

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



U.S.T.T-B



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

N°:.....

THESE

Connaissances et pratiques des femmes en âge de procréer face aux infections sexuellement transmissibles au service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako en 2023

Présentée et soutenue publiquement le 21/11/2024 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie Par :

M. FOFANA BOUBACAR

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

JURY

Président du Jury : SOUNKALO DAO, Professeur

Membre du Jury : M SOUMANA OUMAR TRAORE Professeur

Co-directeur: Maitre-Assistant BAKARY MAMA DIARRA Assistant

Directeur de Thèse : Professeur AKORY AG IKNANE Professeur

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je dédie ce travail à :

ALLAH

Le très haut, le tout puissant, le seigneur des deux mondes, qui a fait de nous des êtres humains, des musulmans et des gens de la communauté du prophète Mohamed (PSSL), qui par sa grâce ce travail fut achevé ALLAH merci. Permettez-moi d'être reconnaissant pour ces grâces : la sante, le courage, la détermination que vous m'avez accordé afin de finir ce travail.

Au prophète MOHAMMED (PSSL)

L'esclave, le serviteur et le bien aimé d'Allah, le sceau des prophètes, l'imam des messagers, le dernier messenger nous demandons à Allah de prier sur lui au nombre des battements cardiaques de toutes les créatures, au nombre des gouttes de pluies depuis la création jusqu'à la dernière goutte, sur sa famille, ces nobles compagnons et tous ceux qui le suivront en bien jusqu'au jour de la résurrection.

A ma chère patrie le Mali

Que la paix et la prospérité puisse te couvrir

A mes parents :

- A toi ma mère SALIMATA COULIBALY

Tu as guidé mes premiers pas, tu t'es beaucoup sacrifiée afin de nous donner une bonne éducation. J'aimerais t'offrir ce travail en guise de ma reconnaissance et de mon amour indéfectible. Qu'ALLAH t'accorde sa grâce et sa miséricorde

- A toi mon père SANDJIBOU FOFANA

Tu as toujours œuvré pour tes enfants pour qu'ils apprennent la science. Tes incessants conseils ont porté leurs fruits. Tu nous as enseigné l'honneur, la responsabilité, le respect de soi, d'autrui et le travail bien fait. Tu nous as guidé avec rigueur mais aussi avec amour. Sans toi nous ne serions pas devenus ce que nous sommes aujourd'hui. Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un digne père et sans pareil. Que Dieu le tout puissant te prête longue vie et meilleure santé pour

qu'ensemble, nous puissions savourer les fruits de ce travail. Puisse ce travail t'apporter une légitime fierté.

REMERCIEMENTS

A mes encadreurs :

Pr SOUMANA OUMAR TRAORE, Dr SAOUDATOU TALL, Dr NIAGALE SYLLA, Dr NOUHOUM DIAKITE, Dr MAMADOU A TRAORE, Dr SALECK DOUMBIA. Merci pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères de bonheur, de longévité, et de réussite dans toutes vos entreprises.

Mes frères et sœurs : KADIDIATOU, MARIAM, MAHAMADOU FOFANA. Je tiens à vous témoigner ma profonde reconnaissance.

Mes amis à la faculté : KASSIM TRAORE, MOUSSA Z COULIBALY, JEANNE ANTILDINA KONE. Merci pour vos soutiens et les moments passés ensemble.

A mes aînés encadreurs du CSREF CV : Dr TALIBE HAIDARA, Dr SEKOU DIAKITE, Dr FATOUMATA B SYLLA, Dr ADAMA DOUMBIA, Dr ROMEO HOUNNADE, Dr BOURAMA DEMBELE, Dr FRANCIS DEMBELE et tous ceux qui n'ont pas leurs noms ici. Merci pour les conseils et les bons moments passés ensemble.

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et vos conseils. Soyez-en ici remerciés.

A tous les personnels du service de gynéco-obstétrique du Centre de Sante de Référence de la Commune V grâce à vous j'ai appris la bonne conduite, la sagesse, et le respect dans le travail en équipes. Je n'oublierai jamais ces moments agréables que nous avons passés ensemble.

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé à la réalisation de ce travail.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur SOUNKALO DAO

- **Professeur titulaire des Maladies Infectieuses et Tropicales(MIT)**
- **Chef de service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point G**
- **Responsable de l'enseignement des Maladies Infectieuses à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie(FMOS)**
- **Investigateur clinique au centre universitaire de recherche clinique(UCRC)**
- **Coordinateur du Diplôme d'Etude Spécialisé (DES) de MIT**
- **Coordinateur du Diplôme Universitaire (DU) de VIH/SIDA**
- **Président de la Société Malienne de Pathologie Infectieuse et Tropicale (SOMAPIT)**
- **Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI)**
- **Membre du Collège Ouest Africaine des Médecins**
- **Directeur de publication de la Revue Malienne d'Infectiologie et Microbiologie**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre esprit d'ouverture, votre souci de transmettre vos immenses connaissances ont fait de vous un exemple à suivre. Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand praticien. Veuillez, cher maître, trouver ici l'expression de notre reconnaissance et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur AKORY AG IGNANE

- **Professeur Titulaire En Santé Publique/ Nutrition à la Faculté de Médecine Et D'odontostomatologie (FMOS) Et de Pharmacie (FAPH) ;**
- **Président du Réseau malien de Nutrition (REMANUT)**
- **Ancien Directeur Général de L'agence National pour la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA)**
- **Premier Médecin Directeur Technique de Centre de l'Association De Santé Communautaire De BANCONI (ASACOBA).**
- **Consultant OMS sur les Urgences Sanitaires**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**

Cher Maitre ;

Honorable maitre, vous nous avez accueilli à bras ouverts dans votre service ; vous nous avez confié ce travail et en avez accepté la direction. Votre abord facile, votre franc parlé, votre rigueur scientifique et votre engagement pour la promotion de la santé publique au Mali nous ont beaucoup impressionnés. L'amitié profonde pour vos collaborateurs et vos étudiants, et le sens élevé du devoir font de vous un homme très admirable. Nous avons beaucoup bénéficié de vous tant sur le plan pédagogique que sur le plan humain.

Cher Maitre veuillez accepter nos sentiments de reconnaissance et de respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Bakary Mama Diarra

- Médecin de santé publique, spécialiste en Assurance Qualité des Soins et Gestion des Services de Santé
- Maître-Assistant en santé Publique au DER-Santé Publique FMOS/USTTB
- Chef du Département Nutrition et Sécurité Sanitaire des Aliments de l'institut National de Santé Publique
- Ancien chef de Service Politique et Système de Santé de l'ex-INRSP,
- Ancien Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de l'hygiène Publique
- Ancien Directeur Général de l'Agence National d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH)
- Ancien Médecin chef des Districts Sanitaires de Tominian et Niono, Région de Ségou
- Ancien Directeur Technique du Centre de Santé Communautaire de Seyla, District Sanitaire de Dioila, Région de Koulikoro
- Médaillé du Mérite National avec effigie Abeille

Cher Maître,

Je tiens à vous remercier, vous qui m'avez encadré tout au long de cette thèse et qui m'avez fait partager ses brillantes intuitions. Que vous soyez aussi remercier pour votre gentillesse, votre disponibilité permanente et pour les nombreux encouragements que vous m'avez prodigués. Nous sommes émerveillés par votre compétence, votre dynamisme, votre amour pour le travail bien fait. Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés.

Soyez rassuré cher maitre de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE de JURY DE THESE :

Professeur SOUMANA TRAORE

- **Professeur agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CSREF CV ;**
- **Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009 ;**
- **Certifié en programme GESTA International (PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGOC) ;**
- **Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako ;**

Cher maître,

Votre rigueur dans le travail, votre souci de bien faire, votre disponibilité et votre sens social élevé sont des qualités en vous qui nous ont beaucoup séduits. Cher Maître vous nous avez cultivé l'esprit d'équipe. Vos qualités humaines et professionnelles font de vous un grand maître. Nous sommes très reconnaissants de l'aide que vous nous avez apportée dans l'élaboration de ce travail.

Cher Maître l'éternel s'aura vous remercier. Acceptez cher maître notre sincère reconnaissance et respect

Liste des sigles et abréviations

- 3D : Trois dimensions
- CHU GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Toure
- CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminée
- CMIE : Centre Médical Inter-Entreprises
- COD : Cause Obstétricale Directe
- COI : Cause Obstétricale Indirecte
- CNOS : Centre National d’Odonto-Stomatologie
- CNI : Consultation Pré Natale
- CSCOM : Centre de Sante Communautaire
- CSREF : Centre de Sante De Reference
- DA : Délivrance Artificielle
- DHIS2 : District Health Information Software Version 2
- DRS : Direction Régionale de la Sante
- FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d’Obstétrique
- FMOS : Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie
- GESTA : Gestion du Travail Et de L’accouchement
- GEU : Grossesse Extra Utérine
- HTA : Hypertension Artérielle
- IST : Infections Sexuellement Transmissibles
- MMHG : Millimètre De Mercure
- MUTEC : Bulletin de la Mutuelle des Travailleurs de L’éducation et de la Culture du Mali
- NV : Naissance Vivante
- OMS : Organisation Mondiale De La Sante
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- RDC : République Démocratique du Congo
- RMA : Rapport Mensuel d’activité
- RU : Révision Utérine
- SAA : Soins Apres Avortement
- SIDA : Syndrome Immunodéficiencie Acquis
- SIS : Système D’information Sanitaire
- SMI : Sante Maternelle Et Infantile
- TMC : Taux de Mortalité Chez Les Cas
- USA : Etats Unis Amérique
- VIH : Virus de L’immunodéficiencie Humaine
- > : Supérieur
- % : Pourcentage
- ≤ : Inférieur ou Egal

