>10,1%</b>
<b>Dogon</b>	<b>69</b>	<b>9,9%</b>
<b>Minianka</b>	<b>55</b>	<b>7,9%</b>
<b>Sonrhäi</b>	<b>54</b>	<b>7,7%</b>
<b>Bozo</b>	<b>47</b>	<b>6,7%</b>
<b>Bobo</b>	<b>40</b>	<b>5,7%</b>
<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>100,0%</b>

Les bambaras étaient les plus représentées avec 18,3%, suivies des peulhs avec 12,3%

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÉ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

**Tableau V: Répartition des femmes en âge de procréer selon le niveau d'étude.**

Niveau d'étude	Fréquence	Pourcentage
Primaire	150	21,4
Secondaire	147	21,0
Supérieur	172	24,6
non instruite	231	33,0
<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>100,0</b>

Les femmes non instruites étaient les plus représentées (33,0%).

**Tableau VI : Répartition des femmes en âge de procréer selon la connaissance des IST et du sida.**

Connaissance des IST et du sida ( <i>Avez-vous déjà entendu parler des IST et du sida ?</i> )	Fréquence	Pourcentage
Oui	670	95,7
Non	30	4,3
<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>100,0</b>

La quasi-totalité des femmes (95,7%) connaissaient toutes les IST et le sida.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

**Tableau VII : Répartition des femmes en âge de procréer selon la croyance à l'existence du sida.**

<b>Croyance à l'existence du sida ?</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>593</b>	<b>84,7</b>
<b>Non</b>	<b>107</b>	<b>15,3</b>
<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>100,0</b>

La majorité des femmes (84,7%) croyaient à l'existence du sida.

**Tableau VIII : Répartition selon le niveau d’instruction des femmes en âge de procréer et la croyance au sida.**

croyez-vous l'existence du sida	à	niveau d'étude			non instruite	Total
		Primaire	Secondaire	Supérieure		
Oui		18,7%	23,3%	27,5	30,5%	84,7%
Non		36,4%	8,4%	8,4%	46,7%	15,3%
<b>Total</b>		<b>21,4%</b>	<b>21%</b>	<b>24,6%</b>	<b>33%</b>	<b>100%</b>

Sur l'ensemble des femmes enquêtées, (84,7%) croyaient à l'existence du sida, (30,5) d'entre elles n'étaient pas instruites et près de la moitié soit 50 (46,7%) des 107 (15,3%) femmes qui n'y croyaient pas n'étaient pas instruites.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

**Tableau IX : Répartition des femmes en âge de procréer selon les voies de transmissions des IST et du sida**

<b>Les voies de transmissions des IST et du sida</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Voies sexuelles</b>	<b>254</b>	<b>36,1%</b>
<b>Voies sanguines</b>	<b>235</b>	<b>33,7%</b>
<b>Mère/enfant</b>	<b>104</b>	<b>14,7%</b>
<b>Autres à préciser</b>	<b>30</b>	<b>4,3%</b>
<b>Aucune réponse</b>	<b>77</b>	<b>11,0%</b>
<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>100%</b>

La voie sexuelle était la plus citée avec 36,1%, suivie de la voie sanguine. La transmission verticale était la moins connue par nos femmes enquêtées.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

**Tableau X : Répartition des femmes en âge de procréation selon l'âge et la connaissance des voies de transmission des IST et du sida.**

Age	connaissiez-vous les voies de transmission des IST et du sida		Total
	Oui	Non	
moins de 18 ans	12,0%	5,0%	17,0%
de 18 à 25	33,9%	3,1%	37,0%
de 26 à 49	43,1%	2,9%	46,0%
<b>Total</b>	<b>89,0%</b>	<b>11,0%</b>	<b>100,0%</b>

Les femmes âgées de 26 à 49 ans avec 43,2% étaient les plus informées sur les connaissances des voies de transmission des IST et de sida

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA



**Tableau XI : Répartition des femmes en âge de procréer selon le niveau d'instruction sur la connaissance des voies de transmission des IST et du sida.**

Niveau d'étude	Connaissez-vous les voies de transmission des IST et du sida ?		Total
	Oui	Non	
Primaire	18,4%	3,0%	21,4%
Secondaire	20,3%	0,7%	21,0%
Supérieure	24,0%	0,6%	24,6%
Non instruite	26,3%	6,7%	33,0%
<b>Total</b>	<b>89,0%</b>	<b>11,0%</b>	<b>100,0%</b>

Moins de 1% des femmes ayant un niveau secondaire et supérieur ignorait les voies de transmission des IST et de sida.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

**Tableau XII : Répartition des femmes en âge de procréer selon les moyens de protection contre les IST et le sida.**

Moyens de protection contre les IST et le sida	Fréquence	Pourcentage
Abstinence	127	18,3%
Préservatif	183	25,7%
Fidélité	222	32%
Dépistage	63	8,7%
CPN	25	3,5%
Pas de réponse	52	7,4%
<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>100%</b>

Environ 222 soit 32% des enquêtées se sont déclarées pour la fidélité comme moyen de prévention contre les IST et du sida.

