

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES  
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO  
(U.S.T.T.B)



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple Un But Une Foi

\*\*\*\*\*

FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO STOMATOLOGIE  
(F.M.O.S)



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2020 - 2021

N° /----/

THESE

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES  
ETUDIANTS SUR LES INFECTIONS SEXUELLEMENT  
TRANSMISSIBLES, VIH/SIDA ET DE LA CONTRACEPTION  
DANS LES INSTITUTIONS DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR DE LA VILLE DE SEGOU**

Présentée et soutenue publiquement le 05/01/2023

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**Par : M. Moussa SAMAKE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**(DIPLOME D'ETAT)**

**JURY**

**PRESIDENT : Pr. Daouda K. MINTA**

**MEMBRE : Pr. Yacouba CISSOKO**

**CO-DIRECTEUR : Dr. Tidiani TRAORE**

**DIRECTEUR : Pr. Youssouf TRAORE**

**DEDICACES ET  
REMERCIEMENTS**

## **Dédicaces et Remerciements :**

### **Je dédie ce travail :**

#### **A mon père Ousmane SAMAKE**

Je ne saurais jamais te remercier car par toi le tout puissant ALLAH m'insuffla la vie. Tu as toujours souhaité que je sois un homme travailleur et assidu et par tes conseils aujourd'hui Dieu merci me voilà au terme de mes études médicales.

En toute franchise sans toi je pense que ça serait un autre feuillet.

Retrouve dans ce travail mes remerciements les plus sincères.

Souhaite-moi encore plus de chance au terme de ce travail.

#### **A ma mère feu Coumba BOUARE**

Regrettée mère, tes qualités humaines ont fait de toi un être exceptionnel. Ce travail est le fruit de ton effort. Que le Tout Puissant Allah t'accueille dans son paradis. Amen.

**A mes frères et sœurs :** Oumar DIARRA, Mahamadou Abdoulaye chadou BARRY, Soumaila SAMAKE, Mama SAMAKE, Mamoutou SAMAKE, Madou SAMAKE, Dramane SAMAKE, Bakary SAMAKE, Karamoko SAMAKE, Lassana SAMAKE, Amidou SAMAKE, Oumou DIARRA, Rokia DIARRA, Kadiatou SAMAKE, Hawa SAMAKE, Sian SAMAKE, Founè SAMAKE, Kadidia SAMAKE, l'amour familial qu'avez-vous entretenu à mon égard a été un atout favorable pour l'accomplissement de ce travail. Trouvez ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

#### **A mon oncle feu Tiémaba BOUARE**

Aucun mot n'exprimera assez mes sentiments. Que le bon Dieu t'accueille dans son paradis. Que ton âme repose en paix. Amen...

**A mon Cousin Dramane KATILE,** Vous m'avez accueilli chez vous comme votre propre frère. Vous avez toujours été là pour me soutenir et m'encourager. Ce travail vous appartient, je vous remercie.

#### **A ma cousine Assitan KATILE**

Je ne trouverai jamais assez de mots pour t'exprimer ma reconnaissance. Q'ALLAH renforce ta bonté et ta générosité et guide toujours tes pas sur le droit chemin.

**A tous mes Cousins et mes Cousines :** Merci pour votre soutien de tous les jours et votre amour. Soyons unis pour porter haut le nom de la famille. Ce travail n'est qu'un exemple, je pense que vous ferez mieux que moi. Sachez que je vous aime très fort.

**A mes camarades de promotion** je me préserve de citer les noms, par crainte d'en oublier certains, aujourd'hui est un jour important pour moi alors je profite pour vous faire part de mes sincères remerciements.

**A mes Amis :** Youssouf SYLLA, Lassiné DEMBELE, Moussa GOITA, Nouhoum DIAMOUTENE, Drissa KONE, Souleymane SAMPANA, en souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent. Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide.

J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et mes secrets. Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que privée. Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles.

**Mes remerciements vont à l'endroit de :**

\*La faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali, plus qu'une faculté d'étude médicale, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

**Au personnel de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou**

**A nos chers maitres :** Feu Dr KOKAINA Chacka, Dr TRAORE Tidiani, Dr DONIGOLO Brahima, Dr TRAORE Babou, Dr SIDIBE Kassoum, les conseils fructueux que vous nous avez prodigués ont été très précieux, nous vous en remercions. Votre bonté, votre modestie, votre compréhension, ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter notre grande estime et profond

respect. Veuillez trouver ici, l'assurance de notre reconnaissance et notre profonde admiration.

**Aux Docteurs :** Dr DIARISSO Abdrahamane, Dr COULIBALY Adama, Dr HAIDARA Ahmed, Dr COULIBALY Alkali, la jeune génération ne vous remerciera jamais assez pour la qualité de votre enseignement ; la rigueur et le souci du travail bien fait.

**A toutes les sage-femmes et infirmières de l'HNF de Ségou :**

Rokia DIAWARA, Fatoumata Bamoye MAIGA, Bintou DABO, Kadiatou TRAORE, Awa SIDIBE, Oumou CISSE, Djénéba Coulibaly, Fahdi CISSE, Inaourou BA, Zalika MAIGA, Aminata FANE, Aminata DIAKITE, Adiaratou OUATTARA, Mariam Nènè TANGARA, Kadiafounè SANGARE, Orokia KOUYATE, Nana BANCOURA, Aminata COULIBALY, Mariam SAGARA, Assanatou COULIBALY, Sokona SOUMOUNOU, Mariam DANTE, Badji TAWATI, Assetou SACKO, Assetou DIARRA, Korika SAMAKE, merci pour votre collaboration et votre disponibilité.

**Tous les thésards du service de GO ;** Dr DIARRA Kabayi, Dr Fousséni KODIO, Dr Aser DIARRA, Dr Drissa COULIBALY, Dr Abdoul Karim BALLO, Dr Mariam M KOUREICHY, Mahamane H MAIGA, Sory DIALLO, Mme Sidibé Rokiatou DIARRA, Sabéré KONE, Paul SANGARA votre soutien et votre amour ne m'ont jamais manqué. Je vous remercie infiniment.

**Du personnel des autres services,** nous vous sommes très reconnaissants pour votre disponibilité. Grand merci.

**De tous ceux** qui ont apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail. Nous vous remercions de tout cœur.

**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY**

## **A notre Maître et Président du Jury**

### **Professeur Daouda K. MINTA**

- Professeur titulaire de maladies infectieuses et tropicales
- Directeur du centre d'excellence de lutte contre le VIH adulte
- Chercheur au centre de recherche et de formation sur le paludisme dans le département d'épidémiologie des affections parasitaires à la FMPOS
- Président du comité scientifique VIH du Mali
- Président de la société malienne de contrôle de résistance aux antimicrobiens (SOMARAM)

### **Cher Maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, votre compétence, votre riche expérience professionnelle et la qualité de votre enseignement, font de vous un maître de référence. Vous avez cultivé en nous l'esprit du travail bien fait et le respect de la vie humaine. Que le tout puissant vous accorde, santé et longévité.

## **A notre Maître et juge**

### **Professeur Yacouba CISSOKO**

- Maître de conférences agrégé de maladies infectieuses et tropicales
- Praticien hospitalier au service de maladies infectieuses et tropicales du CHU du point-G
- Titulaire d'un master en Immunologie
- Membre du collège Ouest Africain des médecins
- Secrétaire général de la SOMAPIT

### **Cher Maître,**

Permettez-nous de vous adresser nos remerciements pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre disponibilité et votre rigueur scientifique nous ont été d'une aide capitale.

Vos remarques ont été appréciées à leur juste valeur et ont contribué à améliorer la qualité de ce travail.

Trouvez ici cher Maître l'expression de notre profond respect.



## **A notre Maitre et Co-directeur de thèse**

### **Dr Tidiani TRAORE**

- Spécialiste en gynécologie obstétrique ;
- Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital régional de Ségou ;
- Chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou ;
- Maître de recherche.
- Chargé de cours à l'INFSS (Institut National de formation en Science de Santé de Ségou).

### **Cher Maître,**

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service. Votre abord facile, votre rigueur scientifique et la qualité de votre enseignement ne peuvent que rehausser l'amour pour la gynécologie obstétrique.

Nous avons découvert vos connaissances sans limite et toujours d'actualité, vos qualités de formateur et votre respect pour les autres.

Vous êtes pour nous plus qu'un maitre mais un père.

En témoignage de notre reconnaissance indéterminée, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre gratitude et profond attachement.

**Que Dieu réalise vos vœux.**

## **A notre Maître et Directeur de thèse**

### **Professeur Youssouf TRAORE**

- Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;
- Praticien gynécologue obstétricien dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré ;
- Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) du Mali ;
- Titulaire de diplômes universitaires de Méthodologie et de recherche clinique Bordeaux II,
- Vice-président de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO),
- Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO)
- Trésorier de AFOG
- Vice-président de la FeFOG
- Secrétaire adjoint à l'organisation de SOCHIMA
- Enseignant-chercheur.

### **Cher Maître,**

Vous nous avez fait un grand honneur en nous confiant ce travail.

Professeur émérite de classe exceptionnelle.

Vous avez dans vos mains aujourd'hui l'avenir de la société malienne de gynécologie obstétrique du Mali.

Nous vous souhaitons d'avoir les ressources et la bénédiction nécessaire pour rehausser son image à un niveau international.

Vous êtes pour la nouvelle génération d'apprenant une source d'espoir et un modèle à suivre.

Qu'Allah le Tout Puissant, vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de votre expérience. Amen !

# **ABBREVIATIONS**

## **SIGLES – ABREVIATIONS :**

- AFOG : African Federation of Obstetrics and Gynaecology
- ARV : Anti rétroviral
- ATV/r : Atazanavir/ritonavir
- AZT : Zidovudine
- BPN : Bilan prénatal
- CD4 : Cluster of différenciation 4
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- COC : Contraceptifs oraux combinés
- COP : Contraceptifs oraux progestatifs
- CPS : Cellule de planification et de statistiques
- CSLSH : Cellule sectorielle de lutte contre le sida et les hépatites virales
- DIU : Dispositif intra-utérin
- DRV/r : Darunavir/ritonavir
- DTG : Dolutégravir
- EDS : Enquête démographique et de santé.
- EFV : Efavirenz
- FAGES : Faculté du Génie et des Sciences
- FAMA : Faculté d'Agronomie et de Médecine Animale
- FASSO : Faculté des Sciences Sociales
- FeFOG : Fédération francophone d'obstétrique et de gynécologie
- FMPOS : Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie
- INFSS : Institut national de formation en science de santé
- INTI : Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse
- INNTI : Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse
- IP : Inhibiteurs de protéase
- IST/MST : Infection ou maladie sexuellement transmissible
- IUFP : institut universitaire de formation professionnelle

Khi-2 : Test du Khi-2 de Karl PEARSON

LPV/r : Lopinavir / ritonavir

LRT : Ligature et Résection des trompes

MAMA : Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.

NVP : Névirapine

n/Eff : Effectif

ONUSIDA : Programme commun des nations unies sur le VIH/sida

OMS : Organisation mondiale de la santé

p : Probabilité

PP : Pilules progestatives

PTME : Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

PV/VIH : Personnes vivant avec le VIH

RAL : Raltégravir

RMO : Références médicales opposables

SAGO : Société Africaine de Gynécologie Obstétrique

SIDA : Syndrome d'immunodéficience Acquise

SOCHIMA : Société de chirurgie du Mali

SOMAGO : Société malienne de gynécologie-obstétrique

SOMAPIT : Société malienne de pathologie infectieuse tropicale

SOMARAM : Société malienne de contrôle de résistance aux antimicrobiens

TDF : Ténofovir

US : Université de Ségou

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

3TC : Lamivudine

< : Inférieur

> : Supérieur

% : Pourcentage

# **SOMMAIRE**

## SOMMAIRE

I-Introduction .....	1
II-Généralités :.....	4
2.1. Définitions :.....	4
2.2. Rappel des organes génitaux internes et externes : .....	4
2.2.1. Organes génitaux internes et externes chez l'homme :.....	4
2.2.2. Organes génitaux internes et externes chez la femme :.....	5
2.3. Les IST/ VIH :.....	5
2.3.1. Epidémiologie :.....	5
2.3.2. Signes cliniques et paracliniques des IST/VIH : .....	8
2.3.3. Prise en charge : Traitement syndromique des IST :.....	12
2.2.4. Prise en charge du VIH/SIDA :.....	13
2.4. Contraception .....	15
2.4.1. Différentes méthodes contraceptives .....	15
2.4.2. Surveillance de la contraception :.....	23
III-Démarche Méthodologique :.....	25
1- Cadre d'étude :.....	25
2- Type d'étude : .....	25
3- Période d'étude :.....	25
4- Population d'étude :.....	25
5- Critères d'inclusion : ont été inclus dans l'étude :.....	26
6- Critères de non inclusion :.....	26
7- Echantillonnage :.....	26
8- Déroulement de l'enquête :.....	26
9- Technique et outils de collecte des données :.....	27
10- Définitions opérationnelles des termes :.....	27
11- Variables étudiées :.....	29
12-Collecte et analyse des données :.....	29
13- Considérations éthiques :.....	29
IV- Résultats :.....	31

4.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :.....	31
4.2. CONNAISSANCES SUR LES IST ET LE VIH/SIDA : .....	32
4.3. ATTITUDES ET PRATIQUES SUR LES IST/VIH/SIDA : .....	36
4.4. CONNAISSANCES SUR LA CONTRACEPTION :.....	42
4.5. Résultats analytiques :.....	48
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	50
5.1- caractéristiques sociodémographiques : .....	50
5.2- Connaissance en matière des IST et de VIH/SIDA.....	50
5.3- Attitudes et pratiques face aux IST/VIH/SIDA .....	53
5.4- Connaissance sur la contraception : .....	55
5.5. Attitudes et pratiques sur la contraception :.....	57
5.6- Les résultats analytiques : .....	59
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATION.....	60



# **INTRODUCTION**

## **Introduction**

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont des infections qui peuvent se transmettre d'une personne à une autre par voie sexuelle. L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime que plus d'un million d'IST sont contractées chaque jour dans le monde, avec une croissance du nombre d'agents étiologiques et une tendance à la hausse de l'acuité des maladies. Parmi les IST courantes figurent l'infection à VIH et l'hépatite virale B et C, qui sont traitées de manière particulière dans les stratégies respectives qui leur sont consacrées [1].

Depuis le début de l'infection à VIH/Sida, les IST ont connu regain d'intérêt, parce que d'une part, elles constituent des cofacteurs de celle-ci et que, d'autre part, leur prise en charge adéquate permet de réduire l'acquisition de l'infection à VIH/Sida [2].

Chaque jour, plus d'un million de personnes contractent une IST. Chaque année au sein de la population âgée de 15 à 49 ans, 357 millions de personnes contractent l'une des quatre IST suivantes : chlamydie (131 millions), gonococcie (78 millions), syphilis (6 millions) et trichomonase (142 millions), qui sont des IST curables. Le taux de prévalence de certaines infections sexuellement transmissibles virales est tout aussi élevé : 417 millions de personnes seraient atteintes de l'herpès simplex de type 2 et près de 291 millions de femmes seraient porteuses du papillomavirus humain [1].