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Inclusions vacuolaires de <i>Chlamydia</i> spp. sur un frottis vaginal (microscopie optique après coloration HE). (18)	19
Figure 2 : Infection <i>Trichomonas</i> sous microscope	22
Figure 3 : Germe responsable du gonocoque. (26).....	25
Figure 4 : bactérie responsable de la syphilis Source : Microsoft Encarta Junior 2009.....	28
Figure 5 : Lésions syphilitiques dorsales lors d'une syphilis secondaire. (31)	29
Figure 6 : Manifestation sur la face du stade tertiaire de la syphilis. (31).....	29
Figure 7 : Structure du VIH	38
Figure 8 : Répartition des patientes selon l'âge du 1 ^{er} rapport sexuel.....	53
Figure 9 : Répartition des patientes selon le type d'infection diagnostique après analyse au laboratoire.....	62

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patientes selon les caractéristiques socio démographiques.	52
Tableau II : Répartition des patientes selon le nombre de coépouse	53
Tableau III : Répartition des patientes selon la tranche d'âge au premier rapport.	54
Tableau IV : Répartition des patientes selon la profession du partenaire sexuel.....	54
Tableau V : Répartition des patientes selon l'abord du sujet de la sexualité en famille.	55
Tableau VI : Répartition des patientes selon la personne avec qui elles parlent de sexualité en famille.	55
Tableau VII : Répartition des patientes selon le niveau de connaissance des moyens de prévention des IST et centre de prévention.	56
Tableau VIII : Répartition des patientes selon leur connaissances des centres de préventions.....	57
Tableau IX : Répartition des patientes selon les connaissances sur les différentes IST	57
Tableau X : Répartition des patientes selon le niveau de connaissances des signes évocateurs des IST	58
Tableau XI : Répartition des patientes selon le niveau de connaissance des signes visible, la contagiosité et les modes transmission des IST.	59
Tableau XII : Répartition des patientes selon les connaissances sur les sources d'informations.....	59
Tableau XIII : Répartition des patientes selon les connaissances des dépistages IST	60
Tableau XIV : Répartition des patientes selon le niveau de connaissances des facteurs de risques et complications des IST.	61
Tableau XV : Répartition des patientes selon les pratiques liées aux IST	61

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	1
2. Questions de recherches	6
3. OBJECTIFS.....	6
3.1 Objectif général :	6
3.2 Objectifs spécifiques :	6
4. GENERALITES	7
4.1. Description de la recherche	7
Notion de « Femmes et procréation » :	7
1.1. Notion de connaissance, d'attitude et de comportement :	11
1.2. LES INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	15
2. Définition des I.S.T :	15
3. Epidémiologie :.....	16
4. Caractères communs des IST :	17
5. Facteurs responsables de la recrudescence des IST :.....	17
6. Les différentes IST :	18
6.1.1.1. Infections génitales à Chlamydia :.....	18
6.1.1.2. Affection à Trichomonas vaginalis :.....	20
6.1.1.3. Candidose vaginale :.....	22
6.1.1.4. Gonococcie :	23
6.1.1.5. La Syp3- la syphilis vénérienne :	26
6.1.1.6. Chancre mou (22) :	30
6.1.1.7. Affection à gardenella vaginalis ou vaginose bactérienne (32) :.....	30
6.1.1.8. Donovanose due à Calymmato bacterum granulomatis [17] :	31
6.1.1.9. Condylome (crête de coq) [28] :.....	31

6.1.1.10. Les Hépatites virales B et C [28] :.....	31
6.1.1.11. VIH et SIDA	31
Utilisation de matériels à usage unique pour tous les actes invasifs médicaux ou stérilisation préalable.....	44
5. Méthodologie.....	45
5.1Cadre d'étude.....	45
5.1.1Situation géographique	45
5.1.2Le centre de santé se trouve au Quartier Mali	46
6.2 Type d'étude	49
6.3 Période d'étude	49
6.4 Population d'étude	49
6.5 Critères d'inclusion et non d'inclusion.....	49
6.6 Echantillonnage	50
6.6.1Méthode échantillonnage.....	50
6.6.2Techniques de l'échantillonnage.....	50
6.6.3Taille de l'échantillonnage.....	50
6. Z = écart réduit (1,96).....	50
6.6.4Techniques et outils de collecte	51
6.7 Variables à l'étude	51
6.8 Plan d'analyse.....	51
6.9 Aspects Ethiques.....	51
7. RESULTATS.....	52
7.1 Description de l'échantillon :	52
6.2. Niveau de connaissances des femmes sur les IST	56
6.3. Niveau de pratiques	61
8. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	63
9. CONCLUSION	67

10.	RECOMMANDATION	68
11.	REFERENCES	69
12.	Annexe.....	72
12.1.	Fiche signalétique	72
12.2.	Questionnaire d'enquête	74

1. INTRODUCTION

D'après le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique Français, les infections sexuellement transmissibles (IST) sont « des infections dont les agents responsables sont exclusivement ou préférentiellement transmis par voie sexuelle et qui justifient la prise en charge du ou des partenaires. » (1) . Les infections sexuellement transmissibles (IST) représentent un problème majeur en médecine et dans les systèmes de santé publique sur le plan mondial .C'est tout particulièrement dans les pays en développement de l'Asie du Sud-Est ,de l'Afrique et de l'Amérique latine que les IST figurent parmi les causes les plus fréquentes de maladie et de décès .Leur impact est considérable sur le plan de la santé ,mais leurs conséquences sociales et économiques sont importantes aussi .A l'heure actuelle au niveau international, plus de 30 agents pathogènes sexuellement transmissibles sont connus ; ils comprennent des bactéries ,des virus ,des champignons , des protozoaires et des ectoparasites . Il est à noter que différents agents pathogènes peuvent provoquer des symptômes identiques (2) . La méconnaissance du diagnostic et l'absence de traitement des IST dès le début de la maladie pourraient être à l'origine de complications et de séquelles graves, notamment infécondité, perte du fœtus, grossesse extra-utérine, cancer anogénital et décès prématuré, ainsi qu'infections du nouveau-né et du nourrisson. Les dépenses liées aux IST, tant individuelles que nationales, peuvent être considérables (3). De nouveaux pathogènes ont même été découverts ces dernières années et d'autres suivront vraisemblablement. Parmi les IST quelques-unes sont les plus fréquentes, il s'agit des infections à virus du papillome humain et à virus herpétique, des *chlamydias*, des *trichomonas*, les infections par le virus de l'hépatite B et le VIH, ainsi que la *syphilis* et la *gonorrhée*. (4). Les IST classiques les plus fréquentes pouvant être traitées aux antibiotiques sont *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* (agent de la blennorragie), *Treponema pallidum* (agent de la syphilis) et *Trichomonas vaginalis*. Bien que le VIH et le virus de l'hépatite B soient également transmissibles par des rapports

sexuels non protégés, on ne les considère pas comme des IST classique (2). L'épidémie de VIH/sida confère à l'épidémiologie des IST une portée supplémentaire. Les tendances observées dans l'incidence des IST peuvent être un signe de modification des comportements à risque, lesquels jouent également un rôle pour la transmission du VIH2. De ce fait et également parce qu'une IST non traitée peut nettement augmenter le risque de transmission du VIH , la surveillance et la prévention des IST est un élément essentiel de toute stratégie de prévention du VIH et inversement (2). Chaque jour dans le monde, plus d'un million de personnes sont affectées d'une infection sexuellement transmissible (IST), asymptomatique pour la plupart des cas. Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont encore aujourd'hui et avec même une augmentation ces derniers temps responsables de maladies aiguës, peuvent être causes de stérilité ou d'autres graves séquelles à long terme (2). L'OMS estime que, chaque année, 374 millions de personnes s'infectent d'une des quatre IST suivantes, dont on peut guérir : *chlamydiae*, *gonorrhée*, *sypphilis* ou *trichomonas*. D'après les estimations, plus de 500 millions de personnes (15 à 49 ans) ont une infection génitale par le virus Herpès simplex (HSV ou herpès) (5) . Les IST sont transmises par contact entre les sécrétions sexuelles du porteur de l'infection et les muqueuses du partenaire sain, qui rompt l'équilibre physiologique. Mais souvent le contact peau à peau peut suffire, comme dans le cas des HPV et de la *sypphilis*. Un autre vecteur bien connu de transmission est la voie sanguine, qui est particulièrement impliquée dans celle du VIH (6). La prise en charge syndromique offre de nombreux avantages. Elle permet aux prestataires de soins de santé primaires de diagnostiquer un syndrome d'IST et de traiter les patients sur place, sans attendre les résultats des tests de laboratoire, onéreux et qui font perdre du temps. En offrant un traitement dès la première visite du patient, on évite la propagation de l'IST. Elle comprend également l'éducation du patient (sur l'infection, le mode de transmission des IST, les comportements sexuels à risque et le moyen de réduire ce risque), la prise en charge des partenaires et la fourniture de préservatifs

(7). Les IST peuvent s'associer (ex : chancre syphilitique et infection gonococcique) et la présence d'une IST doit inciter à en rechercher d'autres (notamment l'infection VIH) (8). Il est possible d'être porteur d'une IST sans ressentir aucun symptôme. On peut alors transmettre la maladie sans le savoir à son partenaire. Le dépistage est le seul moyen de savoir si on est porteur ou non de l'agent pathogène. De plus, en cas de positivité, un dépistage précoce permet une meilleure prise en charge de la pathologie (9). Pour éviter de subir les conséquences nuisibles des IST, il est important de les connaître et savoir comment agir en cas de contamination (10).