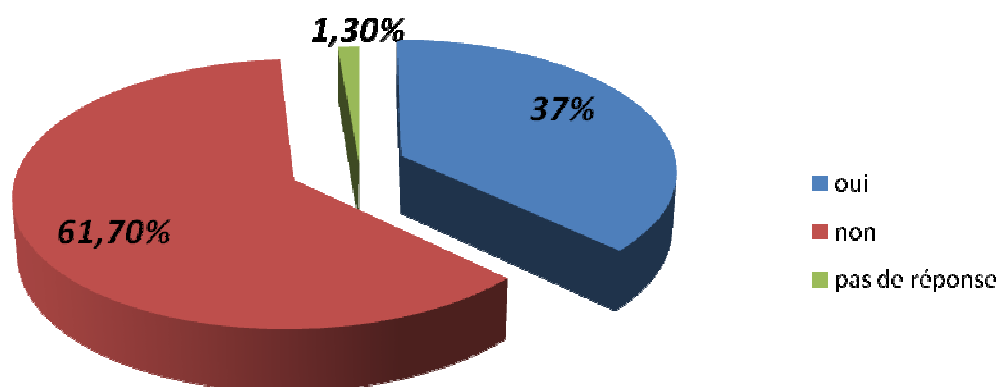
**Tableau XIII : Répartition des femmes en âge de procréer selon les IST qu'elles connaissent.**

IST	Fréquences	Pourcentage
Gonococcie	169	24,1%
Trichomonas vaginalis	159	22,7%
Sida	219	31,3%
Hépatite	39	5,6%
Syphilis	58	8,3%
Chancre mou	11	1,6%
Aucune IST	45	6,4%
<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>100%</b>

Le sida était l'IST la plus citée avec 31,3%, suivie de la gonococcie (24,1%) et le trichomonas vaginalis (22,7%).

#### **Répartition des femmes en âge de procréer selon l'utilisation du préservatif**

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA



**Figure 6 : Utilisation du préservatif.**

Plus de la moitié (61,7%), n’avaient jamais utilisée un préservatif.

**Tableau XIV : Répartition selon le statut matrimonial des femmes qui n'avaient jamais utilisé de préservatif.**

avez-vous déjà utilisé un préservatif	statu matrimonial			Total
	Mariée	Célibataire	Veuve	
<b>Oui</b>	<b>47,1%</b>	<b>51,3%</b>	<b>1,5%</b>	<b>37%</b>
<b>Non</b>	<b>49,8%</b>	<b>46,1%</b>	<b>4,2%</b>	<b>61,7%</b>
<b>pas de réponse</b>	<b>1,5%</b>	<b>1,2%</b>	<b>0</b>	<b>1,3%</b>
<b>Total</b>	<b>48,9%</b>	<b>48%</b>	<b>3,1%</b>	<b>100%</b>

Près de la moitié soit 215(49,8%) des 432 femmes qui n'avaient jamais utilisées un préservatif sont mariées.

Plus de la moitié soit 133(51,3%) des 259 femmes qui avaient déjà utilisées un préservatif sont célibataires.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

**Tableau XV : Répartition des femmes selon les motifs de non utilisation du préservatif**

<b>Raison de non utilisation</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>je n'y ai pas pensée</b>	<b>120</b>	<b>25,5%</b>
<b>mon compagnon s'y est opposé</b>	<b>86</b>	<b>20%</b>
<b>je ne connais pas le préservatif</b>	<b>45</b>	<b>10,4%</b>
<b>je suis toujours fidèle</b>	<b>61</b>	<b>14,1%</b>
<b>je n'ai jamais eu de rapport sexuel</b>	<b>94</b>	<b>21,7%</b>
<b>j'ai confiance à mon compagnon</b>	<b>36</b>	<b>8,3%</b>
<b>Total</b>	<b>432</b>	<b>100%</b>

Sur les 432 femmes qui n'avaient jamais utilisé un préservatif, 25,5% ont avoué ne pas se souvenir du préservatif au moment des rapports sexuels, 21,7% des femmes enquêtées n'avaient jamais eu de rapports sexuels, les compagnons de 20% s'y étaient opposés et 10,4% ont affirmé ne pas connaître un préservatif.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

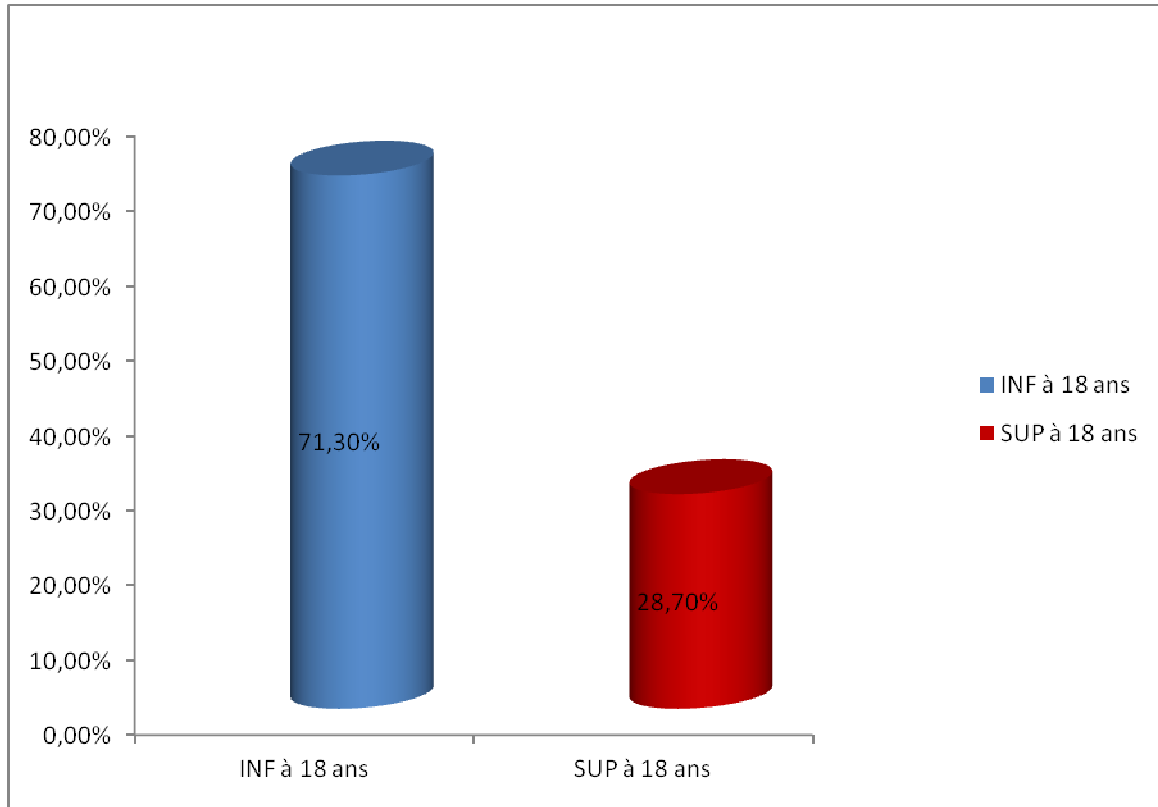
**Tableau XVI : Répartition des femmes en âge de procréer selon leurs sources d'information sur les IST et le sida.**