Parmi toutes les maladies qui sévissent dans le monde, l'infection à VIH constitue l'une des plus redoutables du 20<sup>e</sup> siècle. Selon les dernières statistiques mondiales sur le VIH de l'ONUSIDA : En 2020, 37,7 millions de personnes vivaient avec le VIH, soit 36,0 millions d'adultes et 1,7 millions d'enfants (<15ans). Les nouvelles infections à VIH ont diminué d'environ 31 %, passant de 2,1 millions en 2010, à 1,5 million en 2020 [3].

En 1985 au Mali, le premier cas d'infection par le VIH décrit chez un immigré au service de gastro-entérologie à l'hôpital Gabriel Touré par l'équipe du professeur ALY GUINDO [4].

Au Mali, 16 % des femmes et 23% des hommes de 15 à 49 ans ont une connaissance complète du VIH. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, ce pourcentage est de 16% chez les femmes et 16% chez les hommes. Par rapport à la connaissance de la transmission de la mère à l'enfant : 49% des femmes et 38% des hommes savent que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou par l'allaitement.

En outre, 38% des femmes et 38% des hommes savent que le risque de transmission de la mère à l'enfant peut être réduit par la prise des médicaments spéciaux [5].

Comme les jeunes représentent le plus grand espoir d'inverser le cours de la pandémie, or on peut atteindre assez facilement un grand nombre des jeunes à travers l'école, aucun autre système institutionnel ne peut concurrencer l'école si l'on considère le nombre des jeunes qu'elle dessert. Ainsi les programmes de prévention contre le VIH, de la promotion de la santé sexuelle devraient s'étendre à l'ensemble du milieu universitaire.

En plus ces étudiants serviront à véhiculer ces informations à la population générale. Jusqu'à nos jours, un bilan des initiatives pour l'introduction de l'enseignement de la sexualité en général, VIH/sida et planification familiale à tous les niveaux du milieu universitaire n'a pas été effectué. Ce bilan est nécessaire pour jeter les bases de futurs programmes d'information et d'éducation sur la santé sexuelle en particulier au milieu universitaire. La présente recherche opérationnelle a pour objectifs de répondre à cette préoccupation. [4]

**Objectifs :**

**Objectif général :**

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des étudiants sur les infections sexuellement transmissibles, VIH/SIDA et de la contraception dans 3 écoles supérieures de la ville de Ségou.

**Objectifs spécifiques :**

**a-**Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des étudiants.

**b-**Déterminer les connaissances des étudiants en matière des IST, VIH/SIDA et en matière de la contraception.

**c-**Décrire les attitudes et pratiques des étudiants en matière de prévention des infections sexuellement transmissibles, VIH/SIDA et de contraception.

**d-** Décrire les déterminants des attitudes et pratiques des étudiants en matière de prévention des IST/VIH/SIDA et de contraception.

# **GENERALITES**

## **II-Généralités :**

### **2.1. Définitions :**

#### **Infections sexuellement transmissibles :**

Le terme « infection sexuellement transmissible » (IST) désigne toute infection transmise d'une personne à une autre, essentiellement par voie sexuelle. Certaines IST se transmettent par une exposition au sang contaminé et par mère/enfant [6].

#### **VIH/SIDA :**

**VIH :** Le virus de l'immunodéficience humaine est une infection virale chronique sexuellement transmissible se traduisant par un déficit progressif des lymphocytes CD4.

La pathologie liée au VIH et à ce déficit immunitaire est le SIDA (syndrome de l'immunodéficience acquise) [4].

#### **Contraception :**

La contraception est l'ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécondant et ceci de façon temporaire et réversible [7].

### **2.2. Rappel des organes génitaux internes et externes : [8]**

Les organes génitaux, destinés à la reproduction et à la copulation, comprennent chez la femme et chez l'homme :

- ✓ Les organes génitaux internes, non visibles, destinés essentiellement à la reproduction ;
- ✓ Les organes génitaux externes, visibles, destinés surtout à la copulation.

#### **2.2.1. Organes génitaux internes et externes chez l'homme :**

Les organes génitaux internes masculins représentent la partie invisible des organes de la reproduction, à savoir les testicules, les épидидymes, les conduits spermatiques (déférents et éjaculateurs), la prostate, les glandes séminales et les glandes bulbo-urétrales.

Les organes génitaux externes de l'homme comprennent le pénis et le scrotum.

Le pénis est l'organe masculin de la copulation, mais aussi l'organe terminal de la miction. Il comprend trois parties : la racine, le corps et le gland.

Le scrotum constitue l'enveloppe cutanée des testicules et des épидидymes. Il est divisé en deux loges testiculaires par le septum scrotal.

### **2.2.2. Organes génitaux internes et externes chez la femme :**

Les organes génitaux internes féminins représentent la partie invisible des organes de la reproduction, à savoir les ovaires, les trompes utérines, l'utérus non gravide ou gravide et le vagin.

L'organe génital externe féminin ou vulve correspond au plan cutané recouvrant le pubis et le périnée uro-génital, et en profondeur, à l'espace superficiel du périnée uro-génital. Elle comprend : le mont du pubis, les grandes et petites lèvres, le vestibule, les organes érectiles et les glandes vulvaires.

### **2.3. Les IST/ VIH :**

#### **2.3.1. Epidémiologie :**

##### **La gonococcie :**

La prévalence des infections génitales à gonocoque chez les femmes enceintes en milieu africain varie de 1,8 à 11,7 %. Le risque de contracter une conjonctivite purulente chez un nouveau-né dont la mère est infectée par des gonocoques est de 30 à 40 % s'il n'y a pas de chimio prophylaxie, elle se complique de kératite, dans 10 à 20 % des cas dont bon nombre entraînent une cécité. 20 à 40 % des salpingites en Afrique chez les femmes des villes âgées de 15 à 45 ans sont dues aux gonocoques. Le risque de contracter une gonococcie par des rapports sexuels vaginaux avec une personne contaminée est de 20 à 30 % pour un homme sain et 50 à 80 % pour une femme saine

La gonococcie est la principale cause d'urétrite chez l'homme dans les pays en voie de développement [4].

### **La syphilis vénérienne :**

La prévalence des sérologies de la syphilis positive chez les femmes enceintes en milieu urbain africain va de **0,9 à 17,5%** [4]. Le risque de contracter la syphilis par un rapport sexuel avec un sujet infecté est inférieur à **30%**. **20 à 40%** des syphilis primo-secondaires non traitées évoluent vers la forme tertiaire avec un taux de mortalité de **20%**. **50%** des femmes enceintes infectées font des complications (avortement, prématurité, mort du nouveau-né). La syphilis congénitale atteint **25 à 75%** des enfants en cas d'infection de la mère. Des séquelles irréversibles ou la mort surviennent dans **50 à 70%** des cas de syphilis néonatale. **10 à 12%** des enfants nés de mères ayant une sérologie de syphilis positive meurent durant la période néonatale [9].

### **L'infection à Chlamydiae :**

La prévalence des infections génitales à chlamydiae chez les femmes enceintes en milieu urbain africain varie de **5,3 à 13%**, les chlamydiae constituent la 2<sup>e</sup> cause d'urétrite chez l'homme dans les pays en voie de développement. **20 à 50%** des salpingites en Afrique chez les femmes des villes âgées de 15 à 45 ans sont dues aux chlamydiae [4].

### **Le Chancre mou :**

Le chancre mou est surtout répandu en Afrique et en Asie (20 à 60% des ulcérations).

Particulièrement dans les milieux défavorisés et chez les professionnelles de sexe [4].

### **L'infection à Trichomonas :**

La trichomonase serait la première cause d'infection sexuellement transmissible dans le monde (estimation OMS 2015 : 143 millions de nouveaux cas/an).



*Trichomonas vaginalis* est retrouvé dans 10% des cas de vaginite et 1/4 des urétrites masculines. Les hommes sont plus fréquemment des porteurs asymptomatiques. Le taux de transmission non sexuelle est théoriquement possible par le linge souillé humide, également lors de l'accouchement [4].

### **L'infection à VIH : [3]**

Situation mondiale du VIH/sida, en 2020 :

Estimation de la prévalence du VIH dans le monde en 2020 :

En 2020, 37,7 millions [30,2 millions–45,1 millions] de personnes vivaient avec le VIH.

- ✓ 36,0 millions [28,9 millions–43,2 millions] d'adultes.
- ✓ 1,7 million [1,2 million–2,2 millions] d'enfants (0-14 ans).
- ✓ 53 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH sont des femmes et des filles.

Au Mali les efforts déployés dans la lutte contre le VIH/Sida ont permis une évolution du taux de prévalence vers stabilisation de 1,7 % en 2001 à 1,3 % en 2006 pour se situer à 1,1 % en 2012-2013.

L'épidémie du VIH ne touche pas uniformément les différentes régions du Mali. Que ce soit chez les femmes ou les hommes, c'est à Bamako (respectivement 1,7 % et 1,6 %) que la prévalence du VIH est la plus élevée et, à l'opposé, c'est à Mopti qu'elle est la plus faible (respectivement 0,8 % et 0,4 %). La dimension sécuritaire de la crise socio-politique a rendu inaccessible les trois régions du Nord (Tombouctou, Gao, Kidal) et trois cercles de la région de Mopti (Douentza, Ténenkou et Youwarou) [10].

### **Facteurs de risque : [4]**

Etant donné que la voie de transmission des IST est la voie sexuelle (vaginale, anale ou orale) les facteurs suivants augmentent le risque d'infection :

- ✓ Un changement récent de partenaires
- ✓ Avoir un (e) partenaire sexuel (le) qui a d'autres partenaires

- ✓ Avoir des rapports avec des partenaires « occasionnels » ou des rapports avec des professionnelles de sexe
- ✓ Continuer d'avoir des relations sexuelles alors qu'on présente des symptômes d'une IST
- ✓ Le fait de ne pas se servir d'un préservatif dans l'une ou l'autre de ces situations, expose les partenaires à un risque d'infections très élevées.

#### **Mode de contamination : [4]**

La transmission des IST/VIH peut se faire par les voies suivantes :

- **Voie sexuelle** 90%
- **Voie sanguine** (VIH, virus des hépatites B et C, treponema pallidum)
- **Transmission de la mère à l'enfant** (VIH, VHB, VHC, gonocoque, chlamydiae)

#### **2.3.2. Signes cliniques et paracliniques des IST/VIH : [11]**

3 syndromiques des IST (écoulement génital, ulcérations génitales, végétations génitales)

**Écoulement génital chez l'homme :** Il y en a 2 aspects

**Écoulement génital gonococcique (EG) : Neisseria Gonorrhoeae**

Écoulement du pus franc, lourd, jaunâtre ou verdâtre

Brûlure mictionnelle et sensation de pisser une lame de rasoir

**Écoulement génital non gonococcique (ENG) :**

Écoulement non purulent tachant le linge le matin

Douleur sourde des organes génitaux

Prurit du méat

Dysurie et pollakiurie sont possibles

**Etiologies :** Chlamydiae, Mycoplasma...

**Écoulement génital chez la femme : leucorrhées**

Jaunâtres non douloureuses : Neisseria Gonorrhoeae

Blanchâtres cailloutées épaisses : Candida albicans

Leucorrhées jaunâtres ou verdâtres mousseuses d'odeur fade de plâtre frais parfois striées de sang : Trichomonas vaginalis, d'odeur de poisson pourri : Gardnerella vaginalis

Ces caractéristiques cliniques évoquées ne reflètent pas toujours les étiologies présumées.

Examen au laboratoire révèle l'étiologie sinon faire un traitement présomptif ou syndromique.

### **Ulcérations génitales chez l'homme et chez la femme :**

**Syphilis :** après une incubation silencieuse de 21 jours, elle évolue en 3 phases.

Syphilis primaire : érosion indurée, infiltrée, indolore à fond propre + adénopathies inguinales.

Syphilis secondaire : éruptions maculeuses généralisées

Syphilis tertiaires :

Atteintes cutanées (gommès)

Atteintes osseuses (tibia en lame de sabre)

Atteintes vasculaires (anévrismes et insuffisance aortique)

Méningo-encéphalite (démence, tabès)

Diagnostic biologique syphilis :

VDRL (Veneral, disease, laboratory) :  $\geq 1/4$

TPHA (treponema pallidum, heamalutin Antigen)

### **Chanc mou :**

Ulcération douloureuse, molle, fond sale, bords décollés en margelle de puits

Absence d'adénopathie

### **Donovanose ou granulome inguinal :**

Ulcération rouge bourgeonnant bords ondulés

Absence d'adénopathie

Bactériologie : corps de Donovan ou Calymmatobacterium Granulomatis

**Lymphogranulome vénérien ou maladie de Nicolas Fabre :** dû à certains sérotypes de chlamydiae trachomatis.

Phase primaire : ulcération indolore non indurée

Phase secondaire : adénopathie inguinale à fistules multiples (pomme d'arrosoir)

Phase tertiaire : fibrose et trouble du drainage de la lymphe, cancer possible sur ces lésions fibreuses

**Herpès génital :** ulcérations précédées et ou associées à des vésicules en bouquet douloureuses

L'aspect clinique permet d'évoquer l'herpès simplex et de débiter un traitement sans examen de laboratoire

**Végétations génitales :**

**Condylome vénérien :** Excroissance ressemblant à des verrues, aspect de chou-fleur ou d'ergot de coq

**Molluscum contagiosum du type II :** Lésions surélevées non douloureuse ombiliquées au centre

**VIH/SIDA :**

L'infection à VIH a une évolution spontanée en 3 phases [4]

➤ **Phase de primo-infection :**

Elle fait suite au premier contact avec le virus et dure de 2 à 6 semaines.

La réplication virale est intense : chaque jour, 1 à 10 milliards de nouveaux virus sont produits et autant de lymphocytes CD4 sont détruits.

Du fait de l'intensité de la réplication virale, l'infectiosité est maximale, avec un risque de transmission du VIH très élevé.

➤ **Phase chronique de latence clinique, avec séropositivité :**

Elle est de durée variable, de 2 ans jusqu'à plus de 15 ans.

Grâce au système immunitaire, la réplication virale est plus faible que pendant la primo-infection, mais elle est continue (pas de latence avec inactivité virologique).

L'infection est asymptomatique, sans manifestation clinique.

La sérologie VIH est positive car les anticorps anti-VIH sont présents à ce stade en quantité suffisante pour être détectés.

➤ **Phase symptomatique, avec apparition d'infections opportunistes :**

Elle dure de quelques mois à plusieurs années.

La réplication virale est moins freinée par le système immunitaire et, par conséquent, augmente.

Le nombre de lymphocytes CD4 diminue de façon importante car leur production par les organes lymphoïdes ne compense plus la destruction liée à la réplication virale.

Le déficit immunitaire s'accroît, ce qui entraîne l'apparition d'infections opportunistes définissant le stade SIDA de l'infection à VIH.

**Diagnostic :**

Le VIH peut être diagnostiqué à l'aide de tests diagnostiques rapides qui donnent des résultats le même jour, ce qui facilite beaucoup le diagnostic précoce et les liens avec le traitement et les soins. L'auto dépistage est également désormais possible. Aucun test particulier ne permet toutefois d'établir un diagnostic définitif ; celui-ci suppose un test de confirmation effectué par un agent de santé qualifié et validé dans un centre ou un dispensaire communautaire. L'infection par le VIH peut être détectée avec une grande exactitude en employant des tests pré qualifiés de l'OMS dans le cadre d'une stratégie de dépistage approuvée au niveau national. La plupart des tests de dépistage du VIH les plus courants détectent les anticorps produits par le sujet dans le cadre de sa réponse immunitaire contre le virus. La plupart des individus produisent des anticorps contre le VIH dans les 28 jours suivant l'infection. Pendant cette période que l'on appelle « fenêtre sérologique », les anticorps n'ont pas encore été produits et les signes de l'infection ne sont pas toujours apparus, mais l'infection peut néanmoins déjà être transmise à autrui. Une

fois que l'on a été infecté, il est possible de transmettre le VIH à un partenaire sexuel ou à une personne utilisant la même aiguille.

