

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple Un But Une Foi**

**UNIVERSITE DE BAMAKO
Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Otondo-Stomatologie**

Année universitaire : 2007-2008

N°/... /

TITRE



**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET
PRATIQUES DES ADOLESCENTS DU
LYCEE MAMADOU SARR RELATIVES
A LA PLANIFICATION FAMILIALE,
INFECTIONS SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES ET SIDA.**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 30/07/2008
à 12Heures devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie**

**Pour obtenir le grade de Docteur en médecine
(DIPLÔME D'ETAT)**

***Par Monsieur* Makan Kouma**

JURY

Président : Professeur Sidi Yaya Simaga
Membre : Docteur Oumar Guindo
Codirecteur de thèse : Docteur Moustaphe Touré
Directeur de thèse : Professeur Salif Diakité

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie cette thèse à :

➤ A mon père **Django Kouma**

Tu m'as donné une éducation dans le sens du bien et de la probité ; c'est grâce à tes conseils et suggestions et surtout à ton assistance que j'ai pu atteindre ce jour ; je ne saurais jamais te remercier assez, qu'ALLAH t'accorde le bonheur ; longue vie à toi père.

➤ A ma mère **Rokia Diarra**

Brave femme, animée d'un esprit de loyauté et d'honnêteté incomparable, tu es pour moi un modèle de courage et de bonté ; puisse ALLAH le Tout Puissant te bénir et te donner encore une longue vie pour qu'enfin tu puisses goûter au fruit de tant d'années de sacrifices.

➤ A ma tante **Salimata Diarra**

Pour toute une vie d'attention et d'écoute à mon éducation et à ma formation. Les mots seront impuissants à traduire mon éternel tribut d'amour et de vénération.

Avec tout mon amour.

➤ A mon tonton **Mamadou Diarra dit Arnold**

Cher oncle, tu es exemplaire ; tu as su me réconforter durant des moments difficiles ; je ne pourrai jamais l'oublier. Que Dieu te bénisse et te donne encore longue vie.

➤ A mes grands parents : feux **Makan Kouma, Lountanding Kanouté, N'golo Diarra, Amidou Diarra, Ténin Diarra.**

Que vos âmes reposent en paix et que le Tout Puissant vous accepte dans le paradis.

➤ A mes frères et sœurs : **Lountanding, Yacou, Vieux, Brin, Seydou, Mama, Ténin.**

Vous m'avez tous et à tous les niveaux apporté votre contribution dans le cadre de la solidarité familiale ; avec chacun de vous, j'ai pu découvrir la convivialité

et la symbiose qui doivent régner dans une famille. Puisse Dieu nous prêter encore longue vie et nous aider à rester unis pour la bonne marche de la famille.

➤ A mes cousins et cousines : **Dr Kouyaté Fatoumata Diarra, Bago, Madou, Papou, Fity Mai, Awa et Aiché.**

Merci pour tous.

➤ A mes oncles et tantes : **Lassine, Moussa, Goché, Alphadi, Papa, Mala, Ami, Bamba, Dèdè, Néné, Bouba, Toma, Ténin, Mamou.**

Cette thèse est le fruit de vos engagements merci.

➤ A mes femmes : **Mme Bamba Gorgette Dakouo, Djénèba Keita, Aminata Z Traoré et Bébè Cissé.**

Mes sincères remerciements.

REMERCIEMENTS

Je remercie **ALLAH le TOUT PUISSANT** pour m'avoir permis de mener à terme ce modeste travail.

➤ A mon ami **Yacouba Bamba**

Tu es comme un frère pour moi ; ton soutien est inestimable ; cette thèse est le fruit de ton engagement sincère ; reçois ici cher ami l'expression de ma reconnaissance.

➤ A Dr **Oumar Guindo**

Pour votre constante disponibilité, votre soutien et vos précieux conseils. Pour m'avoir toujours fait profiter de votre expérience, je ne saurais par de simples mots vous remercier pour tous les services rendus.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

➤ A mes frères et amis : **Dr Soumi, Dr Témé, Dr Koné, Dr Oussou, Dr Nimaga, Dr Naby. Moussa, Simpara, Diouf, Sékou, Papis, Kané, Mao, Emile, le Gro.**

Remerciements infinis.

➤ A mes camarades de promotion du **CSRéf CIV**

Merci pour ces moments passés ensemble.

➤ A mes cadets faisant fonction d'internes du **CSRéf CIV**

Courage et persévérance.

➤ A mes complices du **CSREF CV : Siriman, Coulou, Mady.**

Merci pour votre soutien.

➤ Aux Dr **Diallo, Kouyaté, Traore, Sissoko, Coulibaly, Drabo, Kely, Théra Diawara, Traoré.**

Merci pour votre bon encadrement.

➤ A tout le personnel du **CSRéf CIV : Médecins, Anesthésistes-réanimateurs, sages femmes, infirmiers, aides-soignants, manœuvres, gardiens.**

Merci pour toutes ces connaissances acquises auprès de vous.

➤ A tout le personnel et tout les élèves du **L MS**

Mes sincères reconnaissances.

HOMMAGES PARTICULIERS AUX HONNORABLES MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

- ✓ **Professeur Honoraire de Santé Publique,**
- ✓ **Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé.**

Cher maître, c'est l'occasion pour nous de vous remercier vivement, pour les connaissances que vous avez su nous donner tout au long de notre carrière d'étudiant, mais aussi de vous assurer de notre profonde reconnaissance.

Votre rigueur scientifique et pédagogique, vos qualités humaines font de vous un Maître admiré, le «Grand père» de tous les étudiants.

Puisse le seigneur vous accorder encore longévité, santé et bonheur pour nous entretenir encore longtemps de vos riches et fécondes expériences qui sont source d'inspiration.

Veillez agréer, Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Docteur Oumar GUINDO

- ✓ **Médecin généraliste.**
- ✓ **Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire de vaccinologie.**

Cher maître, nous sommes très touchés par votre dynamisme, votre courage et votre modestie.

Vos critiques, vos suggestions et vos encouragements nous ont été d'un apport capital pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Permettez nous, cher maître, de vous exprimer toute notre reconnaissance et notre respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Moustapha TOURE

- ✓ **Maître assistant à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie du Mali,**
- ✓ **Gynécologue- Obstétricien,**
- ✓ **Diplômé d'échographie de la Faculté de Médecine de Brest,**
- ✓ **Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en Allemagne,**
- ✓ **Titulaire d'un Certificat de cours Européen d'épidémiologie Tropicale de Bale en Suisse,**
- ✓ **Titulaire d'un Master en recherche sur les systèmes de Santé de l'école de Santé Publique de l'Université libre de Bruxelles (Belgique),**
- ✓ **Médecin chef du CSRéf CIV du District de Bamako,**
- ✓ **Chevalier de l'Ordre National du Mali.**

Cher maître, je ne saurais vous remercier suffisamment de m'avoir accepté dans votre service et de m'avoir fait l'insigne honneur de me confier ce travail.

Je garderais de vous l'image d'un homme de science et un enseignant soucieux de la bonne formation de ses élèves.

Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité constante font de vous un maître respectueux et de référence.

Nous vous prions d'accepter l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Salif DIAKITE

✓ **Professeur de Gynécologie et d'Obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie (FMPOS)**

✓ **Gynécologue accoucheur à l'Hôpital Gabriel Touré.**

Cher maître, votre disponibilité constante, votre compétence, votre exigence pour le travail bien, vos qualités humaines nous ont marqué.

La clarté de votre enseignement et votre grande culture scientifique imposent respect et admiration.

Soyez assuré, cher maître, de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

PF :	Planification familiale
IST :	Infections sexuellement transmissibles
IVG :	Interruption volontaire de la grossesse
OMS :	Organisation mondiale de la santé
IEC :	Information- Education- Communication
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience acquise
L MS :	Lycée Mamadou SARR
FMPOS :	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatolo
Norp :	Norplant
DIU :	Dispositif Intra- utérin
Gono :	Gonococcie
Tricho :	Trichomonas vaginalis
FNUAP :	Fond des Nations unies pour la population
Transf :	Transfusion sanguine
CSRéf :	Centre de Santé de Référence
CIV :	Commune IV
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS	1
II- GENERALITES.....	6
III- METHODOLOGIE	28
IV- RESULTATS	31
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	55
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	60
VII- REFERENCES.....	63
VIII- ANNEXES	

I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS

- INTRODUCTION

L'adolescence est l'âge du changement entre l'enfance et l'âge adulte sans appartenir ni à l'un et ni à l'autre.

A l'heure actuelle, les questions de morbidité et de mortalité des adolescents s'inscrivent de plus en plus au cœur des initiatives de recherche et de politique dans les pays en voie de développement.

Si les adolescents ont des problèmes qu'ils partagent avec les adultes plus âgés, par contre ceux qui leurs sont spécifiques, doivent être pris en compte par les différents acteurs socio démographiques dont les actions ou décisions peuvent influencer sur la santé.

Au milieu des années 1970, l'OMS s'est activement engagée dans la promotion de la santé des adolescents et notamment en matière de sexualité et de procréation des adolescents, avec l'appui du F.N.U.A.P [26].

Depuis la création de la santé des adolescents en 1990 [4], une approche intégrée de la promotion de santé a été appliquée à tous les domaines de la santé et du développement des adolescents.

Des activités sont entreprises en coopération avec d'autres programmes OMS, d'autres institutions des nations unies et les principales organisations non gouvernementales de la jeunesse.

L'intérêt accru que suscite l'adolescence, l'une des périodes les plus importantes de la vie s'explique par différents facteurs ;

-L'adolescence est un phénomène qui longtemps a été ignoré de même que ses besoins spécifiques en matière de santé.

-Actuellement un habitant sur cinq de notre planète, est âgé de 10 à 19 ans, ce qui représente environ un milliard de personnes.

- **En Afrique** 237 millions de personnes ont un âge compris entre 15 et 19 ans.

- **Au Mali**, ce chiffre atteint 1.100.000 sur une population totale de 12.076.625.

-Plus de 50 % de la population mondiale a moins de 25 ans et 80 % de ces jeunes vivent dans les pays en développement.

Les progrès en santé publique, tels que la vaccination, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement, ont permis de consacrer davantage aux problèmes de santé liés au comportement, par opposition aux infections contractées de façon passive. On comprend mieux désormais l'importance des schémas comportementaux pour la santé et la longévité. Or, c'est pendant l'enfance et l'adolescence que ces schémas se mettent en place.

Marie CHOQUET et collaborateurs, [7] trouvaient dans leur étude en France en 1988 qu'à 17 ans 38 % des adolescents ont une vie sexuelle contre 45% à 18 ans ; 88 % des adolescents ont déjà changés de partenaires dans l'année à 17ans contre 62% à 18 ans. Il ne fait aucun doute que l'âge de première expérience sexuelle est de plus en plus précoce.