<b>Sources d'information</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ecole</b>	<b>57</b>	<b>8,1%</b>
<b>centre de santé/hôpital</b>	<b>81</b>	<b>11,5%</b>
<b>Conférence</b>	<b>37</b>	<b>5,3%</b>
<b>Media</b>	<b>292</b>	<b>41,7%</b>
<b>Père</b>	<b>18</b>	<b>2,5%</b>
<b>Mère</b>	<b>19</b>	<b>2,7%</b>
<b>Frère/sœur</b>	<b>15</b>	<b>2,1%</b>
<b>Amis</b>	<b>139</b>	<b>19,8%</b>
<b>Aucune source</b>	<b>42</b>	<b>6%</b>
<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>100%</b>

Environ 41,7% des femmes s'étaient informées à travers les médias.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÉ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

**Répartition de femmes en âge de procréer selon l'âge de la femme au moment du premier rapport sexuel.**



**Figure 7 : Age du premier rapport sexuel.**

Plus de la moitié soit 71,3% avaient eu leur premier rapport sexuel avant la majorité (18ans).

**Tableau XVII : Répartition des femmes en âge de procréer sexuellement actives selon l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel.**

Utilisation préservatif au 1 <sup>er</sup> rapport	Fréquence	Percent
Oui	121	20,8%
Non	410	70,6%
Pas de réponse	50	8,6%
<b>Total</b>	<b>581</b>	<b>100,0</b>

Sur les 581 femmes qui avaient eu des rapports sexuels ,410 soit 70,6% n'avaient pas utilisés le préservatif lors du premier rapport sexuel.

**Tableau XVIII : Répartition de femmes en âge de procréer selon les conversations inter partenaires sur : la sexualité en générale, les méthodes de planification familiale, et sur l'utilisation de préservatifs.**

Conversations inter-partenaire	Fréquence	Pourcentage
Sexualité en générale	139	31,1%
Méthodes de PF	210	47,1%
Utilisation de préservatif	97	21,7%
<b>Total</b>	<b>446</b>	<b>100%</b>

Sur les 446 femmes qui avaient un partenaire sexuel au moment de l'enquête, seulement 97 soit 21,7% parlaient de l'utilisation de préservatif avec leur partenaire.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA



**Tableau XIX : Répartitions de femmes en âge de procréer selon l'utilisation de préservatif lors des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels.**

<b>Préservatif avec des partenaires occasionnels</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Toujours</b>	<b>47</b>	<b>28,4%</b>
<b>Parfois</b>	<b>59</b>	<b>35,8%</b>
<b>Jamais</b>	<b>59</b>	<b>35,8%</b>
<b>Pas de réponse</b>	<b>5</b>	<b>0,6</b>
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>100%</b>

Seulement 47 soit 28,4% des 165 femmes avaient toujours utilisées des préservatif lors des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels et 59 soit 35,8% des femmes n'avaient jamais utilisé de préservatif lors des rapports avec de partenaires occasionnels.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

**TABLEAU XX : Répartition des femmes en âge de procréer selon leurs positions sur l'utilisation du préservatif face à l'opposition du partenaire sexuel.**

<b>Position partenaire sexuel</b>	<b>fasse au</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>		<b>164</b>	<b>23,4%</b>
<b>Non</b>		<b>286</b>	<b>40,9%</b>
<b>Ne sais pas</b>		<b>250</b>	<b>35,7%</b>
<b>Total</b>		<b>700</b>	<b>100%</b>

Près de 40,9 % des femmes enquêtées ne seraient pas prêtes à utiliser le préservatifs si leur partenaire s'y opposait par contre 23,4% le pourraient et 35 ,7% ne savaient pas leur position.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

## VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### ❖ METHODOLOGIE :

Pour bien mener ce travail nous avons :

- Procédé à un échantillonnage représentatif de tous les âges au sein de la population cible, ce qui nous a permis d'avoir une taille minimale permettant une interview directe de toutes les femmes en âge de procréer retenues, à temps voulu.
- Limité l'étude aux femmes en âge de procréer 15ans à 49ans.

### ✓ PROFIL DES ENQUETEES :

La totalité de nos enquêtées venait du site d'étude prédéfini (Niamakoro 35.7%, Banakabougou 35.7% et Faladjè 28.6%)

Pratiquement toutes les femmes étaient musulmanes (87,1%). La structure de la religion telle qu'observée dans la société malienne confirme la prédominance des musulmanes.

Le nombre de femmes mariées était de 48,6%, celui des célibataires 48,0%, et 3,1% étaient veuves.

Les maliennes étaient plus représentées (91%), ceci pourrait s'expliquer par le fait que notre étude c'est déroulée sur le territoire malien, l'ethnie bambara avec 18,3% était la plus représentée et les non maliennes représentaient 11% ce qui atteste de la légendaire « Djatiguiya » du Mali.

Les femmes non instruites étaient les plus représentées (33,0%), 24,6% avaient un niveau d'étude supérieur, le niveau secondaire était de 21,0% et 21,4% se sont limitées en primaire.

Selon ces résultats il en résulte que, malgré les efforts importants consentis par le gouvernement en matière d'éducation, on constate que le niveau d'instruction de la population féminine est encore faible.

