

Ministère des Enseignements
Secondaire, Supérieur et de la
Recherche Scientifique



République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi



FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire 2008- 2009

N°...../

TITRE

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES
ADOLESCENTES DU LYCEE MASSA MAKAN DIABATE
EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE, DES
INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET DU
VIH/ SIDA

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 13 / 03 /2009
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par M. Abdoulaye Moussa BAGAYOKO

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

JURY

Président : Pr. Amadou DIALLO

Membres : Dr Hamadoun SANGHO

Dr Akory AG IKNANE

Directeur: Dr Adama DIAWARA

DEDICACE

DEDICADE

Au Tout Puissant ALLAH qui par Sa Grâce et Sa Miséricorde m'a permis la réalisation de ce travail.

A mes grands parents :

Mes grands-pères paternels et maternels feu Fadama BAGAYOKO et feu Fabou DOUMBIA que j'ai souhaité voir à mes cotés pour partager la joie de ce travail. Dieu en a décidé autrement ;

Aussi, mes grandes mères paternelles et maternelles feu Dialla Diakité et feu Fatoumata Mani Sidibé pour l'amour et le soutien que vous m'avez offerts sans réserve ;

A mes parents :

Mon cher père Moussa Fadama BAGAYOKO pour les efforts consentis pour mon éducation.

Ta détermination, ton dévouement n'ont pas été vains. Trouve en ce travail une ébauche à toutes tes aspirations. Tu t'es hardiment battu, tu es parti du néant pour me mettre dans toutes les conditions afin que je puisse être ce que je suis et ce que je dois être.

La rigueur dans toute entreprise, la franchise, l'honnêteté, la bravoure et le respect de son prochain, telles sont les premières qualités que tu as toujours données à tes enfants. Ton courage et ta réussite sont un modèle pour moi. Je me fais un défi d'atteindre ton niveau sinon te dépasser conformément aux souhaits de tout père.

Ce travail est le tien papa. Que Dieu t'accorde longue vie.

Ma chère Mere: Tenimba DOUMBIA

Un enfant n'a pas de prix pour sa mère, ton sens pour l'éducation de tes enfants et des enfants d'autrui, ta détermination pour notre réussite, ton

attention pour mes amis que tu considérais comme tes propres enfants font de toi maman une mère exemplaire.

Tu partageais avec moi les moments très émotionnels d'attente des résultats. Tu étais même plus inquiète que moi. Je n'oublierais jamais ces moments.

Tu as toujours veillé sur moi sur tous les plans. Maman, trouve en ce travail une réponse à tes efforts et sacrifices consentis pour moi.

Puisse ALLAH te donner longue vie pour goûter au fruit de la graine que tu as semer et entretenue depuis. Les mots sont faibles pour témoigner mon amour pour toi maman.

Mes chères tantes : Fanta BAGAYOKO, Mariam DIAKITE, Mah Aissata BENGALY, Safiatou TOURET, Djènebou DIABY, Lalia, Fanta DOUMBIA dite Tata.

Ce travail est l'occasion pour moi de vous réaffirmer toute ma considération et mon profond attachement.

Mes tontons :

Dougoufana BAGAYOKO, Sériba BAGAYOKO, Diarra BAGAYOKO, Hameye Mahamadane, Baya BERTHE, Dramane DOUMBIA, Tidiane N'DIAYE dit MOILIME.

Ce travail est l'occasion pour moi de vous réaffirmer toute ma considération et mon profond attachement.

Mes frères et sœurs :

Fadama, Mamadou, Dialla, Koumba, Mohamed, Fatoumata, Fifi, Mama, Awa, Diassan, Tomini, Adia.

J'ai toujours bénéficié de votre aide morale et surtout de votre compréhension. Soyez assurés de mon amour et de mon profond attachement. Que ce travail soit une inspiration pour vous.

Tous mes neveux et à toutes mes nièces

Soyez assurés de mon amour et de mon profond attachement. Que ce travail soit une inspiration pour vous.

A mes cousins et cousines :

Ce travail est l'occasion pour moi de vous réaffirmer toute ma gratitude.

A Feu Daouda TRAORE : Grand frère ce jour est le votre, c'est votre gloire et votre honneur. Sans Dieu et votre impulsion ce jour ne serait pas arrivé. Que le Dieu tout puissant vous accorde sa clémence.

Mes amis : Abdoul Madjid N'DIAYE, Samba TRAORE, Dr Mohamed M TRAORE, Lassine CISSE

.

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que Dieu vous Récompense pour votre bonté. Ce travail est aussi le vôtre.

A tous mes camarades de la FMPOS.

A tous les amis.

Mes chéries : Maïmouna BERTHE, Aminata DABO

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que Dieu vous Récompense pour votre bonté. Ce travail est aussi le vôtre.

A tous les porteurs du VIH

Puisse donc par ce travail me permettre de vous témoigner à tous ma reconnaissance éternelle.

REMERCIEMENTS

Remerciements

A toute l'administration du lycée Massa Makan DIABATE de Bamako, ainsi qu'à toutes les adolescentes.

A tous les professeurs de la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie.

A tous mes collègues internes de Dr DIAWARA :

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

A mes amis de la FMPOS :

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

A toute la famille BAGAYOKO.

A toute la famille N'DIAYE.

A toute ma promotion de la FMPOS.

A tous mes aînés :

A mes cadets de la FMPOS.

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



HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Hommage aux membres du jury

A notre maître et président du jury

➤ Professeur Amadou DIALLO

- **Professeur de biologie animale et de zoologie à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie de l'université de Bamako ;**
- **Vice recteur de l'université de Bamako**

Cher maître

Nous sommes très touchés par votre accueil, votre modestie, et la simplicité avec la quelle vous avez accepté de présider ce jury.

Votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité, votre disponibilité, et votre humeur constamment joviale font de vous un maître admirable.

Veillez recevoir, cher maître, l'expression de notre profond respect.

A notre maître et membre du jury

➤ Docteur Hamadoun SANGHO

- **Maître assistant en Santé Publique à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie de l'université de Bamako ;**
- **Directeur général du centre de recherche et de documentation pour la survie de l'enfant (C.R.E.D.O.S).**

Cher maître

Vous nous faites honneur en acceptant de juger ce travail.

Votre immense savoir multidisciplinaire, votre disponibilité, vos qualités exceptionnelles de formateur, votre générosité nous imposent beaucoup de respect et une grande admiration.

Merci pour les critiques et les suggestions qui ont permis d'améliorer la qualité de ce travail.

Trouvez ici cher maître, nos sincères remerciements et l'expression de notre profond respect.

A notre maître et membre du jury

➤ **Docteur Akory AG IKNANE**

- **Maître assistant en Santé Publique à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie de l'université de Bamako ;**
- **Chef de service nutrition à l'institut national de recherche en santé publique (I.N.R.S.P).**

Cher maître

C'est plus qu'un honneur que vous nous faite en acceptant de juger ce travail.

Vos qualités d'homme de science, votre esprit de recherche, Votre simplicité, votre disponibilité, nous ont impressionné.

Merci pour les critiques et les suggestions qui ont permis d'améliorer la qualité de ce travail.

Trouvez ici cher maître nos sincère remerciements et l'expression de notre profond respect.

A notre maître et Directeur de thèse

➤ Docteur Adama DIAWARA

- **-Maître assistant en Santé Publique à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie de l'université de Bamako ;**
- **-Directeur général de l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux (A.N.E.H)**

Cher maître

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

Votre simplicité, votre disponibilité constante, votre rigueur, votre dynamisme font de vous un maître apprécié de tous.

Nous avons beaucoup admiré vos immenses qualités humaines, sociales et scientifiques tout au long de ce travail.

Trouvez ici, cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre indéfectible attachement.



LISTE DES ABREVIATIONS

Liste des abréviations

ATCD :	Antécédent
CCC :	Communication pour le Changement de Comportement
CCV :	Contraception Chirurgicale Volontaire
Cf. :	Conférer
CI :	Communication Interpersonnelle
DBC :	Distribution à Base Communautaire
DHN :	Désinfection de Haut Niveau
FIV :	Fécondation in Vitro
IM :	Injection Intramusculaire
ISO :	International Organisation for Standardisation
IVD :	Intraveineuse Directe.
LAM :	Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée
MIP :	Maladie Inflammatoire du Pelvis
PE :	Pair Educateur
PI :	Prévention des Infections
Rh :	Rhésus
RV/RDV :	Rendez-vous
SR :	Santé de la Reproduction
TA :	Tension Artérielle
TV:	Toucher Vaginal
UI:	Unités internationales
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PNLP :	Programme National de Lutte contre le Paludisme
EDS :	Enquête Démographique de Santé
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
UNICEF :	Programme des Nations Unies pour l'Enfance

HCNLS :	Haut conseil national de lutte contre le SIDA
ONUSIDA :	Organisation des Nations Unies pour le Sida
PF :	Planification Familiale
IVG :	Interruption Volontaire de la Grossesse
VIH :	Virus de l'Immuno Déficience Humaine
SIDA :	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
ONG :	Organisation non Gouvernementale
10^{ème} L :	10 ^{ème} Lettre
10^{ème} S :	10 ^{ème} Science
SH :	Science Humaine
SB :	Science Biologique
ASDAP :	Association de Soutient au Développement des Activités de Population
PRADO :	Programme des Adolescents
WC:	Water Close
CDC:	Centers for Disease Control
DIU :	Dispositif Intra Utérin
DNS :	Direction national de la santé
DSR :	Division Santé Reproduction
FNUAP :	Fond des Nations Unies pour l'Alimentation et la Population
CESAC :	Centre de Soins d'Animation et de Conseil
PNLS :	Programme National de Lutte contre le SIDA
SMI :	Santé Maternelle et Infantile
MAMA :	Méthode d'Allaitement Maternelle et d'Aménorrhée
COC :	Contraceptifs Oraux Combinés
PP :	Pilule Progestative
ARN :	Acide Ribonucléique
ADN :	Acide Desoxiribonucleique
DPM :	Direction Pharmacie et Médicament



SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. Introduction.....	1
II. Objectifs.....	5
III. Généralités.....	6
IV. Méthodologie.....	33
V. Résultats.....	42
VI. Commentaires	71
VII. Conclusion.....	84
VIII. Recommandations.....	86
IX. Bibliographie	87
 Annexes	

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau</u> : Répartition des adolescentes en fonction de l'âge.....	43
<u>Tableau VI</u> : Répartition de l'effectif des élèves selon le niveau de vie des parents.....	43
<u>Tableau VII</u> : Répartition des adolescentes en fonction du sens donné à la planification familiale.....	44
<u>Tableau VIII</u> : Sens donné à la planification familiale en fonction de l'âge.....	45
<u>Tableau IX</u> : Sens donné à la planification familiale en fonction du niveau de vie des parents.....	46
<u>Tableau X</u> : Répartition des adolescentes selon les méthodes contraceptives qu'elles connaissaient.....	47
<u>Tableau XI</u> : Méthodes contraceptives citées par les adolescentes en fonction de l'âge.....	48
<u>Tableau XII</u> : Répartition des adolescentes selon la méthode contraceptive utilisée.....	49
<u>Tableau XIII</u> : Répartition des adolescentes selon leurs sources d'information sur la planification familiale.....	49
<u>Tableau XIV</u> : Sources d'information sur la planification familiale en fonction de l'âge.....	50

Tableau XV: Sources d'information sur la planification familiale selon le niveau de vie des parents.....51

Tableau XVI: Connaissances de l'existence de services de planification familiale en fonction de l'âge.....52

Tableau XVII : Connaissances de l'existence des services de planification familiale selon le niveau de vie des parents.....52

Tableau XVIII: Répartition des adolescentes selon les raisons qui les empêchaient de fréquenter des services de planification familiale.53

Tableau XIX: Opinion sur la planification familiale en fonction de l'âge.....53

Tableau XX: Opinion sur la planification familiale selon le niveau de vie des parents.....54

Tableau XXI: Répartition des adolescentes selon les raisons qui font qu'elles sont défavorables à la planification familiale.....54

Tableau XXII: Répartition de l'effectif des adolescentes selon les sources d'approvisionnement en méthodes contraceptives.....55

Tableau XXIII: Exigence de préservatifs (condom masculin) au premier rapport sexuel selon l'âge.....55

Tableau XXIV: Exigence de préservatif (condom masculin) au premier rapport sexuel selon le niveau de vie des parents.....56

<u>Tableau XXV:</u> Répartition des adolescentes selon les raisons évoquées contre l'utilisation de préservatif	56
<u>Tableau XXVI :</u> IST citées en fonction de l'âge.....	58
<u>Tableau XXVII:</u> Les IST citées par les élèves selon le niveau de vie des parents.	59
<u>Tableau XXVIII :</u> Répartition des adolescentes selon les sources d'information sur les IST, le VIH et le SIDA.....	60
<u>Tableau XXIX :</u> Sources d'information sur les IST/SIDA en fonction de l'âge.....	61
<u>Tableau XXX:</u> Sources d'information sur les IST/SIDA selon le niveau de vie des parents.....	62
<u>Tableau XXXI:</u> Répartition des adolescentes selon les moyens de réduction du VIH et du SIDA par voie sexuelle.....	63
<u>Tableau XXXII:</u> Répartition des élèves selon qu'elles pensent qu'on peut être infecté par les IST et virus du SIDA sans avoir les symptômes de la maladie en fonction de l'âge.....	64
<u>Tableau XXXIII:</u> Répartition des élèves selon la possibilité d'être infecté par les IST et le virus du SIDA sans avoir les symptômes de la maladie en fonction du niveau de vie des parents.....	64
<u>Tableau XXXIV:</u> Répartition des adolescentes selon que la multiplicité des partenaires sexuels augmente le risque d'attraper une IST/SIDA.....	65

Tableau XXXV: Répartition des adolescentes selon qu'elles avaient fait des rapports sexuels en fonction de l'âge.....65

Tableau XXXVI: Les élèves qui avaient déjà eu des rapports sexuels selon le niveau de vie des parents.....66

Tableau XXXVII: Rapports sexuels avec des partenaires occasionnels selon l'âge.....67

Tableau XXXVIII: Répartition des adolescentes selon les raisons qui font qu'elles n'ont pas fait le test du VIH/SIDA.....69

Tableau XXXIV: Test du VIH selon le niveau de vie des parents.....70

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des adolescentes selon leurs provenances.42

Figure 2 : Répartition des adolescentes selon leurs connaissances des IST.....57

Figure 3: Répartition des adolescentes selon qu'elles avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels.....66

Figure 4: Rapports sexuels avec des partenaires occasionnels selon le niveau de vie des parents.....68

Figure5: Répartition des élèves selon qu'elles avaient fait le test du VIH en fonction de l'âge.....70



INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

L'adolescence est l'âge du changement entre l'enfance et l'âge adulte sans appartenir ni à l'un ni à l'autre. L'adolescente est en transition, elle a du mal à se situer par rapport à sa famille et à la société. Elle existe dans un contexte interactif : famille, milieu scolaire, groupes de pairs, monde des loisirs sont autant de pôles relationnels qu'il faut prendre en compte pour comprendre les adolescentes dans leurs diversités.

La période de l'adolescence est pourtant une phase de la vie où les jeunes sont particulièrement vulnérables aux risques de la santé, surtout ceux liés à la sexualité et à la reproduction comme le VIH/SIDA, les grossesses non désirées, les avortements, les mariages précoces, les infections sexuellement transmissibles et la malnutrition.