Après un diagnostic positif, il convient d'effectuer un nouveau test avant de commencer le traitement et les soins afin d'exclure toute erreur de dépistage ou de notification. Une fois le diagnostic établi et le traitement commencé, il n'y a pas lieu de ré-tester le sujet.

Si les tests destinés à l'adolescent et à l'adulte ont été simplifiés et sont efficaces, il n'en va pas de même de ceux destinés à l'enfant né de mère VIH-positif. Avant l'âge de 18 mois, le dépistage sérologique n'est pas suffisant pour identifier une infection par le VIH et un dépistage virologique doit être effectué (dès la naissance ou à l'âge de six semaines). Néanmoins, de nouvelles techniques deviennent disponibles, qui permettent de pratiquer le dépistage au point de soins et d'obtenir un retour des résultats dans la même journée afin d'accélérer l'établissement d'un lien approprié avec le traitement et les soins.

### **2.3.3. Prise en charge : Traitement syndromique des IST : [11]**

#### **✓ Ecoulement génital chez l'homme :**

**Ciprofloxacin** 500 mg 1 comprimé en prise orale unique

+ **Doxycycline** 100 mg 1 comprimé voie orale 2 fois toutes 12 heures au cours des repas pendant 7 jours

Chez l'adolescent, la Ciprofloxacin sera remplacée par la Ceftriaxone 250 mg en 1 seule injection intramusculaire ou Céfixime per os 400mg en prise unique

Si absence d'amélioration 1 semaine après la fin du traitement :

S'assurer que l'observance est bonne et éliminer une réinfection

Si ces 2 causes sont écartées, traiter une trichomonase

#### **Trichomonase :**

**Métronidazole** 250 mg, 8 comprimés en prise unique au cours du repas

Les doses peuvent être prises en 2 temps (matin et soir) ou encore 2 comprimés 2 fois pendant 7 jours

✓ **Ecoulement ou douleur génitale chez la femme :**

**Métronidazole** 250 mg 2 comprimés voie orale toutes les 12 heures pendant 7j

+**Nystatine** 1 ovule intravaginale 100.000 UI/jour pendant 14 jours

La Nystatine peut être remplacée par clotrimazole ovule ou crème

✓ **Ulcérations génitales chez l'homme et chez la femme :**

**Benzathine benzyl pénicilline** 2.400.000UI en intramusculaire unique

+**Ciprofloxacin**e 500 mg 1 comprimé voie orale toutes les 12 heures pendant 3 jours

En cas d'allergie aux pénicillines, remplacer Benzathine Benzyl penicilline par Doxycycline 100 mg toutes les 12 heures pendant 14 jours aux repas

Chez la femme enceinte, remplacer la ciprofloxacin par Erythromycine 500 mg toutes les 6 heures pendant 7 jours

**En cas de suspicion d'herpès :**

**Acyclovir** 400 mg 1 comprimé toutes les 8 heures pendant 5 jours

+ **Violet de Gentiane ou Eosine ou Polyvidone iodée.**

✓ **Végétations génitales** (condylome, Molluscum)

Applications de topiques

Azote liquide, podophylline, acide trichloracétique

Destruction des lésions par électrocoagulation

Hémorroïdectomie

## 2.2.4. Prise en charge du VIH/SIDA : [12]

### Protocoles thérapeutiques antirétroviraux chez l'adulte et l'adolescent :

#### Schémas de première ligne :

Schémas de première ligne pour le VIH1 :

Ils associent deux inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) et un inhibiteur d'intégrase.

**Le schéma préférentiel** est le suivant :

**Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Dolutégravir (DTG)**

**Le schéma alternatif** est le suivant :

**Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)**

**Schémas de première ligne pour le VIH2 ou VIH1+2 ou VIH 1-O**

Le choix thérapeutique exclut les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse qui ne sont pas efficaces sur le VIH-2 ou sur VIH-1 de groupe O.

On utilisera les schémas thérapeutiques associant des inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur d'intégrase (IIN) ou un inhibiteur de protéase boosté (IP/r).

**Le schéma préférentiel** est le suivant :

**Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Dolutégravir (DTG)**

**Le schéma alternatif** est le suivant :

**Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Raltégravir (RAL)**

**Le traitement de deuxième ligne :**

Les schémas proposés en deuxième ligne thérapeutique.

En cas d'échec thérapeutique confirmé VIH-1 ou VIH-2 de la 1<sup>ère</sup> ligne, le schéma préférentiel de deuxième ligne suivant est recommandé :

**2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse + 1 inhibiteur de protéase boosté.**

**Les IP préférentiels sont : Darunavir/ritonavir (DRV/r), Atazanavir/ritonavir (ATV/r) ou Lopinavir/ritonavir (LPV/r).**

Schémas 1 <sup>ère</sup> ligne	Schémas 2 <sup>ème</sup> ligne	Schémas 2 <sup>ème</sup> ligne alternatifs
TDF/3TC/DTG	AZT/3TC+ATV/r	AZT/3TC+DRV/r
TDF/3TC/EFV400	AZT/3TC+DTG	AZT/3TC+LPV/r
TDF/3TC+RAL	AZT/3TC+ATV/r	AZT/3TC+DRV/r



## 2.4. Contraception

### 2.4.1. Différentes méthodes contraceptives

#### 2.4.1.1. Contraceptifs hormonaux [7, 13, 14]

**Mécanisme d'action** : Ils possèdent quatre principales actions que sont :

L'inhibition de l'ovulation ;

L'épaississement de la glaire cervicale empêchant la pénétration des spermatozoïdes ;

La modification de l'endomètre (atrophie de l'endomètre) le rendant impropre à la nidation ;

La diminution du transport des spermatozoïdes dans le tractus génital supérieur (trompes de Fallope).

#### ➤ Les pilules oestroprogestatives

##### **Types :**

Selon la teneur en œstradiol, on distingue :

les pilules minidosées qui contiennent moins de 35 microgrammes ( $\mu\text{g}$ ) d'éthinyl-oestradiol. Selon le dosage hormonal durant le cycle menstruel, ces pilules peuvent être :

✓ Monophasiques : tous les 21 comprimés sont activés avec une même quantité d'oestro-progestatif (EP) : Minidril®

✓ Biphases : les 21 comprimés actifs contiennent 2 combinaisons différentes d'EP : Adépal®

✓ Triphasique : les 21 comprimés actifs contiennent 3 combinaisons différentes d'EP : Trinordiol®

Les pilules normodosées qui contiennent 50( $\mu\text{g}$ ) d'éthinyl-oestradiol ;

Les pilules macrodosées qui contiennent plus de 50( $\mu\text{g}$ ) d'éthinyl-oestradiol

#### **Effets secondaires et complications [13, 15, 16]**

Ils sont nombreux mais d'apparition peu fréquente ; ce sont : les nausées, les vomissements, la prise de poids, les mastodynies, les spotting, les mastopathies, l'hypertension artérielle réversible, les thrombophlébites, la coronaropathie, les troubles de coagulation, la migraine, l'aménorrhée post thérapeutique, la tension mammaire, les métrorragies, la galactorrhée.

### ➤ **Les pilules progestatives [16]**

**Type :** Ce sont des plaquettes de 35 pilules (300µg de lévonorgestrel ou 350µg de noréthistérone) et de 28 pilules (75µg de norgestrel).

Selon leur mode d'action les microprogestatifs peuvent être classés en deux types

- ✓ Les microprogestatifs ayant uniquement une action contraceptive périphérique ;
- ✓ Et ceux ayant à la fois une action anti gonadotrope et contraceptive périphérique.

### **Effets secondaires**

On note les métrorragies à type de spotting, les mastodynies, les kystes fonctionnels ovariens récidivants, et l'acné.

### ➤ **Les contraceptifs injectables progestatifs (CIP)**

#### **Types**

On distingue :

- ✓ L'acétate de dépo-medroxyprogestérone (DMPA) ou Dépo-Provera® dosé à 150mg et administré tous les trois mois ;
- ✓ L'énanthale de noréthistérone (NET-EN) ou Noristerat® dosé à 200mg et donné tous les deux mois.

### **Effets secondaires [17]**

Ces effets sont constitués par les céphalées, la sensibilité des seins, les sauts d'humeur, les nausées, la chute des cheveux, la diminution de la libido, l'acné et les troubles du cycle menstruel (métrorragies, aménorrhée secondaire réversible, hyperménorrhée).

➤ **Les implants (Norplant®, Jadelle®, Implanon®)**

**Type [16, 18]**

On distingue, le Norplant® avec six capsules dosées à 36mg de lévonorgestrel (LNG) par capsule, le Jadelle® avec deux capsules libérant progressivement du lévonorgestrel et l'Implanon® avec une capsule contenant 68 mg d'étonogestrel, métabolite actif du désogestrel.

**Effets secondaires [17]**

En plus des effets secondaires des contraceptifs injectables, on peut citer le changement d'appétit et l'infection du site d'insertion.

➤ **Les patchs dermiques (patch Evra®)**

Il s'agit d'une contraception hormonale oestroprogestative non orale. Ils contiennent 600 microgrammes d'éthinylestradiol (EE) et 6 mg de norelgestromine.

Ils délivrent quotidiennement 150µg de norelgestromine et 20µg d'EE.

Ils sont généralement appliqués sur les fesses, l'abdomen, la face externe des bras et la partie supérieure du torse et jamais sur le sein.

Ils sont mis en place pour une semaine et ce, trois semaines consécutives sur quatre. Pour la première utilisation : un patch par semaine en commençant le premier jour des règles, ainsi les jours d'application sont le : 1<sup>er</sup>, 8<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> jour du cycle et une semaine libre (22<sup>ème</sup> jour au 28<sup>ème</sup> jour).

➤ **L'anneau vaginal oestroprogestatif (Nuvaring®)**

La voie vaginale autorise de faibles doses d'œstrogènes et de progestatifs permettant d'atteindre des taux sanguins très stables en quelques jours.

C'est un anneau souple, transparent et incolore. Il délivre quotidiennement 120µg d'étonogestrel, métabolite actif du désogestrel et 15µg d'EE. L'anneau est mis en place, par la patiente, pour une durée de trois semaines consécutives, puis retiré pendant sept jours avant la pose d'un nouveau dispositif.

➤ **La contraception d'urgence ou contraception du lendemain [16, 19]**

Elle est à prendre le plus rapidement après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'accident de contraception (déchirure de préservatif, oubli de comprimés sur la plaquette de pilules...).

Les effets secondaires sont les mêmes que ceux de la contraception classique mais beaucoup plus accentués.

#### **2.4.1.2. Méthodes locales**

Les méthodes locales sont constituées des méthodes de barrière et du stérilet.

##### **□ Les méthodes de barrière**

##### **Types**

Les méthodes de barrière mécanique bloquent l'entrée des spermatozoïdes dans le tractus génital de la femme. Ce sont :

- ✓ Le préservatif masculin ou condom ;
- ✓ Le préservatif féminin ;
- ✓ Le diaphragme ;
- ✓ La cape cervicale ;
- ✓ Les éponges.

##### **➤ Le préservatif ou condom masculin [13, 14]**

##### **Types**

On distingue les préservatifs : en latex (caoutchouc), plastique (vinyle), naturels (produits d'animaux).

##### **Mode d'action**

Ils empêchent les spermatozoïdes et tout organisme pathogène du sperme de pénétrer dans le vagin et inversement empêchent tout organisme pathogène du vagin de pénétrer dans le pénis

##### **➤ Le préservatif féminin [16, 20]**

C'est une fine membrane de polyuréthane. Il est muni d'un anneau flexible à chaque extrémité ; l'anneau intérieur sert à insérer le condom et à le maintenir en place.

### **Effets secondaires du préservatif :**

Diminution du plaisir sexuel, réactions allergiques et d'irritations

#### ➤ **Le diaphragme [14]**

C'est un capuchon en latex (caoutchouc) en forme de dôme qui est inséré dans le vagin avant le rapport sexuel et qui couvre le col.

#### **Types**

Il existe trois types de diaphragmes : le ressort à lame (bande plate de métal), le ressort à boudin (fil métallique spiralé), le ressort à arceau (ressort à combinaison de métal).

#### ➤ **La cape cervicale [17]**

Elle ressemble au diaphragme mais est plus petite.

#### ➤ **Les éponges**

L'éponge jetable recouvre le col de l'utérus et contient un spermicide qui détruit les spermatozoïdes.

Elles sont aussi appelées Protectaid® ou Pharmatex today® sur le marché américain.

### **Effets secondaires :**

Infections des voies urinaires, réactions allergiques, syndrome de choc toxique, pertes et lésions vaginales

#### ➤ **Les méthodes chimiques : [14]**

Les méthodes de barrière chimique ou spermicides inactivent ou détruisent les spermatozoïdes.

#### ➤ **Les spermicides :**

Les spermicides sont des produits chimiques. C'est généralement le Nonoxynol-9 qui, introduit dans le vagin avant le rapport sexuel, inactive ou tue les spermatozoïdes.

**Types :** On distingue les aérosols (mousses), les tablettes vaginales, les suppositoires ou films dissolvants et les crèmes.

### **Mode d'action**

Ces méthodes désagrègent la membrane cellulaire des spermatozoïdes et diminuent leur mouvement (mobilité et motilité) et leur capacité à fertiliser l'ovule.

### **Effets secondaires**

Les effets secondaires sont une réaction de type irritation vaginale et pénienne, de sensation gênante de chaleur dans le vagin et de non fonte des tablettes et de mousse vaginale.

#### **□ Le dispositif intra utérin (DIU) ou stérilet [9, 17]**

**Types** : Il en existe deux :

- ✓ Les DIU dits actifs, diffusant des hormones, du cuivre ou de l'argent dans la cavité utérine :

Les DIU libérant du cuivre : Tcu 380 A, Nova T®, Multiload 375,

Tcu220, Cooper T300 Multiload 250 au cuivre 200

Les DIU libérant un progestatif : minera, levonova (LNG-20) ;

- ✓ Les DIU dits inertes : Boucles de LIPPES, SAF. T. Coil.

### **Mode d'action [9, 14, 17]**

Le mode d'action est fonction du type de DIU.

Le DIU libérant le cuivre agit par des réactions enzymatiques, leucocytaires et macrophagiques sur l'endomètre empêchant la nidation. Il inhibe également les mouvements des spermatozoïdes dans le tractus génital de la femme.

Celui libérant un progestatif épaissit la glaire cervicale et entraîne une atrophie de l'endomètre.

### **Effets secondaires et complications [17]**

Quelques effets secondaires ont été observés chez certaines utilisatrices :

Métrorragies, anémie, dysménorrhées, perforation de la paroi de l'utérus.

#### **2.4.1.3. Méthodes chirurgicales**

Elles sont irréversibles. Ce sont :

La vasectomie chez l'homme ;

La ligature des trompes et l'obstruction tubaire chez la femme.

➤ **La vasectomie [14, 17]**

La vasectomie est aussi appelée stérilisation masculine ou contraception masculine. C'est une procédure chirurgicale volontaire pour mettre fin, de manière permanente, à la fécondité chez l'homme par section des canaux déférents.