La connaissance des IST et VIH est généralement élevée chez les adolescents ; mais la perception personnelle du risque est faible. Il a été estimé par l'OMS que la moitié des personnes infectées par le VIH en Afrique en 1993 ont moins de 25 ans et qu'environ 1/5^e des personnes souffrant du SIDA ont entre 20 et 30 ans, dont une grande proportion a contracté l'infection au moment de l'adolescence.

Parmi les facteurs sociaux qui ont entraîné des changements dans les comportements sexuels et les relations entre jeunes, figurent : l'urbanisation rapide, une puberté plus précoce accompagnée d'un recul de l'âge moyen du mariage, le développement rapide des moyens de communication de masse ignorent les frontières culturelles et le déclin de la famille élargie.

Chaque année plus de 10 % des enfants sont mis au monde par des femmes âgées de 15 à 19 ans, selon **la population référence bureau basé à Washington** [33] .

Le risque de mortalité maternelle est de deux à quatre fois plus élevée pour les adolescentes enceintes que pour les femmes enceintes qui ont plus de 20 ans.

La mortalité infantile est aussi plus commune pour les mères adolescentes.

Environ 2.000.000 d'adolescentes dans les pays en développement subissent des avortements à risque chaque année [28], et un tiers de toutes les femmes qui se rendent à l'hôpital à cause de complication suite à un avortement ont moins de 20 ans.

Dans les pays en développement deux cas d'IST sur trois se produisent chez les personnes de moins de 20 ans [26].

Parmi les différents cas de sida, des antécédents d'IST ont été retrouvés chez la plupart.

Etant donné la vulnérabilité multiple des adolescents à l'infection et les interactions entre IST-SIDA ; il est important d'analyser les informations disponibles sur la connaissance et les sources d'informations des adolescents de même que les modes de prévention et les barrières aux traitements.

L'intérêt que portent les pays d'Afrique sub-saharienne aux problèmes de santé de la reproduction chez les adolescents et les jeunes adultes repose sur quatre raisons essentielles à savoir :

- Le constat d'une augmentation progressive de la procréation chez les jeunes de 10 à 24 ans dans certains pays ;
- Le nombre élevé et toujours croissant des victimes de la pandémie du VIH-SIDA dans certaines tranches d'âges ;
- le fort taux de fécondité des jeunes dépassant celui des autres régions du monde ;
- Les jeunes représentent l'avenir de ces pays.

Au Mali les données de L'EDS IV [17] révèlent que les femmes maliennes se caractérisent par une fécondité très élevée aux jeunes âges 188 sur 1000 à 15-19ans .

En 2006 en commune IV la prévalence contraceptive était de 6,52% chez les femmes de 13 -49 ans, les adolescentes de 15 -19 ans n'ont occupé que 0,30%.

Du fait de la précocité des rapports sexuel le taux de sero-prévalence aux VIH-1 était relativement élevé chez les 15-19 ans : 0,6% pour les femmes et 0,2% les hommes.

Au 4^{ème} trimestre 2006, sur 10 sérologies rétrovirales faites chez les adolescents de 15 à 19 ans 4 étaient positives soit 40% au CSREF CIV.

Toujours selon EDS VI, malgré les campagnes d'IEC la connaissance des IST n'est pas très répandue : 58% des femmes et 20% des hommes ne connaissent pas ces infections et le taux de méconnaissance des IST dans la tranche d'âge des 15 à 19 ans est de 35%.

Face à cette situation assez préoccupante des jeunes, force est de constater la rareté des travaux portant sur l'activité sexuelle, les comportements reproductifs et la contraception des adolescents dans les pays en voie de développement en général et en particulier au Mali. Il en résulte ainsi une difficulté particulière dans la conception, l'exécution, le suivi et l'évaluation des programmes de la santé reproductive en faveur des adolescents dans ce pays, d'où la présente étude qui vise les objectifs suivants :

- OBJECTIFS

1- Objectif général :

➤ Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée Mamadou SARR relatives à la PF, IST et SIDA.

2- Objectifs spécifiques

➤ Déterminer le niveau de connaissances de ces élèves sur la PF et les IST
SIDA

➤ Identifier leurs sources d'information,

➤ Déterminer la fréquence d'utilisation des moyens de contraception au sein
de

cette population adolescente,

➤ Rechercher les facteurs qui influencent les connaissances et pratiques de
ces adolescents.

II- GENERALITES

1- L'adolescence

Les adolescents, considérés longtemps comme sujet de préoccupation dans les sociétés industrialisées, commencent depuis quelques années seulement à l'être dans les pays en voie développement. Ils se définissent comme un groupe d'individus en transition entre l'enfance et l'âge adulte. Cette période de transition souvent très difficile s'entend de 11 à 20 ans. C'est au cours de cette période que :

- Les processus psychologiques et modes d'identification de l'individu évoluent de ce qui sont propres à l'enfant, à ce qui caractérise l'adulte.
- L'individu progresse du stade de l'apparition initiale des caractères sexuels secondaires jusqu'à celui de la maturité sexuelle.

Cet ensemble de changements morphologiques ; psychologiques et biologiques qui accompagne la transformation de l'enfant en adulte est appelé puberté. Elle se termine par l'acquisition de la fonction de reproduction. Cependant il existe une similitude dans la chronologie de l'apparition progressive des signes de puberté et cela sous l'influence de nombreux facteurs : génétique ; biologique ; physique ; nutritionnel ; psychique et environnemental.

Chez la fille, l'âge moyen de début de la puberté est variable selon les pays : 8-12 ans et se manifeste cliniquement par l'apparition du bourgeon mammaire dans deux tiers de cas, mais celle de la pilosité pubienne peut la précéder dans le tiers des cas : premier signe.

Aussi le développement des glandes mammaires peut être précédé par une élévation des mamelons.

Deux ou trois ans s'écoulent entre l'apparition du bourgeon mammaire et la première menstruation.

Le développement de grandes lèvres associé à l'apparition des petites lèvres et l'augmentation du volume du clitoris modifie l'orientation vulvaire qui de verticale va s'horizontaliser.

Hypertrophie progressive de l'utérus et des ovaires, l'oestrogénisation du vagin voient leur aboutissement dans les premières menstruations qui apparaissent en général à 13 ans. Ces premiers cycles sont physiologiquement irréguliers pendant les deux premiers mois en rapport avec une anovulation, celle-ci est inconstante et la grossesse est possible.

Le point de départ de la puberté est hypothalamique bien que modulé par les stéroïdes circulants. Après l'âge de 10 ans la sécrétion pulsatile des gonadotrophines augmente, la FSH et la LH s'élèvent progressivement provoquant la maturation ovarienne et l'augmentation de la sécrétion des stéroïdes sexuels. La maturation du système hypothalamo-hypophysogonadique est nécessaire à la mise en place des sécrétions cycliques des gonadotrophines donc au déroulement normal du développement ovarien et l'installation du cycle menstruel.

Cette puberté se terminant par l'arrêt définitif de la croissance se situe en moyenne entre 15 et 16 ans.

Chez le garçon la puberté débute entre 12 et 13 ans mais les premiers signes peuvent apparaître à l'âge de 10 ans.

L'installation de la puberté nécessite en fait un certain niveau de maturation de l'organisme que traduit la maturation osseuse : âge osseux de 13 ans chez le garçon.

Chez le garçon les modifications du scrotum (pigmentation), précèdent légèrement l'augmentation du volume testiculaire qui est le premier vrai signe clinique de la puberté, Elle débute 6 mois avant les signes androgéniques proprement dits.

Le développement s'accélère et se poursuit pendant les 4 années suivantes, l'augmentation de volume de la verge se poursuit parallèlement vers 16-17 ans, les organes génitaux externes ont atteint sensiblement leur aspect définitif, la pilosité pubienne apparaît vers 12 ans, la pilosité axillaire se développe environ 2 ans après la pilosité pubienne.

La pilosité de la face ; du tronc des membres apparaît à peu près en même temps que la pilosité axillaire. La mue de voix est à peu près contemporaine.

Ainsi ces différentes modifications morphologiques font que le jeune garçon à tendance à s'identifier au model adulte surtout sur le plan sexuel.

La crise d'adolescence est un moment temporaire de déséquilibre qui aboutit à une réorganisation, il s'agit d'une seconde naissance, d'un second processus d'individualisation qui renvoie aux premières expériences de la vie, mais leur donne une autre dimension.

Cette dimension passe par des sentiments de négativité (deuil, dépréciation de soi ; angoisse) jusqu'aux sentiments positifs (esprit d'indépendance, soif d'apprendre, confiance en soi, tendance à s'identifier à autrui)

Une expérimentation sexuelle précoce peut aboutir à des grossesses non désirées et dangereuses, exposer l'adolescent aux risques d'IST qui peuvent avoir de graves conséquences y compris la stérilité et même la mort.

2- Notion d'attitude et comportement :

2-1-Définition :

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

Ainsi BERTHE. M, [11] dans sa définition réduit l'attitude uniquement a une relation entre une personne et des objets ou des valeurs morales, quand à SACKO.D, [64] il insiste sur l'aspect affectif de l'attitude et sa tendance à l'action. L'attitude apparaît comme une prédisposition à agir plutôt que des

actions comme telles, elle oriente le comportement dans une direction : par exemple être pour la PF justifie le fait d'adopter les méthodes.

2-2- Les éléments caractéristiques :

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

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

Ex : une fille peut refuser la planification familiale par ce qu'une autre a une idée négative à son regard.

L'attitude se distingue aussi par son aspect affectif ou émotionnel qui explique la direction de l'attitude : pour ou contre. Ainsi nous pouvons affirmer que l'attitude est aussi fonction des sentiments qu'un sujet manifeste face à une situation ou à une personne. Ainsi un sujet qui affirme avoir une haine contre quelque chose, il ne serait pas étonnant de voir ses proches contre cette chose.

Il va s'en dire que l'attitude étant une prédisposition, à agir, se caractérise par une tendance à action donc joue sur la conduite, le comportement en général. Ces aspects différents de l'attitude : cognitif, affectif et tendance à action sont intimement liés et en interaction l'un et l'autre. Ainsi celui qui a beaucoup d'informations sur quelque chose doit avoir une attitude positive face à cette chose.

Force est de constater à partir de ces différents exemples que l'attitude est fonction de besoins et des situations.

L'attitude est donc un produit de la socialisation, elle est apprise, acquise.

Cette acquisition se fait sous diverses formes. On a ainsi l'intériorisation des attitudes issues du groupe d'appartenance : communauté, clan, famille.

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

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

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

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

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

En résumé, nous pouvons affirmer à la lumière des caractéristiques de la notion d'attitude quelle est donc la manière particulière qu'à une personne ou un groupe de personne d'agir, de penser, de sentir. Certes, il est vrai qu'il n'y a pas toujours une relation déterminant entre attitude et comportement.

C'est pourquoi on tarde guère d'affirmer que la connaissance d'attitude permet une prévision de type de conduites, de comportement d'une personne ou d'un groupe de personne donné.