La manière dont l'adolescence est vécue et affecte la santé de la reproduction est influencée en grande partie par le moment et l'enchaînement de l'initiative sexuelle, du mariage et de la naissance; dans quelle mesure ce moment et cette séquence d'événements font l'objet de sanctions ou d'interdits sociaux. Il existe une très grande variation à travers le monde, dans les pays, dans les valeurs sociales et culturelles qui façonnent ces événements.

La qualité des relations entre les jeunes, leurs parents et leurs familles élargies est particulièrement importante pour le développement des jeunes. Différentes études menées ont révélé que la population adolescente est/ou sera sexuellement active ; elle est donc concernée à plus d'un titre par ces problèmes.

Il a été estimé par l'OMS (1) en 2001 que dans le monde plus de la moitié des quelques 2,4 millions de nouvelles infections annuelles par le VIH touchent les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Le nombre de suicides chez les adolescents augmente et l'on a dépassé le cap des 100 000 décès annuels dans le monde.

On estime que le nombre d'avortements chez les adolescentes atteint 2 à 4 millions par année ; il s'agit le plus souvent d'avortements clandestins présentant par conséquent des risques. Sur les 333 millions de nouveaux cas annuels estimés des infections sexuellement transmissibles dans le monde, au moins le tiers concerne des jeunes de moins de 25 ans. [1]

Selon OMS-ONUSIDA. [2] le nombre de nouvelles infections a chuté, partiellement en raison de l'impact des programmes de lutte contre le VIH. Toutefois, on estime que 33,2 millions [30,6 – 36,1 millions] de personnes vivent avec le VIH en 2007, que 2,5 millions [1,8 – 4,1 millions] de personnes ont été nouvellement infectées, et que 2,1 millions [1,9 – 2,4 millions] de personnes sont décédées du sida. Selon les estimations, en 2007 il y a eu 1,7 million [1,4 – 2,4 millions] de nouvelles infections en Afrique subsaharienne, une baisse significative depuis 2001. [2]

La région reste toutefois très sévèrement touchée. Quelques 22,5 millions [20,9 – 24,3 millions] de personnes vivant avec le VIH, soit 68% du total mondial, se trouvent en Afrique subsaharienne. [2]

La connaissance des Infections sexuellement Transmissibles et le VIH est généralement élevée chez les adolescentes ; 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 [3].

CISSE A [4] en 1993 au Mali trouvait que 60% des personnes interrogées au cours de son enquête (sexe masculin et féminin âgés de 15 à 29 ans) ont un comportement à risque élevé : 80% disaient n'avoir jamais utilisé

(exigé) le préservatif au premier rapport sexuel et 65% avec des partenaires occasionnels.

Au Mali les récentes données de l'enquête démographique et de santé en 2006 (EDS IV) [5] trouvent que le multi partenariat dans les rapports sexuels accroît le risque d'infection par les Infections sexuellement Transmissibles, en particulier le VIH/SIDA avec un taux de 1,3%. Ce risque est d'autant plus important que l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible.

Il faut noter que, du fait de la précocité de l'âge aux premiers rapports sexuels chez les femmes maliennes, le taux de séroprévalence VIH est relativement élevé à 15-29 ans 0,6 % à 15-19 ans, comparé aux hommes. Le taux de séroprévalence VIH chez les hommes reste faible aux jeunes âges : 0,2 % à 15-19 ans. Parmi ces différents cas de SIDA, des antécédents d'Infection sexuellement Transmissible ont été retrouvés chez la plupart. [5]

Il apparaît donc que les IST jouent un rôle prépondérant dans la transmission de l'infection par le VIH. Ce qui a pour corollaire l'adoption d'un comportement sans risque et la promotion des autres moyens de prévention entre autre l'utilisation des méthodes de planification à la fois comme moyens de contraception et de prévention. [5]

Ces différentes situations expliquent le renforcement actuel des activités de prévention, parmi lesquelles l'information et la sensibilisation des populations surtout chez les adolescentes qui occupent une place prépondérante.

Cependant, force est de reconnaître que malgré ces campagnes d'information et de sensibilisation le problème posé par les Infections sexuellement Transmissibles demeure réel au sein de cette population

adolescente, qui semble être la plus touchée. Mais jusque-là très peu d'études sont consacrées à l'adolescente et à ses problèmes.

Etant donné la vulnérabilité des adolescentes à l'infection et les interactions multiples entre Infections sexuellement Transmissibles et le SIDA, il est important d'analyser les informations disponibles sur la connaissance et les sources d'informations des adolescentes de même que les modes de prévention et les barrières aux traitements.

Il est donc important de déterminer la connaissance des adolescentes sur le préservatif qui est un moyen de contraception et un moyen de prévention contre les Infections sexuellement Transmissibles et le VIH/SIDA.

Notre étude s'est intéressée à une population de lycéennes adolescentes afin d'évaluer leur connaissance en matière de planification familiale, d'Infection sexuellement Transmissible, le VIH/SIDA ; et d'identifier les facteurs susceptibles d'interférer sur leur comportement.



OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif Général :

Evaluer le niveau des adolescentes du Lycée Massa Makan DIABATE à Bamako en matière de Planification Familiale, des Infections sexuellement Transmissibles et du VIH/SIDA.

2. Objectifs spécifiques:

- Déterminer le niveau de connaissance de ces adolescentes sur la Planification Familiale, les Infections sexuellement Transmissibles et le VIH/SIDA.
- Identifier leurs sources d'information sur la Planification Familiale, les Infections sexuellement Transmissibles et le VIH/SIDA.
- Déterminer la fréquence d'utilisation des moyens contraceptifs au sein de cette population adolescente.
- Identifier les facteurs qui influencent la connaissance de ces adolescentes sur la Planification Familiale, les Infections sexuellement Transmissibles et le VIH/SIDA.
- Déterminer la relation faite par les adolescentes entre la planification familiale et la lutte contre les Infections sexuellement Transmissibles et le VIH/SIDA.
- Déterminer la fréquence du test du VIH au sein de cette population adolescente.

GENERALITES

III. GENERALITES

1. L'ADOLESCENCE :

Les adolescents, considérés longtemps comme sujets de préoccupation dans les sociétés industrialisées, commencent depuis quelques années seulement, à l'être dans les pays en 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'étend de 10 à 19 ans selon l'OMS [4]. C'est au cours de cette période que :

-Les processus psychologiques et le mode d'identification de l'individu évoluent de ceux qui sont propres à l'enfant, à ceux qui caractérisent un adulte.

-L'individu passe de l'état de dépendance sociale et économique totale à celui d'indépendance relative.

-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 ; biologiques et psychologiques qui accompagnent 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 (caractères sexuels secondaires), même si les moyennes d'âge diffèrent. L'apparition de ces signes s'étend sur plusieurs années (4-5ans) 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 des cas ; mais celle de la pilosité pubienne peut la précéder dans le tiers des cas.

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 des grandes lèvres associées à l'apparition des petites lèvres et à l'augmentation du volume du clitoris modifient l'orientation vulvaire qui de verticale va prendre une position horizontale.

L'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 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 augmentent, tant la FSH que la LH s'élèvent progressivement provoquant la maturation du système hypothalamo-hypophyso-gonadique ; ce qui est nécessaire à la mise en place de sécrétion cyclique des gonadotrophines donc au déroulement normal du développement ovarien et l'installation du cycle menstruel [6].

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

Aussi, ce changement morphologique et hormonal fait que l'adolescente à souvent tendance à s'identifier au sujet adulte surtout sur le plan comportemental. Cette tendance à s'identifier appelée « crise

d'adolescence» est un moment temporaire de déséquilibre qui aboutit à une réorganisation.

Il s'agit alors d'une « seconde naissance », d'un second processus d'individualisation « qui renvoie aux premières expériences de la vie, et leur donne une nouvelle dimension.

Cette dimension passe par des 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, expose l'adolescente aux risques de IST qui peuvent avoir de graves conséquences y compris la stérilité et même la mort [7].

2. NOTION D'ATTITUDE ET DE COMPORTEMENT :

2.1. DEFINITION :

L'attitude peut être considérée comme la manière particulière qu'a une personne d'agir, de penser et de sentir [8].

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

Les attitudes constituent un objet d'étude central. Tantôt ce concept est utilisé pour exprimer la singularité d'une réaction (l'attitude d'un individu au cours d'une discussion.), tantôt il exprime la réaction d'une collectivité (les attitudes des musulmans face à l'alcool), la notion d'attitude a eu diverses appellations dans son histoire [8].

C'est ainsi qu'elle fut utilisée sous la dénomination de position atteinte, dans le courant expérimentaliste allemand au début du 20^e siècle et chez les pionniers américains de psychologie sociale [4].

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

Ainsi, I. Stertz [4] dans sa définition, réduit l'attitude uniquement à une relation entre une personne et des objets ou des valeurs morales.

J. Mainsouneuve [4] quant à lui insiste sur l'aspect affectif de l'attitude et sa tendance à l'action.

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

Exemple : être pour la planification familiale justifie le fait d'adopter les méthodes.

2.2. ELEMENTS CARACTERISTIQUES :

On distingue un certain nombre d'éléments caractérisant les attitudes [6] :

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

Exemple : une fille peut refuser la planification familiale parce qu'une autre a une idée négative à son égard.

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

Ainsi nous pouvons affirmer que l'attitude est aussi fonction des sentiments qu'un sujet manifeste face à une situation ou à une personne. Ainsi un sujet qui affirme avoir une haine contre quelque chose, il ne serait pas étonnant de voir ses proches contre cette chose. [4]

Il va sans 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 des besoins et des situations.

L'attitude est donc un produit de la socialisation ; elle est apprise, acquise. Cette acquisition se fait sous diverses formes. On a ainsi l'intériorisation des attitudes issues du groupe d'appartenance : communauté, clan, famille.

La constitution des attitudes se fait aussi par l'expérience propre du sujet. Cette expérience lui permet de tirer des leçons de l'épreuve vécue par lui-même et se fait une attitude vis-à-vis d'elle. [8]

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

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

Parmi les conditions préalables au changement d'attitudes nous avons la connaissance du public. Donc il faut analyser et comprendre les besoins,

les contraintes, la croyance ou représentation mentale des gens dont nous espérons changer l'attitude.

Cependant, en dépit de liens entre l'attitude et le comportement, il y a souvent divorce entre ces deux. Ce manque de correspondance pourrait s'expliquer par le fait que plusieurs attitudes influencent un comportement donné. [9]

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

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

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

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

Ainsi il apparaît à travers cette notion d'attitude qu'elle a une valeur explicative et prédictive du comportement. D'où cet intérêt sur les attitudes. [10]

3. LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

3.1. HISTORIQUE :

Connues depuis l'Antiquité sous le nom de MST, elles ont de tout temps préoccupé les responsables de toutes les sociétés en matière de santé et de salubrité. Ainsi dans le Lévitique, chapitre IV, Moïse en décrivant la blennorragie instituait une sorte de prophylaxie dans les termes suivants :[4]

« Celui qui éprouve un écoulement de semence est impur et cette immondicité sera reconnue lorsqu'à chaque moment une humeur impure s'attachera à sa personne. Tous les lits où il dormira et tous les endroits où il sera assis seront impurs. Si un homme touche son lit, il lavera ses habits et s'étant lui-même lavé dans l'eau, il demeurera impur jusqu'au soir, celui qui aura touché la chair de cet homme lavera ses vêtements et sera impur jusqu'au soir »

L'historique de la syphilis fait opposer deux théories [11]:

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

-La théorie uniciste des auteurs modernes qui admettent l'existence d'un tréponème original saprophyte qui au bout d'une longue évolution aurait donné naissance aux tréponèmes et aux tréponématoses telles que les dermato-vénérologues 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 » et aujourd'hui appelé infection sexuellement transmissible.[5]

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

Avec le progrès de la microbiologie, il existe plus d'une vingtaine d'IST. [12]

3.2. EPIDEMIOLOGIE :

Selon l'OMS [3] il y aurait 250 millions de cas de IST par an. Elle estime qu'un adolescent sur 20 contracte chaque année une IST (notamment le VIH et SIDA, la gonococcie, les infections à chlamydiae ou à herpès).

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

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

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

Le taux de transmission est défini comme le nombre de nouveaux cas à partir d'un malade reconnu [8].

Il permet d'évaluer le bénéfice de la prévention.

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

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

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

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

3.3. CARACTERES COMMUNS DES IST :

- L'incubation est souvent longue avec une possibilité de contamination alors qu'il n'y a pas de symptômes.
- Elles ne touchent que l'homme ou la femme : il n'y a pas de réservoir animal.
- Le réservoir est surtout constitué de femmes asymptomatiques et de groupes à risque : homosexuels, prostituées.
- Leur transmission est exclusivement sexuelle sauf pour les VIH, le virus de l'hépatite B, les gonocoques et les chlamydiae chez l'enfant.
- Elles touchent des adolescents et des adultes (surtout célibataires) des milieux pauvres, habitant les pays en voie de développement.
- La transmission dépend des comportements ;
- Les IST sont souvent associées et cette association est systématiquement recherchée.

3.4. FACTEURS RESPONSABLES DE LA RECRUESCENCE DES IST :

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

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

Ajouter à cela l'expansion de la scolarisation exposant de nombreux adolescents à l'influence d'un environnement urbain où ils ne sont pas soumis à celle de leurs parents ; et levant ainsi les inhibitions qui pesaient sur une expression plus libre de leur sexualité.

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 DIFFERENTES IST :

3.5.1. La gonococcie :

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

3.5.1.1. Agent causal :

Albert Neisser en 1879 a découvert le pus urétral et oculaire ; il lui donna par la suite le nom de *Neisseria gonorrhée*.

Il se présente sous forme de diplocoque Gram (-) en grain de café, sensible aux variations de température et de PH. Il est très souvent associé à *Chlamydia trachomatis*, à *Candida albicans*, au *Trichomonase Vaginalis* et au *Mycoplasme* [15].

3.5.1.2. 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 par 100.000 habitants c'est-à-dire jusqu'à une personne sur 10. [16]

Par comparaison, aux Etats-Unis l'incidence annuelle de gonorrhée était de 233 pour 10.000 habitants en 1991. [17]

3.5.2. Infection à *Treponema pallidum* :

3.5.2.1. Agent Causal :

Elle est due à un *spirocheteocea* : *Treponema pallidum*, bactérie mobile non cultivable dont le réservoir est humain.

Il existe des tréponématoses non vénériennes morphologiquement identiques à *Treponema pallidum*, responsables du pian et de la pinta : *Treponema caratea* et *Treponema pertenuae*.

Le *T. pallidum* est fragile et est rapidement détruit s'il n'y a pas 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°C. [4]

3.5.2.1. 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. [18]

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 enfants en cas d'infection de la mère.

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

3.5.3. Infection à Trichomonas vaginalis :

3.5.3.1. Agent pathogène :

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

3.5.3.1.2. Epidémiologie :

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

3.5.4. Chancre mou :

3.5.4.1. Agent pathogène :

C'est un bacille Gram négatif auto inoculable à bouts arrondis : *Haemophilus ducreyi*.

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

3.5.4.2. 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 de prostituées en milieu défavorisé.

3.5.5. Infection à Chlamydia trachomatis :

3.5.5.1. Agent pathogène :

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

Il existe deux espèces caractéristiques : *C. psittaci* et *C. trachomatis* ; à ceux-ci s'ajoute *C. pneumoniae*. Seul *Chlamydiae trachomatis* est responsable d'une infection urogénitale.