**Types :** On distingue la méthode standard incisionnelle (1 ou 2 incisions) et la méthode sans bistouri, sans scalpel qui reste meilleure.

**Mécanisme d'action**

En sectionnant les canaux déférents (conduits éjaculatoires) les spermatozoïdes ne sont plus présents dans le liquide éjaculé et ne peuvent féconder l'ovule.

➤ **La ligature des trompes [14, 17]**

Encore appelée contraception chirurgicale volontaire (CCV) ou Minilap, la ligature des trompes est une procédure chirurgicale volontaire pour mettre fin de manière permanente, définitive à la fécondité chez la femme sans toutefois perturber sa sexualité ou la fonction hormonale. C'est une contraception par mini laparotomie ou laparoscopie.

**Mécanisme d'action**

L'occlusion des trompes par ligature, section, anneaux, électro cautérisation ou clips, empêche la rencontre entre les spermatozoïdes et l'ovule, de ce fait, empêche la fécondation.

➤ **L'obstruction tubaire**

Elle se fait par l'introduction de dispositif ou de colles synthétiques dans les trompes en utilisant la cavité utérine comme voie d'accès opératoire.

**2.4.1.4. Contraception naturelle**

**Définition :** Les méthodes naturelles comprennent l'ensemble des méthodes basées sur la capacité du couple à identifier la phase fertile au cours de chaque

cycle menstruel et à s'abstenir de rapports sexuels durant cette période ou à l'utiliser pour concevoir.

### **A- Les différentes méthodes**

Ce sont :

- ✓ La méthode du calendrier ;
- ✓ La méthode de la température basale du corps (TBC) ;
- ✓ La méthode de la glaire cervicale ;
- ✓ La méthode sympto-thermique,
- ✓ La méthode d'auto observation ;
- ✓ La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)
- ✓ La méthode du collier ou méthode des jours fixes.

**NB :** il est important d'expliquer à la patiente que les rapports sexuels sont à éviter pendant la phase du cycle menstruel où la conception est la plus probable.

### **B- Autres méthodes naturelles**

➤ Le coït interrompu ou retrait

C'est une méthode de PF traditionnelle où l'homme retire entièrement son pénis du vagin de la femme avant d'éjaculer. Par conséquent, les spermatozoïdes n'entrent pas dans le vagin et la fécondation est évitée. C'est une méthode qui n'a pas de coût, qui peut diminuer le plaisir sexuel et ne protège pas contre les IST.

➤ L'abstinence

➤ La douche vaginale

#### **2.4.1.5. Méthodes traditionnelles [4]**

On se sert dans le monde entier d'un grand nombre de plantes et d'autres substances pour empêcher la conception. Bien que nous commençons, à l'heure actuelle, à réaliser l'ampleur de l'utilisation des méthodes traditionnelles de conception, il reste encore à déterminer l'efficacité de certaines méthodes.

Le fait que ces méthodes soient si utilisées prouve que les gens se sentent capables de régler leur fécondité et qu'ils ont, depuis longtemps, découvert les avantages



de cette régulation. La vitesse à laquelle la modernisation, l'urbanisation et les changements sociaux se sont produits en Afrique, fait qu'il est difficile de comprendre la manière dont les méthodes traditionnelles courantes de régulation de la fécondité sont encore utilisées.

Les plantes et autres substances

D'autres pratiques sont aussi utilisées :

➤ **Le Tafo** : ceinture magique à multiples nœuds produite par le marabout.

Elle aurait un pouvoir contraceptif de durée illimitée tant qu'elle est portée ou de durée liée au nombre de nœuds ;

➤ **La toile d'araignée** :

Dispositif opaque issu du tissage de l'araignée, que les femmes enduisent de beurre de karité pour obstruer le col ;

#### **2.4.2. Surveillance de la contraception [21]**

La surveillance, qu'elle soit clinique ou paraclinique, d'une contraception oestroprogestative fait l'objet de références médicales opposables (RMO). Ce n'est pas le cas des autres types de contraception, micro- et macroprogestatives, pour lesquelles la surveillance est principalement clinique avec une fréquence adaptée au cas par cas.

##### **2.4.2.1. Examen clinique :**

L'examen clinique pré thérapeutique fait l'objet d'une RMO qui impose l'examen gynécologique pelvien et la réalisation d'un frottis cervico-vaginal. L'examen clinique est ensuite répété tous les 3 mois pendant les 6 premiers mois, puis tous les 6 mois.

Il s'assure de la bonne tolérance clinique de la contraception orale (examen des seins, prise de la pression artérielle et vérification de la stabilité du poids) par la recherche des signes d'hyper ou hypoestrogénie (hyperestrogénie : tension mammaire ; hypoestrogénie : sécheresse vaginale) ou d'hyperandrogénie (acné...).

Lorsque la tolérance est médiocre, un changement de type de pilule, mieux adapté, est indiqué.

#### **2.4.2.2. Surveillance biologique :**

Elle fait l'objet de références médicales opposables (RMO).

##### **a. Patiente sans antécédent**

Dans les cas d'absence d'antécédent personnel ou familial métabolique, de maladie thromboembolique ou de tabagisme, et si l'examen clinique est normal on réalisera simplement un dosage de cholestérol total, triglycérides et glycémie à jeun, 3 à 6 mois après le début de la prise de la pilule oestroprogestative, puis tous les 5 ans si ce bilan est normal et en l'absence de fait nouveau.

##### **b. Facteurs de risque**

Lorsque les femmes présentent des facteurs de risque de dyslipidémie ou de diabète, on pratiquera le dosage du cholestérol total, des triglycérides et de la glycémie à jeun, avant la prescription de la contraception oestroprogestative, en faisant un contrôle 3 à 6 mois après le début, puis tous les 5 ans si ce bilan est normal et en l'absence de fait nouveau.

#### **2.4.2.3. Surveillance gynécologique :**

Il faut rechercher des métrorragies et des spottings, pouvant apparaître plus particulièrement dans les premiers mois d'utilisation. Elles cèdent généralement spontanément et il n'y a pas lieu, dans ces conditions, d'interrompre le traitement. Si les saignements persistent ou apparaissent après utilisation prolongée, la recherche d'une cause organique s'impose.

Les frottis cervico-vaginaux sont actuellement réalisés avant la prescription d'une contraception oestroprogestative, puis tous les 2 ans (RMO). L'utilisation d'une contraception orale ne modifie pas le rythme de réalisation des frottis si aucune anomalie ne justifie leur réalisation plus précocement.

# **METHODOLOGIE**

### **III-Démarche Méthodologique :**

#### **1- Cadre d'étude :**

Notre étude a eu lieu dans 3 institutions d'enseignement supérieur de la ville de Ségou (INFSS, Vicenta MARIA et Université de Ségou).

#### **Présentation géographique des trois écoles :**

L'université de Ségou est située en commune rurale de Sébougou, elle comporte trois facultés et un institut : faculté d'agronomie et de médecine animale (FAMA), faculté des sciences sociales (FASSO), faculté du génie et des sciences (FAGES), institut universitaire de formation professionnelle (IUIFP). Elle abrite également un centre d'expertise et de recherche appliquée au développement. Elle est fréquentée par 5006 étudiants dont 1677 en FAMA, 2441 en FASSO, 326 en FAGES et 562 en IUIFP.

Les deux écoles de santé Vicenta MARIA et INFSS sont situées respectivement en Médine et Hamdallaye de la commune urbaine de Ségou et comportant les filières infirmier et sage-femme.

Vicenta MARIA est fréquentée par 151 étudiants et INFSS est fréquentée 111 étudiants

#### **2- Type d'étude :**

Nous avons conduit une étude transversale descriptive et analytique.

#### **3- Période d'étude :**

Notre étude s'est déroulée du 18 février au 18 mai 2020 soit 3 mois.

#### **4- Population d'étude :**

Notre étude a porté sur les étudiants consentant dans 3 institutions d'enseignement supérieur de la ville de Ségou (deux écoles de santé comportant les filières infirmier et sage-femme et l'université de Ségou comportant trois facultés et un institut).

### **5- Critères d'inclusion : ont été inclus dans l'étude :**

Les étudiants fréquentant l'une des 3 écoles et qui ont donné leur consentement quel que soit l'âge, le genre et l'origine géographique.

### **6- Critères de non inclusion :**

Ne sont pas inclus :

Les étudiants présents au moment de notre passage qui n'ont pas acceptés de répondre à notre questionnaire.

### **7- Echantillonnage :**

Notre étude a porté sur un échantillon de 1031 étudiants, tirés sur une population de 5268 étudiants. La taille a été calculée à partir de la formule de SCHWARTZ avec la prévalence des jeunes de 15 à 24 ans du Mali ayant une connaissance complète du VIH/SIDA est estimée à 16% (EDSM 2018) et une précision de 5% avec un risque d'erreur  $\alpha=5\%$ .

$$n = \frac{Z^2PQ}{i^2}$$

**n** = taille minimum de l'échantillon

**Z**= 1,96

**P**= prévalence estimée des jeunes ayant une connaissance complète du VIH au Mali = 16%

**Q**= 1-P

**I**= Précision de la prévalence = 5%

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,16 \times (1-0,16)}{0,05^2} = 206,5 \approx 207$$

La taille minimum de l'échantillon s'élève à n=207 pour une grande responsabilité nous avons pris 1031 pour notre échantillon

### **8- Déroulement de l'enquête :**

L'enquête a été réalisée dans les salles de classe des 3 institutions d'enseignement supérieur en dehors des périodes de cours.

Avant le début de l'enquête, notre démarche a consisté à :

1. Adresser des correspondances au recteur et aux doyens des différentes facultés de l'université de Ségou, aux directeurs des écoles de santé.
2. Faire un entretien individuel ou collectif avec ces différents responsables scolaires et universitaires au cours desquels nous leurs avons expliqué la pertinence, l'intérêt et le déroulement de l'étude.
3. Après l'obtention du consentement des responsables un questionnaire élaboré pour la cause a été expliqué et soumis aux étudiants consentants. Les questions posées dans l'étude étaient répondues sur place ou à domicile.

### **9- Technique et outils de collecte des données :**

Le matériel utilisé était constitué d'un support à type de questionnaire unique imprimé sur format A4 et à lecture optique. Une fiche d'enquête était soumise aux étudiants. Les questionnaires étaient répondues par les étudiants sur place ou à domicile.

Les données recueillies ont été enregistrées sur logiciel informatique pour traitement et analyse.

### **10- Définitions opérationnelles des termes :**

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

**Connaissance** : exercice de la faculté par laquelle on connaît et on distingue les objets

**Attitude** : situation dans laquelle on se trouve, on se maintient à l'égard de quelqu'un, des résolutions, des dispositions où l'on parait être.

**Pratique** : agissement, conduite, volontaires visant des résultats concrets.

**Planification familiale** : La planification familiale se définit comme étant « l'utilisation de diverses méthodes de régulation de la fécondité destinées à aider les individus ou les couples à atteindre certains objectifs : éviter les naissances non désirées, déterminés volontairement le nombre de naissance,

l'espacement des grossesses et l'espacement des naissances selon l'âge des parents ».

**Comportement sexuel** : ensemble des conduites qui, à l'intérieur d'une espèce aboutissent à l'accouplement et à la reproduction.

Dans notre contexte on parlera : de la manière de se conduire sexuellement face aux IST et VIH/sida

**Comportement à risque** : lorsqu'une personne met sa santé, sa situation sociale ou sa vie en danger. Dans notre contexte on parlera de : tout comportement qui expose celui qui l'adopte ou d'autres au risque de contracter une infection, par exemple sans protection.

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

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

**Jeune** : l'OMS définit les jeunes comme se situant entre les âges de 15 à 24 ans

➤ **Score des connaissances**

**Bonne connaissance** : 50% ou plus de bonnes réponses aux questions posées.

**Mauvaise connaissance** : moins de 50% de bonnes réponses aux questions posées.

### 11- Variables étudiées :

Variables	Types de variables	Echelle
Age	Quantitatif	Année
Situation matrimoniale	Qualitatif	1 : célibataire ; 2 : mariée
Avez-vous entendu parler IST/VIH/SIDA	Qualitatif	1 : oui, 2 : non
Source d'information	Qualitatif	1 : ami, 2 : parents, 3 : cours, 4 : agents, 5 : radio, 6 : télévision, 7 : mosquée, 8 : église, 9 : théâtre, 10 : Internet
Moyens de prévention connus	Qualitatif	1 : absence, 2 : utiliser toujours du préservatif, 3 : fidélité, 4 : éviter le contact direct avec le sang, 5 : éviter les piqûres des moustiques
Avez-vous entendu parler de contraception	Qualitatif	1 : oui, 2 : non
Utilisez-vous actuellement une méthode contraceptive	Qualitatif	1 : oui, 2 : non

### 12-Collecte et analyse des données :

La rédaction du document final a été faite à l'aide des logiciels Word 2016 et Excel 2016 pour les tableaux. Le test du khi-2 de Karl PEARSON a été le test statistique utilisé pour la comparaison des variables, significatif si  $p \leq 0,05$

Le dépouillement des questionnaires a été manuel. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide de logiciel IBM Spss version 20.

### 13- Considérations éthiques :

C'est une étude de recherche non financée, exécutée dans le cadre d'une thèse de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de l'Université de Bamako/



Mali. Tous les étudiants inclus ont volontairement participé à cette enquête après avoir donné leur accord verbal. L'anonymat était garanti car la fiche d'enquête ne comportait aucune information personnelle.

# **RESULTATS**

#### IV- Résultats :

Durant la période d'étude 1031 étudiants ont accepté de répondre aux questionnaires, tirés sur une population de 5268 étudiants. Les étudiants provenaient majoritairement des différentes facultés de l'université de Ségou avec 787 étudiants soit 76,3%, Vicenta MARIA avec 145 étudiants soit 14,1% et INFSS avec 99 étudiants soit 9,6%.

#### 4.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

**Tableau I** : Répartition des étudiants selon les caractéristiques socio-démographiques en fonction des établissements

Institutions		INFSS	Vicenta MARIA	Université de Ségou	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Age	≤19 ans	30(30,3)	48(33,1)	246(31,3)	324( <b>31,4</b> )
	20-25	69(69,7)	97(66,9)	541(68,7)	707( <b>68,6</b> )
Sexe	Masculin	37(37,4)	0(0)	471(59,8)	508( <b>49,3</b> )
	Féminin	62(62,6)	145(100)	316(40,2)	523( <b>50,7</b> )
Statut matrimonial	Célibataires	59(59,6)	70(48,3)	608(77,3)	737( <b>71,5</b> )
	Mariés(es)	40(40,4)	75(51,7)	179(22,7)	294( <b>28,5</b> )

La tranche d'âge 20-25 ans était la plus représentée avec 68,6%.

Le sexe féminin était majoritaire dans l'échantillon 50,7% contre 49,3%.

Les célibataires étaient les plus représentés avec 71,5%.

#### 4.2. CONNAISSANCES SUR LES IST ET LE VIH/SIDA :

**Tableau II :** Répartition des étudiants selon leurs connaissances de l'existence des IST et du VIH/SIDA (n=1031)

Connaissances de l'existence des IST et VIH/SIDA	Effectif	%
<b>IST</b>		
Oui	1011	98,1
Non	20	1,9
<b>VIH/SIDA</b>		
Oui	1025	99,4
Non	6	0,6

La majorité des étudiants soit respectivement 98,1% et 99,4% avaient entendu parler des IST et du VIH/SIDA.