Les IST ont de profondes répercussions sur la santé sexuelle et reproductive dans le monde.

Chaque jour, plus d'un million de personnes contractent une IST. En 2020, l'OMS estimait à 374 millions le nombre de personnes ayant contracté l'une des quatre IST suivantes : *chlamydias* (129 millions), *gonorrhée* (82 millions), *syphilis* (7,1 millions) et *trichomonas* (156 millions). D'après les estimations, plus de 490 millions de personnes vivaient avec un herpès génital en 2016 et 300 millions de femmes ont une infection à PVH, principale cause de cancer du col de l'utérus. On estime que 296 millions de personnes vivent avec l'hépatite B chronique dans le monde.

Outre leurs conséquences immédiates, les IST peuvent avoir de graves effets. Les infections sexuellement transmissibles ont un profond impact sur la santé et la qualité de vie de la population dans le monde. La *syphilis* gravidique est à l'origine de plus de 300 000 pertes fœtales et autres décès néonataux chaque année, et augmente chez 215 000 nourrissons le risque de décès liés à la prématurité, tout comme le risque de faible poids à la naissance ou de maladie congénitale. L'infection à papillomavirus humain est responsable de plus de 500 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et de 1 250 000 décès liés à ce type de cancer

chaque année. Les infections sexuellement transmissibles telles que la *gonorrhée* et la curables 1 telles que la *syphilis*, la *gonorrhée*, la *chlamydias* et la *trichomonas* facilitent la transmission sexuelle du VIH (11) . L'hépatite B a provoqué d'après les estimations 820 000 décès en 2019, principalement par cirrhose et par carcinome hépatocellulaire (11).

Les IST comme la *gonorrhée* et la *chlamydias* sont des causes majeures d'inflammation pelvienne et de stérilité chez les femmes(5). En Afrique subsaharienne, on constate que jusqu'à 85 % des cas de stérilité peuvent être attribués aux infections génitales non traitées chez les femmes qui cherchent à se faire traiter contre la stérilité (11). Dans bien des situations, le diagnostic étiologique des IST par les prestataires de soins est difficile à établir. Il pose des problèmes de temps, de ressources, augmente le coût et réduit l'accès au traitement. (3)

Les activités d'information, d'éducation et de conseil peuvent améliorer la capacité des gens de reconnaître les symptômes des IST et augmenter la probabilité qu'ils se fassent soigner et encouragent un partenaire sexuel à le faire. Malheureusement, l'ignorance du public, le manque de formation des agents de santé et la stigmatisation généralisée qui existe traditionnellement autour des IST demeurent des obstacles à une mise en œuvre accrue et plus efficace de ces interventions (5). Les personnes qui veulent être dépistées et traitées pour une IST sont confrontées à un grand nombre de problèmes, dont la rareté des ressources, la stigmatisation, la mauvaise qualité des services et souvent des dépenses directes. Dans de nombreux cas, les services en matière d'IST sont souvent négligés et sous-financés. Ces problèmes entraînent des difficultés à dépister les infections asymptomatiques, un manque de personnel qualifié, des moyens de laboratoire limités et un approvisionnement insuffisant en médicaments appropriés. (5). Les interventions de conseil et celles visant à promouvoir certains comportements concourent à la prévention primaire des infections sexuellement

transmissibles. On peut citer par exemple l'éducation sexuelle, la promotion de l'usage des préservatifs, tout comme les interventions qui ciblent les adolescents et les groupes de population clés. Malheureusement, pour cause des contraintes financières et du fait des nombreuses priorités concurrentes, l'application de ces mesures de prévention est loin d'être optimale dans la Région (11).

Les femmes manquent de connaissances et de compréhension des IST et des services de prévention et de prise en charge des IST : elles doivent être informées sur les IST pour être capables de mieux se protéger. Les services de prévention et de prise en charge des IST doivent être accessibles. Ces services n'atteignent souvent pas les femmes. Et même s'ils les atteignent, ils ne sont pas adaptés : les stratégies de prévention des IST doivent être adaptées pour atteindre et répondre aux besoins des femmes. Des efforts sont nécessaires pour s'assurer que les femmes savent où et comment se faire soigner pour les IST, si et quand cela est nécessaire. La nécessité de considérer le partenaire sexuel : pour interrompre la transmission et prévenir la réinfection, le traitement des partenaires sexuels est un élément important de la prise en charge des cas (12). Dans bien des milieux, les services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles sont fournis séparément, souvent par le secteur privé, et ne sont pas pris en compte dans les soins de santé primaires, la planification familiale et les autres services systématiques de santé.

Par ailleurs, les formations sanitaires ne disposent généralement pas de moyens qui leur permettraient de dépister les infections asymptomatiques, faute de personnel qualifié et à cause de l'insuffisance des capacités de laboratoire et des quantités de médicaments appropriés (11). La prévention et les soins des infections sexuellement transmissibles dans la Région sont entravés par l'inadéquation des ressources financières. Le renforcement de la capacité des laboratoires, l'accès au diagnostic, le traitement et le suivi des infections sexuellement transmissibles requièrent des ressources appropriées. Dans la

Région africaine, la production locale des médicaments et autres produits essentiels contre les infections sexuellement transmissibles est très limitée, ce qui fait grimper les coûts et se traduit par de fréquentes ruptures de stock (11). Ces observations soulignent la nécessité de redynamiser la lutte contre les IST à l'aide de stratégies de santé publique novatrices et efficaces (11).

2. Questions de recherches

- Quelles sont les principales infections sexuellement transmissibles chez les femmes vues en consultation au service gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako en 2023 ?
- Quels sont les facteurs sociodémographiques qui influencent les connaissances et pratiques des femmes vues en consultation au centre de santé de référence de la commune V par rapport aux infections sexuellement transmissibles ?

3. OBJECTIFS

3.1. Objectif général :

Evaluer les connaissances et pratiques des femmes en âge de procréer par rapport aux infections sexuellement transmissibles au service gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako en 2023.

3.2. Objectifs spécifiques :

- Décrire le profil socioprofessionnel, démographique, économique, épidémiologique et biologique des femmes vues en consultation au CSREF de la commune V du district de Bamako en 2023.
- Apprécier les connaissances et pratiques des femmes vues en consultation sur les infections sexuellement transmissibles au CSREF de la commune V du district de Bamako en 2023
- Identifier les facteurs qui influencent les infections sexuellement transmissibles chez les femmes vues en consultation au CSREF de la commune V du district de Bamako 2023.

4. GENERALITES

4.1. Description de la recherche

4.2. Notion de « Femmes et procréation » :

La femme :

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

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

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

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

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

La gestation chez la femme est appelée grossesse, et dure neuf mois. Une femme gravide est dite enceinte. La grossesse est le plus souvent mono-embryonnaire, même si près d'un accouchement sur soixante-dix donne lieu à des naissances

multiples, jumeaux ou triplé. La parturition, quant à elle, est appelée accouchement. L'accouchement s'effectue le plus souvent dans la douleur, en raison du volume de la boîte crânienne de l'enfant. Le placenta est comestible, mais rarement consommé. La femme peut allaiter l'enfant plusieurs mois, parfois plus d'une année.

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

Procréation ou reproduction (biologie) :

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

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

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

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

Médicalement, elle relève du domaine de la Santé reproductive.

La régulation de la fonction de reproduction chez la femme :

Le fonctionnement :

- **Le cycle ovarien :**

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

- **L'ovulation :**

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

- **La phase lutéale :**

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

Le contrôle hormonal du fonctionnement :

- ***Les hormones ovariennes :***

Les œstrogènes dont l'œstradiol : Les œstrogènes sont sécrétés par les cellules de la thèque interne, la granulosa des follicules et les cellules lutéiniques du corps jaune. La principale sécrétion est l'œstradiol. Au cours du cycle, il y a deux pics :

Le premier correspond à la sécrétion des œstrogènes par les follicules. C'est un pic de croissance du follicule avant l'ovulation. Le second pic correspond à la sécrétion des œstrogènes par le corps jaune. S'il se produit une fécondation, alors il n'y aura pas de chute de concentration d'œstrogènes en fin de cycle.

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

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

L'hypophyse sécrète :

- **FSH :** hormone folliculo-stimulante (glycoprotéine) cette hormone stimule la

croissance et la maturation des follicules donc des cellules folliculaires de la granulosa et des cellules théciales, donc cette hormone stimule indirectement la sécrétion d'œstrogènes. Son action complète nécessite la présence de LH.

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

- **Le rétrocontrôle ovarien :**

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

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

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

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

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

Ainsi le rétrocontrôle négatif diminue, la FSH augmente et l'on redémarre un nouveau cycle.

Fécondation et développement :

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

La période de grossesse dure 9 mois.

4.3. Notion de connaissance, d'attitude et de comportement :

La connaissance :

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

Les connaissances, leur nature et leur variété, la façon dont elles sont acquises, leur processus d'acquisition, leur valeur, et leur rôle dans les sociétés humaines,

sont étudiés par une diversité de disciplines, notamment la philosophie, l'épistémologie, la psychologie, les sciences cognitives, l'anthropologie et la sociologie.

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

En anthropologie :

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

L'attitude et comportement :

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

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

Les attitudes constituent un objet d'étude central. Tantôt ce concept est utilisé pour exprimer la singularité d'une réaction (l'attitude d'un individu au cours d'une discussion.), tantôt il exprime la réaction d'une collectivité (les attitudes

des musulmans face à l'alcool), la notion d'attitude a eu diverses appellations dans son histoire.

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

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

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

J. Mainsouneuve quant à lui insiste sur l'aspect affectif de l'attitude et sa tendance à l'action. L'attitude est ainsi une prédisposition à agir plutôt que des actions comme telle, elle oriente le comportement de l'individu dans une direction.