Selon (EDS IV), seulement 18 % des femmes terminent le niveau primaire, une différence notoire existe entre ce résultat et le nôtre. Cela pourrait s'expliquer par le fait que notre étude s'est déroulée entièrement à Bamako où le niveau d'étude est globalement élevé comparativement aux zones rurales.

### ✓ CONNAISSANCES SUR LES IST ET LE SIDA :

La grande majorité de nos femmes (95,7%) connaissaient le sida, 84,7% d'entre elles croyaient à son existence contre 15,3% qui n'y croyaient pas.

Selon EDSIV Mali, la quasi-totalité des femmes et des hommes de 15-49 ans connaissent le VIH/SIDA. Cela s'expliquerait, tout simplement par ce qu'il existe diverses méthodes permettant une large diffusion d'information y relative. Il s'agit de la publicité par les affiches, les banderoles, les journaux, les magazines, la télévision, la radio ainsi que les campagnes de sensibilisation et d'éducation de la population.

La grande majorité des femmes soit 88,8% prétendaient connaître les voies de transmission des IST et du sida.

Le pourcentage des femmes connaissant les voies de transmission augmente avec l'âge : moins de 18 ans=12% ; de 18 à 25 ans 33,9% ; 25 à 49 ans=43, 1%. Seulement 0,6 % des femmes qui ont un niveau supérieur ne connaissaient pas les voies de transmission contre 0,7% pour le niveau secondaire, 3% pour le niveau primaire et 6,7% des femmes non instruite ignoraient les voies de transmission des IST et du sida.

La voie de transmission sexuelle était la plus citée avec 36,1%, suivie de la voie sanguine 33,7%. La transmission verticale était la moins connue par nos femmes enquêtées avec 14,7%.

TRAORE. B dans son étude faite à Bamako en 2005 avait trouvé 98,1% pour la voie sexuelle, 88,1% pour la voie sanguine et 64,4% pour la transmission verticale [8].

Une autre étude menée en 2004 par M.A.D. BOMIA avait trouvé 75,2% pour la voie sexuelle, 35,8% pour la transfusion sanguine et 21,8% pour les objets tranchants [48].

BERTHE B. avait trouvé en 2000 dans son étude sur les élèves du Lycée Askia Mohamed, les objets tranchants venaient en première position avec 99,6% suivis de la voie sexuelle avec 98,3% [49].

Notons que dans notre étude la fidélité était le moyen de prévention le plus cité avec 32% suivi respectivement du préservatif 25,7% et de l'abstinence 18,3%.

TRAORE. B et M.A.D BOMIA trouvèrent des résultats supérieurs au nôtre avec respectivement 83,1% et 83,2% [8,48]. Cet écart de pourcentage s'expliquerait par le fait que les enquêtes de TRAORE.B et M.A.D BOMIA se sont uniquement déroulées en milieu scolaire et la nôtre englobait également les non instruites.

La majorité de nos femmes ont citées au moins une infection Sexuellement transmissible. Les principales Infections sexuellement transmissibles citées par les femmes étaient le sida, la gonococcie, et la trichomonas vaginalis avec respectivement 31,3%, 24,1% et 22,7%.

Les autres infections sexuellement transmissibles (hépatite=5,6%, syphilis =8,3%, le chancre mou avec 1,6%) étaient moins citées et environ 6,3% des femmes n'ont citées aucune IST.

Les principales sources d'information étaient les medias (41,7%), les amis (19,8%), les centres de santé (11,5%), l'école (8,1%), les conférences, les mères et pères, les frères et sœurs, constituaient des sources rares d'information avec respectivement 5,3%, 36,4%, 2,7% et 2,1%.

Ces résultats prouvent le manque de communication entre les adolescentes et leurs parents, il ressort que la famille reste une source rare d'information.

Ayedi H [51] dans son étude faite à Sfax sur les adolescentes en 1999 trouvaient que 94,5% des lycéens enquêtés écartaient les parents en tant que source d'information au sujet des Infections Sexuellement Transmissibles /sida.

Sacko D [50] trouvait dans son étude menée au lycée Bah Aminata DIALLO, que les principales sources d'information sur les Infections Sexuellement Transmissibles et le VIH/SIDA étaient de 83% pour les medias, 66,7% pour les amis et 24,3% Pour les frères et sœurs.

Tous ces résultats font ressortir au même titre que notre étude que les parents ne représentent pas une source d'information majeure en matière de VIH/SIDA.

## ✓ **ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES :**

Sur l'ensemble des 700 femmes enquêtées 581 avaient eu des rapports sexuels, 71,3% avant la majorité, 61,7% n'avaient jamais utilisées de préservatifs, 25,5% ont avouées ne pas se souvenir du préservatif lors des rapports, les conjoints de 20% s'y étaient opposer, 10,4% ne connaissaient pas le préservatif, 14,1% pensaient que leur fidélité était leurs préservatif, 21,7% étaient vierges et 8,3% disaient avoir confiance à leurs partenaires.

70,6% des femmes sexuellement actives n'avaient pas utilisé le préservatif lors du premier contact sexuel.

Nous remarquons que nos femmes enquêtées ont eu une activité sexuelle précoce dont les principales raisons pourraient être le manque d'éducation sexuelle dans la famille, le mariage précoce, et la faible dispensation des cours de comportements sexuels dans les classes.

Elles sont également d'un grand nombre à ne pas utiliser les préservatifs dont l'oubli, le refus du conjoint et la méconnaissance du préservatif, la confiance aux partenaires pourraient expliquer.

L'ONU/SIDA publiait en 2012 que dans la plupart des pays de l'Europe occidentale, plus de 60% des jeunes déclaraient avoir utilisé le préservatif lors de leur premier rapport sexuel.

Par contre M.A.D. BOMIA trouvait que 66,4% des élèves n'ont pas utilisé le préservatif au premier rapport sexuel.

Sur les 446 femmes sexuellement actives au moment de l'enquête, seulement 97 soit 21,7% parlaient de préservatif avec leur partenaire sexuel. Selon les 210 femmes enquêtées soit 47,1% la discussion avec leur partenaire était basée sur les méthodes de PF.