**Tableau III :** Répartition des étudiants selon leurs connaissances sur les étiologies d'IST (**n=1011**)

Connaissances sur les étiologies d'IST		Effectif	%
<b>VIH/SIDA</b>	<b>Oui</b>	842	83,3
	Non	169	16,7
<b>Gonococcie</b>	<b>Oui</b>	681	67,4
	Non	330	32,6
<b>Syphilis</b>	<b>Oui</b>	530	52,4
	Non	481	47,6
<b>Hépatite virale</b>	<b>Oui</b>	469	46,4
	Non	542	53,6
<b>Chancre mou</b>	<b>Oui</b>	314	31,1
	Non	697	68,9
<b>Trichomonase vaginale</b>	<b>Oui</b>	304	30,1
	Non	707	69,9
<b>Herpès génital</b>	<b>Oui</b>	288	28,5
	Non	723	71,5
<b>Chlamydirose</b>	<b>Oui</b>	234	23,1
	Non	777	76,9
<b>Condylomes</b>	<b>Oui</b>	202	20,0
	Non	809	80,0
Autres		24	2,4

\*Autres : Candidose (5), infection à papillomavirus (2), lymphogranulomatose vénérienne (14), vaginite (3)

Le VIH/SIDA était l'infection sexuellement transmissible la plus connue avec 83,3%.

**Tableau IV** : Répartition des étudiants selon leurs connaissances du mode de transmission des IST et du VIH : (n=1004)

Connaissances de mode de transmission des IST et du VIH	Effectifs	%
Rapports non protégés	903	89,9
Transmission mère-enfant	700	69,7
Usage d'objets tranchants contaminés	682	67,9
Transfusion sanguine	628	62,5
Homosexualité	382	38
La piqûre de moustique	32	3,2
En mangeant avec la personne infectée	10	1
En utilisant les objets d'une personne infectée (habits, le pot à boire, le jarre)	10	1
Sorciers	3	0,3
Ne sais pas	2	0,2
Autres*	3	0,3

\*Autres : Accolades (2), Rapport sexuel oral (1)

NB : Certains étudiants ont évoqué plusieurs modes de transmission du VIH

Le mode de transmission le plus connu était les rapports sexuels non protégés, soit 89,9 %.

**Tableau V : Répartition des étudiants selon leurs connaissances des moyens de prévention des IST et du VIH/SIDA (n=1005)**

Connaissances des moyens de prévention des IST et du VIH/SIDA	Effectifs	%
Utiliser toujours le préservatif	756	75,2
Abstinence sexuelle	638	63,4
Eviter d'utiliser les objets tranchants souillés	632	62,8
Fidélité	611	60,7
Eviter le contact direct avec le sang	595	59,2
Eviter les piqûres des moustiques	6	0,5
Protection des guérisseurs traditionnels	2	0,2
Dépistage du VIH	5	0,5

Le préservatif était le moyen de prévention le plus cité, soit 75,2% des étudiants.

**Tableau VI : Répartition des étudiants selon la source d'information sur les IST et le VIH/SIDA (n=1004)**

Source d'information sur les IST et le VIH/SIDA	Effectifs	%
Agents de santé	701	69,8
Télévision	575	57,3
Cours	567	56,5
Théâtres	535	53,3
Radio	474	47,2
Ami(e)s	403	40,1
Réseaux sociaux (internet)	384	38,2
Parents	187	18,6
Eglise	47	4,7
Mosquée	26	2,6
Autres	5	0,5

\*Autres : Au marché (2), Dans la rue (2), Conjoint (1)

Les agents de santé étaient la source d'information la plus citée par les étudiants, soit 69,8% des étudiants.

#### 4.3. ATTITUDES ET PRATIQUES SUR LES IST/VIH/SIDA :

**Tableau VII : Répartition des étudiants en fonction du changement de comportement après information sur les IST et le VIH/SIDA**

Changement du comportement	Effectifs	%
Oui	981	97,8
Non	23	2,2
Total	1004	100

La majorité des étudiants soit 97,8%, avaient changé de comportement après information sur les IST et VIH/SIDA.



**Tableau VIII : Répartition des étudiants selon les comportements de prévention adoptés après information (n=981)**

Comportements de prévention		Effectifs	%
<b>Usage du préservatif</b>	<b>Oui</b>	533	54,3
	Non	448	45,7
<b>Abstinence sexuelle</b>	<b>Oui</b>	517	52,7
	Non	464	47,3
<b>Fidélité</b>	<b>Oui</b>	405	41,3
	Non	576	58,7
<b>Réduire le nombre de partenaires</b>	<b>Oui</b>	197	20,1
	Non	784	79,9
Autres*		22	2,2

\*Autres : éviter des objets souillés (2), éviter des objets tranchants contaminés (16), éviter du contact direct avec le sang (2), se protéger contre les objets contaminés (2).

NB : plusieurs comportements ont été adoptés par certains étudiants

L'usage du préservatif était le comportement de prévention le plus utilisé avec 54,3%.

**Tableau IX : Répartition des étudiants selon qu'ils aient déjà fait le dépistage du VIH**

Réalisation du dépistage VIH	Effectifs	%
Oui	675	67,2
Non	329	32,8
Total	1004	100

La majorité, soit 67,2% des étudiants avaient déjà fait le dépistage du VIH.

**Tableau X : Répartition des étudiants en fonction des raisons de réalisation du test de dépistage du VIH (n=675)**

Raisons de réalisation du test de dépistage du VIH	Effectifs	%
S'assurer de sa séronégativité	420	62,2
Curiosité	224	33,2
BPN	24	3,6
Analyse effectuée par suite de maladie	21	3,1
Don de sang	18	2,7

NB : plusieurs raisons ont été évoquées par certains étudiants

62,2% des étudiants avaient réalisé le test de dépistage pour s'assurer de leur séronégativité.

**Tableau XI : Répartition des étudiants selon les raisons de la non réalisation du test de dépistage du VIH (n=329)**

Raisons de la non réalisation du test de dépistage du VIH	Effectifs	%
Peur	49	14,9
Manque de confiance au test	35	10,6
Aucun motif	242	73,6
Autres	3	0,9

\*Autres : je n'ai pas eu l'occasion (2), ma femme le fait pendant la grossesse (1)

NB : plusieurs raisons ont été évoquées par certains étudiants

La plupart, 73,6% des étudiants n'avaient évoqué aucune raison de la non réalisation du test de dépistage.

**Tableau XII :** Répartition des étudiants selon l'attitude envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA (n=1004)

Attitudes envers les PVVIH	Effectifs	%
Traiter	939	93,5
Manger ensemble	590	58,8
Serrer la main	573	57,1
Prendre les cours ensemble	542	53,9
Les isoler	30	3

Les étudiants à raison de 93,5% pensent qu'il faut donner un traitement aux PVVIH.

**Tableau XIII :** Répartition des étudiants selon qu'ils aient déjà utilisé le préservatif lors des rapports sexuels (n=691)

Utilisation du préservatif	Effectifs	%
Oui	523	75,7
Non	168	24,3
Total	691	100

La majorité des étudiants soit 75,7% avaient déjà utilisé le préservatif lors des rapports sexuels.

**Tableau XIV :** Répartition des étudiants selon l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel (n=523)

Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel	Effectifs	%
Oui	251	48
Non	272	52
Total	523	100

Moins de la moitié des étudiants, soit 48% déclarait avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel.

**Tableau XV :** Répartition des étudiants selon la fréquence d'utilisation du préservatif (n=523)

Fréquence d'utilisation du préservatif	Effectifs	%
Pour tous les rapports sexuels	150	28,7
Occasionnellement	373	71,3
Total	523	100

28,7% des étudiants utilisaient le préservatif pour tous les rapports sexuels.

**Tableau XVI :** Répartition des étudiants selon les raisons de l'utilisation du préservatif (n=523)

Raisons d'utilisation du préservatif		Effectifs	%
Se protéger contre les IST	<b>Oui</b>	399	76,3
	Non	124	23,7
Eviter une grossesse	<b>Oui</b>	317	60,6
	Non	206	39,4
Curiosité	<b>Oui</b>	24	4,6
	Non	499	95,4
Autres raisons*		3	0,6

\*Lors des règles (1), lors d'un traitement d'IST (2)

NB : certains étudiants ont évoqué plusieurs raisons.

La majorité des étudiants, soit 76,3% utilisaient le préservatif pour se protéger contre les IST.

**Tableau XVII :** Répartition des étudiants selon le nombre des raisons évoquées pour l'utilisation du préservatif

Nombre de Raisons d'utilisation du préservatif	Effectif	%
<b>1</b>	297	56,8
<b>2</b>	221	42,3
<b>3</b>	5	0,9
<b>Total</b>	523	100

La majorité des étudiants, soit 56,8% avaient cité une seule raison d'utilisation du préservatif.

#### 4.4. CONNAISSANCES SUR LA CONTRACEPTION :

**Tableau XVIII** : Répartition des étudiants selon leur information sur la contraception

Information sur contraception	Effectifs	%
Oui	1005	97,5
Non	26	2,5
Total	1031	100

La majorité des étudiants soit 97,5% avaient une information sur la contraception.

**Tableau XIX** : Répartition des étudiants en fonction de leur information sur l'existence des méthodes contraceptives masculines (n=1005)

Information sur méthodes contraceptives masculines	Effectifs	%
Oui	958	95,3
Non	47	4,7
Total	1005	100

La majorité des étudiants, soit 95,3% avaient une information sur les méthodes contraceptives masculines.

**Tableau XX :** Répartition des étudiants en fonction de leur connaissance des méthodes contraceptives masculines : (n=958)

Connaissance des méthodes masculines	Effectifs	%
Préservatifs	899	93,8
Rapport interrompu	306	31,9
Vasectomie	238	24,8
Ne sais pas	35	3,7

NB : plusieurs méthodes ont été citées par certains étudiants

Le préservatif était la méthode contraceptive masculine la plus connue soit 93,8% des étudiants.

**Tableau XXI :** Répartition des étudiants en fonction de leur information sur l'existence des méthodes contraceptives féminines (n=1005)

Information sur méthodes contraceptives féminines	Effectifs	%
Oui	1003	99,8
Non	2	0,2
Total	1005	100

La majorité des étudiants soit 99,8% avaient une information sur les méthodes contraceptives féminines.

**Tableau XXII : Répartition des étudiants en fonction de leur connaissance des méthodes contraceptives féminines :(n=1003)**

Connaissance des méthodes contraceptives féminines	Effectifs	%
Pilule	897	89,4
Préservatifs	811	80,9
Dépo-provera	576	57,4
Implant s/cutané	528	52,6
Collier	385	38,4
Allaitement maternel exclusif	263	26,2
Ligature et résection des trompes	78	7,8
Ne sais pas	24	2,4
Dispositif intra-utérin	18	1,8
Autres*	17	1,7

\*Autres : spermicides (2), abstinence sexuelle (1), implanon (3), anneau vaginal (1), diaphragme contraceptif (1).

NB : plusieurs méthodes ont été citées par certains étudiants

La pilule était la méthode contraceptive féminine la plus citée soit 89,4% par les étudiants.



**Tableau XXIII : Répartition des étudiants en fonction de leurs connaissances sur les avantages de la contraception (n=1005)**

Avantages de la contraception	Effectifs	%
Espacer les naissances	928	92,3
Limiter le nombre d'enfant	514	51,1
Prévenir les IST	453	45,1
Autres*	19	1,9

\*Autres : augmente l'économie familiale (9), aide à la mère à se reposer (1), amélioration des conditions de vie de la femme (2), permet aux femmes de bien s'occuper aux enfants (2), évite les grossesses non désirées (5)

NB : plusieurs avantages ont été cités par certains étudiants

La majorité des étudiants soit 92,3% associaient les avantages de la contraception à l'espacement des naissances.

#### **4.5. ATTITUDES ET PRATIQUES SUR LA CONTRACEPTION :**

**Tableau XXIV : Répartition des étudiants selon qu'ils aient déjà utilisé une méthode contraceptive (n=1005)**

Utilisation de méthode contraceptive	Effectifs	%
Oui	477	47,5
Non	528	52,5
Total	1005	100

47,5% des étudiants avaient déjà utilisé une méthode contraceptive.

**Tableau XXV : Répartition des étudiants en fonction des méthodes contraceptives déjà utilisées (n=477)**

Méthodes déjà utilisées	Effectifs	%
Préservatif	326	68,3
Pilule	62	13
Implant s/cutané	49	10,3
Dépo-provera	24	5,0
Dispositif intra-utérin	15	3,1
Collier	1	0,2

NB : certains étudiants ont déjà utilisé plusieurs méthodes

Le préservatif était la méthode contraceptive la plus utilisée dans le passé avec 68,3% des étudiants.

**Tableau XXVI : Répartition des étudiants en fonction des raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives dans le passé (n=528)**

Raisons de la non utilisation des contraceptifs	Effectifs	%
Contraire à ma religion	83	15,7
Rend malade	80	15,2
Peur d'être stigmatisé	36	6,8
Refus du partenaire	26	4,9
Autres raisons*	20	3,8
Aucune raison	336	63,6

\*Autres raisons : abstinence sexuelle (10), désir d'enfant (3), je ne veux pas (3), mon mari est à la diaspora (2), troubles des règles (1), source de stérilité (1)

NB : certains étudiants ont évoqué plusieurs raisons

Contraire à ma religion était la raison la plus citée soit 15,7% des étudiants.

**Tableau XXVII** : Répartition des étudiants selon l'utilisation actuelle d'une méthode contraceptive (**n=1005**)

Utilisation actuelle de contraceptifs	Effectifs	%
Oui	346	34,4
Non	659	65,6
Total	1005	100

34,4% des étudiants utilisaient une méthode contraceptive.

**Tableau XXVIII** : Répartition des étudiants en fonction des méthodes contraceptives actuellement utilisées (**n=346**)

Méthodes actuellement utilisées	Effectifs	%
Préservatif	230	66,5
Pilule	53	15,3
Dépo-provera	33	9,5
Implant s/cutané	28	8
DIU	13	3,8
Collier	2	0,6

Le préservatif était la méthode contraceptive la plus utilisée soit, 66,5% des étudiants.

**Tableau XXIX : Répartition des étudiants en fonction des raisons actuelles de la non utilisation d'une méthode contraceptive (n=659)**

Raisons actuelles de non utilisation actuelle	Effectifs	%
Contraire à ma religion	69	10,5
Rend malade	66	10,0
Refus du partenaire	38	5,8
Peur d'être stigmatisé	16	2,4
Désir d'enfant	7	1,6
Abstinence sexuelle	6	0,9
Par méconnaissance	3	0,5
Trop chère	1	0,2
Autres raisons	25	3,8
Aucune raison	472	71,6

\*Autres raisons : aménorrhée secondaire (2), j'ai peur de l'utiliser sans informer mes parents (1), je suis enceinte (2), mari à la diaspora (2), pas de partenaire (3), inconvénients (2)  
Contraire à ma religion était la raison la plus citée avec 10,5% des étudiants.