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

Eléments caractéristiques :

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

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

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

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

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

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

Ces aspects différents de l'attitude : cognitif, affectif et tendance à l'action sont intimement liés et en interaction l'un et l'autre. Ainsi celui qui a beaucoup d'informations sur quelque chose doit avoir une attitude positive face à cette chose.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4. LES INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

4.4.1. Définition des infections sexuellement transmissibles :

Venus, la déesse de l'amour a donné son nom aux maladies transmises lors des contacts ou rapports sexuels (13,14). L'ancienne dénomination des maladies vénériennes a été abandonnée au profit de l'appellation Maladies Sexuellement Transmissibles (M.S.T), actuellement dénommées Infections Sexuellement Transmissibles (I.S.T). Ces maladies constituent un problème majeur de santé publique. On distingue plus d'une vingtaine d'IST dues à des germes divers (13).

Elles sont contagieuses et responsables de complications graves pour l'homme, la femme, le fœtus et le nouveau-né. A tout âge, quels que soient le sexe, la race, le milieu social on peut contracter une IST. Elles sont dues à des bactéries, des parasites, des champignons ou des virus. Les IST étant nombreuses, notre étude portera sur celles qui sont fréquemment rencontrées chez les femmes en âge de procréer (14).

4.4.2. Epidémiologie :

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

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

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

Le taux de prévalence des IST dans les pays en développement est 100 fois plus élevé que dans les pays développés : pour la *sphilis* ; 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 (15).

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 (16).

4.4.3. Caractères communs des infections sexuellement transmissibles :

- 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.

4.4.4. Facteurs responsables de la recrudescence des infections sexuellement transmissibles :

Ces facteurs ont été définis par l'OMS et sont d'ordre démographique, médical, socioéconomique ; 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.

4.4.5. Les différentes infections sexuellement transmissibles :

4.4.5.1. Infections génitales à *Chlamydia* :

- **Epidémiologie (17) :**

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

- **Agent pathogène (17):**

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

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

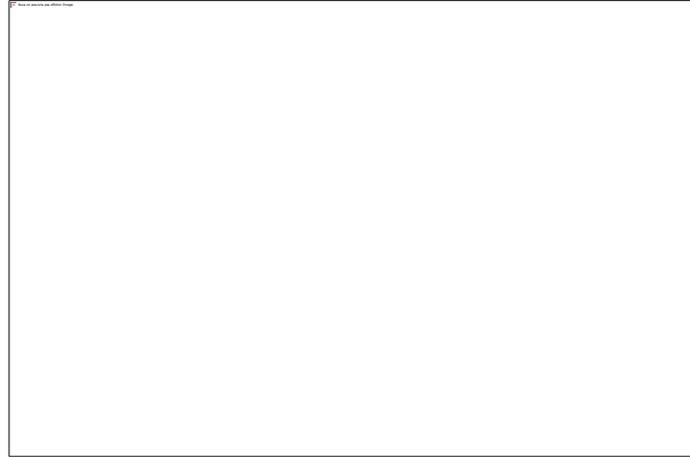


Figure 1 : Inclusions vacuolaires de *Chlamydia* spp. sur un frottis vaginal (microscopie optique après coloration HE). (18)

- **Clinique :**

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

Chez l'homme l'infection à *chlamydia trachomatis* représente la cause principale des urétrites non gonococciques et Post gonococciques (17).

A partir de l'infection utéro-tubaire, *Chlamydia trachomatis* peut gagner la région périphérique et provoquer une péri-hépatite ou syndrome de **FITZ – HUGH – Curtis** (17).

4.4.5.2. Affection à *Trichomonas vaginalis* :

- **Historique (19) :**

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

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

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

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

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

- **Epidémiologie : [18]**

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

- **Agent pathogène :**

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

Le Trophozoïte très mobile possède quatre flagelles antérieurs et une membrane ondulante terminée au niveau du tiers postérieur du parasite. Un axostyle dépasse en arrière le corps du parasite. (20)

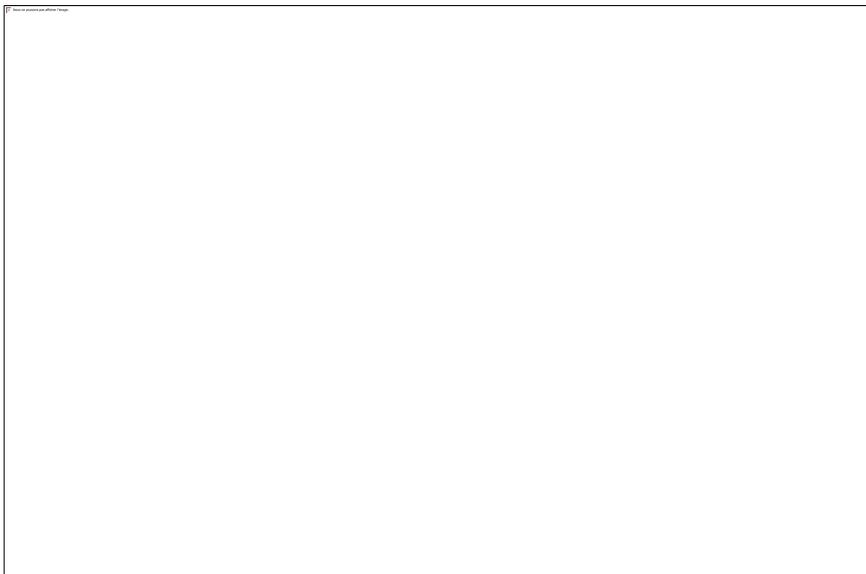


Figure 2 : Infection *Trichomonas* sous microscope

- **Clinique (21) :**

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

4.4.5.3. Candidose vaginale :

- **Historique : (19)**

En 1840, **Wukinson** établit une corrélation entre une vulvo-vaginite et la présence de *Candida albicans*. En 1875, **Mauss Mann** prouve la pathogénicité de *Candida albicans* pour les voies génitales féminines. Il inocula des pertes de malades porteuses de champignons à des témoins sains et provoque chez elles une vulvo-vaginite.

- **Epidémiologie (19) :**

Répondus dans le monde, les *Candidas* sont normalement des commensaux, parfaitement tolérés de l'homme sain qui dans 5% au moins des cas en abrite dans son oropharynx et dans son intestin. Levure Saprophyte, strict du tube digestif, le *Candida* dans toute autre localisation peut être considéré comme pathogène. La fréquence de la candidose urogénitale ne cesse de croître. Dans 10 à 15% des infections non gonococciques et des vulvo-vaginites, on trouve des levures du genre *Candida*.

- **Agent pathogène (22) :**

Candida Albicans appartient à la famille des champignons se reproduisant par division binaire et par bourgeonnement de cellules isolées. Il réside naturellement dans le tube digestif humain, mais il peut être présent en faible quantité dans la flore vaginale normale (chez 25% des femmes) ; 30 à 40% des candidoses génitales peuvent être transmises ou entretenues par voie sexuelle.

Le genre *Candida* rassemble près de 100 espèces, mais seulement une douzaine est observable en pathologie humaine. *Candida albicans* est le plus fréquemment rencontré dans les infections urogénitales.

- **Clinique (22) :**

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

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

4.4.5.4. *Gonococcie* :

- **Historique : (14)**

Le mot *gonorrhée* est d'origine grecque. Il est de Galien et signifie écoulement de semence. Rabelais lui donna le nom de « chaude pisse ». **Swediowr** lui donna le nom de blennorragie en 1784. Longtemps, *gonorrhée* et *syphilis* ont été

Considérées comme deux manifestations d'une même maladie. **Benjamin Bell**, en 1773, montra la différence entre les deux maladies ; **Hernandez**, en 1812, apporta la preuve définitive de cette différence, qui sera confirmée en 1838 par **Philippe Ricord**. Ce n'est qu'en 1879 qu'**Albert Neisser** a découvert le *gonocoque* dans les pus urétraux et oculaires à 30 – 34° C, et lui donna le nom de *Neisseria gonorrhoeae*.

- **Epidémiologie :**

La gonococcie est une des maladies humaines les plus anciennement connues. *Neisseria gonorrhoeae* est un des germes sexuellement transmis dont la prévalence est la plus élevée. Les taux de *gonococcie* maternelle sont inférieurs à 5% aux Etats-Unis, tandis qu'ils peuvent dépasser 10% dans certaines régions de l'Afrique. Des rapports originaires des Etats Unis ont retrouvé une infection à *gonocoque* chez 3 à 12% des adolescents sexuellement actifs dans les deux sexes. (23)

Des études, menées dans une communauté rurale d'Afrique du Sud sur 259 sujets, ont montré que la prévalence de *Neisseria gonorrhoeae* était de 4,5%. Au Kwazulu Natal sur 145 prostituées, 14,3% avaient une infection à *Neisseria gonorrhée* (24). La gonococcie reste fréquente particulièrement en milieu urbain et notamment dans le milieu de la prostitution (25).

- **Agent pathogène (14) :**

Il s'agit d'un diplocoque Gram-négatif en grain de café ; chaque diplocoque ayant 0,7 µm de longueur 1,3 µm de largeur. Par rapport aux polynucléaires, les diplocoques sont intra ou extracellulaires. *Neisseria gonorrhoeae* est une bactérie que l'on trouve sur les muqueuses. Il est très fragile et sensible aux variations de

température et de PH. Le gonocoque est très souvent associé aux infections à *Chlamydia Trachomatis*, *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasmes*.