3.5.5.1.2. Epidémiologie :

C'est une affection très répandue. Elle constitue la deuxième cause d'urétrite dans les pays en voie de 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 :

3.5.6.1. 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 isolées dans les cavités naturelles

de l'homme, parmi lesquelles quatre sont pathogènes pour l'homme, *Mycoplasma pneumoniae*, *M. genitalum* et *Ureaplasma urealyticum*.

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

3.5.6.2. Epidémiologie :

M. hominis, *M. genitalum* et *U. urealyticum* sont des commensaux opportunistes des 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 : [19]

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 précoce des IST.
- Le dépistage et le traitement des autres IST devant un cas.

b. Institutionnelles :

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 : sérologies de la syphilis et du VIH lors du mariage chez les femmes enceintes et chez les femmes à risque.

3.6.2 Prévention secondaire :

Vise le traitement précoce des IST qui aura pour but :

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

4. INFECTION A VIH/SIDA:

4.1 .DEFINITION :

Le SIDA appelé syndrome d'immunodéficience acquis, est une maladie infectieuse, contagieuse, grave causée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). [14]

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. HISTORIQUE :

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.[8]

En 1982, le terme de syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA) fut défini par le « Center of Disease Control (CDC)» des USA et remplaça le terme de immunodéficience des homosexuels.

En 1982 on découvre la présence d'anticorps (Elisa) chez les patients atteints du SIDA. Le VIH1 a été identifié au même moment.

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

-Commercialisation du premier test de diagnostic sérologique

1986 : Identification du VIH2.

4.3. EPIDEMIOLOGIE :

Entre 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 importants. [8]

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 territoire. Le nombre de séropositifs était estimé à 8-10 millions.

En 1993, 14 millions de personnes avaient été infectées par le VIH dont 8 millions en Afrique sub-saharienne. [3]

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

En l'an 2000, le nombre prévu de nouveaux cas d'infections par le VIH par année dépasserait les 2 millions. Il y a aura un total cumulé d'environ 30-40 millions d'individus infectés par le VIH.

Dix (10) millions de personnes auront contracté le SIDA et 90% des cas surviendront dans les pays en développement, et ce sont les jeunes qui seront les plus touchés.

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

Selon les estimations, en 2007 il y a eu 1,7 million [1,4 – 2,4 millions] de nouvelles infections en Afrique subsaharienne, une baisse significative depuis 2001. La région reste toutefois très sévèrement touchée. [1]

Quelque 22,5 millions [20,9 – 24,3 millions] de personnes vivant avec le VIH, soit 68% du total mondial, se trouvent en Afrique subsaharienne.

Le Mali comme les autres pays de l'Afrique de l'Ouest est concerné 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 1 111 cas cumulatif et dès lors, le nombre de cas ne cesse d'augmenter.

Au Mali les récentes données de l'enquête démographique et de santé en 2006 [5] (EDS IV) trouvent que Le multi partenariat dans les rapports sexuels accroît le risque d'infection par les IST, en particulier le VIH et SIDA avec un taux de 1,3%.

Avec un taux de létalité aussi élevé et des répercussions importantes sur la santé et sur la société, 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 risqué, 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 a ouvert la possibilité de faire des études grâce auxquelles les modes spécifiques de transmission de la maladie ont pu être déterminés.

Depuis, il a été établi que le VIH pouvait être retrouvé dans : le sang, le sperme, les sécrétions vaginales, la salive, le liquide amniotique, le liquide céphalo-rachidien, les larmes, les urines, le lait maternel , le liquide broncho alvéolaire ...

Cependant jusqu'à présent le sang, les produits sanguins, le sperme, les sécrétions cervico-vaginales sont toujours incriminés dans la transmission du VIH-SIDA. Cette transmission est possible par :

4.4.1. La voie sexuelle :

C'est le mode de transmission le plus fréquent de dissémination. Il met en cause les rapports homosexuels. 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 tentent 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.

4.4.4. Relation entre SIDA ET Infections sexuellement Transmissibles:

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

Depuis l'avènement du SIDA il est unanimement admis que la lutte contre cette « peste des temps modernes » passe par la lutte des IST du fait de l'interaction existante entre IST-SIDA.

Le chancre mou, l'infection à chlamydia, la gonorrhée, la syphilis et la trichomonas peuvent augmenter de deux à neuf fois le risque de transmission du VIH. [4]

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

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

Ces Infections sexuellement Transmissibles peuvent accroître la transmission du VIH pour deux raisons majeures. Les Infections sexuellement Transmissibles ulcéraives ouvrent une porte directe au VIH dans le système sanguin de la personne infectée et baissent l'immunité. [20]

Dans tous les cas, elles augmentent le nombre des 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 sont beaucoup plus répandues que les maladies causant des ulcérations génitales et il se peut, par conséquent qu'elles contribuent dans une plus large 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 alors important d'intervenir sur les Infections sexuellement Transmissibles IST.

Cette lutte passe inévitablement par un changement de comportement vis-à-vis de certains facteurs de risques, lequel changement nécessite une certaine connaissance sur les IST-SIDA. [21]

5. PLANIFICATION FAMILIALE (Contraception) :

5.1. DEFINITION [22] :

C'est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu.

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 génétiques. On peut dire que la P.F améliore la santé de la mère et de la famille toute entière.

5.2. Counseling

5.2.1. Définition :

Le counseling est un processus de communication interpersonnelle par lequel le prestataire aide un client à choisir une méthode de contraception qui lui convient. [22]

Il est efficace si le prestataire a pu établir et maintenir un dialogue basé sur la confiance.

Le counseling est une partie vitale de la planification familiale qui aide les clients à arriver à un choix éclairé concernant leur option en matière de reproduction et à utiliser la méthode choisie en toute sécurité et de manière efficace.

5.3. METHODES CONTRACEPTIVES :

5.3.1. Méthodes modernes :

a. Contraceptifs oraux combinés C.O.C :

Ils sont très efficaces en cas d'utilisation correcte.

Taux d'efficacité 83-93. Ils utilisent les œstrogènes et les progestatifs isolés ou associés de façon variée afin de créer un cycle ovulaire ou non où la fécondation est entravée.

Ils atténuent la dysménorrhée et entraînent les cycles réguliers, diminuent l'abondance de l'hémorragie menstruelle et en conséquence réduisent le risque de l'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. [22]

b. Norplant :

C'est une méthode hormonale de longue durée (5ans, efficace, utilisant au 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 les 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. [22]

c. Contraceptifs injectables :

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

Leur mécanisme d'action est le suivant :

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

d. Dispositif intra utérin (D.IU= stérilet) :

C'est une méthode très ancienne. Les DIU sont très variables dans leur forme et leur composition faite de cuivre et de 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 de 94-99%.

Le DIU ne protège pas contre les Infections sexuellement Transmissibles - SIDA et entraîne une métrorragie, une dysménorrhée, les infections. Sa pose nécessite une formation technique. Ses contre indications : cardiopathies, existence de polype endo-cavitaire, de malformation, de fibrome.

e. Le préservatif:

Très ancien, il existe de nos jours sous la forme de plastic (latex) :

Longueur : 18 cm, diamètre = 35 cm.

Son 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 moyen (98%).

Il est très efficace dans la prévention des IST-SIDA. Son seul inconvénient est qu'il peut glisser ou se détériore 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 8h après le rapport sexuel. Le taux d'efficacité est de 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 mn 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 Infections sexuellement Transmissibles -SIDA et le cancer du col, si associée au condom. Son taux d'efficacité est de 79-100 %.

Il est interdit de faire une toilette vaginale à l'eau savonneuse, surtout dans les 6 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. Elle ne protège pas contre les Infections sexuellement Transmissibles IST-SIDA.

5.3.2. Méthodes naturelles:

5.3.2. 1. Définition :

La planification familiale dite « naturelle » est un ensemble de méthodes qui consistent à éviter les rapports sexuels (abstinence) pendant la phase féconde du cycle de la femme (phase au cours de laquelle la femme peut tomber enceinte).

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 six 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.

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 à temps. Pratiquée correctement elle assure une protection à 98 % contre les grossesses. Ne protège pas contre les IST-SIDA.

c. Méthode d'abstinence périodique :

-Méthode d'ogino-Knaus :

C'est une méthode qui se base sur la connaissance du cycle et suppose que l'ovulation se passe au 14^{ème} jour après l'apparition des règles. Ainsi 4 jours avant l'ovulation et 4 jours après l'ovulation constitue la période féconde.

Cas d'un cycle irrégulier :

Exemple : Cycle le plus court : 24 jours

Cycle le plus long : 35 jours

Ainsi on aura

$24 - 14 = 10$, donc théoriquement le 10^{ème} jour correspondant à l'ovulation pour le cycle le plus long.

Ainsi la période féconde sera du 10^{ème} jour ou 21^{ème} jour correspond à l'ovulation pour le cycle le plus long.

En considérant que la contraception doit se faire 4 jours avant et 4 jours après l'ovulation, elle se fera alors pour ce cycle irrégulier du 6^e au 25^e jour.

-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%.

e. La méthode du collier :

C'est une méthode qui est basée sur la connaissance de la fertilité du couple. Elle aide la cliente/le couple à prévenir une grossesse non désirée, à l'aide d'un collier de « perles ». Il est à noter que pour la méthode du collier, la cliente doit avoir un cycle menstruel compris entre 26 et 32 jours.

5.3.3 Méthodes Traditionnelles :

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

5.3.4. La contraception d'urgence :

Définition : Les contraceptions d'urgence sont des procédés contraceptifs utilisés pendant une période limitée après un acte sexuel sans protection.

5.3.5. CLASSIFICATION :

Au Mali la classification suivante est adoptée [22].

5.3.5.1 Méthodes temporaires :

a. De courte durée :

Les méthodes naturelles

La MAMA

Le collier

Les condoms

Les spermicides

Les diaphragmes

Les capes cervicales

Les contraceptifs oraux combinés

Les contraceptifs oraux progestatifs

Les injectables

b. De longue durée :

Les implants

D.I.U actifs

5.3.5.2. Méthodes permanentes :

La ligature des trompes

La vasectomie



METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. CADRE DE L'ETUDE :

L'étude s'est déroulée au Lycée Massa Makan DIABATE dans le district de Bamako, capitale de la République du Mali qui est un pays continental situé au cœur de l'Afrique Occidentale dans la zone Soudano Sahélienne.

Le district de Bamako, constitué de six communes, couvre une superficie de 300km² et a une population qui se caractérise par sa diversité ethnique, du fait qu'il est le lieu de convergence des populations de la périphérie et des autres régions du pays à la recherche de travail ou pour les études.

Le Lycée Massa Makan Diabaté est situé sur la rive droite du fleuve Niger qui traverse la ville de Bamako. Il se situe à Baco Djicoroni ACI dans la commune V du district de Bamako.

Les adolescentes qui le fréquentent sont majoritairement celles qui résident en commune V, dans la commune de Kalaban Coro (cercle de Kati). D'autres viennent de Kalaban coura (commune VI).

Certaines adolescentes aussi viennent des lycées des différentes régions du Mali sur transfert. C'est un Lycée reconnu d'une part pour la qualité de l'enseignement et d'autre part, par sa capacité d'accueil.

Le lycée Massa Makan compte 40 classes avec deux sections (lettre et science).

2. TYPE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une étude transversale permettant d'étudier la connaissance des adolescentes du lycée en matière de Planification Familiale, des Infections sexuellement Transmissibles, du VIH et du SIDA.

3. PERIODE D'ETUDE :

L'étude s'est déroulée sur trois mois : janvier 2008 à mars 2008.

4. POPULATION D'ETUDE :

La population visée par l'étude était l'ensemble des adolescentes de sexe féminin de 10 à 19 ans inscrites au lycée Massa Makan Diabaté pendant l'année scolaire 2007-2008.

5. CRITERES D'INCLUSION ET DE NON INCLUSION :

5.1 CRITERE D'INCLUSION :

Sont incluses : les adolescentes de sexe féminin de 10 à 19 ans, inscrites au dit lycée pour l'année scolaire 2007-2008 et ayant donné leur consentement à participer à l'étude.

5.2 CRITERE DE NON INCLUSION :

Ne sont pas incluses :

- Les adolescentes de plus de 19ans,
- Celles dont l'âge n'est pas connu, celles qui ne se sont pas inscrites au dit lycée.
- Les adolescentes dont le consentement n'est pas obtenu.

6. ECHANTILLONNAGE :

6.1 TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE :

a. Base de sondage :

Elle est constituée de la liste exhaustive des adolescentes inscrites par âge au dit lycée.

Le groupe d'âge de l'adolescence retenu pour l'étude était de 10 à 19 ans. Donc pour assurer une représentation des adolescentes de moins de 15 ans, qui sont très peu nombreuses, il a semblé judicieux de procéder à une stratification du groupe cible selon l'âge.

Tableau I : Stratification selon l'âge.

AGE	<15ans	15 ans	16 ans	17ans	18 ans	19 ans
STRATE h	1	2	3	4	5	6

b. Procédure du Tirage :

Chaque strate dans le groupe cible de la base de sondage était caractérisée par l'effectif des adolescentes de même âge.

La méthode de tirage de l'échantillon utilisait un sondage stratifié auto pondéré, c'est-à-dire que la fraction de sondage est la même pour toutes les strates et pour l'ensemble du groupe cible. Par allocation proportionnelle à la taille on faisait le tirage.

6.2 CALCUL DE LA TAILLE DE L'ECHANTILLON :

n : la taille de l'échantillon

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

Z = valeur dépendante du risque d'erreur α

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

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

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

P = 76% selon une étude menée par Berhté Brehima BOLY en 2000 [6].

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

I = 5%

$$n = \frac{Z^2 pq}{I^2} = \frac{(1,96)^2 \times 0,76 \times 0,24}{(0,05)^2} \quad \text{Donc} \quad n = 280$$

La fraction de sondage $f = \frac{n}{N}$

6.3. Tableau II : la taille Nh d'adolescentes du même âge :

La liste des élèves de l'établissement nous a permis d'obtenir le tableau suivant.

H	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	Total
NH	3	18	47	101	151	126	446

Détermination du nombre d'élève à enquêter par strate :

$$n' = f \times N_h$$

n' = nombre d'adolescentes à tirer

N_h = effectif total du strate.

f = fraction de sondage

$$\text{Pour la Strate 1 : } n' = 63 \times 3 / 100 = 1.8 = 2$$

Ainsi pour chaque strate nous obtenons le tableau suivant :

Tableau III : le nombre d'adolescentes à enquêter par strate :

H	<15 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	T	F
n'h	2	11	30	63	95	79	280	63%

7. Déroulement de l'enquête :

Après avoir reçu une autorisation de la Direction de l'Enseignement Secondaire, nous avons pris contact avec la direction du Lycée Massa Makan Diabaté.

Avant le début de l'enquête proprement dite, nous avons procédé à une rencontre avec le personnel de l'établissement afin de leur expliquer les objectifs et les bienfaits de la dite étude. Ce qui nous a permis d'avoir la liste des adolescentes pour l'année scolaire .2007_2008.

De commun accord avec le personnel de l'établissement une classe vide a été le lieu de toutes les interviews.

Chaque adolescente retenue est appelée au niveau du point d'enquête. Un briefing sur l'enquête lui est fait. Après son consentement, on commence à lui administrer le questionnaire.

Les zones d'ombre constatées au cours de l'enquête par rapport au questionnaire ont fait l'objet d'un counseling. A la fin de l'interview, l'élève est remerciée.

Les questionnaires enregistrés chaque jour ont été vérifiés. Les questions mal répondues sont reprises le lendemain.

8. PLAN DE COLLECTE DES DONNEES :

Le support de données a été un questionnaire administré à l'élève au moment de l'enquête.