#### 4.5. Résultats analytiques :

**Tableau XXX : Relation entre le sexe et l'âge du 1<sup>er</sup> rapport sexuel**

Sexe	Âge du 1 <sup>er</sup> rapport sexuel				Total
	<15 ans	15-20 ans	>20ans	Ne sais pas	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Masculin	56(15,6)	197(54,9)	93(25,9)	13(3,6)	359(100)
Féminin	5(1,5)	189(57,0)	123(37,0)	15(4,5)	332(100)
Total	61(8,8)	386(55,8)	216(31,3)	28(4,1)	691(100)

Kih-2 : 46,130

P <0,05 (P :0,003)

La majorité des étudiants, soit 55,8% avaient eu leur 1<sup>er</sup> rapport sexuel entre 15 et 20 ans.

**Tableau XXXI : Relation entre le sexe et l'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel (n=523)**

Sexe	Utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel			
	Oui		Non	
	Eff	%	Eff	%
Masculin	163	53,6	141	46,4
Féminin	88	40,2	131	59,8

Kih-2 : 9,207

P : 0,003

La majorité des étudiants de sexe masculin, soit 53,6% avaient utilisé le préservatif au cours du dernier rapport sexuel.

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## **V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :**

### **APPROCHE METHODOLOGIQUE :**

Nous avons réalisé une étude transversale portant sur 1031 étudiants de trois écoles supérieures de la ville de Ségou. Ce qui nous a permis de mieux appréhender les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances, attitudes, pratiques des étudiants en matière de sexualité, de prévention des **IST/SIDA** et de contraception.

### **Limites de l'étude :**

La perte de certaines fiches d'enquête par certains étudiants.

Certaines fiches d'enquête n'ont plus été ramenées

Certaines fiches d'enquête ont été renseignées à domicile ce qui pourrait constituer un biais à la réponse de certaines questions.

### **5.1- caractéristiques sociodémographiques :**

Au cours de notre étude la majorité (68,6%) des étudiants enquêtés avait un âge compris entre 20-25ans. La même tendance a été rapportée par **Metiegam A [11]** mais avec une fréquence de 53,9% d'enquêtés inférieure à la nôtre, qui avaient un âge compris entre 21-24 ans. Cette fréquence s'explique par le fait que c'est la tranche d'âge fréquemment rencontrée en milieu universitaire.

L'enquête a concerné 1031 étudiants des deux sexes avec une prédominance en faveur du sexe féminin 50,7% contre 49,3% de sexe masculin.

Les célibataires ont représenté 71,5% des effectifs dans notre étude contre 28,5% pour les mariés. Cela pourrait s'expliquer qu'en milieu universitaire le mariage n'est pas la priorité, les étudiants se préoccupant plus à l'aboutissement heureux de leur cursus et secondairement à l'emploi.

### **5.2- Connaissance en matière des IST et de VIH/SIDA**

Au Mali selon l'EDS VI dans l'ensemble, 32 % des femmes ayant eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu une IST ou des symptômes d'IST au cours des 12

derniers mois. Ce pourcentage est de 5 % pour les hommes ; 2,9% chez les garçons 15-19ans ; 11,1% chez les jeunes filles 15-19ans [5].

Il ressort de l'évaluation du niveau de connaissance des étudiants sur les IST et le VIH/SIDA que la quasi-totalité avec respectivement 98,1% et 99,4% des étudiants savaient l'existence des IST et du VIH/SIDA car en avaient entendu parler.

Les IST les plus connues étaient : l'infection à VIH (83,3%), la gonococcie (67,4%), la syphilis (52,4%), l'hépatite virale (46,4%), le chancre mou (31,1%). D'autres IST ont été citées telles que : la trichomonose, l'herpès génital, la chlamydie et le condylome. Dans l'étude de **Traoré A [22]** menée chez les jeunes de moins de 20 ans les IST les plus citées étaient respectivement le SIDA, la syphilis et la gonococcie.

Si le VIH était l'IST la plus connue dans notre série c'est plutôt la gonococcie avec 66,1% de cas qui était l'IST la plus citée suivie de la syphilis (65,4%) ; VIH/SIDA (35,3%) dans l'étude de **Metiegam A [11]** par les étudiants en Médecine et Pharmacie.

La connaissance du VIH par les enquêtés pourrait s'expliquer par la forte médiatisation de la pandémie du sida lors des multiples campagnes de sensibilisation.

La bonne connaissance des voies de transmission et des moyens de prévention des IST et du VIH a été largement affirmée par les participants à l'étude. C'est ainsi que la voie sexuelle notamment les rapports sexuels non protégés a été la plus citée avec 89,9% suivi respectivement de la transmission mère enfant (voie verticale) avec 69,7%, l'usage d'objets tranchants contaminés avec 67,9% et de la transfusion sanguine à 62,5%.

**Barkissa NT [23]** dans son étude avait retrouvé 98% pour la voie sexuelle.

Une part non moins importante des enquêtés avaient des conceptions erronées sur la transmission du VIH c'est ainsi que 32 étudiants rapportaient que le VIH



pouvait être transmis par la piqûre de moustique et 10 autres liaient la transmission au fait de manger avec une personne vivant avec le VIH (PVVIH).

Certains avaient cité également l'utilisation des mêmes objets qu'une PVVIH, les sorciers et les accolades comme mode de transmission.

La connaissance des moyens de prévention appropriés est essentielle pour se protéger de l'infection. La limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté ainsi que l'utilisation du condom demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH [10].

C'est ainsi qu'au cours de notre étude le préservatif était le moyen de prévention le plus cité par 75,2% des étudiants suivi respectivement de l'abstinence sexuelle (63,4%), l'abstention d'usage des objets tranchants déjà utilisés (62,8%) et de la fidélité (60,7%). Notre résultat corrobore avec les résultats de l'EDSM VI qui montrent que 62 % des femmes et 76 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré qu'on pouvait éviter les risques de contracter le VIH en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel [5].

**Metiegam A [11] et Barkissa NT [23]** trouvèrent aussi dans leurs études que le préservatif était le moyen de prévention le plus connu avec des taux respectifs de 82,9% et 83,1%.

Tout comme notre étude le même constat a été fait par **Diarra B [24]** qui avait retrouvé 53% d'élèves qui pensaient que l'utilisation des préservatifs était le premier moyen de prévention du VIH/SIDA et 47% d'entre eux croyaient plutôt à la fidélité comme moyen de prévention contre le VIH/SIDA.

Dans notre étude les principales sources d'information sur les IST et VIH/SIDA des étudiants étaient : les agents de santé (69,8%) ; la télévision (57,3%) ; les cours (56,5%) ; les théâtres (53,3%) ; la radio (47,2%) ; les amis avec 40,1% ; les réseaux sociaux avec 38,2% ; les parents 18,6% ; autres (mosquée et église) : 2,6% et 4,7%. Les mêmes sources ont été rapportées dans les études menées par **Traoré A [22]** avec comme principales sources

d'informations sur les IST/VIH/SIDA qui étaient respectivement l'école/conférence avec 48,1% ; média 36,7% ; parents 8,2% ; autres 6,3% et de **Metiegam A [11]** avait rapporté la télévision (24,3%) ; la radio (23%) ; la causerie avec les camarades (22,1%) ; les cours de la faculté (20,1%) ; les parents (10,2%) ; les amis du quartier : 0,2%.

Dans toutes ces études, il ressort que la famille n'était pas le lieu où les jeunes pouvaient avoir des informations relatives aux IST/SIDA, confirmant ainsi le manque de communication entre parent et enfant mais aussi à cause des pesanteurs socio-culturelles qui font de la sexualité un tabou dans notre société.

### **5.3- Attitudes et pratiques face aux IST/VIH/SIDA**

Dans notre étude 97,8% des étudiants affirmaient avoir changé positivement leur comportement après l'information sur le VIH/SIDA et les comportements préventifs adaptés étaient entre autres l'usage du préservatif (54,3%), l'abstinence sexuelle (52,7%), la fidélité (41,3%), la réduction du nombre de partenaires (20,1%). Une part non moins importante de 22 étudiants (2,2%) avaient cité comme moyens préventifs (d'éviter les objets tranchants contaminés, souillés, le contact direct avec le sang).

La connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH aide les personnes négatives au VIH à prendre des décisions spécifiques pour réduire le risque et avoir des pratiques sexuelles à moindre risque pour ne pas contracter la maladie. Au Mali peu de personnes semblent connaître leur statut sérologique car le taux de dépistage est faible avec 18 % des femmes et 14 % des hommes qui ont déjà fait un test du VIH et ont reçu le résultat [5].

Dans notre étude 67,2% des étudiants avaient déjà réalisé un test de dépistage au VIH dont 62,2% l'avaient réalisé pour s'assurer de leur séronégativité. Parmi ceux qui n'ont pas réalisé un test de dépistage au VIH les motifs évoqués étaient : la peur (14,9%), le manque de confiance au test (10,6%), et la plupart (73,6%) n'avaient évoqué aucune raison.

Notre taux de dépistage au VIH était largement supérieur au taux national car notre étude s'est déroulée en milieu universitaire contrairement à la population générale dans laquelle seulement 28 % des femmes contre 47 % d'hommes sont alphabétisés [5].

La stigmatisation se définit comme l'action de mettre à l'écart une personne à cause de ses différences qui sont considérées comme hors-norme. Elle peut prendre la forme de manifestations verbales banales, être amenée par les proches ou encore par la personne elle-même. La personne en question peut alors se considérer hors de la norme sociétale établie et ainsi pratiquer le mécanisme d'auto-stigmatisation (Bichsel & Conus, 2017) [25].

Le comportement peut être influencer par le niveau de connaissance sur cette maladie c'est ainsi qu'au Mali 68 % des femmes et 60 % des hommes ont exprimé des opinions discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH [5].

Au cours de notre étude, beaucoup d'étudiants avaient une attitude positive envers les PV-VIH car 93,5% pensaient qu'il fallait leur apporter un traitement, 58,8% affirmaient qu'on doit manger ensemble avec les PV-VIH, les serrer la main dans 57,1% de cas, accepter de prendre les cours ensemble s'il s'agit PV-VIH élèves ou étudiants (53,9%) contrairement à l'étude de **Diemer S et col.** [26] qui avait rapporté un indice de stigmatisation et de discrimination des PV-VIH de 87 %, beaucoup plus élevé chez les femmes (90,1 %) que chez les hommes (79,9%), de **Atanga PN et col** [27] chez qui le taux de stigmatisation et de discrimination était de 52,8% conduisant même à l'abandon du traitement anti rétroviral (TARV).

Notre taux élevé d'attitude positive pourrait s'expliquer par la large campagne de sensibilisation à travers des médias et surtout l'internet, les cours mais aussi le niveau d'instruction des enquêtés.

Dans notre étude 75,7% des étudiants avaient déjà fait usage du préservatif dont 48% ont affirmé l'avoir utilisé lors de leurs derniers rapports sexuels. La même tendance avait été rapporté par **Keita O** [28] mais avec des fréquences supérieures

aux nôtres dans son étude 93,7% des jeunes affirmaient avoir déjà vu le préservatif et 41,9% savaient comment bien l'utiliser.

Selon la fréquence d'utilisation du préservatif 71,3% des étudiants l'utilisaient occasionnellement contre 28,7% qui l'utilisaient pour tous les rapports sexuels. Cette utilisation occasionnelle du préservatif par les jeunes de notre contexte pourrait s'expliquer par le fait que les rapports sont souvent imprévus, irréguliers et ont parfois lieu sous la contrainte ou la force dans un contexte d'union maritale ou, de plus en plus souvent avant le mariage.

Parmi les étudiants qui ont déjà utilisé le préservatif les principaux motifs étaient la protection contre les IST/SIDA (76,3%), la prévention d'une grossesse indésirée (60,6%).

La fréquence de la protection contre les IST/SIDA dans notre étude était liée au fait que 98,1% savaient l'existence des IST.

#### **5.4- Connaissance sur la contraception :**

L'utilisation de la contraception permet d'éviter les grossesses non désirées ou non planifiées et prévient des grossesses à risque. La contraception contribue également à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant [5]. C'est ainsi que dans notre étude la presque totalité des étudiants enquêtés (97,5%) avaient déjà entendu parler des méthodes contraceptives dont 95,3% des étudiants connaissaient au moins une méthode de contraception masculine et 99,8% connaissaient au moins une méthode de contraception féminine.

Nos résultats sont comparables à ceux de **Sidibé T et al [29]**, avec 99,7% des élèves qui avaient entendu parler des méthodes contraceptives **Diarra S et al. [30]** avec 99,4% de Lycéens. Ce résultat est également confirmé par d'autres études dans lesquelles la majorité des élèves ou étudiants avait une connaissance en matière de contraceptions comme :

- Celles de **Bomia M [31]**, qui avait retrouvé 93,8% de cas en milieu scolaire de **Masmoudi S [32]** en Tunisie et **Simbar M** en Iran [33] qui avaient retrouvé

respectivement 87% et 55% d'étudiants qui avaient entendu parler de contraception.

Dans les pays islamiques comme l'Iran, l'éducation parentale est fortement influencée par la religion qui constitue un obstacle à l'éducation en matière de santé de la reproduction.

Notre taux élevé est à l'image du taux national car au Mali plus de neuf femmes sur dix (93 %) et plus de neuf hommes sur dix (96 %) ont déjà entendu parler d'une méthode contraceptive. Malgré ce taux élevé de connaissance, 24 % des femmes en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale [5].

Toutes les méthodes contraceptives étaient connues par nos enquêtés mais les plus fréquemment citées étaient le préservatif et le coït interrompu chez l'homme avec respectivement 93,8% et 31,9% des étudiants. La fréquence au sein de notre série à propos de la connaissance du préservatif était comparable à celle de **Arowojolu AO au Nigéria [34]** qui avait trouvé dans son étude le préservatif comme la méthode contraceptive la plus fréquente avec 93% de cas mais supérieure à celle de **Simbar M [33]** qui avait retrouvé 72% de cas. Cette fréquence de la connaissance du préservatif dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait qu'au Mali, depuis l'avènement de la pandémie du VIH/SIDA, de vastes campagnes de sensibilisation ont été entreprises surtout lors du mois de décembre qui a été institué comme mois de lutte contre le VIH/SIDA au cours desquelles le préservatif est mis au centre des moyens de prévention.

La pilule et le préservatif chez la femme avec respectivement 89,4 et 80,9 % des étudiants. Notre fréquence de connaissance des contraceptifs oraux était supérieure à celles de **Barbour B au Liban [35]** et de **Simbar M [33]** en Iran qui ont retrouvé respectivement 82,8% et 82% d'étudiants qui connaissaient les contraceptifs oraux. Tout comme dans notre étude les contraceptifs oraux étaient la méthode la plus citée dans la série de **Simbar M [33]**.

Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que ces méthodes font partie de celles dont l'usage ne nécessite pas un personnel qualifié. Ils sont faciles d'accès, disponibles dans les centres de santé maternelle et infantile, les pharmacies et semblent être la méthode proposée en première intention aux jeunes filles.

Ce niveau de connaissance élevé pourrait se justifier d'une part par une large connaissance des avantages des méthodes contraceptives puisque 92,3% des enquêtés associaient la contraception à l'espacement des naissances et 45,1% pensaient que c'est un moyen de prévention des IST/SIDA. D'autre part à la politique nationale de sensibilisation et d'éducation de la santé qui met plus d'accent sur l'espacement des naissances en matière de planification familiale (PF).

### **5.5. Attitudes et pratiques sur la contraception :**

Si la quasi-totalité des enquêtés de notre série ont une connaissance sur la contraception, on note cependant une faible utilisation des méthodes contraceptives. C'est ainsi que nous rapportons dans notre étude que seulement 47,5% des étudiants avaient déjà utilisé une méthode contraceptive dont 34,4 % utilisaient une méthode au moment l'enquête.