Sacko D. dans son étude trouvait que sur ces 200 adolescentes, 112 (61%) discutaient de sexualité en général avec leur partenaire, 53,7% de l'utilisation de préservatif et 46,5% de méthodes contraceptives. Plus de la moitié de ces adolescentes (56,9%) étaient sexuellement actives soit 145/255. Quant aux données sur la P.F, elles sont similaires à celle de Sacko D.

Dans notre étude, 170 femmes (24,3%) avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, seulement 47 femmes (28,4%) avaient toujours exigé le préservatif, 59 femmes soit 35,8% l'avaient parfois exigé et 5 femmes se sont abstenues de répondre.

BAGAYOKO A. Dans son étude menée au lycée Massa Makan Diabaté en 2008, a trouvé 13 adolescentes soit 4,6% qui avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels et sur ces 13 ; 6 adolescentes soit 46,15% avaient toujours utilisées le préservatif, 7 adolescentes soit 53,85% l'avaient parfois utilisé.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

40,9 % des femmes enquêtées ne seraient pas prêtes à utiliser le préservatif si leur partenaire s'y opposait par contre 23,4% le pourrait

En nous référant à la définition du comportement à risque admise par Cissé A en 1993 dans son étude les connaissances et comportements sexuels des jeunes de 15 à 29 ans sur les MST/SIDA à Bamako ; à savoir le comportement à risque faible suppose le fait d'avoir des relations sexuelles non protégées et le comportement à risque élevé le fait d'avoir des relations sexuelles non protégées avec plus d'un partenaire sexuel.

Ainsi nous déduisons que, 118 (71,6%) de nos femmes sexuellement actives avaient un comportement à risque élevé.

Nos résultats sont comparable à ceux de A BAGAYOGO avec 111 (72,08%) adolescentes sexuellement actives avaient un comportement à risque élève et 27,92% avaient un comportement à risque faible.

Au regard de tous ces résultats, les femmes de notre étude courent un risque élevé sur le plan comportemental, pendant qu'elles sont destinées à perpétuées la race humaine par la gestation, et leur sang à sauver des vies humaines car elles constituent également une portion importante de donneurs volontaires.

## VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

### ❖ CONCLUSION :

Au terme de notre étude, il apparaît que la sexualité devient de plus en plus précoce chez les femmes.

Elles ont une assez bonne connaissance sur le VIH/SIDA et les IST.

La majorité soit 95,7% en avaient déjà entendu parler et connaissent au moins une voie de transmission des IST et du sida. La voie sexuelle a été la voie de transmission la plus citée avec 36,1%. La fidélité a été le moyen de prévention le plus cité avec 32% suivie du préservatif et de l'abstinence sexuelle avec respectivement 25,7% et 18,3%. L'IST la plus connue a été le sida avec 31,3% suivie de la gonococcie et du trichomonas avec respectivement 24,1% et 22,7%.

432 de nos femmes n'avaient jamais utilisées un préservatif et 25,5% ont avouées ne pas se souvenir du préservatif au moment des rapports sexuels.

En ce qui concerne les sources d'information sur les IST et le sida, les medias viennent en tête citées par 41,7% des participantes. Les mères, pères et les frères/sœurs avec respectivement 2,7% ; 2,5 ; 2,1% ne sont que des sources rarement rapportées par les participants.

Les participantes discutent peu avec leurs partenaires des questions relatives à la sexualité en général et de l'utilisation du préservatif.

Plus de la moitié des participantes soit 83% avaient déjà eu des rapports sexuels ,71% d'entre elles avant la majorité.

70,8% des femmes n'ont pas eu recours au préservatif lors de leurs premiers rapports sexuels. Certaines ont eu des rapports sexuels occasionnels (24,3%) et seulement 28,4% d'entre elles ont toujours utilisé le préservatif.

40,9% de l'ensemble des femmes enquêtées n'exigeront pas de préservatif à leur partenaire.



## ❖ RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes qui s'adressent respectivement :

### A. Au Ministère de la santé :

1. L'accentuation des campagnes de sensibilisation sur les IST et le sida :
  - dans les quartiers ;
  - les lieux de rassemblement féminin (marché, rencontre de tontine) ;
  - les établissements scolaires ;
  - si possible de porte à porte.
2. Le renforcement des capacités des centres de santé :
  - En personnels qualifiés ;
  - En équipements techniques pour la réalisation des examens biologiques
3. Le renforcement de la compétence des prestataires de santé dans le domaine de santé de la reproduction.
4. Une sensibilisation des filles en âge de procréer quant aux questions relatives à la sexualité en générale et les IST/SIDA en particulier par l'organisation des causeries/débats :
  - Audio-visuel.
  - Dans les lieux de rencontre féminine.
5. Un encouragement des femmes en âge de procréer sur la fréquentation les centres de santé pour :
  - Des consultations gynécologiques ;
  - L'acquisition des informations en matière de sexualité et des IST/SIDA ;
  - Des dépistages volontaires.

### B. Aux parents :

1. L'accentuation des causeries débattre sur des questions relatives à la sexualité, et aux IST/SIDA avec les filles en âge de procréer.
2. L'encouragement des initiatives (les associations) des filles en âge de procréer dans le domaine de la santé sexuelle.
3. L'encouragement des filles en âge de procréer sur la fréquentation des centres de santé.
4. L'encouragement des filles en âge de procréer au dépistage des IST/ VIH.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

### **C. AUX FEMMES EN AGE DE PROCREER :**

1. Une attention particulière des pairs éducateurs pour avoir des connaissances adéquates sur les IST et du VIH/SIDA ;
2. La régularisation des consultations gynécologiques ;
3. La régularisation des dépistages.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

## VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 1. Situation du VIH/SIDA au MALI :

[www.santétropicale.com/actualités/u03/u03\\_10.htm](http://www.santétropicale.com/actualités/u03/u03_10.htm) consulté 3/1/20013.