Le questionnaire comportait quatre parties : l'identification de l'élève ; la connaissance ; attitudes et pratiques en matière de planification familiale ; en matière des IST-SIDA ; la recherche de comportement à risque.

- La connaissance, les attitudes et pratiques en matière de planification familiale: les informations des adolescentes sur la planification familiale, leur façon d'agir par rapport à la planification familiale et leur utilisation des moyens contraceptifs, l'intérêt de la planification familiale.
- La connaissance, les attitudes et pratiques en matière des IST, du VIH et SIDA : les informations des adolescentes sur les IST/SIDA, leur comportement face aux IST/SIDA et surtout les moyens de prévention et de réduction qu'elles savaient et qu'elles utilisaient face aux IST/SIDA.

- Le comportement à risque en matière de sexualité : le nombre de partenaires sexuels, l'utilisation du préservatif au cours des rapports sexuels et le test du VIH.

La technique de la collecte de données a été une interview directe entre l'élève et l'enquêteur.

9. Tableau IV : Les Variables :

Nom de la variable	Type	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age	Quantitative Continue	En année	Interview
Section	Qualitative	1. science 2. Lettre	Interview
Résidence	Qualitative	1. Bamako 2. Kati	Interview
Ethnie	Qualitative	Bambara, Sarakolé, Malinké etc.	Interview
Religion	Qualitative	1. musulman 2. Chrétien 3. Pas de religion	Interview
Niveau de vie des parents	Qualitative	1. faible 2. moyen 3. élevé	Interview

10. PLAN D'ANALYSE DES DONNEES :

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel SPSS12.0

Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et de graphiques.

Le chi 2, le Fisher exact ont été les tests statistiques utilisés.

Du fait de la présence de non répondant par rapport à certaines questions et de l'effectif faible de certaines réponses, le calcul des tests statistiques pour certains tableaux n'a pu être possible.

11. ASPECT ETHIQUE DE L'ETUDE :

Consentement et Confidentialité :

L'entretien a été strictement confidentiel et le nom n'a pas été mentionné.

Elles ont été rassurées qu'elles ont le libre choix d'accepter ou de refuser.

Au cours de l'étude, certaines adolescentes auront fait l'objet d'un counseling en particulier celles ayant un comportement négatif vis à vis de certaines questions ainsi que celles n'ayant aucune information par rapport aux questions posées.

12. DEFINITIONS OPERATIONNELLES :

a. Niveau de vie :

La variable niveau de vie a été constituée à partir de quelques équipements du ménage, qu'on a regroupé en nous referant sur la classification donnée par la DNSI [31] :

Groupe A :

1. location
2. robinet
3. puits
4. W .C (toilette moderne)
5. latrine
6. radio

Groupe B :

- 1.électricité
2. télévision
3. réfrigérateur
4. voiture
5. Internet

Nous avons classé le niveau de vie en :

-Très faible : tout ménage qui se trouve en location et ne possédant qu'un puits et une latrine.

-Faible : regroupent les éléments du niveau de vie très faible avec au moins deux autres éléments du groupe A.

-Moyen : regroupent les éléments du niveau de vie faible avec au plus deux autres éléments du groupe B.

-Bon : regroupent les éléments du niveau de vie faible avec au moins trois autres éléments du groupe B.

A noter que les niveaux de vie : très faible, faible, moyen et bon, les ménages peuvent se trouver ou pas en location. Il s'agit du niveau de vie du ménage où habite l'élève à.

b. Partenaire sexuel :

Dans ce chapitre, est considéré comme partenaire sexuel tout garçon avec qui l'élève a des rapports intimes qu'il y ait ou non de rapport sexuel.



RESULTATS

V. RESULTATS :

1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

29,3% de notre échantillon étaient inscrites en série science contre 70,7% en série lettre ; 253 des adolescentes (90,4%) étaient de confession musulmane et 27 adolescentes (9,6%) de confession chrétienne.

31,1% (87 adolescentes) d'entre elles étaient en classe de 10^e année, 88 (31,4%) en 11^e année et 105 (37,5%) en classe de 12^e année.

2. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUE :

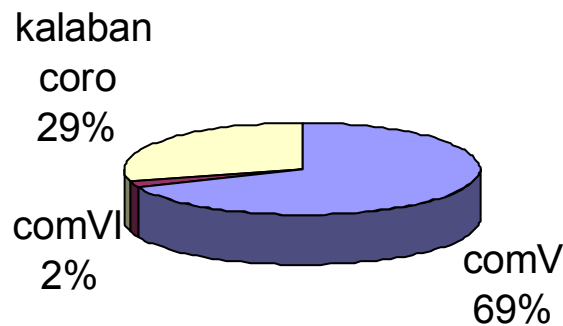


Figure 1 : Répartition des adolescentes selon leurs provenances.

69% de notre échantillon provenaient de la commune V ceci explique la situation géographique de l'établissement.

La commune de Kalaban coro et le quartier de Bacodjicoroni étaient les plus représentés avec respectivement 29% et 25,8%.

Tableau V: Répartition des adolescentes en fonction de l'âge :

Age	Effectif	%
≤15ans	13	4,6
16ans à 19 ans	267	95,4%
Total	280	100,0

Les adolescentes de plus de 15 ans représentaient 95,4% de notre échantillon.

Tableau VI : Répartition de l'effectif des élèves selon le niveau de vie des parents

Niveau de vie	Effectif	%
Très faible	15	5,3
Faible	78	27,9
Moyen	99	35,4
Bon	88	31,4
Total	280	100,0

Le niveau de vie moyen était le plus représentée avec 35,4%.

3. CONNAISSANCE SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE :

278 adolescentes (99,3%) avaient déjà entendu parler de la planification familiale par contre 2 adolescentes (0,7%) ne l'avaient pas entendu.

Tableau VII: Répartition des adolescentes en fonction du sens donné à la planification familiale.

Sens donné à la planification familiale	Effectif	%
Espacement des naissances	243	87,1
Santé de la mère	144	51,6
Santé des enfants	136	48,7
Moins de naissance	148	53
Moindre dépense	137	49,1
Famille heureuse	138	49,5
Meilleure éducation des enfants	147	52,7
Autres	9	3,2

Autres : Eviter les grossesses non désirées=7, Eviter les IST=2

87,1% des adolescentes avaient cité l'espacement des naissances comme sens donné à la PF.

Tableau VIII: Sens donné à la planification familiale en fonction de l'âge :

Age	≤15ans (N=13)		16_19 ans (N=267)	
Sens donné à la planification familiale				
Espacement des naissances	11	84,61%	232	86,89%
Santé de la mère	9	69,23%	135	50,56%
Santé des enfants	9	69,23%	127	47,56%
Moins de naissance	3	23,1%	145	54,32%
Moindre dépense	5	38,46%	132	49,44%
Famille heureuse	7	53,85%	131	49,06%
Meilleure éducation des enfants	4	30,77%	143	53,56%
Autres	0		9	3,37%

L'espacement des naissances a été cité comme sens donné à la PF par 84,61% des adolescentes de 15ans et moins contre 88,39% des adolescentes de plus de 15ans.

Tableau IX: Sens donné à la planification familiale en fonction du niveau de vie des parents.

Niveau de vie	Très faible		Faible		Moyen		Bon	
Sens donné à la planification familiale	(N=15)		(N=78)		(N=99)		(N=88)	
Espacement des naissances	15	100,0%	67	85,90%	88	88,89%	73	82,95
Santé de la mère	4	26,67%	36	46,15%	57	57,57%	47	53,41%
Santé des enfants	3	20,0%	34	43,59%	50	50,50%	49	55,68%
Moins de naissance	11	73,33%	45	57,69%	49	49,49%	43	48,86%
Moindre dépense	4	26,67%	35	44,87%	52	52,52%	46	52,27%
Famille heureuse	3	20,0%	39	50,0%	52	52,52%	44	50,0%
Meilleure éducation des enfants	4	26,67%	41	52,56%	52	52,52%	50	56,82%
Autres	0	-	0	-	7	7,07%	2	2,27%

100% des adolescentes de niveau de vie très faible, 85,90% des adolescentes de niveau de vie faible, 88,89% des adolescentes de niveau de vie moyen et 53,41% des adolescentes de niveau de vie bon assimilaient la planification familiale à l'espacement des naissances.

Tableau X : Répartition des adolescentes selon les méthodes contraceptives qu'elles connaissaient.

Méthodes contraceptives	Effectif	%
Pilule	250	89,6
Préservatif	238	85,3
Contraceptif injectable	24	8,6
Norplant	42	15,1
DIU	30	10,8
Méthode traditionnelle	71	25,6
Spermicide	27	9,7
Allaitement maternel	45	16,1
Méthode chirurgicale	64	22,9
Collier	199	71,3
Ne sait pas	7	2,5

La pilule, le préservatif et le collier étaient les méthodes les plus connues par les adolescentes avec respectivement, 89,6%, 85,3% et 71,3%.

Ailleurs certaines adolescentes ont exigé des préservatifs féminins pour la simple raison qu'elles ne l'ont jamais vu.

Tableau XI: Méthodes contraceptives citées par les adolescentes en fonction de l'âge.

Méthodes contraceptives	Age	≤15ans (N=13)		16-19ans (N=267)
Pilule	13	100,0%	237	88,76%
Préservatif	8	61,54%	230	86,14%
Spermicide	1	7,69%	23	8,61%
Norplan	1	7,69%	41	15,35%
DIU	1	7,69%	29	10,86%
Injectable	2	15,38%	69	25,84%
Méthode chirurgicale	1	7,69%	26	9,74%
Méthode traditionnelle	2	15,38%	43	16,10%
Allaitement maternel	7	53,85%	57	21,35%
NSP	0	-	7	2,62%
Collier	11	84,62%	188	70,41%

La méthode contraceptive la plus citée à été la pilule avec 88,76% des adolescentes de plus de 16ans et plus contre 100% des adolescentes de 15ans et moins.

154 adolescentes avaient utilisé une méthode contraceptive.

Tableau XII : Répartition des adolescentes selon la méthode contraceptive utilisée.

Méthode utilisée	Effectif	%
Préservatif exigé	122	79,22
pilule	17	11,04
Injectable	7	4,55
Norplant	3	1,95
Méthode traditionnelle	5	3,24
Total	154	100,0

Le préservatif a été cité comme la méthode contraceptive la plus utilisée (exigée aux partenaires) avec 79,22%, suivi de la pilule (11,04%).

Tableau XIII: Répartition des adolescentes selon leurs sources d'information sur la planification familiale.

Sources d'information sur la planification familiale	Effectif	%
Medias	159	57,0
Amis	160	57,3
Frères /sœurs	73	26,2
Mères	57	20,4
Ecole	188	57,4
Centre de santé /Hôpital	129	46,2
Conférence	84	30,1
Père	48	17,2
Ne sait pas	2	0,7

L'école, les amis et les medias étaient les sources d'information les plus citées avec respectivement, 57,4%, 57,3% et 57,0%.

250 adolescentes (89,3%) savaient qu'il existe des services de prestation de planification familiale et sur ces 250, 193 soit 77,2% n'avaient jamais fréquenté ces services.

Tableau XIV: Sources d'information sur la planification familiale en fonction de l'âge.

Source d'information planification familiale	Age	
	≤15ans (N=13)	16-19ans (N=267)
Ecole	10 76,92%	178 66,67%
Centre de santé	8 61,54%	121 45,32%
Conférence	3 23,08%	81 30,34%
Medias	6 46,15%	153 57,30%
Père	1 7,69%	47 17,60%
Mère	2 15,38%	55 20,60%
Frères et sœurs	1 7,69%	72 26,97%
Ami	13 100,0%	147 55,06%
NSP	2 15,38%	0 -

Les adolescentes de 15 ans et moins avaient cité les amis à 100% contre 55,06% pour les adolescentes de plus de 15 ans ; 66,67% et 57,30% des adolescentes de plus de 15 ans avaient cité respectivement l'école et les medias contre 76,92% et 46,15% pour les adolescentes de 15 ans et moins.

Tableau XV: Sources d'information sur la planification familiale selon le niveau de vie des parents.

Source d'information planification familiale	Niveau de vie des Parents							
	Très faible (N=15)		Faible (N=78)		Moyens (N=99)		Bon (N=88)	
Ecole	13	86,67%	56	71,79%	59	59,59%	60	68,18%
Centre de santé	6	40%	29	37,18%	49	49,49%	45	51,14%
Conférence	4	26,67%	24	30,77%	32	32,32%	24	27,27%
Medias	7	46,47%	46	58,97%	54	54,54%	52	59,09%
Père	0		7	8,97%	28	28,28%	13	14,77%
Mère	3	20%	10	12,82%	29	29,29%	15	17,04%
Frères et Sœurs	5	33,33%	17	21,79%	33	33,33%	18	20,45%
Amis	10	66,67%	50	64,10%	56	56,57%	44	50%
NSP	0		0		1	1,01%	1	1,14%

La principale sources d'information était : l'école avec respectivement 86,67%, 71,79%, 59,59% et 68,18% pour les adolescentes de niveau de vie très faible, faible, moyen et bon.

Tableau XVI: Connaissances de l'existence de services de planification familiale en fonction de l'âge.

Existence des services de planification familiale	Age			
	≤15ans (N=13)		16-19ans (N=267)	
Oui	11	84,62%	239	89,51%
Non	2	15,38%	28	10,49%
Total	13	100%	267	100%

$X^2 = 0,31$; $p = 1$; ddl = 0,58

L'existence des services de planification familiale était connue de la même façon par les adolescentes, qu'elles soient jeunes (≤ 15 ans) ou plus âgées (16-19ans) ($p = 1$).

Tableau XVII : Connaissances de l'existence des services de planification familiale selon le niveau de vie des parents.

Existence de services de planification familiale	Niveau de vie des parents							
	Très faible (N=15)		Faible (N=78)		Moyens (N=99)		Bon (N=88)	
Oui	12	80%	70	89,74%	88	88,89%	80	90,91%
Non	3	20%	8	10,26%	11	11,11%	8	9,09%
Total	15	100%	78	100%	99	100%	88	100%

($X^2 = 4,42$; ddl = 3 ; $p = 0,21$)

L'existence des services de planification familiale était connue de la même façon par les adolescentes sans influence du niveau de vie des parents ($p = 0,21$).

Tableau XVIII: Répartition des adolescentes selon les raisons qui les empêchaient de fréquenter les services de planification familiale.

Raisons évoquées	Effectif	%
Je n'ai pas l'âge	10	5,18
Pas d'argent	2	1,03
Honte	7	3,6
Je ne suis pas mère	14	7,29
Pas de réponse	160	82,90
Total	193	100,0

82,90% des adolescentes n'avaient pas citées de raisons, 7,29% pensaient qu'elles ne sont pas mères et 5,18% pensaient qu'elles n'ont pas l'âge.

Tableau XIX: Opinion sur la planification familiale en fonction de l'âge.

Opinion sur la planification familiale	Age			
	≤15ans (N=13)		16-19ans (N=267)	
Favorables	10	76,92%	185	69,29%
Défavorables	3	23,08%	82	30,71%
Total	13	100%	267	100%

Les adolescentes de 15 ans et moins à 76,92% étaient pour la planification familiale, contre 69,29% des plus de 15ans.

Tableau XX: Opinion sur la planification familiale selon le niveau de vie des parents.