Les méthodes en cours d'utilisation étaient : le préservatif par 66,5 %, la pilule 15,3 %, l'implant et le dispositif intra-utérin étaient dans de faibles proportions avec respectivement 8,1% et 3,8% de cas.

Ce taux est inférieur à celui de **Bonhoro L [36]** au Burkina avec 81,1% d'utilisateurs de préservatif mais nettement au-dessus des 43,9% de cas rapporté par **Rowen TS [37]** en Californie (USA). Tout comme dans ces études, le préservatif vient en première position en termes d'utilisation dans notre série. Ce choix prédilectif d'utilisation du préservatif serait lié à sa facilité d'accès (disponible dans les services de santé, les centres d'écoute et dans les boutiques, à son coût relativement abordable). En outre le double avantage de protection

(protection contre les grossesses non désirées et les IST/VIH/SIDA), fait du préservatif une méthode plus utilisée.

Tout comme dans notre étude les contraceptifs oraux venaient au deuxième rang d'utilisation avec 15,3% d'étudiants contre 37,9% dans la série de **Rowen TS [37]**. Ce résultat trouverait son explication dans le fait que cette méthode n'offre pas l'avantage de protéger contre les IST/VIH/Sida surtout si l'on considère que la majorité des étudiants n'ont pas un partenaire sexuel régulier.

Parmi les 65,6% d'étudiants qui n'utilisaient pas une méthode contraceptive au moment de l'enquête les raisons évoquées étaient entre autres : l'incompatibilité avec leur religion (10,5%) ; 10% d'entre eux pensaient que la contraception rendait malade. Cependant aucune raison n'avait été évoquée par la majorité des étudiants (71,6%).

Contrairement à notre étude les raisons évoquées dans la série de **M'baye. R [38]** pour justifier la non fréquentation du service de planification familiale étaient : dans 11% des cas liés à l'absence de mari par décès, le statut de célibataire 11% de cas et le désir d'enfant dans 11% de cas.

La faible fréquence d'utilisation contraceptive dans notre série corrobore les taux nationaux car au Mali en 2018 parmi les femmes âgées de 15-49 ans, 15 % utilisaient une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête démographique et de santé. Cette prévalence est de 16 % chez les femmes actuellement en union contre 35 % chez les femmes sexuellement actives qui n'étaient pas en union [5].

La sous-utilisation des services contraception par les étudiants malgré qu'ils soient informés pourrait s'expliquer par la crainte de stigmatisation surtout pour les filles qui ne sont pas en union.

Notre résultat est largement en dessous de ceux de **Sorhaindo A [39]** au Jamaïque qui avait retrouvé 93% d'étudiants utilisant une méthode contraceptive. Par contre ce taux est proche à celui de **Arowojolu [34]** au Nigéria avec 34,2% des étudiants

de premier cycle utilisant au moins une méthode contraceptive et inférieur à celui de **Bonhoro L [36]** au Burkina qui avait rapporté 51% d'utilisateurs d'une méthode contraceptive.

### **5.6- Les résultats analytiques :**

Au cours de notre étude, plusieurs facteurs ont été décrits et analysés pour comprendre le lien entre les connaissances, les attitudes et les pratiques sur des IST/VIH/SIDA et de la contraception. Il s'agissait de l'âge, le sexe, le statut matrimonial

Il ressort de nos résultats les situations statistiques suivantes.

La majorité des étudiants a eu leur premier contact sexuel entre 15 et 20 ans en faveur des filles avec une probabilité significative (P :0,003).

Nos résultats étaient semblables à ceux de **Audrey Pettifor A et col. [40]** en Afrique du Sud qui avaient retrouvé un âge moyen des premiers rapports à 16,4 ans pour les hommes et de à 16,8 ans pour les femmes. Cette même observation a été faite par **Keita OA [41]** parmi les groupes à risque, chez qui l'âge moyen du premier rapport sexuel se situait entre 15 et 18 ans. Selon l'étude **Sidibé S [42]** le pic d'âge du premier rapport sexuel était à 15 ans.

Au cours de notre enquête les étudiantes ont déclaré avoir moins utilisé le préservatif au cours du dernier rapport sexuel en faveur des garçons avec une probabilité significative (p=0,003). Ce qui constituait un comportement à risque qui peut s'expliqué par le faible pouvoir de décision des femmes en matière de sexualité dans notre société.



# **CONCLUSION ET RECOMMANDATION**

## **VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATION**

### **1-CONCLUSION**

Cette étude a permis de retenir les principaux points suivants :

Le niveau de connaissance sur les IST/VIH/SIDA était acceptable. Bien que les méthodes de protection étaient connues par plus de la moitié des enquêtés. Les pratiques et comportements sexuels à risques demeurent non négligeables.

L'utilisation d'une méthode contraceptive est conditionnée à la connaissance des méthodes contraceptives. En effet, la majorité des étudiants déclarant connaître la contraception, c'est une faible proportion qui utilisait un contraceptif.

Les raisons de désapprobation de la contraception étaient respectivement la religion, rend malade, le refus du partenaire.

Malgré les efforts consentis il reste beaucoup à faire auprès des jeunes pour une meilleure compréhension de la sexualité et des méthodes contraceptives pour diminuer l'incidence des IST/VIH/SIDA et des grossesses indésirées.

## 2-RECOMMANDATIONS

Au terme de ce travail, nous faisons les recommandations suivantes :

### ⇒ **Aux autorités politiques et sanitaires**

- Encourager les études de recherche sur la santé de la reproduction en milieu universitaire.
- Faire une large diffusion des résultats des études de recherche sur la santé de la reproduction en milieu universitaire
- Introduire dans les programmes universitaires l'enseignement sur la sexualité.
- Renforcer les campagnes de sensibilisation sur la contraception, les **IST/SIDA** dans les établissements universitaires.
- Introduire de cent pourcent de pratiques dans les programmes de prévention des IST/VIH des institutions de l'enseignement supérieur et faire distribution des préservatifs/offre dans les infirmeries

### ⇒ **Aux parents**

- Discuter des questions relatives à la sexualité, à la **PF** et aux **IST/SIDA** avec les jeunes.
- Renforcer l'éducation parentale.
- Encourager les jeunes à fréquenter les centres de conseils et d'écoute.

### ⇒ **Aux étudiants :**

- Fréquenter les centres de prise en charge des jeunes en matière de santé de la reproduction.
- Fréquenter les structures de planification familiale.
- Faire le dépistage volontaire du **VIH** afin de connaître son statut sérologique.
- Eviter les comportements à risque.

# **REFERENCES**

## VII-REFERENCES :

- 1- **OMS** : Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles, 2016-2021. Cadre de mise en œuvre dans la région Africaine Soixante-septième session Victoria Falls, République du Zimbabwe, 28 août-1er septembre 2017 ; 12p.
- 2- **Pierre A, Bernard AG**. Médecine tropicale, infections sexuellement transmissibles, 2022, 15p ; mis à jour le 9/08/2022 [www.medecinetropicale.com](http://www.medecinetropicale.com)
- 3- **Organisation des Nations Unies-SIDA (ONUSIDA)** : Fiche d'information 2021 sur les statistiques mondiales sur le VIH :7
- 4- **Sanogo D**. Attitudes et pratiques comportementales en matière d'IST, VIH/SIDA en milieu scolaire urbain de la commune VI du district de Bamako. [Thèse : Med]. Bamako, université de Bamako, 2018. 89p n°03
- 5- Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. **Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018**. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.
6. **Dembélé M**. Etude comparative des connaissances, attitudes et pratiques des adolescents scolarisés et non scolarisés en matière de planification familiale et infections sexuellement transmissible/SIDA en commune I du district de BAMAKO. [Thèse : Med]. Bamako 2012. 102p n° 04
7. **Campana A**. Médecine de la reproduction, endocrinologie – Family planning : Guidelines, reviews, [www.gtmer.ch](http://www.gtmer.ch) ; Octobre 2004
8. **Kamina P**. Anatomie clinique-volume 4, 2<sup>ème</sup> édition
9. **Diakité SM**. Etude comparative des connaissances, Attitudes, et pratiques des adolescents et des jeunes de la commune urbaine de Mopti en matière de planning familial, d'IST/SIDA et de la commune V du district de Bamako. [Thèse : Med]. Bamako, université de Bamako 2010 80p n°211

**10.** Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2014. **Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013.** Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International.

**11. Metiegam A.** Connaissances, attitudes et pratiques comportementales liées aux IST et au VIH/SIDA des étudiants de la FMPOS. [These : Med]. Bko 2009. 85p n°509

**12.** Cellule sectorielle de lutte contre le SIDA et les hépatites virales (CSLSH) au Mali. **Normes et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA**, juin 2022, 95p.

**13. Les centres pour les contrôles des maladies.** Contraceptifs hormonaux vue d'ensemble. Dans : planification familiale méthodes et pratiques pour l'Afrique. Géorgie, 1985 : 137-62.

**14. Oliveras E.** Guide de poche à l'intention des prestataires de services de planification familiale. 1996-1998 ; 2<sup>nd</sup> Edition :322.

**15. Perlemuter L, Perlemuter G.** Guide de Thérapeutique. 2<sup>e</sup> Edition actualisée, Masson, 2002 : 600-610.

**16. Robin G, Massart P, Letombe B.** La contraception des adolescentes en France en 2007. Rev Gynécologie obstétrique et fertilité 2007 : 35(10) : 951-67

**17. Hatcher RA, Rinehart W, Blackbum R, Geller JS, Shelton JD.** Eléments de la technologie de la contraception : Manuel à l'intention du personnel clinique. Programme d'information sur la population de l'université Johns Hopkins. Octobre 2000 ; Chapitres 1-16.

**18. Sidibé B.** Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques des étudiants résidents au campus de la FAST en matière de planification familiale. [Thèse : Med]. Bamako, université de Bamako, 2015. 116p n°308

**19. Family Health International.** La contraception après un rapport non protégé. Le choix du contraceptif Network en français 1996 ; 15-19. Consultable à l'URL : <http://www.fhi.org>. Tel : 1-919-544-7040. Fax : 1-919-544-7261

**20. Family Health International.** Le préservatif féminin, état de la recherche programme et politique de santé 2002. Consultable à l'URL : <http://www.fhi.org>. Tel : 1-919-544-7040. Fax : 1-919-544-7261

**21.** Polycopié des enseignants français en endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (2<sup>ème</sup> Edition, 2011).

**22. Traoré A.** Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes de moins de vingt ans face aux IST/SIDA. [these : med]. Bamako 2006 ;06-P-67.

**23. Barkissa NT.** Connaissances et comportements face au VIH/SIDA en milieu scolaire de Bamako. [these : med]. Bamako 2006 81p n°212

**24. Diarra B.** Connaissance, attitudes, pratiques comportementales en matière de maladies sexuellement transmissible et du VIH/SIDA en milieu scolaire urbain de Kati [these : Med]. Bamako : Université de Bamako ; 2011. 85p n°228

**25. Dorsaz C :** Pour quelles raisons, le taux de transmission verticale du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) durant l'accouchement et la période du postpartum reste élevé en Afrique de l'Est, malgré les programmes de prévention actuels ? Mémoire de Bachelor ; Haute Ecole de Santé de Genève (Heds), le 16 août 2018 ; p-71.

**26. Diemer SCH, Ngbale RN, Longo JDD, Dienhot OB, Gaunefet CE.** Les facteurs de risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant à Bangui. Med Sante Trop 2017 ; 27 : 195-199. doi : 10.1684/mst.2017.0665.

**27. Atanga PN, Ndetan HT, Achidi EA, Meriki HD, Hoelscher M et Kroidl. A :** Retention in care and reasons for discontinuation of life long antirétroviral therapy in a cohort of Cameroonian pregnant and breastfeeding HIV-positive

women initiating 'Option B+' in the South West Region Tropicale et international Heath 2016 22(2) :161-70

**28. Keita O.** Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes sur les IST/VIH/SIDA à Bamako (Mali) : cas des communes III et IV. [These : Med]. Bamako, université de Bamako, 2015. 97p n°156

**29. Sidibé T, Sangho H, Traoré MS, Cissé MB, Diallo B, Keïta MM, Gendrel D.** Connaissances et pratiques des élèves d'un lycée de Bamako en matière de contraception et prévention des IST. Mali Medical, 2006 ; (1) :39-42.

**30. Diarra S, Oumar AA, Keita M, Dembélé JP, Fofana A, Diallo A, et al.** Planification familiale et IST/VIH : connaissances et pratiques des adolescents du lycée Monseigneur Luc Sangaré de Bamako. Rev Malienne D'Infectiologie Microbiol. 20 févr. 2014;(1) : 34-43.

**31. Bomia M.** 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 : Med]. Bamako, 2005-77p ; n°17.

**32. Masmoudi, Soussi J, Bellaaj, Lachtar F, Aloulou, et al.** Vie sexuelle des adolescents (enquête auprès de 352 étudiants tunisiens). Annales Médico-psychologique. 2006-164p.

**33. Simbar M, Tehrani FR, Hashemi Z.** Reproductive health knowledge, attitudes and practices of Iranian college students, 2005 ; 11 :888-897

**34. Arowojolu AO, Ilesanmi AO, Roberts OA, Okunola MA.** Sexuality, contraceptive choice and AIDS awareness among Nigerian undergraduates, 2002 ; 6 : 60-70

**35. Barbour B, Salameh P.** Knowledge and practice of university students in Lebanon regarding contraception. Eastern Mediterranean Heath Journal, 2009 ; 15 :387-99



**36. Bonhoro L.** Connaissance attitude et pratique de la contraception en milieu estudiantin des universités publiques de la ville de Ouagadougou. [These : med] : université de Ouagadougou ; 2012.

**37. Rowen TS, Smitha JF, Eisenberg ML, Breyer BN, Drey EA, Shindel AW.** Contraceptive usage patterns in North American medical students, 2011 ; 83 : 459–65.

**38. M'Baye R** Evaluation des Connaissances, Attitudes et Pratiques du Comité de Femmes Utilisatrices des Services du Centre de Santé Communautaire de Doumanzana en matière de Planification Familiale. [Memoire]. Bamako, Université de Bamako, 2021. 73p

**39. Sorhaindo A, Becker D, Fletcher H, Garcia SG.** Emergency contraception among university students in Kingston, Jamaica : a Survey of knowledge, attitudes, and practices. Contraception, 2002 ; 66 : 261–68

**40. Pettifor A, O'Brien K, MacPhail C, Miller WC, Rees H.** Early coital debut and associated HIV risk factors among young women and men in South Africa. Int Perspect Sex Reprod Health 2009 ; 35 : 82-90.