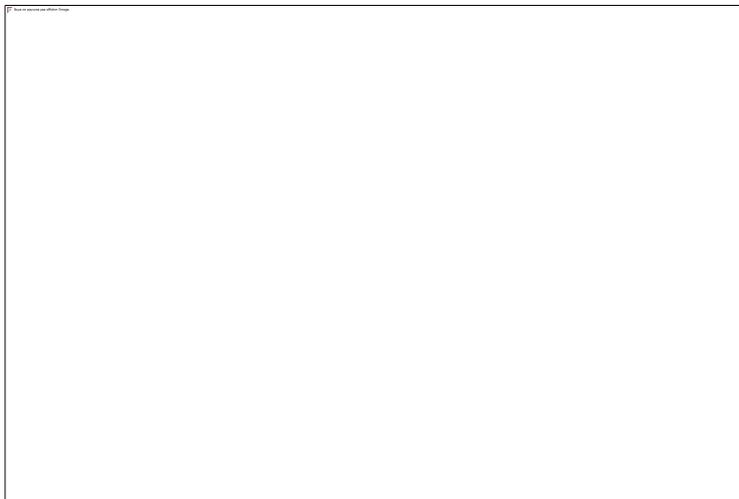


Figure 3 : Germe responsable du *gonocoque*. (26)

- **Clinique (14) :**

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

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

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

Chez la femme, en général, l'infection est muette à son début, capricieuse dans son évolution ; c'est presque toujours la gonococcie du partenaire masculin qui va inciter la malade à se faire consulter. Les complications locales sont possibles ; mais c'est surtout l'extension au haut appareil génital qui fait la gravité et le

pronostic de l'infection : endométrite, salpingite annexite pelvienne, Syndrome de **FITZ-HUGH-Curtis**.

4.4.5.5. La Syp3- la *syphilis vénérienne* :

- **Historique :**

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

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

La théorie de l'évolution prêche que la syphilis n'est pas une maladie en elle-même, mais plutôt une forme de maladie appelée « Tréponématose ». Les autres formes de cette maladie sont appelées « pian » (*syphilis* endémique ou Bejel (27). L'agent causal (*Treponema pallidum*) fut découvert par Schaudinn et Hoffman en 1905. (28)

- **Epidémiologie (29) :**

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

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

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

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

- **Agent pathogène (28) :**

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

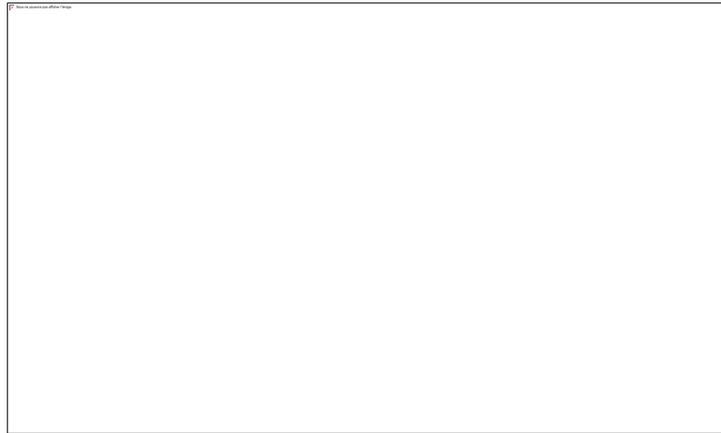


Figure 4 : bactérie responsable de la syphilis Source : Microsoft Encarta Junior 2009.

- **Clinique :**

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

La syphilis primaire (28):

Elle se caractérise par l'apparition du chancre au point d'inoculation, accompagnée de son adénopathie satellite. Cette adénopathie n'est pas spécifique, car observée dans le chancre mou et l'herpès.

Elle peut s'associer à d'autres IST : gonococcie, urétrite à *Chlamydia trachomatis*.

La syphilis secondaire (30) :

C'est la phase de dissémination septicémique de *Treponema pallidum*. Elle apparaît six semaines après le chancre. Elle est marquée par une éruption cutanée polymorphe. A ce stade la maladie est curable.

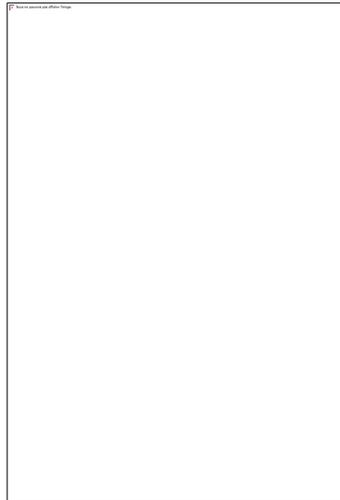


Figure 5 : Lésions syphilitiques dorsales lors d'une *syphilis* secondaire. (31)

La *syphilis* tertiaire (30) :

Elle est marquée par des atteintes viscérales graves, cardiovasculaires, neurologiques, osseuses ou cutanées. La *syphilis* tertiaire persiste jusqu'à la mort. La neurosyphilis est classiquement rattachée à la *syphilis* tertiaire ; cependant la contamination du système nerveux central peut se présenter à tous les stades de la maladie.

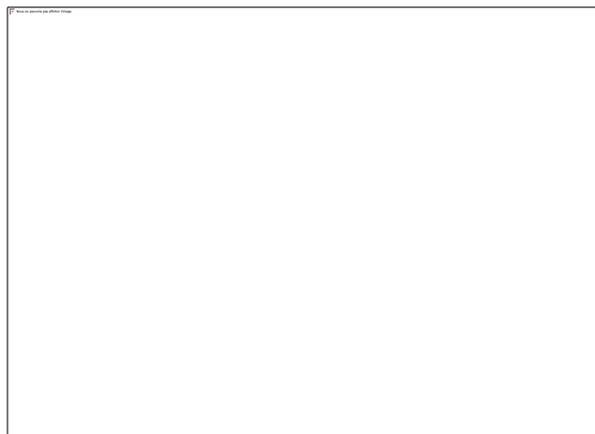


Figure 6 : Manifestation sur la face du stade tertiaire de la *syphilis*. (31)

La *syphilis* Latente (30) :

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

4.4.5.6. Chancre mou (22) :

- **Epidémiologie :**

Le chancre mou est surtout répandu en Afrique et en Asie (20 à 60% des ulcérations génitales), particulièrement dans les milieux défavorisés et chez les prostituées.

- **Agent pathogène :**

Haemophilis ducreyi est l'agent pathogène du chancre mou. Il est classé dans le genre

Haemophilus (**Benyey's Manual 1984**). C'est un coccobacille de 1,25 à 2 µm de longueur et 0,5 à 0,6 µm de largeur. Il est mobile, acapsulé, asporulé à gram (-) négatif exigeant en hémine, de culture difficile. On utilise un milieu enrichi par du sérum de cheval et de l'isovitalex sous CO₂ à 10%. Il est aérobie ou anaérobie facultatif et sa transmission n'a jamais été observée en dehors du chancre mou qui est 10 à 15 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

4.4.5.7. Affection à *gardenella vaginalis* ou *vaginose* bactérienne (32) :

L'agent causal de *Vaginose* est *Gardenella vaginalis*. Il fut d'abord appelé *Haemophilus vaginalis* dans certaines Vaginites appelées alors « non spécifiques ». C'étaient des vaginites non provoquées par le *gonocoque*, le *Trichomonas* ou les *Candidats*. **Garder** et **Dukes** attribuèrent une responsabilité à *Gardenella vaginalis* dans ces vaginites. C'est un germe de position intermédiaire entre les Gram positifs et les Gram négatifs dont l'habitat exact semble être le vagin. Pour

des raisons mal connues, il peut proliférer abondamment, et être à l'origine de vaginites d'allure subaiguë non purulente et se traduisant par un écoulement fluide et grisâtre. On connaît de rares cas d'atteintes néonatales et de septicémies puerpérales.

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

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

4.4.5.9. Condylome (crête de coq) [28] :

Dû à un virus du groupe de Papillomavirus

On distingue trois aspects cliniques principaux : les condylomes acuminés ou crêtes de coq facilement reconnus, les condylomes plans, infection infra clinique, le diagnostic clinique suffit dans les condylomes acuminés.

4.4.5.10. Les Hépatites virales B et C [28] :

Les hépatites virales sont des infections systémiques atteignant préférentiellement le foie. Elles provoquent des lésions inflammatoires de ce dernier, des altérations hépatocytaires dégénératives et une élévation des transaminases sériques.

Les virus des hépatites B (famille des Hépanaviridae etc. groupe des Flaviviridae) ont des modalités de contamination voisines. Le virus de l'hépatite B est ubiquitaire, le diagnostic est sérologique, le virus n'étant pas cultivable. La prévention repose sur la vaccination, le screening de sang de donateurs, les rapports protégés qui assurent une protection efficace.

4.4.5.11. VIH et SIDA

- **DEFINITIONS :**

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

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

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

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

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

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

- **HISTORIQUE :**

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

En mai 1981 après l'apparition de nouveaux cas, le Dr Gottlieb alerte le CDC à qui il avait été déjà rapporté des cas similaires en provenance de San Francisco et de New York. Le 5 juin, la première annonce officielle de la maladie est faite et le 3 juillet, le « New-York Time » rend publique l'information. A la fin de cette

année, les services sanitaires des USA, indiquent avoir recensé 159 cas, tous ayant eu des rapports homosexuels [30]

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

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

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

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

Les équipes américaines des Docteur Robert Gallo du NIH de Bethesda aux USA et Myron

Essex qui avait mis en évidence les premiers rétrovirus humains HTLV (Humann T-cell LeuKemia virus) 1 et 2, s'appuyant sur les enquêtes séro-épidémiologiques montrant la présence d'anticorps anti-VIH-1 chez certains malades et frappés par le fait que le HTLV-1 avait un tropisme préférentiel pour les lymphocytes T du

système immunitaire, postulèrent que ce virus ou un proche variant était agent causal du SIDA [32].