Opinion sur la planification familiale	Niveau de vie des parents							
	Très faible (N=15)		Faible (N=78)		Moyens (N=99)		Bon (N=88)	
	Favorables	13	86,87%	58	74,36%	68	68,69%	56
Défavorables	2	13,33%	20	25,64%	31	31,31%	32	36,36%
Total	15	100%	78	100%	99	100%	88	100%

Les adolescentes dont les parents avaient un niveau de vie très faible, faible, moyen et bon respectivement à 86,87%, 74,34%, 68,69%, 63,64% étaient favorables à la planification familiale.

Tableau XXI: Répartition des adolescentes selon les raisons qui font qu'elles sont défavorables à la planification familiale.

Raisons évoquées	Effectif	%
Effets secondaires	31	36,5
Religion	30	35,3
Coutume	24	28,2
Total	85	100,0

Les effets secondaires (la stérilité, les maux de ventre) ont été les principales raisons évoquées par les adolescentes avec 36,5% suivis de la religion 35,3%.

Tableau XXII: Répartition de l'effectif des adolescentes selon les sources d'approvisionnement en méthodes contraceptives :

Source d'approvisionnement	Effectif	%
Hôpital	254	97,7
Pharmacie	228	81,4
Boutique	118	42,1
Autres	39	13,93

Autres : Marché (vendeurs de médicaments)=19, Bars=11, Boite de nuit=9

La pharmacie et les boutiques étaient les sources d'approvisionnement les plus connues en méthodes contraceptives avec respectivement 97,7% et 81,4%.

Sur les 154 adolescentes sexuellement actives, 110 (71,42%) parmi elles n'avaient pas utilisé de préservatif (condom masculin) au premier rapport sexuel et 28,58% l'avaient utilisé.

Tableau XXIII: Exigence de préservatifs (condom masculin) au premier rapport sexuel selon l'âge.

Exigence de préservatifs	Age			
	≤15ans (N=8)		16-19ans (N=146)	
Oui	1	12,5%	43	29,45%
Non	7	87,5%	103	70,55%

Total	8	100%	146	100%
--------------	----------	-------------	------------	-------------

Test exact de Fisher : P = 0,68

Le préservatif est utilisé de la même façon par les adolescentes, qu'elles soient jeunes (≤ 15 ans) ou plus âgées (16-19ans).

Tableau XXIV: Exigence de préservatif (condom masculin) au premier rapport sexuel selon le niveau de vie des parents.

Exigence de préservatifs	Niveau de vie des parents							
	Très faible (N=11)		Faible (N=45)		Moyens (N=52)		Bon (N=46)	
Oui	4	36,36%	13	28,89%	11	21,15%	15	32,61%
Non	7	63,64%	32	71,11%	41	78,85%	31	67,39%
Total	11	100%	45	100%	52	100%	46	100%

($X^2 = 4,26$; ddl = 3 ; p = 0,23)

Le niveau de vie des parents n'influence pas l'exigence du préservatif masculin chez les adolescentes.

158 adolescentes (56,4%) n'avaient jamais utilisé le préservatif (condom masculin).

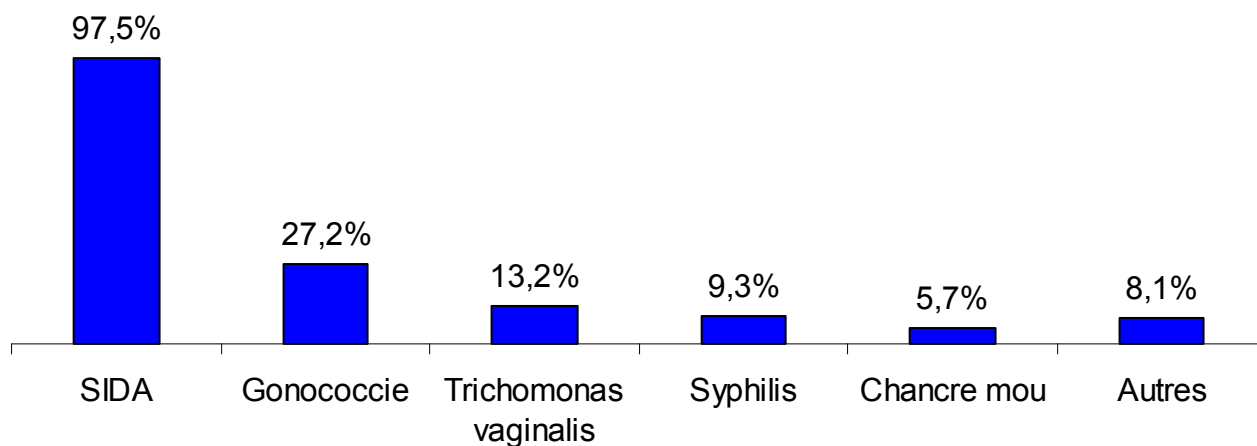
Tableau XXV: Répartition des adolescentes selon les raisons évoquées contre l'exigence de préservatif :

Raisons évoquées	Effectif	%
Je n'ai pas l'âge	1	0,63
Pas de plaisir au rapport sexuel	12	7,60
Fidel a mon partenaire	5	3,16
Jamais eu de rapport sexuel	124	78,48
Pas de réponse	16	10,13
Total	158	100,0

78,48% des adolescentes disaient n'avoir jamais eu de rapport sexuel, 10,13% ne se sont pas prononcées, 7,60% disaient qu'elles n'ont pas de plaisir au rapport sexuel avec le préservatif.

260 adolescentes (92,9%) disaient que l'exigence de préservatif pendant le rapport sexuel permet d'éviter les IST/SIDA et les grossesses non désirées.

4. CONNAISSANCE SUR LES IST, LE VIH ET SIDA.



Autres : Hépatite B=7,4% ; Bilharziose=0,7%

Figure 2 : Répartition des adolescentes selon leurs connaissances des IST. Le SIDA et la gonococcie ont été les IST les plus citées avec respectivement 97,5% et 27,2%.

Toutes les adolescentes interrogées connaissaient à 100% les voies de transmission du VIH et avaient toutes citées comme voies de transmission: rapports sexuels non protégé, la transfusion avec sang infecté, de la mère au fœtus et l'usage d'objets souillés.

Tableau XXVI : IST citées en fonction de l'âge.

IST citées	Age			
	≤15ans (N=13)		16-19ans (N=267)	
Gonococcie	0		76	28,46%
Syphilis	0		26	9,74%
Trichomonas Vaginalis	3	23,08%	34	12,73%
Sida	13	100%	260	95,24%
Chancre mou	0		16	5,99%
Autres	0		25	9,36%

Les IST les plus citées ont été le SIDA par 100% des élèves de 15 ans et moins contre 95,24% des élèves de plus de 16ans, suivi de la gonococcie par 28,46% des élèves de plus de 15 ans.

Tableau XXVII: Les IST citées par les élèves selon le niveau de vie des parents.

Connaissance IST	Niveau de vie des parents							
	Très faible (N=15)		Faible (N=78)		Moyens (N=99)		Bon (N=88)	
Gonococcie	6	40%	22	28,20%	28	28,28%	20	22,73%
Syphilis	3	20%	8	10,26%	11	11,11%	4	4,54%
Trichomonas Vaginalis	0	-	6	7,69%	15	15,15%	16	18,18%
Sida	12	80%	76	97,43%	97	97,98%	88	100%
Chancre mou	0	-	4	5,13%	11	11,11%	1	1,14%
Autres	0	-	0	-	21	21,21%	4	4,54%

L'IST la plus citée a été le SIDA avec 80%, 97,43%, 97,98% et 100% par les élèves dont les parents avaient un niveau de vie très faible, faible, moyen et bon respectivement.

Tableau XXVIII : Répartition des adolescentes selon les sources d'information sur les IST, le VIH et le SIDA :

Sources d'information sur les IST/SIDA	Effectif	%
Ecole	171	61,1
Amis	160	57,1
Frères /sœurs	102	36,4
Mères	96	34,4
Medias	226	80,7
Centre de santé /Hôpital	166	59,3
Conférence	107	38,2
Père	70	25,0
Ne sait pas	3	1,7
Autres	1	0,4

Autres : belle sœur=1

Les medias et l'école étaient les principales sources d'information avec 80,7% soit 226 adolescentes et 61,1% soit 171 adolescentes.

152 adolescentes (54,3%) pensaient qu'une personne qui à une IST peut avoir le SIDA et 70 adolescentes (25%) pensaient le contraire

57,5% des adolescentes pensaient qu'on ne peut pas guérir du SIDA même si on se fait soigner tôt.

Tableau XXIX : Sources d'information sur les IST/SIDA en fonction de l'âge.

Source d'information sur les IST/Sida	Age			
	≤15ans (N=13)		16-19ans (N=267)	
Ecole	10	76,92%	161	60,30%
Centre de santé	8	61,54%	158	59,18%
Conférence	6	46,15%	101	37,83%
Medias	11	84,62%	215	80,52%
Père	2	15,38%	68	25,47%
Mère	4	30,77%	92	34,46%
Frères et sœurs	3	23,08%	99	37,08%
Amis	5	38,46%	155	58,05%
NSP	0	-	3	1,12%
Autres	0	-	1	0,37%

La principale source d'information a été les medias avec 76,92% et 60,30% pour respectivement les élèves de 15 ans et moins et les élèves de plus 15 ans.

Tableau XXX: Sources d'information sur les IST/SIDA selon le niveau de vie des parents.

Source d'information IST	Niveau de vie des parents							
	Très faible (N=15)		Faible (N=78)		Moyens (N=99)		Bon (N=88)	
Ecole	9	60%	46	58,97%	61	61,62%	55	62,50%
Centre de santé	12	80%	51	65,38%	59	59,59%	44	50%
Conférence	3	20%	32	41,02%	44	44,44%	28	31,82%
Medias	13	86,87%	63	80,77%	79	79,80%	71	80,68%
Père	4	26,27%	17	21,79%	27	27,28%	22	25%
Mère	6	40%	22	28,20%	41	41,41%	27	30,68%
Frères et Sœurs	6	40%	27	34,61%	30	30,30%	39	44,32%
Amis	7	46,67%	41	52,56%	60	60,61%	52	59,09%
NSP	1	6,67%	0	-	0	-	2	2,27%
Autres	0	-	0	-	1	1,01%	0	-

La principale source d'information sur les IST/SIDA était les medias pour 86,87% des élèves de niveau de vie très faible, 80,77% des élèves de niveau de vie faible, 79,80% des élèves de niveau de vie moyen et 80,68% des élèves de niveau de vie bon.

Tableau XXXI: Répartition des adolescentes selon les moyens de réduction du VIH/SIDA par voie sexuelle.

Moyens de réduction du VIH/SIDA	Effectif	%
Utiliser le préservatif	260	92,9
Choisir une personne non infectée	177	63,2
Limiter le nombre de partenaires	151	53,9
S'abstenir des rapports sexuels	138	49,3
Traiter précocement les IST	104	35,1
Ne sait pas	3	1,1
Autres	10	3,1

Autres : Eviter la lévirat=6, Renforcer la sensibilisation=4.

L'utilisation de préservatif a été le moyen le plus cité pour réduire la transmission par voie sexuelle avec 92,9%.

173 adolescentes (61,8%) pensaient qu'on pouvait être infecté par les IST et le VIH sans manifester les symptômes de la maladie.

Le SIDA était considéré comme une maladie incurable pour 57,5% des adolescentes (161/280).

Tableau XXXII: Répartition des élèves selon qu'elles pensent qu'on peut être infecté par les Infections Sexuellement Transmissibles et le virus du SIDA sans avoir les symptômes de la maladie en fonction de l'âge.

IST ET VIH sans symptômes	Age			
	≤15ans (N=13)		16-19ans (N=267)	
Oui	11	84,62%	162	60,67%
Non	0		48	17,98%
NSP	2	15,38%	57	21,35%
Total	13	100%	267	100%

X² = 3,70 ; ddl = 2 ; P = 0,16

Les élèves de 15 ans et moins et les élèves de plus de 15 ans respectivement à 84,62% et 60,67% pensaient qu'on peut être infecté par les IST et le virus du SIDA sans avoir les symptômes de la maladie.

Tableau XXXIII: Répartition des élèves selon la possibilité d'être infecté par les IST et le virus du SIDA sans avoir les symptômes de la maladie en fonction du niveau de vie des parents.

IST/VIH sans symptômes	Niveau de vie des parents							
	Très faible		Faible		Moyen		Bon	
Oui	11	73,33%	56	71,79%	47	47,47%	59	67,05%
Non	3	20,0%	5	6,42%	29	29,29%	11	12,5%
NSP	1	6,67%	17	21,79%	23	23,24%	18	20,45%

Total	15	100,0%	78	100,0%	99	100,0%	88	100,0%
--------------	-----------	---------------	-----------	---------------	-----------	---------------	-----------	---------------

73,33% des élèves de niveau de vie très faible, 71,79% des élèves de niveau de vie faible et 67,05% des élèves de niveau de vie bon pensaient qu'on peut être infecté par les IST et le virus du SIDA sans avoir les symptômes de la maladie.

Tableau XXXIV: Répartition des adolescentes selon que la multiplicité des partenaires sexuels augmente le risque d'attraper une IST/SIDA.

Multiplicité des partenaires sexuels	Effectif	%
Oui	227	81,1
Non	7	2,5
NSP	46	16,4
Total	280	100,0

227 adolescentes (81,1%) pensaient que plus on a des partenaires, plus grand est le risque d'attraper une IST/SIDA.

Au moment de l'enquête 136 adolescentes (48,6%) avaient un partenaire sexuel ou un ami contre 144 adolescentes soit 51,4%.

154 adolescentes (55%) avaient déjà eu des rapports sexuels.

Tableau XXXV: Répartition des adolescentes selon qu'elles avaient fait des rapports sexuels en fonction de l'âge.

Rapports sexuels	Age			
	≤15ans (N=13)	16-19ans (N=267)		
Oui	8	61,54%	146	54,68%

Non	5	38,46%	121	45,32%
Total	13	100%	267	100%

Test exact de Fisher : P = 0,78

Les adolescentes avaient eu des rapports sexuels de la même façon, qu'elles soient jeunes (≤ 15 ans) ou plus âgées (16ans à 19ans).

Sur les 154 adolescentes qui avaient déjà eu des rapports sexuels, 102 (66,23%) avaient eu leur premier rapport sexuel à l'âge de 15 ans et moins ; 36 adolescentes (23,38%) l'avaient eu après 15 ans et 16 adolescentes ne se rappelaient pas.

Tableau XXXVI: Les élèves qui avaient déjà eu des rapports sexuels selon le niveau de vie des parents.

Niveau de vie	Très faible		Faible		Moyens		Bon	
Rapports sexuels	(N=15)		(N=78)		(N=99)		(N=88)	
Oui	11	73,33%	45	57,69%	52	52,53%	46	52,27%
Non	4	30,77%	33	42,31%	47	47,47%	42	47,73%
Total	15	100%	78	100%	99	100%	88	100%

($X^2 = 2,77$; ddl = 3 ; p = 0,428)

Les adolescentes avaient eu des rapports sexuels de la même façon sans influence du niveau de vie des parents.

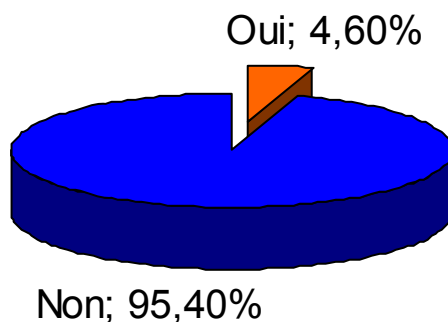


Figure 3: Répartition des adolescentes selon qu'elles avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels.