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

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

3- Les maladies sexuellement transmissibles :

3-1- Historique:

Connues depuis l'antiquité, les IST ont de tout temps préoccupé les responsables de toutes les sociétés en matière de santé.

L'histoire de la syphilis fait opposer deux théories :

La théorie colombienne dont les partisans soutiennent que la syphilis à été importé du nouveau monde, ou elle sévissait à l'état endémique parmi les marins de Christophe Colomb.

La théorie unie cite des auteurs modernes qui admettent l'existence d'un tréponème original saprophyte qui au bout d'une longue évolution aurait donné naissance au tréponème et aux tréponématoses telle que les dermatovénérologues le décrivent actuellement.

Le chancre mou et la maladie de Nicolas Favre sont aussi connus depuis longtemps.

Ces affections précédemment citées étaient considérées comme maladies vénériennes, c'est par la suite qu'elles ont reçu l'appellation de maladies sociales, puis regroupées sous le terme : d'infections génitales.

A la lumière des connaissances modernes, les principes vénériens et contagieux ont abouti à l'unité de maladies : les IST sont des maladies infectieuses transmises par contact vénérien.

Avec le progrès de la microbiologie, il existe plus d'une vingtaine d'IST.

3-2- Epidémiologie :

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

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

Sur les 330 millions d' IST contractées dans le monde chaque année, quelque 150 millions touchent des jeunes âgés de 25 ans et 100 millions de jeunes âgés de moins de 20 ans.

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

Le taux de transmission est défini comme le nombre de nouveau cas à partir d'un malade reconnu.

Il permet d'évaluer le bénéfice de prévention.

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

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

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

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

3-3- Caractères communs des IST :

L'incubation est souvent longue avec une possibilité de contamination sans les symptômes de la maladie.

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

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

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

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

La transmission dépend des comportements.

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

3-4- Facteurs responsables de la recrudescence des IST:

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

En effet, divers changements d'attitude culturellement déterminé en rendant toutes sortes d'activités possibles ont contribué à accroître l'exposition aux stimuli sexuels pendant que la tolérance accrue à l'égard des comportements à entraîner une liberté de mœurs, ainsi, le libertinage sexuel étendu à la pluralité des partenaires est devenu une norme dans certains groupes.

Ajouter à cela l'expansion de la scolarisation exposant de nombreux adolescents à l'influence d'un environnement urbain où ils ne sont pas soumis à celle de leur parents et levant ainsi les inhibitions qui pesaient sur une expression plus libre de leur sexualité. Encore plus importante est l'insuffisance d'éducation sexuelle ainsi que le stigmate attaché aux IST c'est-à-dire la honte et le caractère tabou.

3-5- Les différentes IST :

3-5-1- La gonococcie

D'origine grecque, le mot gonorrhée est de Galien et signifie écoulement de semence. Plus tard Rabelais lui donne le nom de : Chaude pisse.

a. Agent causal

Découvert en 1879 par Albert Neisser dans le pus urétral et oculaire ; il lui donna par la suite le nom de Neisseria gonorrhée. Il se présente sous forme de diplocoque gram négatif en grain de café, sensible aux variations de température et pH. Il est très souvent associé à Chlamydiae trachomatis, à Candida albicans, au Trichomonas vaginalis et au Mycoplasme.

b. Epidémiologie :

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

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 prophylaxie, elle se complique de kératite dans 10 à 20% des cas dont bon nombre entraînent une cécité.

Le taux annuel de nouveaux cas de gonorrhée dans les grandes villes africaines varie de 3000 à 10 000 habitants c'est-à-dire jusqu'à une personne sur 10.

Par comparaison, aux Etats-Unis l'incidence annuelle de gonorrhée était de 233 pour 10 000 mille habitants en 1991.

3-5-2- Infection à tréponema pallidum.

a. Agent causal

Elle est due à une spirocheteose=Tréponema pallidum, bactérie mobile, non cultivable dont le réservoir est humain.

Il existe des tréponématoses non vénériennes morphologiquement identiques à tréponème pallidum, responsables du pian et de la pinta : tréponème carateo et tréponème pertenue.

Le T. pallidum est fragile et est rapidement détruit en absence d'humidité. Il est très sensible aux antiseptiques, dont le savon. Il est détruit lors de la conservation du sang à des températures inférieures à 4 degrés C.

b - Epidémiologie

Généralement transmise par les rapports sexuels ; la syphilis est une maladie infectieuse très contagieuse remarquable par la diversité de ses manifestations cliniques et son aptitude à demeurer latente pendant des années.

La prévalence des sérologies de la syphilis positives chez les femmes enceintes en milieu urbain africain va de 0,9 à 17,5%.

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%.

10 à 12% des enfants nés d'une mère ayant une sérologie positive meurent durant la période néonatale.

3-5-3- Infection à trichomonas vaginalis :

a. Agent pathogène :

Reconnue en 1954 par l'OMS comme IST, cette infection urogénitale est due à un protozoaire eucaryote de 7- 23 um de long sur 5-12um de large. Il possède cinq flagelles lui permettant son déplacement.

b. Epidémiologie :

Elle représente 15% des urétrites non gonococciques. On estime environ 180 millions le nombre de cas annuel dans le monde.

3-5-4- Chancre mou :

a. Agent pathogène :

C'est un bacille gram négatif auto- inoculable à bouts arrondis :

Hæmophilus ducreyi.

Il est responsable d'ulcérations nécrotiques douloureuses des organes génitaux et d'adénopathies inguinales inflammatoires.

b. Epidémiologie :

Très fréquent dans les pays en voie de développement, il représente 60% des ulcérations génitales dans certains pays d'Afrique. La contamination est sexuelle, souvent à partir des prostituées en milieu défavorisé.

3-5-5- Infection à Chlamydia trachome :

a. Agent pathogène :

Il s'agit de minuscules bactéries sphériques de 300um de diamètre. Ce sont des parasites intra cellulaires obligatoires ayant beaucoup d'affinités pour les cellules de revêtements cylindriques où elles trouvent des sites d'attachement.

Il existe deux espèces caractéristiques : C. Psittaci et C.trachomatis, à ceux-ci s'ajoute C.pneumonie. Seul Chlamydiae trachomatis est responsable d'une infection urogénitale.

b. Epidémiologie :

C'est une infection très répandue. Elle constitue la deuxième cause d'urétrite dans les pays en développement.

La mortalité maternelle attribuée en Afrique aux chlamydiae varie de 0,04 à 0,2%.

Elle représente 10 à 20% des infections du post partum. La prévalence des infections génitales à chlamydiae chez les femmes enceintes en milieu urbain Africain varie de 6,3 à 13%.

3-5-6- Infections à Mycoplasme

a. agent causal

Les mycoplasmes sont des procaryotes : parasites sans membrane nucléaire. Ce sont des bactéries sans paroi ce qui a pour conséquence une insensibilité totale à tous les antibiotiques qui agissent sur la synthèse de la paroi bactérienne. Ils sont sensibles aux variations de l'environnement.

Il existe plus de 80 espèces, dont une dizaine isolée dans les cavités naturelles de l'homme, parmi lesquelles quatre sont pathogènes pour l'homme : Mycoplasma pneumoniae, Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, et Ureaplasma urealyticum.

D'autres espèces sont de simples commensaux des voies génitales.

b- Epidémiologie

M.hominis, M .génitalum et U .urealyticum sont des commensaux opportunistes des voies génitales basses chez l'homme. Leur augmentation en nombre entraîne un déséquilibre de la flore commensale ce qui explique leur pathogénicité pour l'homme.

M. urealyticum est retrouvé dans 15 à 20% des urétrites non gonococciques et il est isolé 2 à 3 fois plus fréquemment chez l'homme que chez la femme.

3-6- Lutte contre les IST :

3-6-1- Prévention primaire :

a. Individuelle

Une intervention sur les comportements est possible par :

- L'intermédiaire du système de santé, l'école, les associations et les médias.
- L'utilisation de préservatifs.
- La réduction du nombre de partenaires sexuels.
- La modification et le traitement des partenaires sexuels à partir du malade.
- L'éducation sexuelle dans les écoles.
- Le traitement des IST devant un cas.

b. Institutionnelle :

Elle vise à modifier les conditions sociales favorisant les IST par :

- Contrôle sanitaire ou interdiction de la prostitution.
- Déclaration obligatoire, recherche des partenaires potentiellement contaminés.
- Création de travail pour les femmes seules, réinsertion des prostituées.
- Soutien financier pour abaisser le prix des préservatifs et des médicaments essentiels pour le traitement des IST.
- Dépistages systématiques : sérologie de la syphilis et du VIH lors des mariages, chez les femmes enceintes et chez les femmes à risque.

3-6-2- Prévention secondaire :

Viser le traitement précoce des IST qui aura pour but :

- de faire disparaître les symptômes,
- d'éviter des complications et des séquelles,
- de diminuer le risque de transmission du VIH.

4- Infection au VIH - SIDA

4-1- Définition :

Le SIDA appelé syndrome d'immunodéficience acquise, est une maladie infectieuse, contagieuse, grave, causée par le virus de l'immunodéficience humaine : VIH.

La cible de ce virus est par prédilection le lymphocyte T4 dit auxiliaire ou Helper qu'il détruit. Cette destruction des cellules de défense entraînant une immunodéficience se traduit par un ensemble de manifestations cliniques assez polymorphes. Il sévit de façon épidémique à transmission interhumaine soit par contact sexuel, soit par le sang et produits sanguins, soit de la mère à l'enfant. Cette maladie se traduit par des troubles dont l'issue est souvent fatale et accroît d'autant la morbidité et la mortalité globale.

4-2- Histoire :

L'histoire réelle du SIDA a commencé en 1980- 1981 aux USA grâce aux infections à pneumocystis carinii signalées chez les toxicomanes et les homosexuels sans antécédents particuliers, ainsi que l'augmentation de la fréquence des sarcomes de kaposi et des infections opportunistes chez les mêmes personnes à risque.

En 1982, le terme de syndrome d'immunodéficience acquis : Sida fut défini par le Centre of Disease Control (CDC) des USA et remplaça le terme de immunodéficience des homosexuels.

En 1983 on découvre la présence d'anticorps : Elisa chez les patients atteints du sida. Le VIH 1 a été identifié au même moment.

En 1985 : l'activité de AZT vis-à-vis du VIH in vitro se confirme.

Commercialisation du premier test de diagnostic sérologique.

1986 : Identification du VIH 2.

4-3- Epidémiologie :

En 1981- 1988, plus de 85 000 cas de SIDA ont été rapportés à l'OMS par 173 pays. L'Afrique, USA, Europe de l'Ouest représentent les foyers mondiaux les plus importants.

En 1988 les USA comptaient 57 575 cas de SIDA déclarés.

En 1991 plus de 345 000 cas de SIDA ont été signalés à l'OMS par 162 pays et territoires. Le nombre de séropositifs était estimé de 8 à 10 millions.

En 1993, 14 millions de personnes avaient été infectées par le VIH dont 8 millions en Afrique sub-saharienne.