### 2. Rapport ONU/SIDA 2012 :

<http://www.aides.org/chiffres-vih-sida> ? Consulté le 02 MARS 2013 à 15h : 05 min.

### 3. CRIPS femme et infection a VIH/sida.

### 4. OMS sante de la femme.

### 5. EDS 2006 (OU EDS V).

### 6. Direction nationale de la sante (rapport 2012).

### 7. Direction nationale de la promotion de l'enfant et de la famille.

[www.promotion-femme.gouv.ml/contenue](http://www.promotion-femme.gouv.ml/contenue) (consulter le 02/01/2012).

### 8. TRAORE B

Connaissances et comportements face au VIH/SIDA en milieu scolaire Thèse médecine Bamako 2005.

### 9. ONU /SIDA et OMS :

Le point sur l'épidémiologie mondiale de VIH/SIDA ; décembre 99.

### 10. ROSENHEIN M. ET ITOUA NGAPORO :

Sida et infections à VIH : Aspects en zone tropicale.

Paris : Med tropicale, édition ELLIPSES, AUPELF.

### 11. SIBOULET A, COULAUD JP ; CATALAN F ; BASSET A, BOHBOT JM :

Blennorragie gonococcique. Maladies sexuellement transmissibles paris masson ; 1991.

### 12. ANONYME :

FNUAP – OMS

Entre nous, le Magazine Européen de la Santé Reproductive. 1997 ; n°36-37, P2-11.

### 13. ATHEA N :

L'entrée dans la sexualité et ses aléas. Arch. Pédiatre 2000 ; 8 : 433-40

### 14. ELLEN WEISS et collaborateur :

Vulnérabilité et opportunité : les adolescents et le VIH/SIDA dans le monde en développement.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

**15. DE BABEYRAC B, DUPON M, BEBAERAC :**

Infection à chlamydia maladies infectieuses. Encycl. Med chir 8-037-A -10 -12-670 B -20, Paris 13 P

**16. DE BABEYRAC B, DUPON M, BEBAERAC.**

Infection à chlamydia maladies infectieuses. Encycl. Med chir 8-037-A -10 -12-670 B -20, Paris 13 P

**17. TRAORE Y** étude 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.

**18. NOZAIS J P DARTY A DANIS M :** trichomonas vaginale ; traité de parasitologie Medicale Paris prodct 1996; 307-308

**19. KACHAPIA L:**

The HIV / Aids epidemic in Malawi International Nursing Keview 1998; 45 (6):179 – 1781

**20. GENIAUX M.BACCINO E. SOUTOUL JH.**

Maladies sexuellement transmissibles « chez la femme, la mère, la mineur ». Grenoble, 3 nov. 1993 Méd. Mal Infect 1994, 24 (N°4 bis) pages 403 à 496

**21. RAMJEE G; KARIM SS; STURN AW.**

Sexually transmitted infections among sex workers in Kwazulu natal South Africa Sexually transmitted diseases.1998; 25:346 - 9

**22. SIBOULET.A**

La résistance du gonocoque aux antibiotiques peut elle expliquer la recrudescence actuelle des MST ? Med AF Noire 1991; 38:77-80

**23. FOWKE KR; NAGEL KERKE NJ; KIMANI:**

Resistance to VIH, infection among persistency séro-negative prostitutes in Nairobi, Kaya Lancet. 1996 ; 348 ; 1347-1351

**24. PILLOT J, DAGUET G, PELOUX Y, DUPOUE YP et BERCHE P :**

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

**25. QUINN T.C, WAWER M.J; SEWANKAMBO N et al** viral load and heterosexual transmission of human Immunodeficiency virus type 1; IN England J Med 2000; 353: 513 – 514

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

**26. CAUMES E.M. JAVIER :**

Syphilis. Encycl. Méd. chir. maladies infectieuses 1994

**27 PELOUX Y :**

Bactéries inhabituelles IN : le Minor L et Veron M Bactériologie médicale Paris : Flammarion 1989 ; 545-52

**28 E.PILLY :**

Malades infectieuses ; mont morency 16ème Ed oct. 1997 605 P

**29. O.M.S :**

Le SIDA : Image de l'épidémie

Bull. O .M .S, Genève 1994, 67: 145-149.

**30. ONU/SIDA et OMS :**

Le point sur l'épidémie mondiale de SIDA, décembre 2008.

**31. MIRKO D G :**

Histoire du SIDA. 2e édition. Payet 1989-1990. 2e édition.392p.

**32. SONIGO P, ALIZON M :**

Les virus VIH. In : l'objectif médical. Le SIDA. Edition Afrique noire francophone. Spécial et hors série. Décembre 1989 : pp 6-20

**33. FLEURY H J A :**

Les virus VIH. In : l'objectif médical. Le SIDA. Edition Afrique noire francophone. Spécial et hors série. Décembre 1989 : pp 6-20. Virologie humaine. 3e édition. Paris : Masson 1999. 205 p.

**34. Infection à VIH et SIDA :**

In: CMIT, ed. E Pilly Montmaron CY: 2M2 Ed; 2006: 89.2-4, 490p

**35. Infection à VIH et SIDA :**

In: CMIT, ed. E Pilly Montmaron Cy: 2M2 Ed; 2006: 89.2-5, p492

**36. GARAIT .V ; MOLINA JM :**

Infection par le VIH, *revu du praticien (maladies infectieuses) B192 (2002)*

**37. Principes de Médecine interne 15<sup>ème</sup> Ed. HARISON:**

**38. MARKS JB:**

Endocrine manifestations of human immunodeficiency virus (HIV) infection. Revue des rapports anatomopathologiques et clinique de la littérature concernant les endocrinopathies du SIDA. Am J Med Sci 302: 110, 1991?