13 adolescentes (4,6%) avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ; sur ces 13 adolescentes, 6 adolescentes (46,15%) avaient toujours exigé le préservatif et 7 adolescentes (53,85%) l'avaient parfois exigé.

Sur les 154 adolescentes sexuellement actives, 43 soit 27,92% avaient eu un partenaire sexuel, 72 adolescentes (46,75%) avaient eu 2 à 5 partenaires et 12 adolescentes (7,79%) avaient eu 6 partenaires, 27 adolescentes ne se rappelaient pas du nombre.

Tableau XXXVII: Rapports sexuels avec des partenaires occasionnels selon l'âge.

Partenaires occasionnels	Age			
	≤15ans (N=8)		16-19ans (N=146)	
Oui	1	12,5%	12	8,22%
Non	7	87,5%	134	91,78%
Total	8	100%	146	100%

Les élèves de plus de 15 ans soit 8,22% avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels contre 12,5% des élèves de moins de 15 ans.

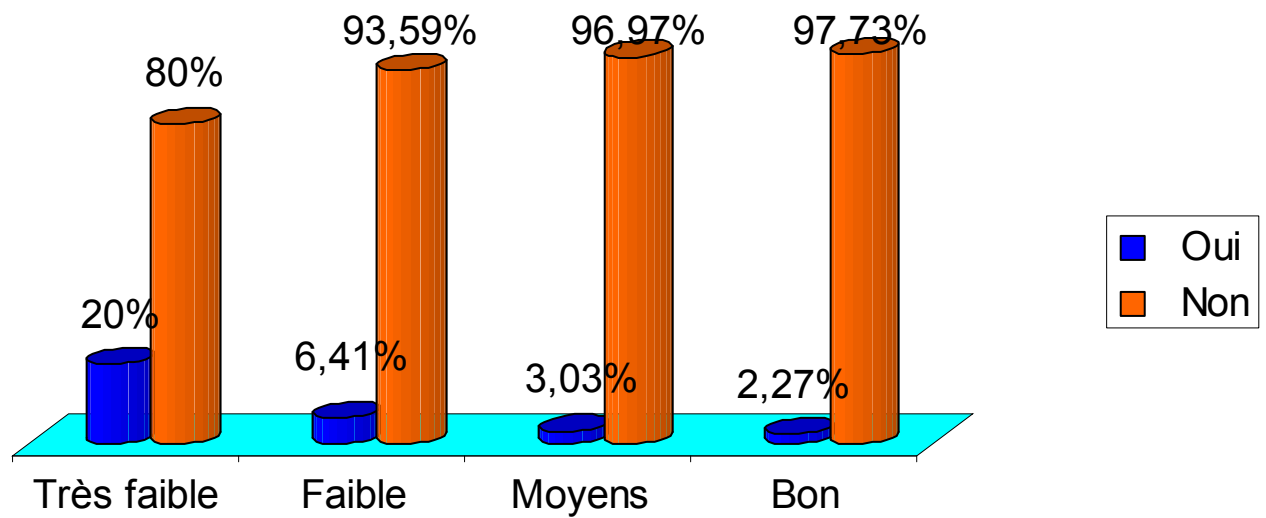


Figure 4: Rapports sexuels avec des partenaires occasionnels selon le niveau de vie des parents.

Les élèves de très faible niveau de vie, faible niveau de vie, niveau de vie moyen et bon avaient des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels avec respectivement 20%, 6,41%, 3,03%, et 2,27%.

205 adolescentes (73,2%) n'avaient pas fait le test du VIH/SIDA et 75 adolescentes (26,8%) l'avaient une fois fait.

Tableau XXXVIII: Répartition des adolescentes selon les raisons qui font qu'elles n'ont pas fait le test du VIH/SIDA.

Raisons évoquées	Effectif	%
Age	6	2,9
Pas d'argent	12	5,9
Confiance à leur partenaire	16	7,8
Ne crois pas	7	3,4
Le manque de courage	101	49,3
Pas eu l'opportunité	9	4,4
La peur du résultat	6	2,9
Pas eu de rapports sexuels	48	23,4
Total	205	100,0

Les raisons les plus évoquées qui font qu'elles n'ont pas fait le test du VIH/SIDA étaient le manque de courage avec 101 adolescentes (49,3%), suivi de 48 adolescentes (23,4%) disaient qu'elles n'ont pas eu de rapports sexuels et 6 adolescentes (2,9%) disaient qu'elles ont peur du résultat.

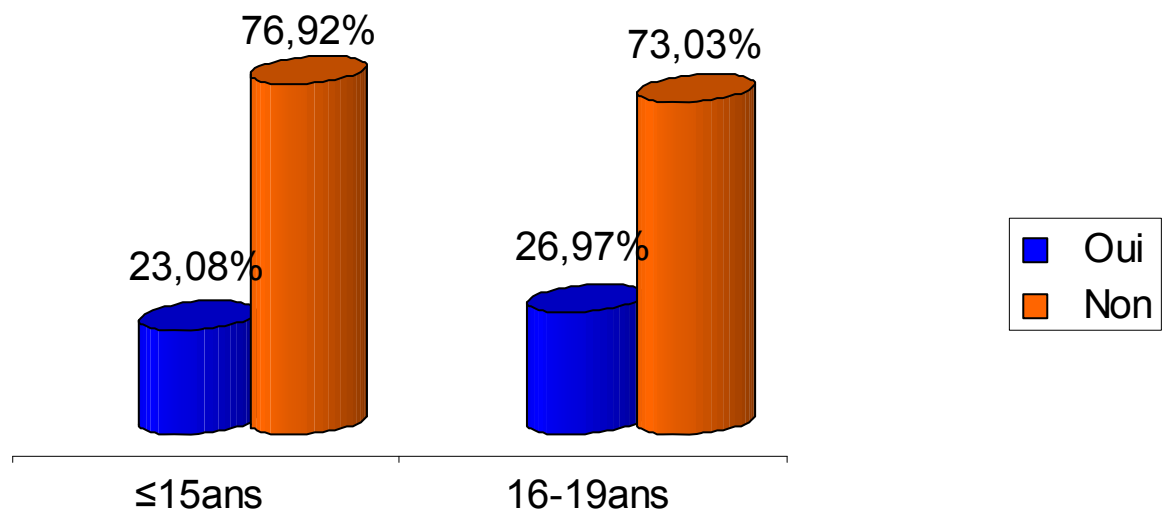


Figure5: Répartition des élèves selon qu’elles avaient fait le test du VIH en fonction de l’âge.

23,08% élèves de 15 ans et moins avaient fait le test du VIH contre 26,97% des élèves de plus de 15 ans

Tableau XXXIV: Test du VIH selon le niveau de vie des parents :

Test du VIH	Niveau de vie des parents							
	Très faible (N=15)		Faible (N=78)		Moyens (N=99)		Bon (N=88)	
Oui	6	40%	24	30,77%	24	24,24%	21	23,86%
Non	9	60%	54	69,23%	75	75,76%	67	76,14%
Total	15	100%	78	100%	99	100%	88	100%

($X^2= 2,68$; ddl= 3 ; $p=0,44$)

Le test du VIH était fait de la même façon par les adolescentes sans influence du niveau de vie des parents ($p= 0,44$). La différence n'est pas statistiquement significative.



COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

1. METHODOLOGIE :

Pour bien élaborer ce travail nous avons jugé nécessaire de :

-Procéder à un échantillonnage représentatif de tous les âges au sein de la population cible, ce qui nous a permis d'avoir une taille minimale permettant une interview directe de toutes les adolescentes retenues, à temps voulu.

-Limiter l'étude aux adolescentes âgées de 10 – 19 ans selon la définition de l'adolescence admise par l' OMS.

2. PROFIL DES ENQUETEES :

69% de notre échantillon provenaient de la commune V ; 2% de la commune VI et 29% de la commune rurale de Kalaban Coro (cercle de Kati). Cela pourrait s'expliquer par le fait que le L.M.MD.B est situé en commune V donc proche de la commune VI et celle de Kalaban Coro.

En ce qui concerne la résidence des parents ; 71% des adolescentes avaient des parents résidants à Bamako et les parents de 29% de nos adolescentes résidaient hors Bamako, dans le cercle de Kati.

Pratiquement toutes les adolescentes étaient musulmanes (90,4%), 9,6% étaient des chrétiennes. La structure de la religion telle qu'observée dans la société malienne confirme la prédominance des musulmanes dans notre étude.

Dans notre étude, 35,4% des parents d'adolescentes avaient un niveau de vie moyen ; 31,4% un niveau de vie bon ; 27,9%et 5,3% avaient un niveau de vie respectivement faible et très faible.

Cette prédominance du niveau de vie moyen pourrait s'expliquer par le fait que nous nous sommes basés sur quelques équipements de ménage

pour définir le niveau de vie ; car nous n'avions pas le revenu exact des différentes familles.

3. CONNAISSANCES EN MATIERE DE PLANNIFICATION FAMILIALE.

a. Sens donné à la planification familiale:

Des 280 adolescentes incluses dans notre étude, 278 adolescentes soit 99,3% avaient déjà entendu parler de la planification familiale.

Quant au sens donné à la planification familiale, 87,1% des adolescentes l'assimilaient à l'espacement des naissances, 53% à moins de naissance, 52,7% à la meilleure éducation des enfants, 51,6% à la santé de la mère.

Nos résultats sont comparables à ceux de Lys H.L et collaborateurs (23) qui trouvaient également dans leur étude que 93% des enquêtés assimilaient la planification familiale à l'espacement des naissances, 32% à la santé de la mère, 31% à la santé des enfants.

Ainsi nous remarquons que tous les sens donnés à la planification familiale constituent une définition de la planification familiale selon l'OMS.

Dans notre étude, 2,5% et 0,7% des adolescentes assimilaient la planification familiale respectivement à la protection contre les grossesses non désirées et les IST, cet état de fait est très important mais les méthodes qui permettent une meilleure protection doivent être précisées aux jeunes.

b. Méthodes contraceptives citées :

Les méthodes contraceptives citées par ordre d'importance étaient la pilule (89,6%), le préservatif masculin (85,3%), le collier (71,3%), la méthode traditionnelle (25,6%). Ainsi la bonne connaissance des méthodes

modernes par rapport la méthode traditionnelle serait l'apanage des politiques de sensibilisation entreprises depuis des années.

Les autres méthodes: l'allaitement maternel (16,1%), la méthode chirurgicale (22,9%), Norplant (15,1%), le DIU (10,8%), le spermicide (9,7%) et les injectables (8,6%) sont peu connues.

D'autres études ont trouvés des résultats similaires. Ainsi Sacko D (8) en 2000 au Mali trouvait que les méthodes contraceptives les plus connues étaient : la pilule (94,1%), le préservatifs masculin (65,9%), les injectables (41,2%), le norplant (25,5%).

Les autres méthodes : le DIU (11,4%), les méthodes traditionnelles (6,7%), l'abstinence périodique et l'allaitement maternel avec 3,9% et 0,4% sont moins connues.

c. Connaissance de l'existence de services de planification familiale :

Dans l'ensemble, 250 adolescentes soit 89,29% savaient qu'il existe des services de prestation de planification familiale. Mais seulement 22,8% des adolescentes avaient fréquenté ces services de planification familiale.

Parmi les 193 adolescentes qui n'avaient jamais fréquenté les services de planification familiale, 82,90% soit 160 adolescentes n'avaient pas citées de raisons, 7,29% soit 7 adolescentes pensaient qu'elles ne sont pas mères, 10 adolescentes soit 5,18% pensaient qu'elles n'ont pas l'âge.

La honte et le manque d'argent ont été aussi des raisons évoquées avec respectivement 3,63% et 1,04%. Ailleurs Sacko D (8) dans son étude trouvait que 91% de son échantillon soit 232/245 adolescentes savaient l'existence des services de planification familiale. Mais seulement 8,6% des adolescentes avaient déjà fréquenté ces services ; les principales raisons de la non fréquentations de ces services de planification familiale étaient le manque de besoin et la honte avec respectivement 16% et 14,2%.

d. Sources d'information sur la planification familiale:

La principale source d'information était l'école (57,4%), puis suivaient les amis (57,3), les medias (57,0%). les centres de santé, les frères et sœurs, Les mères, les pères constituaient des sources rare d'information avec respectivement 46,2%, 26,2%, 20,4%, 17,2%.

Ceci s'explique par le manque de communication entre les adolescentes et leurs parents, ainsi que les obstacles les empêchant de fréquenter les services de santé (honte, manque d'argent).

LYS H.L et collaborateurs [23] ont trouvé des résultats proches aux nôtres dans leur étude.

Sacko D [8] trouvait également dans son étude que la principale source d'information était les medias avec 71,8%, puis les amis (64,7%) et les frères et sœurs (31,8%).

e. Utilisation des méthodes contraceptives :

Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives est de 55% soit 154 adolescentes de notre échantillon. Des résultats similaires ont été trouvés par Lyse HL et collaborateurs [23].

Par contre dans l'étude de Sacko D (8), ce taux était de 7,6% soit 45 adolescentes sur 255. Ainsi nous constatons avec ces résultats que les adolescentes prennent de plus en plus consciences de l'utilité de la planification familiale.

Dans notre étude les méthodes contraceptives les plus utilisées par les adolescentes étaient le préservatif masculin (79,22%), la pilule (11,04%), les injectables (4,55%), le Norplant (1,95%) et la méthode traditionnelle (3,24%).

L'EDS III [27] au Mali trouvait que la pilule est la méthode la plus connue des femmes (68 %), suivie du condom (63 %) et des injectables (56 %) et que le condom est la méthode la plus connue des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives (86 %).

KANE T.T [28] dans son étude trouvait que 56% des filles étaient utilisatrices de méthodes contraceptives ; la pilule et le préservatif ont été signalés comme étant les plus utilisés.

Dans notre étude 69,6% (soit 19 5 adolescentes) étaient favorables à l'adoption de la planification familiale et 85 adolescentes (30, 4%) désapprouvaient la planification familiale et les principales raisons évoquées par les adolescentes ont été les effets secondaires (36,5%), la religion (35,3%) et la coutume (28,2%).

Lys H.L et al [23] trouvaient que 98% de ses enquêtées étaient favorables à l'adoption de la planification familiale et 2,1% étaient contre la planification familiale. Les raisons les plus évoquées étaient : la religion, les effets secondaire et la coutume.

IV. CONNAISSANCES EN MATIERE D'IST, du VIH et du SIDA :

1. Les différentes Infections Sexuellement Transmissibles citées :

La majorité de nos adolescentes ont citées au moins une Infection Sexuellement Transmissible.

Les principales Infections Sexuellement Transmissibles citées par les adolescentes étaient le SIDA et la gonococcie avec respectivement 97,5% et 27,2%.

Les autres Infections Sexuellement Transmissibles (trichomonas Vaginalis=13,2%, syphilis = 9,3%, et le chancre mou avec 5,7%) étaient moins citées.

Sur l'ensemble des adolescentes, 2 adolescentes (0,7%) pensaient que la bilharziose est une Infection Sexuellement Transmissible par contre la bilharziose se transmet par contact avec de l'eau douce contenant des œufs de Schistosoma.

Sacko D (8) dans son étude trouvait que les principales Infections Sexuellement Transmissibles citées étaient le SIDA (94,9%), la gonococcie (49,8%) et trichomonas Vaginalis (32,2%).

Les autres Infections Sexuellement Transmissibles étaient moins citées (la syphilis= 4,7% ; chancre mou =0,4% et l'hépatite= 0,1%).