En 1998, l'OMS estimait à 33,4 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH SIDA.

Chaque année environ 700 000 cas d'infections à VIH apparaissent chez les jeunes en Asie et dans le pacifique.

Le Mali comme les autres pays de l'Afrique de l'Ouest sont concernés par l'épidémie du SIDA qui sévit à travers le monde.

En effet l'infection a été diagnostiquée chez un malien vivant en France en 1983, en 1985 chez un malade à l'hôpital Gabriel Touré. De 1986 à 1992 on notait quelques cas cumulatifs et dès lors, le nombre de cas ne cesse d'augmenter.

Avec un taux de létalité aussi élevé et de répercussions importantes sur la santé, alors qu'il n'existe ni traitement curatif, ni vaccin ; la pandémie du SIDA constitue le problème de santé publique le plus grave de cette fin de siècle.

4-4- Transmission :

La découverte du VIH chez certaines personnes à comportement à risque (malades atteints de SIDA et leurs partenaires, receveurs de sang et de produits sanguins) ; a permis de suivre attentivement le développement de l'épidémie et

la possibilité de faire des études grâce auxquelles les modes spécifiques de transmission de la maladie ont pu être déterminés

4-4-1- La voie sexuelle :

C'est le mode de transmission le plus fréquent de dissémination. Il met en cause les rapports homosexuels et hétérosexuels. Certains facteurs accroissent le risque de transmission du VIH : la pratique de la sodomie si le partenaire est séropositif, les rapports sexuels pendant les règles si la femme est séropositive, les antécédents d'IST.

4-4-2- La voie verticale :

Elle peut survenir au cours de la grossesse, mais il y a des arguments de plus en plus nombreux qui tendent de prouver qu'une proportion d'infection est acquise lors de l'accouchement.

4-4-3- La voie parentérale :

La transfusion de sang ou produits sanguins contaminés, par du matériel souillé suite à une inoculation parentérale, par une plaie cutanéomuqueuse.

4-5- Relations entre sida et IST :

Les IST -SIDA sont toutes causées par le même comportement sexuel à risque : multiparteneriat sexuel ; rapports sexuels non protégés.

Depuis l'avènement du SIDA il est unanimement admis que la lutte contre cette peste de temps modernes, passe par la lutte contre les IST du fait de l'interaction existante entre IST/ SIDA.

Le chancre mou, l'infection à chlamydia, la gonorrhée, la syphilis et la trichomonase peuvent augmenter de deux à neuf fois le risque de transmission du VIH. Le lien entre l'infection par VIH et les autres IST permet d'expliquer en partie le fait que le VIH soit propagé rapidement en Afrique par comparaison avec l'Europe et les USA où les IST sont plus souvent traitées et guéries.

En fait dans les pays en voie de développement où le VIH se répand par voie sexuelle, la grande majorité des infections aux premiers stades de l'épidémie pourrait bien être due à la présence des IST susceptibles d'accroître le risque de

contamination. Ces IST peuvent accroître la transmission du VIH pour deux raisons majeures. Les IST ulcéraives ouvrent une porte directe au VIH dans le système sanguin de la personne infectée. Dans tous les cas, elle augmente le nombre de globules blancs, lesquels constituent à la fois une cible et une source du VIH ; l'inflammation génitale peut causer des microtraumatismes pouvant permettre au VIH de pénétrer dans le corps. Les maladies qui provoquent une inflammation du vagin et de l'urètre son beaucoup plus répandue que les maladies causant des ulcérations génitales et il se peut, par conséquent qu'elles contribuent dans une plus grande mesure à la transmission du VIH. Alors que l'infection au VIH ne peut être guérie, il est possible de traiter de façon adéquate les IST, rapidement à bon prix. Compte tenu des liens entre ces infections, il devient important alors d'intervenir sur les IST. Cette lutte passe inévitablement par un changement de comportement vis-à-vis de certains facteurs de risque, lequel changement nécessite une certaine connaissance sur les IST- SIDA.

5- Planification familiale :

5-1- Définition :

La P.F est un ensemble de mesures qui permettent au couple de choisir librement le nombre d'enfants et de déterminer l'espacement de leur naissance. Elle permet aussi de dépister les grossesses à risque ; dangereuses pour la mère et l'enfant, afin d'administrer à temps les soins nécessaires.

Elle peut comporter un certain nombre d'activités allant de la planification des naissances et du traitement de la stérilité à l'éducation sexuelle, aux conseils matrimoniaux et même aux conseils génétiques. On peut dire que la P.F améliore la santé de la mère et l'enfant et de la famille toute entière.

5-2- Méthodes contraceptives :

a. Contraceptifs oraux combinés (C .O.C) :

Ils sont très efficaces en cas d'utilisation correcte.

Taux d'efficacité : 83, 93% ils utilisent les oestrogènes et les progestatifs isolés ou associés de façon variée afin de créer un cycle ovulaire ou entraver la fécondation.

Ils atténuent la dysménorrhée et entraînent les cycles réguliers ; diminuent le risque d'anémie.

Ils protègent contre les maladies inflammatoires pelviennes mais non pas contre les IST SIDA. L'utilisation précoce de progestatif entraîne une atrophie de la muqueuse utérine et une incapacité de la nidation.

b. Norplant :

C'est une méthode hormonale de longue durée (5 ans), efficace, utilisant un progestatif retard (Levonorgestrol) inséré en sous-cutané à la face interne du bras et diffusant à travers 6 capsules en silastic.

Son action commence dans 24 heures après l'insertion. Elle n'affecte pas l'allaitement, et a peu d'effets secondaires dont les plus fréquents sont : le spotting, l'aménorrhée, ou le saignement prolongé. Il ne protège pas contre les IST-SIDA.

c. Contraceptifs injectables :

Très efficace (99% d'efficacité) avec 2 à 3 mois de durée d'action. Ne protègent pas contre les IST -SIDA et ont des effets secondaires : métrorragie, spotting, dysménorrhée.

Leur mécanisme d'action est la suivante :

- Inhibition partielle de l'ovulation.
- Epaissement de la glaire cervicale.
- Atrophie de l'endomètre.

d. Dispositif intra utérin : DIU=stérilet

C'est une méthode très ancienne. Les DIU sont très variables dans leur forme et leur composition faite de cuivre et progestérone.

Ses effets contraceptifs sont :

- Accélération du péristaltisme tubaire.
- Le stérilet est un corps étranger qui au contact de la muqueuse utérine favorise la libération de prostaglandine qui a une action inhibitrice sur le corps jaune. Ce corps jaune est indispensable au développement de l'œuf. Le cuivre contenu dans le DIU a une action sur la glaire cervicale en la rendant hostile à l'ascension des spermatozoïdes. Le taux d'efficacité est 94- 99%.

Le DIU ne protège pas contre les IST-SIDA et peut entraîner une métrorragie, une dysménorrhée et des infections. Sa pose nécessite une formation technique. Ses contre indications sont : cardiopathie, existence de polype endos- cavitaire, de malformation, et de fibrome.

e. Le préservatif :

Très ancien, il existe de nos jours sous formes de plastic (latex)

Longueur : 18 cm, diamètre : 35cm

Leur utilisation correcte nécessite des règles précises. Il faut le placer sur le pénis en érection, le dérouler, laisser un espace entre le gland et le fond du préservatif afin de recueillir le sperme. Le taux d'efficacité est en moyenne : 42- 82%. Il est très efficace dans la prévention des IST- SIDA. Son seul inconvénient est qu'il peut se glisser ou se détériorer pendant l'acte sexuel.

f. Le diaphragme et cape cervicale :

Le taux d'efficacité de ces obturateurs est augmenté par l'utilisation d'une crème spermicide à l'intérieur du diaphragme. Ils ne doivent pas être retirés avant 8heures après le rapport sexuel. Le taux d'efficacité est 5 - 7 %. Ne doivent pas être utilisés en cas de collapsus.

g. Spermicides vaginaux :

Ce sont des produits chimiques qui associent un agent tertiaire actif à un agent bactéricide.

Ils sont placés 10 minutes avant les rapports sexuels dans le vagin. Chaque nouvel acte nécessite l'utilisation d'un autre. L'efficacité des spermicides dure trois heures. Ils contribuent à la protection contre les IST- SIDA et le cancer du col. Son taux est de 79 -100%.

Il est interdit de faire une toilette vaginale à l'eau savonneuse, surtout dans les 3 heures qui suivent l'acte sexuel. Pendant l'utilisation du spermicide, éviter l'utilisation concomitante d'autres ovules.

h. Contraception chirurgicale volontaire : CCV

Elle est sûre, efficace, peut être effectuée à tout moment du cycle, dans le post partum immédiat.

C'est la méthode permanente qui nécessite un conseil approfondi et aussi le consentement éclairé des bénéficiaires. Elle est irréversible, définitive, peu coûteuse, à long terme et très appropriée pour les couples qui ont déjà le nombre d'enfants qu'ils désirent. Mais elle ne protège pas contre les IST- SIDA.

5-3- Méthodes naturelles :

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

Elle est efficace lorsque l'allaitement est fait exclusivement au sein et à tout moment. Elle est d'autant plus efficace lorsque la nourrice fait une aménorrhée pendant les 6 premiers mois.

Elle procure au bébé des anticorps contre certaines maladies infectieuses ; renforce les liens entre la mère et l'enfant. Elle est économique mais ne procure pas à la maman une protection contre les IST-SIDA.

b. Coït interrompu:

C'est l'interruption du rapport avant l'éjaculation. L'efficacité de la méthode est liée à la maîtrise du partenaire. Chaque nouveau rapport doit être accompagné d'un nettoyage préalable.

C'est une Méthode inadéquate pour les éjaculateurs précoces et les femmes anxieuses qui ne peuvent se détendre de peur que l'homme ne se retire pas à temps. Pratiquée correctement elle assure une protection de 98 pour cent contre les grossesses.

c. Méthode d'abstinence périodique :**Méthode d'Ogiono Knaus :**

C'est une Méthode qui se base sur la connaissance du cycle et suppose que l'évolution se passe au 14^e jour après l'apparition des menstruations. Ainsi 4 jours avant l'ovulation et 4 jours après l'ovulation constitue la période féconde.

Méthode de la glaire cervicale :

Elle est basée sur les modifications cycliques de la glaire cervicale au voisinage de l'ovulation elle est abondante, filante et favorable au rapport fécond.

Le taux d'échec de cette méthode est de 22 pour cent.

d. Méthodes traditionnelles :

Leurs efficacités n'ont pas été prouvées. Elles sont surtout une importance psychologique. Il existe plusieurs variétés : tafos ; toiles d'araignée ; gris-gris.

5-4- Classification

Au Mali la classification suivante est adoptée.