**41. Keita OA.** Etude intégrée sur la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels de cinq populations cibles au Mali. These Pharm., FMPOS, Bamako, 2005. 77p n°05

**42. Sidibé S.** Aspect épidémiologie et clinique des IST au CSCom de Banconi. These Med, FMPOS, Bamako, 2011. 74p n°138

# **ANNEXES**

## VIII-ANNEXES

### Fiche d'enquête :

Date : /-----/-----/-----/ Fiche No : -----

Nom d'établissement : /-----/ 1 : INFSS, 2 : Vicenta Maria, 3 : Université Ségou

**I-** Caractéristiques de l'étudiant Age : /-----/ 1 : ≤ 19 ans, 2 : 20-25 ans

Sexe : /-----/ 1 : M, 2 : F

Classe : /-----/ 1 = 1<sup>e</sup> A, 2 = 2<sup>e</sup> A, 3 = 3<sup>e</sup>A, 4 = 4<sup>e</sup>A, 5 = 5<sup>e</sup>A

Filière : /-----/ 1 : sage-femme ; 2 : Infirmier ; 3 : Université

Situation matrimoniale : /-----/ ; 1 : célibataire, 2 : marié(e) ; 3 : union libre ;

Si célibataire ; avec qui vivez- vous : /-----/ 1 : Vos parents ; 2 : tuteur ;

3 : internat ; 4 : Seul(e)

**II-** Connaissances, attitudes et pratiques en matière d'IST/VIH/SIDA

**Q.01.** Avez-vous entendu parler d'infections sexuellement transmissibles ? /-----/ 1 : Oui ; 2 : Non

**Q.02-** Si oui, lesquelles, cocher 1 : Syphilis/-----/ ; 2 : Chancre mou/-----/ ; 3-VIH/SIDA/-----/ 4 : Gonococcie ou chaude-pisse/-----/ ; 5 : L'herpès génital /-----/ ; 6 : Condylomes /-----/ ; 7 : L'hépatite /-----/ ; 8 : Trichomonase vaginale /-----/ ; 9 : Chlamydirose/-----/ 10-Autres (citez-les) : -----

**Q.03-** Quels signes d'infections sexuellement transmissibles connaissez -vous ?

1-Douleurs abdominales basses/-----/ ; 2 : Ecoulements génital/-----/ ;

3-Brûlure mictionnelle/-----/ ; 4- Plaies sur le sexe /-----/ ; 5-Démangeaisons sur le sexe/-----/ ;

6- Gonflement douloureux de l'appareil génital /-----/ ; 7-boutons de l'appareil génital /-----/ ;

8-Autres (citez-les) : -----

9- Ne connaît aucun signe /-----/

**Q.04-** Peut-on éviter les infections sexuellement transmissibles ? /-----/

1- Oui ; 2-Non

**Q.05-** Si oui, comment ? cocher 1-S'abstenir de rapport sexuel jusqu'au mariage /-----/ ; 2- Fidélité à un seul partenaire/-----/ ; 3-Utiliser les préservatifs /-----/ ;

4-Autres (citez-les) : -----

**Q.06-** Peut- on traiter les infections sexuellement transmissibles ? /-----/

1- Oui ; 2- Non

**Q.07-** Si oui, comment ? (Cochez vos réponses)

1- Médicaments traditionnels /-----/ ; 2-Médicaments modernes/-----/

3-Autres (citez-les) : -----

**Q.08 -** Avez-vous déjà contracté des signes d'infection sexuelle ? (*Si non, passez à Q.11*)

1-Oui/-----/ ; 2- Non/-----/

**Q.09-** Si oui, lesquels

1-Douleurs abdominales basses/-----/ ; 2-Ecoulements génital/-----/ ; 3-Brûlure mictionnelle/-----/ ; 4- Plaies sur le sexe /-----/ ; 5-Démangeaisons sur le sexe/-----/ ; 6- Gonflement douloureux de l'appareil génital /-----/ ; 7-boutons de l'appareil génital /-----/ ;

8- Autres signes -----

**Q.10-** A quelle structure avez-vous fait recours ?

1-Les centres de santé/-----/ ; 2-Les pharmacies/-----/ ; 3-Les tradipraticiens/-----/ ;

4- Autres (citez-les) : -----

**Q.11-** Avez-vous déjà eu un rapport sexuel ?

1- Oui/-----/, 2-Non/-----/ (*Si non passez à Q.18*)

**Q.12-** Si oui, à quel âge ? 1 : avant 15ans /-----/ ; 2 : entre 15-20ans /-----/ ; 3 : après 20ans /-----/ ; 4 : Ne sait pas /-----/

**Q.13-** Avez-vous déjà utilisé le préservatif lors des rapports sexuels ?

1- Oui/-----/ ; 2- Non/-----/ (*si non, passez à Q.17*)

**Q.14-** Si oui, l'avez-vous utilisé lors de votre dernier rapport sexuel ?

1- Oui/-----/ ; 2- Non/-----/

**Q.15-** Pour quelle(s) raison(s) l'utilisez-vous ? 1-Se protéger contre les infections sexuellement transmissibles /-----/ ; 2-Se protéger contre une grossesse /-----/ ;

3-Par curiosité /-----/ ; 4- Autres raisons : -----

**Q.16-** Habituellement, à quelle fréquence vous utilisez le préservatif ? 1-Pour tous les rapports sexuels /-----/ ; 2- Occasionnellement /-----/

**Q.17-** Pour quelle(s) raison(s) vous n'utilisez pas le préservatif (pour les non utilisateurs) ?

1-Fidélité au ou à la partenaire/-----/ ; 2-Ne veut pas /-----/ ; 3-Trop cher/-----/ ;

4-Désir un enfant /-----/ ; 5-Refus du ou de la partenaire de l'utiliser /-----/ ;

6- Diminue le plaisir/-----/ 7-Autres (citez-les) : -----

**Q.18-** Avez-vous déjà entendu parler du VIH/SIDA ? 1 : Oui/-----/ ; 2 : Non/-----/

**Q.19-** Croyez-vous au VIH/SIDA ? 1 : Oui/-----/ ; 2: Non /-----/ (*Si non, passez Q.III*)

**Q.20-** De qui avez-vous entendu parler du VIH/SIDA ? 1-Les ami(e)s/-----/ ;

2-Les parents/-----/ ; 3-Les cours/-----/ ; 4-Les agents de santé/-----/ ; 5-La radio/-----/ 6- La télévision/-----/ ; 7-La mosquée/-----/ ; 8-L'église/-----/ ; 9-Les théâtres/-----/ ; 10-Les réseaux sociaux (internet)/-----/

11-Autres (précisez) : -----

**Q.21-** Que pensez -vous sur les informations données sur le VIH/SIDA ?

1-Bonnes/-----/ 2-Insuffisantes/-----/ 3-Mauvaises/-----/

**Q.22-** Comment se transmet-il le SIDA ? 1-Rapports sexuels non protégés/-----/ ; 2-Rapports

homosexuels/-----/ ; 3-Transfusion sanguine/-----/ ; 4-Usage d'objets tranchants contaminés/-----/ ;

5-Transmission mère-enfant/-----/ ; 6-Causer par les sorciers/-----/ ; 7- Causer par piqûre

de moustique/-----/ ; 8- en mangeant avec la personne infectée /-----/ ; 9- En utilisant les objets

d'une personne infectée (habits, le pot à boire, le jarre d'eau) /-----/ ; 10-Ne sait pas/-----/

11-Autres (précisez) : -----

**Q.23-** Cocher les signes de l'infection par le VIH que vous connaissez :

1- Fièvre/-----/ ; 2- Diarrhée /-----/ ; 3- Amaigrissement /-----/ ; 4- Fatigue /-----/

5-Ne sait pas/-----/ ; 6- Autres (précisez) -----

**Q.24-** Selon vous, peut-on éviter le VIH/SIDA ?

1-Oui/-----/ ; 2-Non/-----/ ; 3-Ne sait pas/-----/

**Q.25-** Si oui, par quels moyens ? (Cochez les moyens que vous connaissez)

1- L'abstinence /-----/ ; 2-Utilisez toujours le préservatif /-----/ ; 3-Fidélité au ou à la partenaire/-----/ ;

4- Eviter le contact direct avec le sang/-----/ ; 5- Eviter d'utiliser les objets tranchants déjà

utilisés/-----/ ; 6-Eviter les piqûres des moustiques /-----/ ; 7- Chercher la protection des

guérisseurs traditionnels /-----/ ;

8-Autres (précisez) : -----

**Q.26-** Qui entre l'homme et la femme est le plus exposé au VIH/SIDA ?

1- Les deux ont le même risque /-----/ ; 2- L'homme /-----/ ; 3- La femme /-----/

**Q.27-** Une personne en bonne santé apparente peut-elle porter le virus du SIDA ? 1- Oui/-----/ ; 2- Non/-----/

**Q.28-** Selon vous, peut-on guérir le VIH/SIDA ?

1-Oui /-----/ ; 2-Non /-----/ ; 3-Ne sait pas /-----/

**Q.29-** Si oui, par quels moyens ? 1-Médicaments modernes/-----/ ; 2-Médicaments traditionnels/-----/ ; 3- la prière/-----/ 4-Autres (citez-les) : -----

**Q.30-** Depuis que vous avez entendu parler du VIH/SIDA, avez-vous changé votre comportement pour éviter de contracter la maladie ?

1-Oui/-----/ ; 2-Non/-----/ ;

**Q.31-** Si oui, qu'avez-vous fait ? 1-Abstinence sexuelle/-----/ ; 2-Usage du préservatif/-----/ ; 3-Réduire le nombre de partenaires/-----/ ; 4-Fidélité au ou à la partenaire/-----/ ;

5-Autres (précisez) : -----

**Q.32-** Avez-vous déjà fait votre test de dépistage VIH ? 1-Oui/-----/ ; 2-Non/-----/

**Q.33-** Si oui, quelles ont été les raisons de la réalisation du test ?

1-La curiosité/-----/ 2- S'assurer de sa séronégativité/-----/ 3-Analyse effectuée par suite de maladie/-----/ 4-Autres (citez-les) : -----

**Q.34-** Si non, pour quelles raisons ne l'avez-vous pas encore fait ?

1-La peur/---/ ; 2-Manque de confiance/-----/ ; 3-Aucun motif /-----/ ;

4-Autres (précisez) : -----

**Q.35-** Qu'est-ce qu'un séropositif ?

1-Une personne qui vit avec le VIH/--/ 2 : Une personne qui vit sans le VIH/--/ ; 3 : Ne sait pas/---/

**Q.36-** Accepterez-vous d'informer les parents si vous êtes séropositif ?

1- Oui/-----/ ; 2- non /-----/

**Q.37-** Accepterez-vous d'informer votre partenaire si vous êtes séropositif ?

1- Oui/-----/ ; 2- non /-----/

**Q.38-** Comment devons-nous vivre avec les personnes vivant avec le VIH/SIDA

1-Les traiter/-----/ ; 2-Les serrer la main /-----/ ; 3-Manger ensemble/-----/ ;

4-Poursuivre les cours si élève/-----/ ; 5-Les isoler/-----/

**III-** Connaissances en matière de contraception

**Q.39-** Avez-vous déjà entendu parler de contraception

1 : Oui /-----/ ; 2 : Non /-----/

**Q.40-** Existe-t-il de méthodes contraceptives pour l'homme

1 : Oui /-----/ ; 2 : Non /-----/

**Q.41-** Si Oui lesquelles ? 1 : préservatif /----/ ; 2 : Castration /----/ ;

3 : rapport interrompu /----/ ; 4 : Ne sais pas /----/

**Q.42-** Existe-t-il de méthodes contraceptives pour la femme

1 : Oui /----/ ; 2 : Non /----/

**Q.43-** Si Oui lesquelles ? 1 : Préservatif/----/ 2 : pilule/----/ 3 : collier /----/ 4 : confiance /----/ ; 5 : Jadelle/----/ ; 6 : Castration/----/ ; 7 : Allaitement maternel exclusif ; 8 : Ne pas /----/ ; 9 : Autres/-----/

**Q.44-** Où peut-on obtenir les moyens de contraception ?

1 : centre de santé /----/, 2 : Pharmacie /----/, 3 : Boutique /----/ 4 : Ne sais pas /----/, 5 :

Partout /----/

**Q.45-** Quels sont les avantages de la contraception ?

1 : Espacer les naissances /----/ ; 2 : Prévenir des infections sexuellement transmissible /----/ ;

3 : limite le nombre d'enfant /----/ ;

4 : Autres -----

**Q.46-** Quels sont les inconvénients de la contraception ?

1 : Favorise l'infidélité/--/ ; 2 : réduit le nombre d'enfants /--/ ; 3 : rend malade /--/ 4 : Autres

**Q.47-**Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive

1 : Oui /----/ ; 2 : Non/----/

**Q.48-**Si oui, laquelle

1 : Préservatif /----/ ; 2 : pilule /----/ ; 3 : collier/----/ ; 4 : confiance /----/ 5 : Dispositif intra utérin /----/ ; 6 : Jadelle /----/ ; 7: autres méthodes -----

**Q.49-**Si non, pourquoi

1 : Contraire à ma religion /----/ ; 2 : Rend malade /----/ ; 3 : Peur d'être stigmatisé/----/ ; 4 : Refus du partenaire /----/ ; 5 : Trop chère/----/ ; 6 : Par méconnaissance/----/ ; 7 : Aucune raison/----/ ; 8 : autres raisons /-----

**Q.50-**Utilisez-vous actuellement une méthode contraceptive

1 : Oui /----/ ; 2 : Non /----/

**Q.51-**Si oui, laquelle

1 : Préservatif /--/ ; 2 : pilule /---/ 3 : collier /---/ 4 : confiance /---/ 5 : autres méthodes /--/

**Q.52-**Si non, pourquoi

1 : Contraire à ma religion /----/ ; 2 : Rend malade /----/ ; 3 : Peur d'être stigmatisé/----/ ; 4 : Refus du partenaire /----/ ; 5 : Trop chère/----/ ; 6 : Par méconnaissance/----/ ; 7 : Aucune raison/----/ ; 8 : autres raisons /-----

**Q.53-**Que pensez-vous de la contraception 1 : Bonne chose/----/ ; 2 : Mauvaise /----/

**Q.54-** Qui doit-il faire la contraception ?

1 : femme marié/--/ ; 2 : célibataires /--/ ; 3 : les hommes/--/ ; 4 : tout le monde /--/ ; 5 : Ne sais pas /--/

## **FICHE SIGNALETIQUE**

**Nom** : SAMAKE

**Prénom** : MOUSSA

**Titre** : Connaissances, attitudes et pratiques des étudiants sur les infections sexuellement transmissibles, VIH/SIDA et de la contraception dans 3 écoles supérieures de la ville de SEGOU.

**Année de soutenance** : 2023

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : MALI

**Email** : moussa.ke70@gmail.com

**Tel** : 70136337/65082128

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

**Secteur d'intérêt** : gynécologie-obstétrique, Maladies infectieuses et tropicales, Santé publique.

### **Résumé** :

La majorité des étudiants avaient entendu parler des IST dans 98,1%, VIH/SIDA (99,4%) et de contraception (97,5%).

Les étudiants de sexe féminin étaient prédominants (50,7%). La tranche d'âge la plus représentée était de 20-25 ans.

Les étudiants provenaient majoritairement (76,3%) des différentes facultés de l'université.

Les IST les plus connues étaient : le SIDA (83,3%) et la gonococcie (67,4%) ont été les plus citées.

Parmi les étudiants connaissant les modes de transmission du VIH, 89,9% ont évoqué la voie sexuelle.

Le préservatif était le plus cité comme moyen de prévention (75,2 %).

Les méthodes contraceptives les plus utilisées étaient le préservatif 66,5% et la pilule 15,3%.

**Conclusion :**

Les étudiants de notre étude avaient une connaissance acceptable sur les IST/VIH/SIDA et de contraception. Ils ont montré des attitudes et pratiques positives en matière des IST/VIH/SIDA

**Mots clés :** connaissances, attitudes, pratiques, PF et IST/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 qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

**Je le Jure**