Ainsi le SIDA apparaît comme l'IST la plus connue. Ceci pourrait s'expliquer par l'accent particulier porté sur la pandémie du SIDA lors des multiples campagnes de sensibilisation.

2. Connaissance des voies de transmission du SIDA.

Toutes les adolescentes à 100% prétendaient connaître les voies de transmission du SIDA et les voies les plus citées étaient le rapport sexuel non protégé avec une personne infectée, l'usage d'objets souillés, la transfusion avec du sang infecté et la voie verticale ont été moins citées avec respectivement.

Des réponses similaires sont aussi retrouvées par Berthe Brehima BOLY [6] environ 99% des adolescentes au cours de son étude estimaient connaître les voies de transmissions du SIDA et les voies les plus citées étaient les objets tranchants (99,6%) ; les rapports sexuels non protégés (98,3%) la transfusion sanguine et la voie verticale moins citées avec respectivement 21,8% et 13%.

Ainsi nous constatons que de plus en plus les adolescentes sont bien informées.

3. Les moyens cités pour prévenir le SIDA par voie sexuelle :

L'utilisation de préservatif était le moyen le plus citée pour réduire la transmission du SIDA par voie sexuelle avec 92,9% soit 260 adolescentes suivi de, choisir une personne non infectée et de limiter le nombre de partenaire avec respectivement 63,2% et de 53,9% ; 49,3% des adolescentes suggéraient l'abstinence.

Certaines adolescentes suggéraient qu'il faut traiter précocement les Infections Sexuellement Transmissibles et d'éviter le lévirat avec respectivement 31,5% et 3,57%.

Nos résultats concordent avec ceux de la plus part des autres études. Ainsi, Lys H.L et al [23] trouvaient pour l'utilisation du condom (89%), l'abstinence (54%), la réduction du nombre de partenaires (35%) et le traitement précoce des Infections Sexuellement Transmissibles (5%).

4. Sources d'information sur les Infections Sexuellement Transmissibles /SIDA :

Les principales sources d'information étaient les medias (80,7%), l'école (61,1%), les centres de santé (59,3%), les amis (57,1%). Les conférences, les frères et sœurs, Les mères et les pères constituaient des sources rares d'information avec respectivement 38,2%, 36,4%, 34,4% et 25%.

Ceci s'explique par le manque de communication entre les adolescentes et leurs parents, ainsi que les obstacles les empêchant de fréquenter les services de santé (honte, manque d'argent). Toujours est- il que la famille constituaient des sources rares d'information.

Sacko D [8] au cours de son étude trouvait que les principales sources d'information sur la planification, les Infections Sexuellement Transmissibles et le VIH/SIDA étaient de (83%) pour les medias, (66,7%) pour les amis et (24,3%) Pour les frères et sœurs.

Ayedi H [29] dans son étude trouvaient que 94,5% des lycéens enquêtés écartaient les parents en tant que source d'information au sujet des Infections Sexuellement Transmissibles /SIDA.

5. Connaissance relative aux Infections Sexuellement Transmissibles /SIDA :

La majorité des adolescentes interrogées soit 61,8% pensaient qu'on pouvait être infecté par les Infections Sexuellement Transmissibles et le virus HIV sans manifester les symptômes de la maladie du SIDA, mais 59 adolescentes (soit 21,1%) ne se sont pas prononcées par rapport à la question.

Dans notre étude nous avons trouvé un lien statistique par rapport à la question selon le niveau de vie des parents : les adolescentes dont les parents ont un bon niveau étaient mieux informées que les autres.

Le SIDA était considéré comme une maladie incurable pour 57,5% des adolescentes (161/280) et 46 adolescentes (16,4%) ne se sont pas prononcées sur la question.

Dans notre étude 81,1% des adolescentes étaient conscientes du fait que trop de partenaires sexuels augmentent le risque d'attraper une Infection Sexuellement Transmissible et SIDA ; 92,9% proposaient l'utilisation du condom comme un moyen permettant de diminuer les risques de transmission du SIDA.

Amazigo .U et collaborateurs [30] trouvaient dans leur étude que 50 à 60% de leur échantillon étaient conscients que la multiplicité des partenaires

sexuels pouvait être sources d' Infection Sexuellement Transmissible et SIDA.

Au Mali l'EDS IV [5] trouvait que le multi partenariat dans les rapports sexuels accroît le risque d'infection par les Infections Sexuellement Transmissibles, en particulier le VIH/Sida. Ce risque est d'autant plus important que l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible. Il trouvait également que du fait de la précocité de l'âge aux premiers rapports sexuels chez les femmes maliennes, le taux de séroprévalence VIH1 est relativement élevé à 15-29 ans (0,6 % à 15-19 ans, 1,3 % à 20-24 ans et 1,9 % à 25-29 ans), comparé aux hommes.

6. connaissances relatives au préservatif:

158 adolescentes (56,4%) n'avaient jamais exigés le préservatif (condom masculin).

Les raisons évoquées pour la non exigence du préservatif étaient les suivantes : 78,48% soit 124 adolescentes disaient n'avoir jamais eu de rapport sexuel ; 16 adolescentes soit 10,13% ne se sont pas prononcées, 7,60% disaient qu'elles n'ont pas de plaisir au rapport sexuel avec le préservatif.

92,9% de notre échantillon disaient que l'exigence de préservatif pendant le rapport sexuel permet d'éviter les Infections Sexuellement Transmissibles /SIDA et les grossesses non désirées.

Ailleurs, Lys H.L et al [23] trouvaient dans leur étude que 12% de leur échantillon pensaient que l'utilisation du préservatif protégeait contre les IST/SIDA, 4% pensaient que son utilisation permet d'éviter les grossesses non désirées et 84% les IST et grossesses non désirées à la fois.

Dans notre étude les principales sources d'approvisionnement en méthodes contraceptives citées par les adolescentes étaient : la pharmacie, la boutique et l'hôpital, avec respectivement 97,7%, 81,4% et 42,1%.

Les autres sources étaient les vendeuses de médicaments (19), les Bars (11) et dans les Boîtes de nuit (9).

Nous remarquons ainsi que la majorité de nos adolescentes savaient que le préservatif permet de protéger contre les Infections Sexuellement Transmissibles et les grossesses non désirées et que les sources d'approvisionnement ne constituent pas à priori un obstacle.

Cependant force de constater que des efforts restent à faire d'une part pour vaincre l'idée négative que se font les adolescentes à propos du préservatif (diminution du plaisir sexuel), et d'autre part pour permettre une prise de conscience de ces adolescentes afin qu'elles se sentent plus concernées.

Dans notre étude, 136 adolescentes (48,6%) avaient un partenaire sexuel au moment de l'enquête.

Sur ces 136 adolescentes, 116 adolescentes (85,3%) discutaient de sexualité en général avec leur partenaire, 72,7% d'utilisation de préservatif et 53% de méthode de planification familiale. Plus de la moitié de nos adolescentes (55%) soit 154/280 étaient sexuellement actives.

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

Les adolescentes de plus de 15 ans soit 8,22% avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels contre 12,5% des adolescentes de de 15 ans et moins.

-Des résultats semblables ont été trouvé par Sacko D [8] qui dans son étude trouvait que sur ces 200 adolescentes, 112 (61%) discutaient de sexualité en général avec leur partenaire, 53,7% de l'utilisation de préservatif et 46,5% de méthodes contraceptives. Plus de la moitié de ces adolescentes (56,9%) étaient sexuellement actives (soit 145/255).

Ellen Weiss et collaborateur [14] dans une étude réalisée au Malawi en 1996 trouvaient que 56% des 300 adolescentes interrogées (soit 168) avaient eu des relations sexuelles et parmi celles-ci 58% (soit 98/168) avaient commencé à en avoir avant leur première règle (13,5-14,5 ans).

Dans notre étude sur les 154 adolescentes sexuellement actives, 110(71,42%) n'avaient pas exigé de préservatif au premier rapport sexuel.

Ailleurs KANE T.T [28] trouvait que seulement 21% des femmes de son échantillon avaient exigés le préservatif au premier rapport sexuel.

CISSE A [4] dans son étude trouvait que sur les 226 femmes interrogées, 179 avaient eu des rapports occasionnels et 38 femmes (soit 21%) avaient exigés le préservatif.

Sacko D [8] trouvait que 89,7% de ces adolescentes sexuellement actives n'avaient pas exigés le préservatif au premier rapport sexuel.

Dans notre étude, 13 adolescentes (soit 4,6%) avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels et sur ces 13; 6 adolescentes (soit 46,15%) avaient toujours exigé le préservatif, 7 adolescentes (soit 53,85%) l'avaient parfois exigé.

Ailleurs Sacko D [8] dans son étude trouvait que sur les 255 filles interrogées, 11 adolescentes avaient eu des rapports avec des partenaires occasionnels, 45,5% (5 adolescentes) n'exigeaient pas le préservatif.

En nous référant à la définition du comportement à risque admise par Cissé A [4], à savoir le comportement à risque faible suppose le fait d'avoir des relations sexuelles non protégées et le comportement à risque élevé le fait d'avoir des relations sexuelles non protégées avec plus d'un partenaire sexuel.

Ainsi dans notre étude, 111 (72,08%) de nos adolescentes sexuellement actives avaient un comportement à risque élevé (en cumulant celles ne se rappelant pas du nombre de leur partenaires sexuels et celles ayant eu plus d'un partenaire sexuel) ; 27,92% avaient un comportement à risque faible.

Ailleurs Sacko D [8] trouvait dans son étude que 54,4% et 44,8% de ces adolescentes sexuellement actives avaient respectivement un comportement à risque élevé et un comportement à risque faible.

Ceci est d'autant plus vraie que l'adolescence est une période d'activité intense au cours de la quelle se font les premières initiations à la vie sexuelle et c'est en ce moment que l'adolescente a tendance à adopter le modèle adulte.

205 adolescentes (73,2%) n'avaient pas fait le test du VIH/SIDA et 75 adolescentes (26,2%) l'avaient fait.

Les raisons les plus évoquées qui font qu'elles avaient pas fait le test du VIH/SIDA étaient le manque de courage avec 101 adolescentes sur les 280 soit 49,3%, suivi de 48 adolescentes soit 23,4% qui disaient qu'elles n'ont pas eu de rapports sexuels et la peur du résultat avec 6 adolescentes soit 2,9%.

Les autres raisons étaient :

- Confiance à leur partenaire avec 7,8%,
- Pas d'argent avec 5,9%,
- Pas l'âge et ne crois pas avec respectivement 2,9% et 3,4%, et 23,4% disaient qu'elles n'ont pas eu l'opportunité.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous avons constaté que les adolescentes ont une connaissance assez approfondie sur la planification familiale.

La majorité des adolescentes de l'enquête associaient la planification familiale à l'espacement des naissances.

Les méthodes contraceptives les plus connues étaient la pilule, le préservatif (et la méthode du collier les autres méthodes contraceptives étaient moins connues.

La plupart des adolescentes savaient qu'il existe des services de prestation de la planification familiale. On constate néanmoins que le taux de fréquentation de ces services reste faible.

Les sources d'information sur la planification familiale, les plus citées étaient L'école, les amis, les medias. Et on remarque que l'information venait rarement des parents et les centres de santé.

La quasi-totalité des adolescentes étaient au courant des interruptions volontaires des grossesses par les filles et la majorité était consciente des risques encourus.

La majorité de nos adolescentes avaient un avis favorable à l'adoption de la planification familiale.

Concernant les Infections Sexuellement Transmissibles, les plus citées étaient le SIDA et la gonococcie.

Les autres Infections Sexuellement Transmissibles étaient moins connues. Cependant certaines adolescentes pensaient que la bilharziose était une IST.

La majorité des adolescentes connaissaient les voies de transmission du VIH et préconisaient l'utilisation du préservatif pour réduire la transmission par voie sexuelle.

Un nombre significatif prônait également le fait de choisir un partenaire non infecté et la réduction du nombre de partenaire.

En ce qui concerne les sources d'information la famille apparaissait toujours marginale.

Par ailleurs, il apparaît que la majorité des adolescentes savaient qu'on peut être infecté par les Infections Sexuellement Transmissibles et le virus du SIDA sans en développer les symptômes. Elles étaient au courant que la multiplicité des partenaires augmente les risques des Infections sexuellement Transmissibles et le SIDA et que l'utilisation du préservatif diminue les risques de transmission des Infections sexuellement Transmissibles et le SIDA.

Du point de vue activité sexuelle, plus de la moitié des adolescentes étaient sexuellement active et l'âge au premier rapport sexuel se situait avant 15ans.

Malgré leur connaissance sur les Infections sexuellement Transmissibles, la majorité n'avaient pas eu recours au préservatif lors de leur premier rapport sexuel et ont eu des rapports avec plus de deux partenaires donc sont des personnes à risque élevé.

Malgré toutes ces situations, la majorité des adolescentes n'avaient fait le test du VIH.

Suites à ces données nous avons formulé les recommandations suivantes.

VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme des résultats et des conclusions de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

A. Aux autorités :

1. Accentuer les campagnes de sensibilisation sur la planification familiale, les IST et le VIH/SIDA dans les établissements en :

Sensibilisant les filles quant aux questions relatives à la planification familiale, les encourager à fréquenter les services de prestation de planification familiale.

2. Introduire dans les programmes d'enseignements des cours d'éducation Sexuelle dans tous les établissements secondaires.

3. Créer des services de santé reproductive pour jeunes ou des prestataire jeunes assureront certaines prises en charge.

4. Renforcer la compétence des prestataires de santé dans le domaine de la santé de la reproduction des adolescentes.

5. Rendre plus accessible les moyens contraceptifs aux adolescentes en les mettant à la disposition de toutes les infirmeries des établissements de l'enseignement secondaire.

6. Etendre l'étude à d'autres établissements du district, voir de l'intérieur du pays.

B. Aux parents et aux adolescentes :

1. Discuter des questions relatives à la sexualité, à la planification familiale et aux IST/SIDA avec les adolescentes.
2. Encourager les initiatives (les associations) des adolescentes dans le domaine de la santé de la reproduction.
3. Encourager les adolescentes à Fréquenter les centres de planification familiale.
4. Encourager les adolescentes à faire le test du VIH.



BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE :

1. Mme. Daniela Bagozzi, OMS Genève.

Disponible sur www.who.ch

2. OMS- ONU SIDA.

La stabilisation de la prévalence du VIH, communiquée de presse 2007.

Disponible sur www.who.int (12 /07/2007).

3. Anonyme

FNUAP – OMS

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

4. Cissé A.

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

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

5. Enquête Démographique et de Santé 2006.

CPS-Santé, DNSI, Bamako, Rapport 2006; 48P.

6. Berthé Brehima. Boly.

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

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

7. Dechryste Y, Danion-Grillia T.

Sexualité de l'adolescent. Ann psychiatr 1988; 13:151-6.

8. Sacko Dienebou.

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée Bah Aminata Diallo en matière de planification familiale, les MST et le SIDA. Thèse de Médecine, Bamako, FMPOS, 2000 ; pp 108-120.

9. Athea N.

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

10. Cloutier R.

Psychologie de l'adolescence. Montréal Canada: Gaëtan Morin éditeur; 1996 2e édition.

11. Ben Azouz H.

La sexualité des jeunes tunisiens : enquête nationale auprès de 2700 jeunes. Thèse de doctorat en Médecine, Faculté de Médecine de Monastir, 1996; p43-57.

12. Herida M.

Enquête nationale auprès des Conseils généraux sur les infections à gonocoque diagnostiquées, France métropolitaine 2001- 2002. Bull Epidemiol Hebd 2004; 15:60.