5-4-1- Méthodes temporaires :**a .De courte durée :**

- Méthodes naturelles
- La MAMA
- Les condoms
- Spermicides
- Diaphragmes

- Capes cervicales
- Contraceptifs oraux combinés
- Contraceptifs oraux progestatifs
- Injectables

b. De longue durée :

- Les implants
- D. I.U actifs

5-4-2- Méthodes permanentes

- Ligature des trompes
- Vasectomie.

III- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude:

L'étude a été faite dans un établissement scolaire du district de Bamako, capitale de la république du Mali, constituée par 6 communes. Il couvre une superficie de 356 km² et une population estimée à 2. 300. 000 habitants.

Il est traversé par le fleuve Niger et sa population est caractérisée par sa diversité ethnique du fait qu'il est le lieu de convergence des populations de la périphérie et des autres régions du pays.

Notre étude s'est déroulée au Lycée Mamadou Sarr située en zone ACI 2000 de lafiabougou près du terrain Chaba.

Le lycée Mamadou Sarr est constitué de filles et de garçons, avec une majorité de garçons.

L'effectif total du lycée est de 1606 élèves âgés de 14 à 24 ans repartis dans 28 classes (7 classes de 10^e, 11 classes de 11^e et 10 classes de 12^e) et 2 sections (science et lettre).

2- Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive.

3- Période d'étude

L'étude a été effectuée de janvier à mars 2007 soit trois mois.

4- Population cible

Notre étude a porté sur :

- les élèves adolescents du lycée Mamadou Sarr âgés de 14 à 19 ans fréquentant les classes de 10^eme, 11^eme et 12^eme année.

Ce groupe d'âge retenu représente 611 élèves sur l'effectif total du lycée.

5- Echantillonnage

a. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude :

- Les élèves de sexe féminin et masculin âgés de 14 à 19 ans inscrits au lycée Mamadou Sarr pour l'année scolaire 2006-2007.
- Les garçons et les filles ayant donné leur consentement pour participer à l'étude.

b. Critères de non inclusion :

Ont été exclus de l'étude :

- Les élèves ayant moins de 14 ans et plus de 19 ans.
- Les non volontaires pour participer à l'étude.

Au total nous avons retenu 611 élèves.

6- Collecte des données :

- Le support des données a été une fiche d'enquête portée à l'annexe.
- La technique utilisée a été une interview strictement confidentielle

Le lycée Mamadou Sarr a mis à notre disposition une salle ventilée, bien éclairée et bien aérée, un banc, deux chaises et un tableau.

7- Traitement informatique :

L'analyse et la saisie des données ont été faites sur Microsoft Word et sur épi info (version 6.04Dfr).

8- Aspect éthique :

Au cours de cette enquête, nous avons obtenu le consentement des participants.

Nous avons respecté leur dignité et leur confidentialité.

Certains élèves ont fait l'objet d'un counseling en particulier ceux ayant un comportement négatif vis-à-vis de certaines questions ainsi que ceux n'ayant aucune information par rapport aux questions posées.

IV- RESULTATS

1- Caractéristiques socio-démographiques :

TABLEAU I : Répartition des élèves selon le sexe.

Sexe	Effectif absolu	Pourcentages
Masculin	365	58,24
Féminin	255	41,73
Total	611	100%

Le sexe masculin domine avec 356 élèves soit 58,24% de l'effectif total du lycée. Les filles représentent 41,73% de l'effectif soit 255 filles.

TABLEAU II : Répartition des élèves selon leur provenance.

Provenance	Effectif absolu	Pourcentage
Commune IV	345	56,46
Commune III	116	18,98
Commune II	85	13,91
Commune I	52	8,51
Commune V	11	1,80
Kati	2	0,32
Total	611	100%

345 des enquêtés soit 56,46% provenaient de la commune IV ; 18,98% de la commune III et 13,91% de la commune II.

TABLEAU III : Répartition des élèves selon la résidence des parents.

Résidence	Effectif absolu	Pourcentage
Bamako	525	85,92
Kati	17	2,78
Koulikoro	15	2,45
Ségou	16	2,61
Mopti	5	0,81
Sikasso	10	1,63
Tombouctou	1	0,16
Kidal	2	0,32
Gao	2	0,32
Total	611	100

85,92% des élèves avaient leurs parents qui résidaient à Bamako.

TABLEAU IV : Répartition des élèves selon la classe fréquentée.

Classe	Effectif absolu	Pourcentage
10 ^e année	287	46,80
11 ^e année	185	30,27
12 ^e année	140	22,91
Total	611	100

287 élèves sur 611 soit 46,80 % étaient en classe de 10^e année, 185 élèves soit 30,27% en 11^e année et 140 élèves soit 22,91% en 12^e année.

TABLEAU V : Répartition des élèves selon les tranches d'âge.

Age	Effectif absolu	Pourcentage
14- 16 ans	92	15,05
17-19 ans	519	84,95
Total	611	100

15,05% avaient un âge compris entre 14 et 16 ans et 84,95% avaient un âge compris entre 17 et 19 ans.

TABLEAU VI : Répartition des élèves selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif absolu	Pourcentage
Bamanan	160	26,18
Malinké	117	19,14
Peulh	104	17,02
Soninké	45	7,36
Sonrhäi	61	9,98
Senoufo	7	1,14
Miniankan	8	1,30
Somono	12	1,96
Khassonké	92	15,09
Autres	5	0,81
Total	611	100%

Autres : Bozo, Mossi, Dogon, Bobo, Maure, Ouolof,

26,18% des élèves étaient Bamanan suivi par les Malinké 19,14% et Les Khassonké 15,9%.

TABLEAU VII : Répartition selon la profession du père.

Profession du père	Effectif absolu	Pourcentage
Fonctionnaire	373	61,04
Ouvrier	77	12,6
Commerçant	57	9,32
Artisan	71	11,62
Cultivateur	21	3,41
Autres	12	1,96
Total	611	100

373 des élèves sur 611 soit 61,4% avaient des pères fonctionnaires.

TABLEAU VIII : Répartition des élèves selon le niveau de scolarisation du père.

Niveau de scolarisation	Effectif absolu	Pourcentage
N'a jamais fait l'école	81	13,25
Primaire	215	35,18
Secondaire	204	33,38
Supérieur	89	14,56
Autres	22	3,60
Total	611	100

35,18% des pères d'élèves avaient un niveau primaire et 33,38% des pères d'élèves avaient un niveau secondaire.

TABLEAU IX : Répartition des élèves selon la profession de la mère.

Profession de la mère	Effectif absolu	Pourcentage
Ménagère	396	64,81
Fonctionnaire	25	4,09
Commerçante	51	8,34
Ouvrière	75	12,27
Artisane	49	8,01
Total	611	100

64,81% des mères d'élèves étaient des ménagères et seulement 4,09% étaient fonctionnaires.

TABLEAU X : Répartition des élèves selon le niveau de scolarisation de la mère.

Niveau de scolaire	Effectif absolu	Pourcentage
N'a jamais fait l'école	240	39,27
Primaire	142	23,24
Secondaire	121	19,80
Supérieur	5	0,81
Autres	107	16,85
Total	611	100

37,27% des mères n'avaient jamais été à l'école et 23,24% avaient un niveau primaire.

2- Connaissances :

TABLEAU XI : Répartition des élèves en fonction du but de la planification familiale.

But de la P.F	Effectif absolu	Pourcentage
Espacement de naissance	581	95,09
Santé de la mère	476	77,90
Santé des enfants	331	54,17
Moins de naissance	402	65,79
Moindre dépense	104	17,02
Famille heureuse	84	13,74
Meilleure éducation des enfants	260	35,35
Ne sait pas	24	3,92
Autres	160	26,18

Sur 611 élèves interrogés, 581 soit 95,09% avaient cité l'espacement des naissances comme sens donné à la PF.

TABLEAU XII : Répartition des élèves selon les méthodes connues de contraception.

Méthodes contraceptives Connues	Effectif absolu	Pourcentage
Pilule	589	96,39
Préservatif	571	93,45
Contraceptif. Injectable	240	39,27
Norplant	180	29,45
D.I.U	10	1,63
Méthode traditionnelle	41	6,71
Spermicide	2	0,32
Allaitement maternel	4	0,65
Méthode Chirurgicale	2	0,32
Ne sait pas	24	3,92
Autres	28	4,58

La pilule et le préservatif étaient les méthodes les plus connues avec respectivement 96,39% et 93,45%.

TABLEAU XIII: Répartition des élèves selon leurs sources d'information sur la P.F.

Source d'information	Effectif absolu	Pourcentage
Medias	428	70,04
Amis	140	22,91
Frère /Sœur	175	28,64
Mère	96	15,71
Ecole	185	37,15
Centre de santé	47	30,27
Conférence	47	2,78
Père	8	1,30
Ne sait pas	3	0,49
Autres	18	2,94

Les medias et l'école étaient considérés comme les principales sources d'information avec 70,04% et 37,15%.

TABLEAU XIV : Répartition des élèves selon la connaissance de l'existence des services de P.F.

Existence des services P.F	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	561	91,81
Non	50	8,18
Total	611	100

91,81% des élèves savaient qu'il existe des services de prestation de PF.

TABLEAU XV : Répartition des élèves selon les sources d’approvisionnement en méthodes contraceptives.

Sources d’approvisionnement	Effectif absolu	Pourcentage
Pharmacie	341	55,81
Hôpital	104	17,02
Boutique	131	21,44
Ne sais pas	18	2,94
Autres	8	1,3

La pharmacie et la boutique étaient les sources d’approvisionnement avec respectivement 55,81% et 21,44%.

TABLEAU XVI : Répartition des élèves selon leur connaissance des pratiques d’avortement.

Pratique d’avortement	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	605	99,02
Non	6	0,98
Total	611	100

99,02% des élèves étaient informées sur les pratiques de l’avortement.

TABLEAU XVII : Répartition des élèves selon leur connaissance des risques encourus par les filles qui pratiquent les avortements.

Connaissance des risques	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	601	98,36
Non	10	1,64
Total	611	100

98,36% des élèves connaissaient les risques encourus par les filles au cours des avortements.