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

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

Quelques mois après Jay Lewis à San Francisco fait à son tour l'annonce de la découverte d'un virus très proche du LAV qu'il nomme ARV (Aids-Related-Virus). Dans la foulée de nombreux isolats viraux seront tenus pour responsables du SIDA jusqu'à la caractérisation par clonage et séquençage de différents isolats dont ceux du LAV, du HTLV-3 et du ARV. Ces travaux mirent en évidence les éléments : le LAV est différent des virus HTLV-1 et HTLV-2, le LAV et le HTLV-3 sont identiques,

Le LAV et des variations locales qui ne modifient pas cependant son organisation génétique et ses propriétés biologiques.

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

nomenclature virologique introduisit le sigle international HIV (Human Immunodeficiency Virus) ou VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine).

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

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

- **EPIDEMIOLOGIE :**

En 2011 sur le plan mondial l'ONU/SIDA estimait le nombre de personnes infectées à 34 millions, avec 2,5 millions de nouvelles infections et 1,8 millions de décès dans l'année. (33) *Afrique subsaharienne : reste la région la plus touchée par la pandémie.*

- 1,9 millions de personnes nouvellement infectées
- 22,9 millions de séropositifs (soit 67% du total mondial)
- 1,2 millions de morts du sida **Asie du sud et sud-est :**
 - 270000 nouvelles contaminations ;
 - 4 millions de séropositifs ;
- 250 000 morts du sida.

Europe de l'est et Asie Centrale :

- 160000 nouvelles contaminations ;
- 1,5 millions de séropositifs ;
- 90 000 morts du sida.

Au Mali les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée en

2006 dans la population générale adulte au cours de l'Enquête Démographie et Santé (EDS

IV), ont montré une baisse du taux de prévalence du sida de 1,7% à 1,3%. (34)

• **PHYSIOPATHOLOGIE**

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

Les cellules ciblent du VIH :

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

Mécanisme des troubles immunologiques :

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

Ces réponses immunitaires sont :

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

Mécanisme des troubles cliniques :

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

• DESCRIPTION DU VIRUS :

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

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

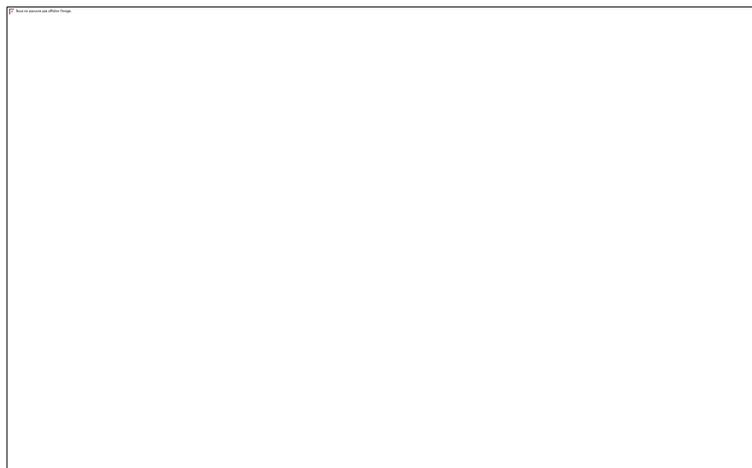


Figure 7 : Structure du VIH

Source : principes de Médecine interne 15^{ème} Ed. Harison [37].

- **MODES DE TRANSMISSION :**

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

- **Transmission sexuelle :**

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

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

- **Transmission sanguine et dérivés :**

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

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

- **Transmission verticale**

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

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

• **PATHOGENIE :**

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

• **CLINIQUE :**

On peut schématiquement décrire 3 phases :

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

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

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

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

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

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

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

Le sujet est séropositif (test de dépistage positif).

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

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

- **Phase symptomatique :**

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

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

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

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

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

- **DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE :**

Le diagnostic de l'infection au VIH nécessite au moins deux tests : Un 1^{er} pour explorer et un second pour confirmer ;

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

- **ASPECTS THERAPEUTIQUES :**

- **Traitement anti retro viral :**

- a) **Buts du traitement [45] :**

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

- b) **Moyens :**

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

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

- Le premier médicament utilisé en pratique clinique à été la Zidovudine (ZDV, AZT) en 1987 après qu'il ait été démontré qu'elle réduisait significativement les

affections au cours du sida et les décès à 6 mois.les autres molécules de la même classe sont : Emtricitabine(FTC), Didanoside (ddI), Zalcitabine (ddC), Lamivudine (d4T), Abacavir(ABC), Tenofovir (TDF), Stavudine (3TC).

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

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

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

- Les Inhibiteurs de la protéase :

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

La Lopinavir et la Ritonavir sont disponible au Mali.

-Les inhibiteurs d'Intégrase :

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

-Les inhibiteurs de fusion :

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

-Les inhibiteurs CCR5 :

Maraviroc (MVC), non disponible au Mali.

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

c) Les indications [46] :

Le traitement est indiqué dans les cas suivant :

- Patient symptomatique.
- Patient asymptomatique avec charge virale supérieur à 100000 copies et/ou taux de CD4 inférieur à 350 /mm³.

- Taux de CD4 <350 / mm³ quelle que soit la charge virale.
- En cas d'exposition au sang.
- chez la femme enceinte et chez le nouveau-né de mère séropositive.

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

d) Surveillance :

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

• PREVENTION : [45] :

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

1. Prévention de la transmission sexuelle par l'éducation et l'information et par la promotion de l'utilisation des préservatifs :

- Abstinence permanente
 - Fidélité mutuelle constante de deux (2) personnes séronégatives du VIH
 - Préservatif masculin ou féminin

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

- Dépistage prénuptial du VIH ;
- Éviter les grossesses non désirées ;
- ARV à partir de la 28^{ème} semaine de la grossesse ;
- ARV du nouveau-né ;
- Allaitement artificiel absolu d'enfants nés de mères séropositives au VIH ;

3. Prévention de la transmission sanguine :

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

5. Méthodologie

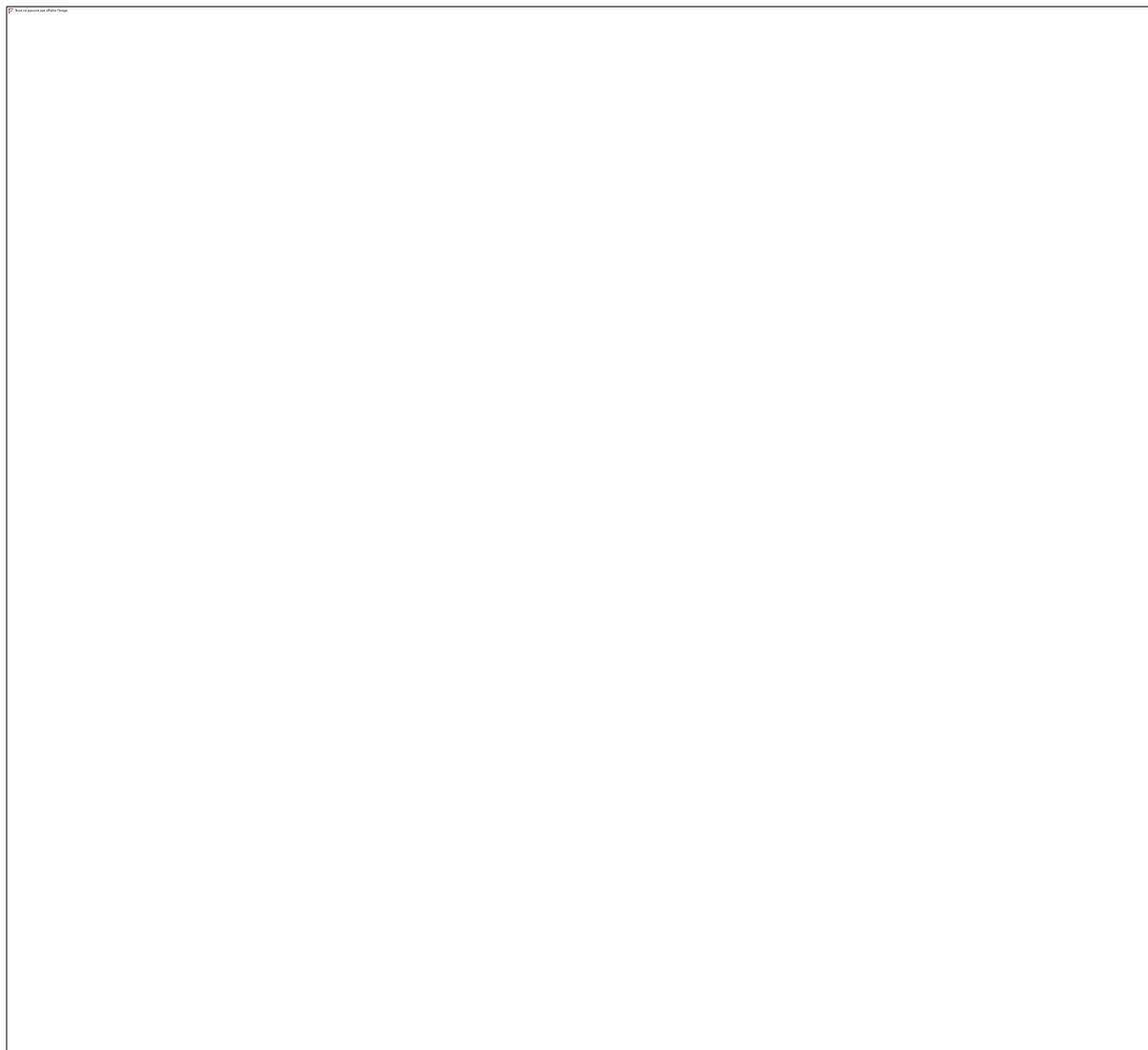
5.1. Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans le service de Gynéco-Obstétrique du centre de Santé de référence de la Commune V du district de Bamako en 2023.