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

**39. RAO TKS:**

Human immunodeficiency virus (HIV) associated nephropathy. Revue succincte des complications rénales de la maladie due au VIH, centrée en particulier sur la néphropathie associée au VIH. Annu Rev Med 42: 391, 1991.

**40. Infection à VIH et SIDA. In : CMIT, ed. E PILLY MONTMARON CY: 2M2 Ed; 2006: 89.2, p484**

**41. MARC GENTILINI :**

Médecine tropicale. Paris : Flammarion, 1993 : 317-318

**42. DJIBRIL BARRY :**

Qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le service de médecine de l'hôpital. Thèse de médecine 2008,168, 12p

**43. KERNBAUM S :**

Le praticien face au SIDA. 1re édition. Paris : Flammarion 1992. 269 p

**44. DOUMBIA.M :**

Etude Epidémie-Clinique de la Co-infection VIH/ Tuberculose Pulmonaire dans le service de Médecine de l'Hôpital De Sikasso.

**45. Haut conseil de lutte contre le sida.**

**46. MALINTROP AFRIQUE, 2002, JOHN LIBBEY :**

Eurotest, Paris p589 virus de l'immunodéficience humaine.

**47. www.coopdec-mali.org:**

**48. 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.

These Medicine, Bamako 2004, n°17.

**49. BERTHÉ BREHIMA. BOLY :**

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée Askia Mohamed en matière de planification familiale, les MST et le SIDA.

Thèse de Médecine, Bamako, FMPOS, 2000 ; 11Op.

**50. SACKO D :**

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée Bah Aminata Diallo en matière de planification familiale, les MST et le SIDA.

Thèse de Médecine, Bamako, FMPOS, 2000 ; pp 108-120.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

**51. AYEDI H :**

La sexualité des adolescents : enquête auprès de 100 lycéens de la région de Sfax. Mémoire de Mastère en sexologie. Faculté de Médecine de Sfax ; 1999 ; 49p.

**52. CISSE A :**

Connaissances et comportement sexuel des jeunes de 15 -29 ans sur les MST-SIDA à Bamako.

Mémoire Faculté de Médecine Laval- Québec. Décembre 1993 ; p57-83.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

## IX-ANNEXE

### « FICHE D'ENQUETE

Nom de l'enquêteur : Aminata DABO

Date: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

#### I-DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

##### Identification de l'enquêtée

Numéro d'ordre :.....

Age :.....

Statut matrimonial : 1 : Mariée/\_\_\_/2 : Célibataire/\_\_\_/3 : Autres.....

Nationalité: 1 : Malienne /\_\_\_/ 2 : non Malienne /\_\_\_/

Ethnie: 1: Bambara/\_\_\_/2: Peulh/\_\_\_/ 3: Bozo/\_\_\_/4: Minianka/\_\_\_/

5: Bobo/\_\_\_/6: Dogon/\_\_\_/7: Mossi/\_\_\_/8: Sarakolé/\_\_\_/10: Sonhaï /\_\_\_/ 11: Autres à préciser.....

Religion 1. Musulmane/\_\_\_/2. Chrétienne /\_\_\_/3. Autre .....

Niveau d'étude: 1 : Primaire/\_\_\_/ 2 : Secondaire /\_\_\_/ 3 : Supérieure /\_\_\_/ 4°Non Instruite /\_\_\_/5°Autres à préciser.....

#### II-CONNAISSANCES SUR LES IST ET LE SIDA

1- Avez-vous déjà entendu parler des IST et du Sida ? 1 : Oui/\_\_\_/2 : Non/\_\_\_/

2- Croyez-vous à l'existence du SIDA ? 1 : Oui/\_\_\_/2 : Non/\_\_\_/

3- Pourquoi non?.....

4- Connaissez-vous les voies de transmission des IST et du sida ? 1 : Oui/\_\_\_/ 2 : Non/\_\_\_/

5- Si oui lesquelles ? Voie sexuelle Voie sanguine : /\_\_\_/ Mère /enfant : /\_\_\_/ Autres à préciser :.....

6- Que peut-on faire pour éviter la transmission ?

Abstinence : /\_\_\_/ Le préservatif /\_\_\_/ Fidélité /\_\_\_/ Dépistage /\_\_\_/ CPN /\_\_\_/  
Autres à préciser .....

7- Peut-on être infecté par le virus du SIDA sans avoir les symptômes de la maladie ?

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA



Oui/\_\_\_/2 : Non /\_\_\_/3 : Ne sait pas/\_\_\_/

- Citer un à trois symptômes.....  
.....

**8. Quels sont les IST que vous connaissez ?**

Gonococcie /\_\_\_/ Syphilis /\_\_\_/ Trichomonose/\_\_\_/ Sida/\_\_\_/ Chancre mou/\_\_\_/  
Hépatite virale B /\_\_\_/ Autres à préciser.....

4. Peut-on avoir une IST sans manifester les signes ? 1 : Oui/\_\_\_/ 2 : Non/\_\_\_/ 3 :  
Ne sait pas/\_\_\_/

Si oui, Citez un à trois signes d'une IST que vous connaissez.

.....  
.....

5. Une personne qui a une IST peut elle avoir le SIDA ? Oui /\_\_\_/ 2 : Non /\_\_\_/3 :  
Ne sait pas /\_\_\_/

6. Plus on a de partenaire sexuels(les), plus le risque d'attraper les IST/SIDA est  
grand ? 1 : Oui /\_\_\_/2 : Non /\_\_\_/3 : Ne sait pas /\_\_\_/

7. Peut-on guérir le SIDA ? 1 : Oui /\_\_\_/2 : Non /\_\_\_/3 : Ne sait pas /\_\_\_/

8. L'utilisation du condom diminue t- elle les risques de transmission du SIDA ?

1 : Oui /\_\_\_/2 : Non /\_\_\_/3 : Ne sait pas /\_\_\_/

9. L'utilisation du condom diminue t- elle les risques de transmission des IST ? 1 :  
Oui /\_\_\_/2 : Non /\_\_\_/3 : Ne sait pas /\_\_\_/

10. Avez-vous déjà utilisé un préservatif ? 1 : Oui /\_\_\_/2 : Non /\_\_\_/3 : Ne sait pas  
/\_\_\_/

SI non pourquoi ? .....