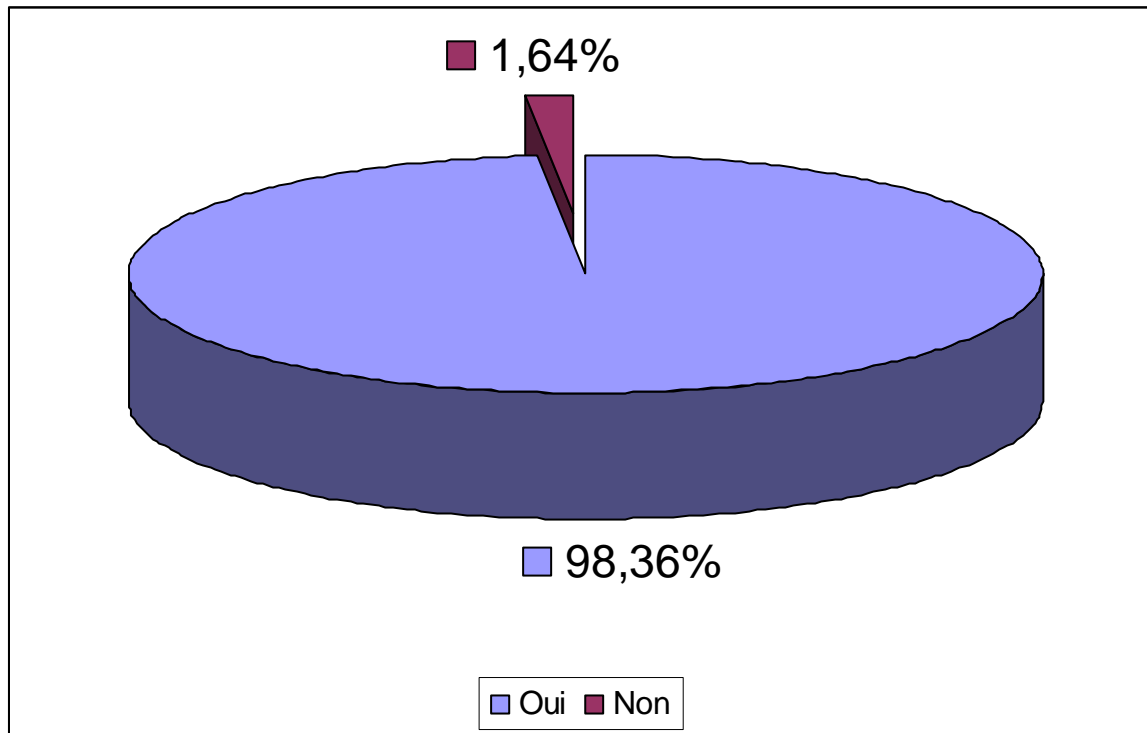


Figure 1 : Répartition des élèves selon leur connaissance des risques encourus par les filles qui pratiquent les avortements.

TABLEAU XVIII : Répartition des élèves selon les risques cités.

Risques	Effectif absolu	Pourcentage
Stérilité	280	45,82
Mort	301	49,26
Maladie grave	71	11,62
Infections	104	17,02
Autres	71	11,62

Parmi les risques, la mort et la stérilité ont été les plus citées avec respectivement 49,26% et 45,82%.

TABLEAU XIX : Répartition des élèves selon les IST citées.

I.S.T citées	Effectif absolu	Pourcentage
SIDA	601	98,36
Gonococcie	219	35,84
Trichomonas vaginalis	47	7,67
Syphilis	56	9,16
Chancre mou	1	0,16
Ne sait pas	3	0,49
Autres	71	11,62

Autres =hépatite, hémorroïde, zona, bilharziose

Le sida et la gonococcie ont été les plus citées avec 98,36% et 35,84%

TABLEAU XX : Répartition des élèves selon les voies de transmission du SIDA citées.

Voie de transmission	Effectif absolu	Pourcentage
Rapport sexuel avec personne infectée	610	99,83
Objets souillés	584	95,58
De la mère	594	97,21
Transfusion avec le sang	609	99,67

99,83% des élèves avaient cité les rapports sexuels avec personne infectée.

TABLEAU XXI : Répartition des élèves selon les moyens qu'on peut utiliser pour réduire la transmission du SIDA par voie sexuelle.

Moyens de réduction du SIDA	Effectif absolu	Effectif
Utiliser le préservatif	610	99,83
S'abstenir des rapports sexuels	416	68,08
Limiter le nombre de partenaire	118	19,31
Traiter précocement les IST	185	30,27
Autres	24	3,92

Autres=solution antiseptiques, spermicides, pilule

L'utilisation de préservatif était le moyen le plus cité pour réduire la transmission du sida par voie sexuelle soit 99,83%.

TABLEAU XXII : Répartition des élèves selon les sources d'information sur les IST/ SIDA.

Sources d'information	Effectif absolu	Pourcentage
Medias	607	99,34
Amis	604	98,85
Frère/Sœur	41	6,71
Ecole	142	23,24
Mère	18	2,93
Conférence	47	7,69
Centre de santé/Hôpital	92	15,05
Père	04	0,65

Les médias et les amis étaient les principales sources d'information avec 99,34% et 98,85%.

TABLEAU XXIII : Répartition des élèves selon la possibilité d'être infecté par le VIH sans manifester les signes.

VIH sans symptômes	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	550	90,01
Non	49	8,01
Ne sais pas	12	1,96
Total	611	100%

550 élèves soit 90,01% pensaient qu'on pouvait être infecté par le VIH sans manifester les signes.

TABLEAU XXIV : Répartition des élèves selon la possibilité d'avoir une IST sans manifester les signes.

IST sans signes	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	216	35,35
Non	295	48,28
Ne sait pas	111	18,16
Total	511	100%

295 élèves soit 48,28% pensaient qu'on ne pouvait avoir une IST sans manifester les signes.

TABLEAU XXV : Répartition des élèves selon le fait qu'une personne infectée par une IST ne peut pas avoir le SIDA.

IST sans SIDA	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	128	20,94
Non	316	51,71
Ne sait pas	167	27,33
Total	611	100

51,71% des élèves pensaient qu'une personne infectée par une IST peut avoir le SIDA et 20,94% des élèves pensaient le contraire.

TABLEAU XXVI : Répartition des élèves selon la possibilité d'être guéri du SIDA si on se fait soigner très tôt.

SIDA	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	82	13,42
Non	472	77,25
Ne sait pas	57	9,32
Total	611	100

77,25% des élèves pensaient qu'on ne pouvait pas guérir du SIDA même si on se fait soigner très tôt.

TABLEAU XXVII : Répartition des élèves selon le fait que la multiplicité des partenaires sexuels augmente le risque d'attraper une IST/ SIDA.

Partenaire sexuel	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	481	78,72
Non	116	18,98
Ne sait pas	14	2,291
Total	611	100

481 élèves soit 78,72% pensaient que plus on a de partenaires, plus grand est le risque d'attraper une IST/SIDA.

3- Attitudes :

TABLEAU XXVIII : Répartition des élèves selon les raisons évoquées pour la non utilisation du préservatif.

Raisons évoquées	Effectif absolu N=131	Pourcentage
Jamais eu de rapport sexuel	23	17,55
Confiance à mon partenaire	47	35,87
N'aime pas le préservatif	15	11,45
Sans information	84	64,12
Total	131	100%

64,12% des élèves n'avaient pas d'information contre l'utilisation du préservatif.

TABLEAU XXIX : Répartition des élèves selon les raisons d'utilisation de moyen contraceptif par les femmes pendant les rapports sexuels.

Moyens contraceptifs	Effectif absolu	Pourcentage
Eviter les grossesses	543	88,87
Eviter les maladies	388	63,50
Infidélité	140	22,91
Ne sais pas	11	1,80

88,87% des élèves pensaient que l'utilisation des moyens contraceptifs permet d'éviter les grossesses.

TABLEAU XXX : Répartition des élèves selon les raisons d'utilisation de préservatif par les hommes pendant les rapports sexuels.

Préservatif	Effectif absolu	Pourcentage
Eviter les maladies	543	88,7
Eviter les grossesses	392	64,15
Ne sait pas	48	7,85

88,7% des élèves pensaient que les hommes utilisaient le préservatif pour éviter les maladies et 64,15% des élèves pensaient qu'il permet d'éviter les grossesses.

TABLEAU XXXI : Répartition des élèves selon les raisons qui les empêchent de fréquenter des P.F.

Raison évoques	Effectif absolu	Pourcentage
Pas besoins	103	28,29
Je n'ai pas l'âge	101	27,74
Jamais eu de rapport sexuel	82	22,52
Je n'aime pas la P.F	37	10,16
Ne sais pas	20	5,49
Autres	21	5,76
Total	364	100

Parmi les 364 élèves qui n'avaient jamais utilisé une méthode de PF 22,52% n'avaient jamais fait de rapport sexuel.

TABLEAU XXXII : Répartition des élèves selon qu'ils soient pour ou contre la PF.

Favorable	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	503	82,72
Non	108	17,67
Total	611	100%

82,72% des élèves étaient pour la PF et 17,67% des élèves étaient contre la PF.

TABLEAU XXXIII : Répartition des élèves selon les raisons qui font qu'ils sont contre la PF.

Raisons	Effectif absolu	Pourcentage
Effets secondaires	82	28,97
Religion	109	38,51
Coutume	56	19,78
Sans information	36	12,72
Total	283	100%

La religion et les effets secondaires ont été les principales raisons évoquées soit 38,51% et 28,93%.

TABLEAU XXXIV : Répartition des élèves selon leur opinion sur les IVG.

Opinion	Effectif absolu	Pourcentage
Désapprouve	591	96,72
Approuve	20	3,27
Total	611	100

96,72% des élèves désapprouvaient les avortements provoqués.

4- Pratiques :

TABLEAU XXXV : Répartition des élèves selon qu'ils ont déjà eu des rapports sexuels.

Rapport sexuel	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	529	86,57
Non	82	13,42
Total	611	100%

529 élèves soit 86,57% avaient déjà eu des rapports sexuels.

TABLEAU XXXVI : Répartition des élèves selon le nombre de partenaire sexuels qu'ils ont eu.

Nombre de partenaire	Effectif absolu	Pourcentage
1	40	7,56
2 à 5	461	87,14
7	28	5,29
Total	529	100%

87,14% des élèves avaient eu 2 à 5 partenaires et 28 élèves soit 5,29% avaient 7 partenaires.

TABLEAU XXXVII: Répartition des élèves selon qu'ils ont présentement un partenaire sexuel.

Partenaire sexuel	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	517	84,61
Non	94	15,38
Total	611	100%

517 élèves sur 611 soit 84,61% avaient un partenaire sexuel ou un ami.

TABLEAU XXXVIII : Répartition des élèves selon qu'ils ont eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels.

Rapport avec partenaire occasionnel	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	85	16,06
Non	418	79,01
Pas de réponse	26	4,9
Total	529	100%

79,01% des élèves n'avaient pas eu de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels.

TABLEAU XXXIX : Répartition des élèves selon qu'ils ont discuté avec leur partenaire de sexualité, d'utilisation de préservatif et de méthodes contraceptives.

Discussion	Effectif absolu	Pourcentage
Sexualité en général	216	35,35
Utilisation du préservatif	114	18,65
Méthode de PF	101	16,65

35,35% des élèves discutaient de sexualité en général avec leur partenaire.

TABLEAU XL : Répartition des élèves selon le type de contraceptif utilisé.

Méthode utilisée	Effectif absolu	Pourcentage
Préservatif	479	93,55
Pilule	17	03,32
Injectable	1	0,19
Norplant	1	0,19
Méthode traditionnelle	14	02,73
Total	512	100

Le préservatif était le plus utilisé soit 93,55% sur les 512 élèves qui avaient déjà utilisé une méthode contraceptive et la pilule avec 3,32%.

TABLEAU XLI : Répartition des élèves selon qu'ils ont déjà utilisé un préservatif.