13. Enquête Démographique et de Santé 1995-1996

CPS-Santé, DNSI, Bamako, Rapport 1996; N°6819, 6820, 6821: 375 P.

14. Ellen Weiss et collaborateur.

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

Constatation de programme de recherche sur les femmes et le SIDA.

International Center for Research on Women ; 1717 Massachusetts, Avenue N.W., Suite 302, Washington, DC 20036.

15. Dan M.

The use of fluoroquinolones in gonorrhoea: the increasing problem of resistance. *Exp Opin Pharmacoter* 2004; 5:829–54.

16. Goulet V, Laurent E, Sednaoui P.

Les gonococcies en France : données du réseau RENAGO. Surveillance nationale des maladies infectieuses 1998–2000. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, janvier 2003 ; 41p.

17. Herida M, Sednaoui P, Laurent E, Goulet V.

Les infections à gonocoque en 2001 et 2002 : Les données du réseau national des gonocoques (RENAGO). *Bull Epidemiol Hebd* 2004; 15:57–9.

18. Couturier E, Dupin N, Janier M, et al.

Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001. *Bull Epid Hebd* 2001; 35-36:167–75.

19. Intensification de la prévention : sur le chemin de l'accès universel, ONUSIDA.

Disponible sur www.unaids.org (dernière visite 12-04-2006).

20. Feron C., Laurents B.A.

Rôle et place des parents dans l'éducation sexuelle et la prévention du SIDA au sein des adolescents.

Centre de Médecine préventive. Vandoeuvre-les-Nancy-France, 1993 ; 68p.

21. Goita Seydou.

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

Thèse de Médecine- Bamako ; 1998 ; n° 50 : 74p.

22. Ministère de la Santé, DNS, DSR.

Procédure en santé de la reproduction, juin 2005 ; vol 3.p34-96.

23. Lys H.L, Tokinda J, Fariah I.

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

Population Council 1997; Mali, 30p.

24. Sango Sanoussi.

Contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako.

These de Medecine, Bamako, 1996; n°82: 63P.

25. Alvin P.

Les adolescents et la contraception. Que devrait savoir le pédiatre (1ère partie). Arch Pédiatr 2001; 8: 1251-9.

26. Anoh.A.

L'émergence de la planification familiale en Côte d'Ivoire, Thèse de Doctorat en démographie, Université de Paris X-Nanterre, UFR SSA, Formation doctorale de sociologie et de démographie des sociétés contemporaines, Paris, 2001 ; 439p.

27. Enquête Démographique et de Santé 2001.

CPS-Santé, DNSI Bamako, rapport 2001; P57.

28. Kane T.T, Busysscher R Tunde TT.

Grossesse de l'adolescent et contraception dans l'agglomération de Banjul.

Pop Sahel. Août 1990(2 éditions) n°13, p28-34.

29. Ayedi H.

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

30. Amazigo U, Silva N Kaufman J, Oobikeze D.

Activité sexuelle, connaissance et pratique de la contraception parmi les lycéens du Nigeria.

Perspectives Internationale sur le Planning Familial, 1997 ; p15-20.

31. Direction Nationale de la Statistique et de l'Information.

Enquête légère intégrée auprès des ménages (ELIM) ; 2006 : vol 2 : 17p.

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

Numéro du questionnaire :

Commune :

Nom du quartier :

Ecole :

I. Renseignements généraux :

N°	questions et filtres	codes
01. Classe :	10=1	<input type="checkbox"/>
	11=2	<input type="checkbox"/>
	12=3	<input type="checkbox"/>
02. Section :	1=Sciences	<input type="checkbox"/>
	2=Lettres	<input type="checkbox"/>
03. Âge : (en année)		<input type="text"/> <input type="text"/>
04. Résidence des parents :		
1=Bamako		<input type="checkbox"/>
2=Kati		<input type="checkbox"/>
3=Autres (à préciser)	_____	
05. Ethnie :		
1=Bambara	2=Sarakolé	<input type="checkbox"/>
3=Malinké	4=Peulh	
5=Sonrhäï	6=Tamacheq	
7=Senoufo	8=Minianka	
9=Kassoké	10=Somono	
11=Autres (à préciser)	_____	

06. Religion

1=Musulmane

2=Chrétienne

3=l'Animiste

4=Autres (à préciser) _____

07. Profession du Père

1=Commerçant

2=Artisan

3=Fonctionnaire

4=Ouvrier

5=Cultivateur

6=Autres (à préciser) _____

08. Niveau de scolarisation du Père :

1 = N'a jamais fait l'école

2 = Primaire

3 = Secondaire

4 = Supérieur

5 = Autres (à préciser) _____

09. Profession de la Mère :

1 = commerçante

2 = Artisane

3 = Fonctionnaire

4 = Ouvrière

5 = Ménagèr

6= Autres (à préciser) _____

10. Niveau de scolarisation de la Mère

- 1 = N'a jamais fait l'école
- 2 = Primaire
- 3 = Secondaire
- 4 = Supérieur
- 5=Autres (a préciser)_____

11. Niveau de vie des parents :

- | | | | |
|---------------|-------|-------|--------------------------|
| Electricité | Oui=1 | Non=2 | <input type="checkbox"/> |
| Télévision | Oui=1 | Non=2 | <input type="checkbox"/> |
| Robinet | Oui=1 | Non=2 | <input type="checkbox"/> |
| Radio | Oui=1 | Non=2 | <input type="checkbox"/> |
| Réfrigérateur | Oui=1 | Non=2 | <input type="checkbox"/> |
| Voiture | Oui=1 | Non=2 | <input type="checkbox"/> |
| Location | Oui=1 | Non=2 | <input type="checkbox"/> |
| W-C | Oui=1 | Non=2 | <input type="checkbox"/> |
| Latrines | Oui=1 | Non=2 | <input type="checkbox"/> |
| Puits | Oui=1 | Non=2 | <input type="checkbox"/> |
| Moto | Oui=1 | Non=2 | <input type="checkbox"/> |
| Internet | Oui=1 | Non=2 | <input type="checkbox"/> |
- Autres (à préciser) _____

II. Connaissance en matière de planification familiale :

12. Avez-vous déjà entendu parler de la PF ?

Oui Non

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

1. Espacement des naissances
2. Santé de la mère
3. Santé des enfants
4. Moins de naissance
5. Moindre dépenses

6. Famille heureuse
7. Meilleure éducation des enfants
8. Autres (à préciser) _____

14. Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ?

- 1 Pilule
- 2 Préservatif
- 3 Spermicide
- 4 Norplant
- 5 dispositif intra-utérin
- 6 Contraception injectable
- 7 Méthode chirurgicale
- 8 Méthode traditionnelle
- 9 Allaitement maternel
- 10 La Méthode du collier
- 11 Ne sais pas
- 12 Autres (à préciser) _____

15. Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive?

Oui Non

16. Si oui, laquelle ? _____

17. quelles sont vos principales sources d'information sur la PF ?

1. Ecole
2. Centre de santé/hôpital
3. Conférence
4. Médias
5. Père
6. Mère
7. Frères/sœurs
8. Amis
9. Ne sais pas
10. Autres (à préciser) _____

18. Savez-vous qu'il existe des services de prestation de PF ?

Oui Non

19. Si oui, avez-vous déjà fréquenté ces services ?

Oui Non

20. Si non pourquoi ? _____

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

Intervalle (en année)

22. Etes-vous au courant des pratiques d'avortement par les adolescentes ?

Oui Non

23. Connaissez-vous les risques encourus par les filles qui pratiquent les avortements ?

Oui= 1 Non =2 Ne sait pas =3

24. Si oui, pouvez-vous citer quelques-uns de ces risques ?

25. Quel est votre opinion sur les avortements provoqués ?

1. Approuve

2. Désapprouve

3. Pas de réponse

26. Personnellement êtes-vous pour la PF ?

Oui=1 Non=2

27. Si non, quelle est la principale raison ?

1. Coutume

2. Religion

3. Effets secondaires

4. Autres (à préciser) _____

III Connaissances en matière d'IST/SIDA :

28. Quelles sont les IST que vous connaissez ?

1. Gonococcie
2. Syphilis
3. Trichomonas vaginalis
4. Sida
5. Chancre mou
6. Autres (à préciser) _____

29. connaissez-vous les voies de transmissions du sida ?

Oui=1 Non=2

30 Si oui, quelles sont les voies de transmission du Sida ?

1. Rapport sexuel non protégé avec une personne infectée
2. Transfusion avec sang infecté
3. De la mère au fœtus
4. Usage de seringues souillées
5. Ne sais pas
6. Autres (à préciser) _____

31. Que peut-on faire pour réduire la transmission du sida par voie sexuelle ?

1. Limiter le nombre de partenaires
2. S'abstenir des rapports sexuels
3. Choisir une partenaire non infecté
4. Utiliser les préservatifs
5. Traiter précocement les IST
6. Ne sais pas
7. Autres (à préciser) _____

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

- 1. Ecole
- 2. Centre de santé/hôpital
- 3. Conférence
- 4. Médias
- 5. Père
- 6. Mère
- 7. Frères/sœurs
- 8. Amis
- 9. Ne sais pas
- 10. Autres (à préciser) _____

33. Peut-on être infecté par le virus du sida sans avoir les symptômes de la maladie du sida ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

34. Croyez-vous à l'existence du sida ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

35. Si non, pourquoi ? _____

36. Peut-on avoir une IST sans manifester les signes ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

37. Une personne qui a une IST ne peut pas avoir le sida ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

38. Peut-on guérir du sida si on se fait soigner très tôt ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

39. Plus on à des partenaires sexuels, plus grand est le risque d'attraper une IST/VIH ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

40. l'utilisation de condom diminue les risques de transmission du sida ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

41. l'utilisation de condom diminue les risques de transmission des IST ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

42. Avez-vous déjà utilisé un préservatif ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

43. Si non, pourquoi ? _____

44. Pourquoi pensez-vous qu'un homme doit porter un préservatif pendant les rapports sexuels ?

- 1. Eviter les maladies
- 2. Eviter les grossesses non désirées
- 3. Ne sais pas
- 4. Autres (à préciser) _____

45. Pourquoi pensez-vous qu'une femme doit porter un moyen contraceptif pendant les rapports sexuels ?

- 1. Eviter les maladies
- 2. Eviter les grossesses non désirées
- 3. Ne sais pas
- 4. Autres (à préciser) _____

46. Quelles sont les sources d'approvisionnement en méthodes contraceptives que vous connaissez ?

- 1. Hôpital (centre de santé)
- 2. Pharmacie
-

3. Boutique

4. Autres (à préciser) _____

IV Comportement sexuel :

47. Avez-vous présentement un partenaire sexuel ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

48. Si oui, vous est -il arrivé de parler avec votre partenaire de :

-Sexualité en général ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

-Méthodes de PF ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

-Utilisation de préservatif ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

49. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

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

1. Ans

2. Je ne me rappelle pas

3. Pas de réponse

4. Autres (à préciser) _____

51. À cette occasion avez-vous utilisé un préservatif ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

52. Etes-vous prêt à utiliser un préservatif même si votre partenaire s'y oppose ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

53. Si non pourquoi ? _____

54. Avez-vous eu des rapports sexuels avec de partenaires occasionnels ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

55. Si oui, avez-vous utilisé un préservatif ?

- 1. Toujours
- 2. Parfois
- 3. Jamais
- 4. Pas de réponse

56. Combien de partenaires sexuels avez-vous eu jusqu'à ce jour ?

- 3. Nombre
- 2. Je ne me rappelle pas
- 3. Pas de réponse

57. Avez- vous déjà fait le test du VIH ?

Oui =1 Non=2 Ne sait pas=3

59. Si non pourquoi? _____

FICHE SIGNALITIQUE

**NOM : BAGAYOKO
MOUSSA**

PRENOM : ABDOULAYE

TITRE : Connaissances, Attitudes et Pratiques des Adolescentes du Lycée Massa Makan Diabaté en Matière de PF, des IST et du VIH/SIDA.

ANNEE DE SOUTENANCE : 2008-2009

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

SECTEUR D'INTERET : Santé Publique
LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMPOS

RESUME :

Nous rapportons les résultats d'une étude qui s'est déroulée au lycée Massa Makan Diabaté du District de Bamako.

L'étude visait à décrire les connaissances des adolescentes en matière de la PF, des IST et du VIH/SIDA.

Il s'agissait d'une étude descriptive qui s'est déroulée de janvier à mars 2008 et qui a porté sur 280 élèves de sexe féminin âgées de 14 à 19 ans.

L'analyse des résultats a montré que les adolescentes ont une connaissance théorique assez approfondie sur la PF et les IST/SIDA.

En effet, 99,3 % ont déjà entendu parler de la PF, 87,1% l'assimilaient à l'espacement des naissances ; la pilule et le préservatif étaient les méthodes contraceptives les plus connues avec respectivement 89,6% et 85,3%.

L'existence des services de PF était connue par 89,3% des adolescentes mais le taux de fréquentation était de 22,8%.

Quant aux IST le SIDA a été la plus citée (97,5%) et les élèves à 100% connaissaient les voies de sa transmission et 92,9% préconisaient le préservatif comme moyen de prévention.

Malgré une certaine connaissance sur la PF et les IST/SIDA, les adolescentes avaient un comportement à risque élevé. Dans l'ensemble, 55% ont déjà eu des rapports sexuels et parmi elles 71,42% n'avaient pas exigé le préservatif au premier rapport sexuel, 4,6% ont eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels.

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

205 adolescentes (73,2%) n'avaient pas fait le test du VIH.

MOTS CLES : Adolescentes, Connaissances – Attitudes- Pratiques (CAP), Planification Familiale (PF), Infections Sexuellement Transmissibles- SIDA (IST/SIDA), comportement sexuel.

PERSONAL DETAILS CARD

Last name: BAGAYOKO

First name: ABDOULAYE MOUSSA

Title: Knowledge, Attitudes and Practical of the Teenagers of the College Massa Makan Diabaté as regards PF, STI, of VIH/SIDA.

Year of viva voce: 2008-2009

City of viva voce: Bamako

Country of origin: Mali

Area of interest: Publique health

Registration of copy: Library of FMPOS

Summary:

We report the results of a study which proceeded with the college Massa Makan Diabaté of the District of Bamako.

The study aimed at describing knowledge of the teenagers as regards the PF, STI, of VIH/AIDS.

It was about a descriptive study which proceeded from January to March 2008 and which related to 280 old pupils of female sex from 14 to 19 years.

The analysis of results showed that the teenagers have a theoretical knowledge deepened enough on the PF and the STI/AIDS.

Indeed, 99,3% already intended to speak about the PF, 87,1% compared it to the spacing of the births; the pill and the condom were the contraceptive methods most know with respectively 89,6%. The existence of the service of PF was known by 89, 3% of the teenagers but the rate of frequentation was 22, 8%.

As fort STI the AIDS was quoted (97, 5%) and the pupils with 100% knew the ways of its transmission and 92, 9% recommended the condom like means of prevention. In spite of certain knowledge on the PF and the STI/AIDS, the teenagers had behaviour at the high risk. As a whole, 55% already had sexual relation and among them 71, 42% had not used the condom with the first sexual relation, 4, 6% had sexual relations with occasional partners.

The minimum age with the first sexual relation was 13 years. 205 teenagers, (73, 2%) had not made the test of the HIV.

KEY WORDS: Teenagers, Knowledge – Attitudes Practical (CAP), Family Planning (PF), Infectious Sexually Transmissible – AIDS (STI/AIDS), Sexual behaviour.

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!