.....

11. Pourquoi pensez-vous qu'un homme doit porter un préservatif pendant les rapports  
sexuels ? Eviter les IST/SIDA/\_\_\_/Eviter les grossesses/\_\_\_/Ne sait pas /\_\_\_/  
Autres à préciser .....

12. Quelles sont vos principales sources d'information sur les IST/SIDA ? : Oui  
2 : Non

Ecole/\_\_\_/ Centre de santé/Hôpital/\_\_\_/ Conférence /\_\_\_/ Médias /\_\_\_/ Père/\_\_\_/  
Mère/\_\_\_/Frères/Sœurs/\_\_\_/ Amis/\_\_\_/ Ne sait pas /\_\_\_/

Autres à préciser .....

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÉ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

### III- PRATIQUES COMPORTEMENTALES

1- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? Oui /\_\_\_/2 : Non /\_\_\_/3 : Ne sait pas /\_\_\_/

- Si oui quel âge aviez-vous pour la première fois ?

Age en année.....

Je ne me rappelle pas1 : Oui /\_\_\_/ 2 : Non /\_\_\_/ Ne sais pas /\_\_\_/

2- A cette occasion, avez-vous utilisé un préservatif ? Oui /\_\_\_/2 : Non /\_\_\_/3 : Ne sait pas /\_\_\_/

3- Avez-vous présentement un(e) partenaire sexuel(le) ? Oui /\_\_\_/2 : Non /\_\_\_/3 : Ne sait pas /\_\_\_/

- Si oui, êtes-vous arrivé à parler avec votre partenaire de ?  
Sexualité en général /\_\_\_/ Méthode de PF/\_\_\_/ Utilisation du préservatif/\_\_\_/

4- Avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels(les) Oui /\_\_\_/2 : Non /\_\_\_/3 : Ne sait pas /\_\_\_/

- Si oui avez-vous utilisé un préservatif ? Toujours/\_\_\_/Parfois/\_\_\_/Jamais/\_\_\_/Pas de réponse/\_\_\_/

5- Etes-vous prêt (e) à utiliser un préservatif même si votre partenaire s'y oppose /\_\_\_/ Oui /\_\_\_/2 : Non /\_\_\_/3 : Ne sait pas /\_\_\_/

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom :** DABO

**Prénom :** Aminata

**Téléphone:** [00223] 70 38 47 03/62 82 00 84

**Email:** amidabo2000@yahoo.fr

**Titre de la thèse :** Connaissances, attitudes et comportements comportementales des femmes de Faladjè, Banakabougou et Niamakoro en âge de procréer en matière d'IST et de sida

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Année Universitaire :** 2012 – 2013

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMPOS

**Secteurs d'intérêt :** Santé publique, Infectiologie.

### **RESUME :**

Le changement de comportement et l'adoption de bonne pratique face aux IST/ VIH/SIDA ne sauraient aller sans un système efficace d'information, de sensibilisation et d'éducation , d'où la motivation de notre étude dont l'objectif est d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des femmes de Faladjè, Banakabougou et Niamakoro en âge de procréer..

Il s'agit d'une étude transversale d'octobre 2012 à mai 2023 qui s'est déroulée dans trois quartiers du district de Bamako.

La connaissance des IST et de sida, des voies de transmission et des moyens de prévention ont été évoqués dans cette étude. Et c'est la voie sexuelle et la fidélité qui ont été les plus cités à cette occasion. Des comportements sexuels à risque ont été observés. 71% avaient eu des rapports sexuels avant la majorité, dont 70,8% n'étaient pas protégés. D'autres avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires sexuels occasionnels et certains de ces rapports n'étaient aussi pas protégés.

Les médias étaient les sources d'information les plus cités à 41,7%.

Sur toutes nos enquêtées 40,9% n'exigeront pas de préservatif à leur partenaires.

**Mots clés :** connaissances – attitudes –pratique comportements –procréation-femme-IST-SIDA

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE  
FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

## IDENTIFICATION SHEET

**Name:** DABO

**First name:** Aminata

**Phone:** [00223] 70 38 47 03/62 82 00 84

**Email:** amidabo2000@yahoo.fr

**Thesis Title:** Knowledges, attitudes and behavioral practices of women in Faladjè, Banakabougou and Niamakoro of childbearing age on sexually transmitted infections and AIDS

**City of defense:** Bamako

**Country of Origin:** Mali

**Academic Year:** 2012 - 2013

**Place of deposit:** Library of FMPOS

**Areas of interest:** Public Health, Infectious Diseases.

### SUMMARY:

Behavior change and adoption of good practice with regard to sexually transmitted infections / HIV / AIDS cannot go without an effective information system, awareness and education, hence the motivation of our study whose goal is to study the knowledges, attitudes and behavioral practices of women in Faladjè, Banakabougou and Niamakoro of childbearing age .

It is a cross-sectional study of October 2012 to May 2023, which took place in three neighborhoods of the District of Bamako.

Knowledge of sexually transmitted infections and AIDS transmission routes and prevention methods were discussed in this study. This is sexual and loyalty was the most cited on this occasion. Sexual risk behaviors were observed. 71% had sexual intercourse before the majority of which 70.8% were not protected. Others had intercourse with occasional partners and some of them were also not protected.

The media were the most cited information sources in 41.7%.

On all our respondents 40.9% did not require a condom with their partners.

**Keywords:** knowledge - attitudes - practice behavior – reproductive – woman – sexually transmitted infections - AIDS

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA

# 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 que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

**Je le jure !**

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER DE FALADJÈ, BANAKABOUGOU ET NIAMAKORO EN MATIÈRE D'IST ET DE SIDA