5.1.1. 5.1.1 Situation géographique

L'aire est constituée de 414 668 habitants dont 206 593 femmes soit 49,82 % selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2009. La Commune V couvre une superficie de 41 km². Elle est limitée au nord par le fleuve Niger, au sud par la zone aéroportuaire et la commune de KALANBAN-Coro, à l'est par la Commune VI et la fleuve Niger. Elle est composée de huit quartiers Badalabougou, Sema I, Quartier Mali, Torokorobougou, Baco-djicoroni, Sabalibougou, Daoudabougou et Kalaban-coura.

L'observation de la figure ci-dessus montre que le quartier de Sabalibougou est le plus peuplé avec 24% de la population de la Commune V. Il est suivi par les quartiers Flabougou/Daoudabougou (22%) et Kalaban coura (19%). La population croît à un taux de variation annuel de 1,0710%. Ainsi, selon les projections faites sur la base des résultats provisoires du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2009, la population de la Commune V devrait atteindre 639 958 habitants en 2015.



Graphique 1 : Répartition géographique du centre de santé et référence de la commune V du district de Bamako

5.1.2. 5.1.2Le centre de santé se trouve au Quartier Mali

➤ Description du centre de santé de référence de la commune V

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V, VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le centre de santé de référence de la commune V (service socio sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la

population et conformément au plan de développement socio sanitaire de la commune (P.D.S.C), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 14 aires de santé (14 CSCOM). Sur les 14 aires, 9 centres de santé communautaires sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

En 1997 Le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix de « CIWARA D'EXCELLENCE » décerné par L'IMCM pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales. En 1999 le médecin chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion féminine, de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille de chevalier de l'ordre national du Mali.

Actuellement le Centre Santé Référence de la Commune V comporte 19 services et unités dont le service de la Gynéco-obstétrique.

➤ Description du service de la gynécologie obstétrique du Centre Santé Référence de la Commune V

Il comporte :

- Une unité de consultation prénatale
- Une unité de planning familial
- Une unité de post-natal
- Une unité de PTME (Prévention de la transmission mère enfant du VIH)
- Une unité technique du bloc opératoire
- Dépistage du cancer de col de l'utérus
- Une unité de soins après avortement (SAA)
- Une unité assistance psycho sociale

Le personnel d'unité de Gynécologie Obstétrique :

- Un Maitre-assistant en Gynécologie Obstétrique
- Cinq (05) médecins gynécologue obstétricien dont deux femmes
- Une sage-femme maitresse

- Sept anesthésistes réanimateurs, dont :
- 01 Médecins
- 06 assistants (techniciens supérieurs)
- Trente-cinq sage-femmes
- Seize infirmières obstétriciennes
- Quatre manœuvres

NB : En plus de ce personnel, le service accueille des médecins en spécialisation de gynéco-obstétrique, des étudiants en année de thèse et des élèves infirmiers pour leurs formations pratiques.

➤ Fonctionnement d'unité de gynécologie obstétrique :

Il existe 4 jours de consultation gynécologique, 4 jours d'opération en dehors des urgences. Les consultations prénatales sont journalières. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8h 15 mn unissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et les événements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde. La visite est journalière et la générale, chaque mercredi après le staff.

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

Au niveau organisation du service de garde : une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- Un gynécologue-Obstétricien, DES (diplôme d'étude spécialisée
- Cinq étudiants en médecine faisant fonction d'Interne ;
- Deux sage-femmes remplaçables par deux autres toutes les 12 heures et son aide-soignante ;
- Un infirmier anesthésiste ;
- Une technicienne de laboratoire ;
- Un instrumentiste ;
- Un chauffeur d'ambulance ;
- Deux techniciens de surface assurent la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et chirurgicales. Ce kit de médicaments a été constitué sur fonds propres du centre est remboursable par les patientes.

Il y a 5 jours de consultations spécialisées, 4 jours pour le programme Opératoire. Les urgences sont assurées tous les jours.

5.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive.

5.3. Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 1er décembre 2023 au 30 septembre 2024 soit sur une période de 10 mois.

5.4. Population d'étude

Notre étude a concerné les femmes vues en consultation au service gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako en 2023

5.5. Critères d'inclusion et non d'inclusion

❖ Critère d'inclusion

Ont été inclus à notre étude les femmes :

- En âge de procréer
- Qui ont été admises au service de la gynéco-obstétrique pour au moins une des infections sexuellement transmissibles au moment de la période d'étude
- Qui ont donné leur accord pour participer à l'étude
- Qui résidaient dans la commune V du district de Bamako

❖ Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus à notre étude :

Les femmes en âge de procréer qui n'étaient pas consentantes à notre étude

5.6. Echantillonnage

5.6.1. Méthode échantillonnage

Au cours de notre étude on a appliqué une méthode d'échantillonnage non probabiliste. Seules les femmes qui ont été vues en consultation au service gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V présentant au moins l'une des IST au cours de notre passage ont été étudiées.

5.6.2. Techniques de l'échantillonnage

Une méthode d'échantillonnage accidentelle a été utilisée pour notre étude. Un questionnaire a été adressé par participantes vues en consultation au centre de santé de référence de la commune V présentent au moment de l'enquête.

5.6.3. Taille de l'échantillonnage

La taille de l'échantillon pour la zone d'étude a été déterminée par la formule suivante :

$$n = \frac{z^2 pq}{i^2}$$

n = la taille désirée de l'échantillon

Z = écart réduit (1,96)

P = Prévalence des IST dans le centre de santé de référence de la commune V P= 6 % (0,06)

Q = prévalence des autres pathologies ($q = 1 - p$), Q= 94 % (0,94)

I = marge d'erreur (0,05)

En tenant compte de la formule $n=87$, l'effectif calculé sera majoré de 20 %, alors nous avons eu besoin de 104 femmes comme échantillon

5.7. Techniques et outils de collecte

Nous avons fait un entretien individuel avec remplissage des questionnaires et exploitation des documents (il s'agit de l'examen des résultats d'analyses aux laboratoires) des femmes en âge de procréer qui avaient au moins l'une des IST

5.8. Variables à l'étude

Variables principales (dépendantes) : Connaissance et pratique

Variables indépendantes : Profil social, profil économique (revenu), profil démographique, profession, Profil épidémiologique, profil biologique

5.9. Plan d'analyse

La rédaction a été faite sur Microsoft office Word 2016. L'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS version 25.

5.10. Aspects Ethiques

Un consentement écrit est prescrit, expliqué à chaque participant avant d'être inclus dans notre étude. Un participant peut mettre fin à sa participation à tout moment. Aucun nom et prénom n'a été marqué sur la fiche d'enquête et les données recueillies ont été utilisées uniquement dans le cadre de cette étude

6. RESULTATS

Durant la période d'étude, nous avons pu collecter les données de 104 patients répondants à nos critères d'inclusion. Ces données ont fait l'objet d'analyse dont les résultats sont les suivants :

6.1. Description de l'échantillon :

Tableau I : Répartition des patientes selon les caractéristiques socio démographiques.

	Fréquence	Pourcentage
Tranche d'âge		
[10-20]	19	18.3
[21-30]	59	56.7
[31-40]	21	20.2
>40	5	4.8
Résidence		
Bacodjicoroni	14	13.5
Badalabougou	7	6.7
Daoudabougou	22	21.2
Guarantiguibougou	1	1
Kalaban coura	3	2.9
Quartier Mali	16	15.4
Sabalibougou	26	25
Torokorobougou	15	14.4
Profession principale		
Aide-ménagère	4	3,8
Coiffeuse	4	3,8
Couturière	3	2,9
Enseignante	2	1,9
Étudiante	35	33,7
Infirmière	2	1,9
Ménagère	35	33,7
Monitrice	4	3,8
Policière	2	1,9
Sage-femme	1	1,0
Vendeuse	12	11,6
Statut Matrimonial		
Non mariée	32	30.8
Mariée	72	69.2
Total	104	100

La tranche d'âge la plus représentée était la tranche 21-30 ans. L'âge moyen était de $26,74 \pm 6,976$ ans avec des extrémités de 16 et 44 ans.

Les patientes résidant à sabalibougou étaient les plus fréquentes avec 25.0% des cas.

On a fait des intervalles d'âge de 10 ans avec un intervalle de confiance à 95 %.

Les ménagères et les étudiantes étaient les plus dominantes avec 33,7% chacune.

Les femmes mariées étaient les plus fréquentes avec 69,2% des cas de notre échantillon.

Tableau II : Répartition des patientes selon le nombre de coépouse

Nombre de Coépouse	Effectif	Pourcentage
Aucune	54	72,0
Une	12	16,67
Deux	6	8,33
Total	72	100,0

Les femmes sans coépouses étaient majoritaires avec 82,7% des cas.