Utilisation Préservatif	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	368	60,22
Non	243	39,77
Total	611	100%

39,77% des élèves n'avaient jamais utilisé le préservatif.

TABLEAU XLII: Répartition des élèves selon qu'ils ont utilisé le préservatif au premier rapport sexuel.

Utilisation	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	87	18,50%
Non	383	81,50%
Total	470	100%

Concernant les 470 élèves sexuellement actifs 81,50% n'avaient pas utilisé de préservatif au premier rapport sexuel et 18,50% des élèves l'avaient utilisé.

TABLEAU XLIII : Répartition des élèves selon l'utilisation du préservatif même si le partenaire s'y oppose.

Préservatif même si partenaire s'y oppose	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	119	19,47
Non	316	51,71
Ne sait pas	176	28,80
Total	611	100%

51,71% des élèves ne pensaient pas utiliser le préservatif si leur partenaire s'opposait et 28,80% des élèves n'avaient pas donné de réponse.

TABLEAU XLIV : Répartition des élèves selon qu'ils ont déjà utilisé une méthode contraceptive.

Méthodes contraceptives	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	512	83,55
Non	99	16,2
Total	611	100

99 soit 16,20% des élèves n'avaient jamais utilisé une méthode contraceptive et 83,55% avaient déjà utilisé une méthode contraceptive

TABLEAU XLV : Répartition des élèves selon leur fréquentation des services de P.F.

Fréquentation des services de P.F	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	143	28,99
Non	364	71,79
Total	507	100

71,79% des élèves n'avaient jamais fréquenté les services de PF.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- Connaissance :

95% des enquêtés associaient la PF à l'espacement des naissances; cela pourrait être dû à la politique nationale de sensibilisation et d'éducation de la santé qui a mis plus d'accent sur l'espacement des naissances en matière de PF.

Nos résultats sont comparables à ceux de SACHO-D et collaborateurs [30], qui trouvaient dans une étude réalisée au Lycée Bah Aminata DIALLO 87,8% pour l'espacement des naissances.

Dans une autre étude réalisée par LYSHS et collaborateurs [23] à la FMPOST en 1997 trouvaient 93% pour l'espacement de naissance.

Les méthodes contraceptives les plus connues sont la pilule (96,39%) et le préservatif (93,45%). Cela s'expliquerait par la bonne politique de sensibilisation et d'éducation entreprise dans notre pays depuis des années.

D'autres auteurs ont trouvé des résultats similaires, ainsi SACHO-D [30]; COULIBALY-S [8] et MAIGA-K. [24] dans leurs études trouvaient respectivement au Mali, au Burkina Faso et au Niger les mêmes résultats avec les méthodes les plus connues : pilules et préservatifs.

Par ailleurs, les autres méthodes ont été moins connues.

Les principales IST citées par nos enquêtés étaient le SIDA (98,36%) et la gonococcie (35,84%). Cela pourrait s'expliquer par la sur médiatisation de la pandémie du sida lors des multiples campagnes de sensibilisations.

Nos résultats sont semblables à ceux de SACHO-D et collaborateurs [30] trouvaient 94,9% pour le SIDA et 49,8% pour la gonococcie.

99,83% des élèves pensaient que le sida se transmet par rapports sexuels ; 95,58% par l'utilisation d'objets souillés et la transfusion sanguine avec 99,61% de nos élèves interrogés. Cela pourrait s'expliquer par les multiples campagnes d'I.E.C entreprises par les ONG internationales et la politique de santé de notre pays en matière de santé de la reproduction.

Les mêmes résultats sont trouvés par d'autres auteurs : TRAORE.B [34] en 2006 trouvait les rapports sexuels avec 92% et par les objets souillés 91,02%.

En Haïti, en 1994-1995 CAYEMITTES. M et All [10] on trouvé dans leur étude que les voies de transmission du sida les plus connues étaient les rapports sexuels avec 89% et la transfusion sanguine avec 20%.

Dans notre étude 78,72% des élèves étaient conscients du fait que trop de partenaires sexuels augmentaient le risque d'attraper un IST /SIDA ; 99,83% proposaient l'utilisation de préservatif comme un moyen permettant de diminuer les risques de transmission du SIDA.

Ailleurs GOITA.S et collaborateurs [21] dans leurs études trouvaient que 55 à 60% de leur échantillon étaient conscients que la multiplicité des partenaires sexuels pouvait être source d'IST/SIDA.

2- Attitudes et pratiques

➤ Plus de la moitié des élèves soit 84,61%, avaient un partenaire sexuel ou un ami. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les enfants découvrent la sexualité à leur plus jeune âge (âge minimum au premier rapport sexuel était de 13 ans).

35,35% des élèves discutaient de sexualité en général avec leurs partenaires, 18,65% d'utilisation de préservatif et 16,65% de méthode de PF. Cela trouverait son explication dans l'amélioration de la connaissance des élèves sur la santé de la reproduction.

Des résultats semblables ont été trouvés par CISSE .B. [6] qui dans son étude a montré que 66% de son échantillon discutaient de sexualité en général avec leurs partenaires, 56% des méthodes contraceptives et 51% d'utilisation de préservatif.

Il est inquiétant de savoir que 51,71% ne sont pas prêt à utiliser le préservatif en cas de refus de la part de leur partenaire et 16% avaient eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel ; cela s'expliquerait par la méconnaissance des conséquences liées aux IST-SIDA.

Selon l'OMS, toute personne ayant eu un seul partenaire sexuel serait considérée comme personne à risque faible et le comportement est à risque élevé si la personne a eu plus de 2 partenaires sexuels.

Ainsi parmi nos élèves sexuellement actives, 7,56% ont un comportement à risque faible et 87,14 % avaient eu plus de 2 partenaires (comportement à risque élevé).

Des résultats identiques ont été trouvés par SACKO-D. [30] et CISSE A [5] avec respectivement 11,45% et 9,17% avaient un comportement à risque faible et 73,12% et 76,64% avaient un comportement à risque élevé.

➤ Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives est élevé dans notre échantillon soit 28,55%. Cette augmentation pourrait être due à la forte médiatisation des informations sur la PF et la bonne politique de santé de notre pays.

Cette étude justifie qu'il y a beaucoup d'amélioration par rapport à plusieurs études antérieures, notamment celle de SACHO-D [30] qui trouvait en 1999 que 7,6% des élèves utilisaient une méthode contraceptive et l'enquête démographique de la santé menée au MALI- EDSM- III. [16] trouvait que 4,7% des adolescents de l'échantillon pratiquaient la contraception.

Dans notre étude, 87,14% des élèves avaient eu 2 à 5 partenaires et parmi les élèves ayant des rapports avec un partenaire occasionnel plus de la moitié n'avait pas utilisé de préservatif. Cela s'expliquerait d'une part, par la défaillance de la qualité de l'éducation sociale et le faible revenu économique des parents et d'autre part, par le développement des moyens de communication (téléphonie mobile, Internet...)

Parmi les élèves sexuellement actifs 81,50% n'avaient pas utilisé de préservatif au premier rapport sexuel mais 19,50% des élèves l'avaient utilisé et cela pourrait s'expliquer par la méconnaissance des risques liés aux rapports sexuels non protégés (IST-SIDA, grossesses indésirées...).

Ailleurs BOMIA- M [3] trouvait que 21% de son échantillon avaient utilisé un préservatif au 1^{er} rapport.

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- Conclusion

Cette étude transversale a permis de retenir les points principaux suivants :

- Par rapport à la PF :

- 95% des élèves associent à la PF l'espacement des naissances et à la santé de la mère dans 78% des cas.
- Les méthodes de PF connues par les adolescents de cet établissement sont les contraceptifs oraux dans 96% et les méthodes de barrière (préservatifs) dans 93%
- 70% des adolescents interrogés ont reçu les informations sur la PF à partir des médias .

La part des parents est négligeable, ce qui montre le tabou sur le sexe en famille.

- Par rapport au VIH-SIDA :

- 86% des adolescents avaient eu des rapports sexuels dont 81% non protégés.
- Les voies de transmission sexuelle sont connues par 100% des élèves, contre 38% pour la transmission de la mère à l'enfant et 42% par la transfusion sanguine.
- Le SIDA est l'IST la plus connue des adolescents avec 96%, contre 9% pour la Gonococcie.
- Le préservatif est le moyen de protection le plus connu avec 99%.

2- Recommandations

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement aux :

➤ **Médecin chef du CSRéf de la Commune IV :**

- Mettre en place une unité spécifique pour l'accueil et la prise en charge des problèmes de santé de la reproduction des adolescents.
- Recycler les sages femmes sur la santé de la reproduction des jeunes adultes.

➤ **Sages femmes de l'unité du PF :**

- Promouvoir l'offre de service PF en faveur des adolescents en organisant des journées de sensibilisation sur la PF au sein des établissements scolaires.
- Renforcer les Informations, Educations et Communications (IEC) sur la PF en faveur des adolescents.

➤ **Médecin point focal VIH-SIDA :**

- Renforcer la sensibilisation auprès des jeunes sur les IST/VIH.
- Assurer la disponibilité et la distribution gratuite de préservatif aux adolescents.

➤ **Parents :**

- Lever le tabou sur le sexe auprès des jeunes en discutant de sexualité avec eux.
- Contribuer à l'éducation sexuelle des jeunes en les informant sur les dangers liés aux IST-SIDA et les grossesses non désirées.

➤ **Adolescents :**

- Fréquenter les services de santé PF.
- Faire le dépistage volontaire du VIH pour connaître son statut sérologique.
- Eviter les comportements à risque en utilisant régulièrement le préservatif.
- S'informer auprès des parents et des professionnels de la santé sur les risques liés aux IST SIDA.
- Etre à l'écoute des pairs éducateurs pour avoir les connaissances adéquates sur la sexualité.

VII- REFERENCES

1- BITTERA. R.

Le centre de lutte contre les MST de Dakar.

thès .méd.Dkr 1981 – n° 118.

2- BERTHE.M.

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée Askia Mohamed en matière de planification familiale, des maladies sexuellement transmissibles et du SIDA. thès. med. Bko 2000 .n 143.

3- 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.

thès. méd. Bko 2004. n°17

4- CATES W.MC PHEETERS, M.

Adolescents and sexually transmitted diseases, current risks and future consequences

Washington 25 Mars 1997

5- CISSE. A.

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

Mémo. méd. Québec. 1993. n 117.

6- CISSE. B.

Infection à VIH/SIDA : le point sur la recherche vaccinale.

thès .phr. Bko 2004. n°24.

7- CHOQUET .M, LEBOUX S.

Adolescents enquête Nationale Analyses et prospectives – France 1994 .344 p.

8- MINISTERE DE LA SANTE. CPS SANTE.

Enquête démographique et de sante, Mali, 1995-1996. Direction nationale de la statistique et de l'informatique, Bamako, Mali et Macro International,

Calverton , Md, USA, 1996.

9- COULIBALY. D.

Evaluation de la définition clinique du SIDA pédiatrique selon les critères de Bangui.

thes. med. Bko 1998. n° 25.

10- CAYEMITTES M ET AL

Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services, EMMUS II, 1994-1995
Institut haïtien de l'enfance, Peton ville, Haïti, et Macro International,
Claverton, MD, USA, 1995

11- CERPOD

Fécondité de l'adolescente, drames d'une maternité précoce. Pop Sahel -1990.
n° 13.

12-CERPOD

Etude régionale sur la santé de la reproduction des adolescents dans le sahel <<
focus Groups>> et interview individuelle au Burkina Faso, Mali et Niger.
Rapport de recherche – 1996 ; n° 1, Vol V.

13- DIALLO .B.

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée Mabilé en matière
de planification familiale, de MST et SIDA.

thès. méd. Bko 2000. n° 33.

14- DICKO. F.

Connaissances sanitaires des enfants scolaires : cas des élèves de 6^e année du
District de Bamako.

thes. med. Bko 1999. n° 57 .

15- ENQUÊTE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE 1995-1996

Bamako ; EDS (DNS), 1996. N° 6819, 6820, 6821 ; 375p.

16- ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE AU MALI-EDSM III

DNS. Mali Juin 2002.

17- ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE AU MALI-EDSM IV

DNS. Mali Mars 2008.

18- ENQUETTEDEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE AU MALI III.

Programme National de Lutte contre le SIDA : Rapport 2003.

19- FARIAH . Z.

Etude du développement pubertaire et des comportements sexuels des garçons en milieu scolaires bamakois.

thès. méd .Bko 1998 . n° 27.

20- FOMO. B.

Profil épidémiologique et clinique des affections et infections au cours du VIH/SIDA dans les services de médecine interne et d'hémo-oncologie à HNPG

De Janvier 1990 à décembre 1990.

thès. méd. Bko 2001. n°54

21- GOITA. S.

Etude épidémiologique des MST dans la région de Mopti 1996- 1997.

thès. méd.1999. n°74.

22- KEITA. D.

Proposition de stratégie d'information et d'éducation sur le SIDA en milieu (De la 7em à la 12eme du lycée) dans trois grandes villes du Mali (Bamako, Ségou, Sikasso). thès .méd. Bko. n°67.

23- LYS HL- FARIAHI ; TORINDANC J.

Connaissances et attitudes des étudiants de la FMPOS de Bamako en matière de planification familiale, MST/SIDA.

Population Council . 1997 Mali 30 p.

24- MAIGA. K.

Lumière sur la vie sexuelle. Edition.

Edition Jamana. Bko 1994. n° 6686.

25- MAIGA. O.L

Connaissances et attitudes et comportements sexuels en milieu scolaires, à l’RNS de Bougouni et au LMDS.

thèse. med Bko 2001. n°79.

26- OMS : Organisation mondiale de la sante

Programme de sante des adolescents

Genève suisse 1993.

27- ONU/SIDA ET OMS.

Le point sur l’épidémie mondiale du VIH/SIDA. Rapport 2004.

28- Population reports:

Série J Numéro 41 pages. 1997.

29- PSI. Mali, Projet jeune.

Prévention du VIH/SIDA. Bko 2003.

30- SACKO. D.

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du LBAD en matière de Planification familiale, de, MST et SIDA.

thèse. méd. Bko. 2002. n°62.

31- SOGOBA .D.

Contribution à l’étude épidémiologique du SIDA au CHU du point G.

thèse. méd. Bko .2004. n°177.

32- SISSOKO. Z.

Etude de la séroprévalence des infections dues au VIH au Mali.

Thèse. méd. Bko. 1993. n 115.

33- The Word’s Youth, 1996.

Tableau Washington:

Population reference bureau, 1996.

34- TRAORE .B.

Connaissances et comportements en matière VIH-SIDA en milieu scolaire.

thèse. med .Bko 2006 . n 78.

VIII- ANNEXES

ANNEXE 1

FICHE D'ENQUETE

Numéro du questionnaire : /_ / _ / _ /

Commune :

.....

Nom du quartier :

.....

Ecole :

.....

I. RENSEIGNEMENT GENERAUX

Numéro :
CODES

QUESTIONNAIRES

01.Sexe :
Masculin

Féminin

02 Classe :
/_ /

10=1

/_ /

11=2

/_ /

12=3

03 Section :
/_ /

1=Science

/_ /

2=Lettre

04 Age :

05. Résidence
/_ /

1= Bamako

2=Kati

/___/

3=Autres _____

/___/

06. Ethnie :

1= Bamanan 2= Soninké

2= Malinké 3= Peulh

5=Sonrhaï

7=Senoufo

9=Kassonke

11=Autres à

préciser _____

07. Religion

1= Musulmane

2=Chrétienne

Autres à

préciser _____

08. Profession du Père :

1= Commerçant

2= Artisan

3=Fonctionnaire

4=Ouvrier

5= Cultivateur

6= Autres à préciser

09. Niveau de scolarisation du père :

1=N'a jamais fait l'école

/___/

2=Primaire

/___/

3=Secondaire

/___/

4=Supérieur

/___/

5=Autres à

préciser _____

10. Profession de la mère :

1=Commerçant

2=Artisan

3=Fonctionnaire
4=Ouvrier
5=Ménagère

11 Niveau de vie des Parent :

/__/	Electricité	Oui=1 Non=2
/__/	Télévision	Oui=1 Non=2
/__/	Robinet	Oui=1 Non=2
/__/	Radio	Oui=1 Non=2
/__/	Réfrigérateur	Oui=1 Non=2
/__/	Voiture	Oui=1 Non=2
/__/	Location	Oui=1 Non=2
/__/	W_C	Oui=1 Non=2
/__/	Latrine	Oui=1 Non=2
/__/	Puits	Oui=1 Non=2
/__/	Autres _____	

II CONNAISSANCE EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE.

12. Avez-vous déjà entendu parler de la PF. Oui /__/ Non
/__/

13. Si oui, quel est son sens selon vous.

14. Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez

15. Quelles sont vos principales sources d'information sur le PF

16. Selon vous, combien de temps une femme qui a un bébé devrait elle attendre avant d'en avoir un autre

17. Etes vous au courant des pratiques d'avortement par les adolescents de votre age

18. Connaissez vous les risques encourus par les filles qui pratiquent les avortements

Oui=1 Non=2 /___/

19. Si oui, pouvez vous citer quelques uns de ces risques

20. Quel est votre opinion sur les avortements provoqués

21. Personnellement, étiez vous pour la PF

Oui=1 Non=2 /___/

22. Si non, quelle est la principale raison

CONNAISSANCE EN MATIERE D'IST/ SIDA

23. Quelle sont les IST que vous connaissez

24. Connaissez vous les voies de transmissions

25. Si oui, quelles sont voie de transmissions

26. Que peut on faire pour réduire la transmission du sida

27. Quelles sont vos principales sources d'information sur les IST/SIDA

28. Peut être infecté par le virus du sida sans avoir

29. Croyez vous à l'existence du sida

Oui=1 Non=2 Ne sait pas=3

30. Si non, pourquoi

31. Peut on avoir une IST sans manifester les l signes

Oui=1 Non=2 Ne sait pas=3 /___/

32. Une personne qui a une IST ne peut pas avoir /___/

33. Peut on guérir du sida si on se fait soigner très tôt

Oui=1 Non=2 Ne sait pas=3 /___/

34. Plus on a des partenaires sexuels, plus grand est risque d'attraper une IST / virus du sida

Oui=1 Non=2 Ne sait pas=3 /___/

35. L'utilisation de condom diminue les risques de transmission de sida

Oui=1 Non=2 Ne sait pas=3 /___/

36. L'utilisation de condom diminue les risques de transmissions des IST

Oui=1 Non=2 Ne sait pas=3 /___/

37. Avez-vous déjà utiliser un préservation

Oui=1 Non=2 Ne sait pas=3 /___/

38. Si non, pour quoi

39. Pourquoi pensez vous qu'un homme doit porter un préservatif pendant le rapport sexuel

40. A quel moment doit on porter le préservatif

41. A quel moment doit on enlever le préservatif

42. Quelle sont les sources d'approvisionnement en préservatif que vous connaissez

IV COMPORTEMENT SEXUEL :

43. Avez-vous présentement un partenaire sexuel

Oui=1 Non=2 Pas de réponse=3 /___/

44. Si oui, vous est il arrive de parler avec votre partenaire de :

Sexualité en général

Oui=1 Non=2 Pas de réponse=3

/___/

Méthode de PF

Oui=1 Non=2 Pas de réponse=3

/___/

45. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels

- Oui=1 Non=2 Pas de réponse=
- /___/
46. Si oui, quel âge aviez vous pour la première fois
1. An /___/ /___/
 2. Je ne me rappelle pas /___/
 3. Pas de réponse /___/
47. A cette occasion, avez-vous utilise un préservatif
- Oui=1 Non=1 Ne sait pas=3 /___/
48. Etes vous prêt à utiliser un préservatif même si votre partenaire s'y oppose
- Oui=1 N=2 Pas de réponse=3 /___/
49. Si oui, avez-vous utilisé un préservatif
1. Toujours /___/
 2. Par fois /___/
 3. Jamais /___/
 4. Pas de réponse /___/
50. Combien de partenaires sexuels avez-vous eu jusqu'à ce jour
1. Nombre /___/
 2. Je ne me rappelle pas /___/
 3. Pas de réponse /___/

ANNEXE 2

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KOUMA

Prénom : Makan

Titre de la thèse : Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée Mamadou Sarr relatives à la planification familiale, infections sexuellement transmissibles SIDA.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie.

Secteurs d'intérêt : Santé publique, santé de la reproduction.

RESUME :

Notre étude, de type transversal, portant sur 611 élèves âgés de 14 à 19 ans s'est réalisée de janvier 2007 à mars 2007 au Lycée Mamadou Sarr. Elle avait pour objectif d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques des adolescents relatives à la PF, IST et SIDA.

Ainsi tous nos élèves (100%) avaient déjà entendu parler de la PF 95% et l'associent à l'espacement de naissance.

Les méthodes contraceptives les plus connues étaient la pilule 96,39% et le préservatifs (93,45%).

Quant aux IST : le SIDA (98,36%) et la gonococcie (35,84) ont été les plus cités ; 99,83% des élèves savaient que le SIDA se transmet par voie sexuelle.

L'utilisation du préservatif (99%) a été le moyen de prévention le plus répandu.

La principale source d'information a été les médias avec 99,34%.

Malgré leur bonne connaissance sur les IST/SIDA les adolescents ont un comportement à risque élevé, pour cela 81,50% des adolescents n'ont pas eu

recours au préservatif lors de leur premier rapport sexuel et 87,14% ont eu des rapports avec plus de 2 partenaires.

L'âge minimum au premier rapport sexuel était de 13 ans.

Mots clés : Adolescent, IST/SIDA, PF.

ANNEXE 3

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