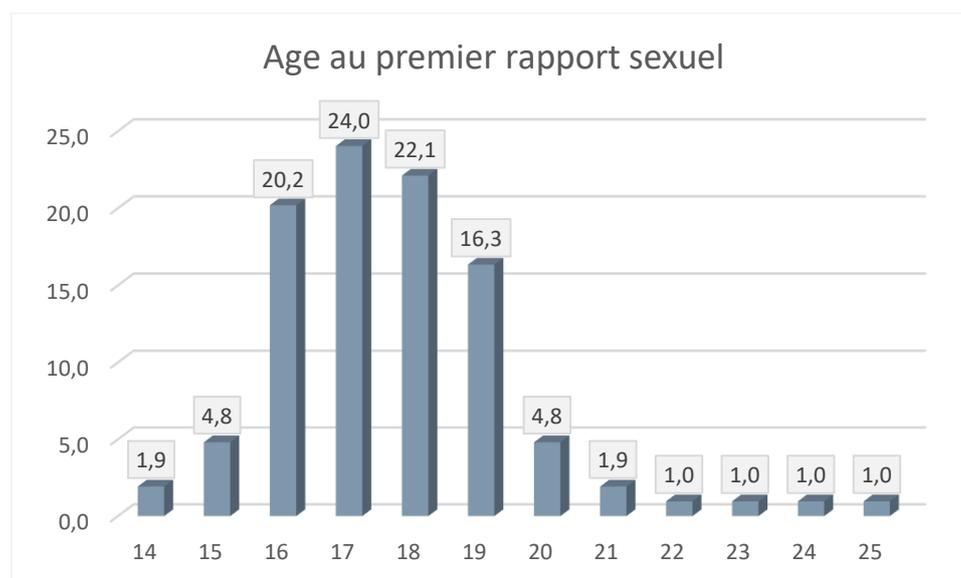


Figure 8 : Répartition des patientes selon l'âge du 1^{er} rapport sexuel.

L'âge des premiers rapports était commencé de 14 ans. Le pic d'âge du premier rapport était de 17 ans suivi de celui de 18 ans.

Tableau III : Répartition des patientes selon la tranche d'âge au premier rapport.

Tranche d'Age 1er rapport sexuel	Fréquence	Pourcentage
<16 ans	7	6.7
[16-18] ans	69	66.3
>18 ans	28	26.9
Total	104	100.0

Dans 66,3% des cas, les patientes avaient eu leur premier rapport sexuel entre 16 et 18 ans.

Tableau IV : Répartition des patientes selon la profession du partenaire sexuel.

Profession du Partenaire	Effectif	Pourcentage
Aventurier	2	1,9
Boucher	1	1,0
Chauffeur	3	2,9
Commerçant	21	20,1
Comptable	2	1,9
Élévateur	3	2,9
Enseignant	12	11,5
Étudiant	18	17,3
Gardien	6	5,8
Porteur d'uniforme	15	14,5
Informaticien	1	1,0
Ingénieur	1	1,0
Juriste	4	3,8
Ouvrier	15	14,4
Total	104	100,0

Parmi les partenaires sexuelles, les commerçants étaient les plus fréquents.

Tableau V : Répartition des patientes selon l'abord du sujet de la sexualité en famille.

	Effectif	Pourcentage
Parler de la sexualité		
Non	95	91,3
Oui	9	8,7
Raisons		
Gênant	65	68.4
Honte	19	20
N'en parle pas	2	2.1
Peur	8	8.4
Timidité	1	1.1
Total	95	100

Dans la plupart des cas, les patientes ne parlaient pas de sexualité en famille, soit 91,3%. Le gêne de parler de la sexualité était la raison principale du non abord de la sexualité en famille, soit dans 68,4% des cas.

Tableau VI : Répartition des patientes selon la personne avec qui elles parlent de sexualité en famille.

Si oui avec qui	Fréquence	Pourcentage
Grande sœur	2	22.2
Mère	7	77.8
Total	9	100.0

Dans 77,8% des cas, les mères étaient l'interlocutoire pour les questions de sexualité.

Tableau IX: Répartition des patientes selon la réception d'informations sur les IST, le test de dépistage et l'activité sexuelle.

	Fréquence	Pourcentage
Bénéficiaire des informations IST		
Non	69	66,3
Oui	35	33,7
Test de dépistage IST		
Non	100	96,2
Oui	4	3,8
Sexuellement active		
Non	4	3,8
Oui	100	96,2
Total	104	100,0

La majorité des patientes affirment n'avoir jamais reçu d'informations sur les IST. 96,2% des cas n'avaient jamais fait de test de dépistage. Elles ont toutes avancées comme arguments la non connaissance de l'existence des tests de dépistage. La plupart des patientes soit 96,2% étaient sexuellement active.

6.2. Niveau de connaissances des femmes sur les infections sexuellement transmissibles

Tableau VII : Répartition des patientes selon le niveau de connaissance des moyens de prévention des IST et centre de prévention.

	Fréquence	Pourcentage
Moyens de prévention IST		
Abstinence	24	23.1
Fidélité	56	53.8
Préservatif	94	90.4
Vaccination	0	0
Utilisation d'un savon antiseptique	8	7.7
Retrait du pénis avant l'éjaculation	0	0
Dépistage	2	1.9
Connaissance des centres de prévention		
Non	100	96,2
Oui	4	3,8
Total	104	100,0

Le préservatif a été cité par 90,4% des patientes comme moyen de prévention des IST.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon leur connaissances des centres de préventions.

Connaissance des centres de prévention		
Non	100	96,2
Oui	4	3,8
Total	104	100,0

Les patientes ne connaissaient pas de centre de dépistage dans 96,2% des cas de notre étude.

Tableau IX : Répartition des patientes selon les connaissances sur les différentes infections sexuellement transmissibles

IST	Oui		Non		Ne sait pas	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
VIH	104	100.0	0	0.0	0	0.0
Herpes	31	29.8	71	68.3	2	1.9
Syphilis	62	59.6	25	24.0	17	16.3
Chlamydiae	63	60.6	1	1.0	40	38.5
Gonocoque	83	79.8	1	1.0	20	19.2
Mononucléose	11	10.6	0	0.0	93	89.4
HPV	33	31.7	0	0.0	71	68.3
Infections urinaires	103	99.0	1	1.0	0	0.0
Trichomonas	82	78.8	2	1.9	20	19.2
Hépatite B	45	43.3	45	43.3	14	13.5

Les IST les plus connues étaient le VIH dans 100,0% ; les infections urinaires avec 99,0% ; la gonococcie avec 79,8% ; la Trichomonas avec 78,8%.

Tableau X : Répartition des patientes selon le niveau de connaissances des signes évocateurs des infections sexuellement transmissibles

Signes évocateurs d'une IST	Beaucoup	Un peu	Pas du tout	Ne sait pas
Brûlures urinaires	94 (90.4)	4 (3.8)	3 (2.9)	3 (2.9)
Vésicules génital	42 (40.4)	12 (11.5)	36 (34.6)	14 (13.5)
Boutons	42 (40.4)	11 (10.6)	37 (35.6)	14 (13.5)
Verrues	24 (23.1)	1 (1)	10 (9.6)	69 (66.3)
Fièvre	2 (1.9)	8 (7.7)	89 (85.6)	5 (4.8)
Douleurs musculaires	0 (0)	3 (2.9)	96 (92.3)	5 (4.8)
Ganglions	1 (1)	0 (0)	89 (85.6)	14 (13.5)
Eruptions	1 (1)	19 (18.3)	63 (60.6)	21 (20.2)
Pertes vaginales	102 (98.1)	1 (1)	1 (1)	0 (0)
Métrorragies	6 (5.8)	15 (14.4)	62 (59.6)	21 (20.2)
Ictère	0 (0)	0 (0)	78 (75)	26 (25)
Maux de tête	0 (0)	0 (0)	95 (91.3)	9 (8.7)
Douleurs abdominales	10 (9.6)	88 (84.6)	6 (5.8)	0 (0)
Douleur lors des rapports sexuels	24 (23.1)	13 (12.5)	54 (51.9)	13 (12.5)
Fatigue	0 (0)	0 (0)	98 (94.2)	6 (5.8)
Angine	0 (0)	0 (0)	102 (98.1)	2 (1.9)
Diarrhées	0 (0)	0 (0)	100 (96.2)	4 (3.8)
Ecoulement et/ou boutons anaux	0 (0)	1 (1)	75 (72.1)	28 (26.9)
Démangeaisons des OG	103 (99)	1 (1)	0 (0)	0 (0)

O.G* : Organes Génitaux.

Les signes les plus fortement associés à une IST par les répondants sont les pertes vaginales (98.1%), les démangeaisons des organes génitaux (99%), et les brûlures urinaires (90.4%). En revanche, les signes comme les douleurs musculaires, les maux de tête, et la fatigue sont largement perçus comme non évocateurs d'une IST.

Tableau XI : Répartition des patientes selon le niveau de connaissance des signes visible, la contagiosité et les modes transmission des infections sexuellement transmissibles

	Fréquence	Pourcentage
Signes visibles		
Non	24	23.1
Oui	80	76.9
IST contagieuses		
Oui	104	100
Mode de transmission IST		
Oro-génital (fellation)	33	31.7
Anal	35	33.7
Vaginal	104	100

Les enquêtes connaissaient les signes visibles dans 76,9% des cas. La transmission vaginale est unanimement reconnue (100%) comme un mode de transmission des IST, suivie par la transmission anale (33.7%) et oro-génitale (31.7%).

Tableau XII : Répartition des patientes selon les connaissances sur les sources d'informations.

Source d'information	Fréquence	Pourcentage
Chez votre médecin généraliste	1	1.0
Centre Dépistage et de Diagnostic	5	4.8
Dans un Centre de Planification et d'Education Familial (CPEF)	21	20.2
Dans un Centre d'Information	5	4.8
Dans les médias (TV, internet)	37	35.6
Ne sait pas	60	57.7

Les principales sources d'information sur les IST sont les médias (35.6%) et les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (20.2%), tandis que 57.7% des répondants ne savent pas où obtenir ces informations.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon les connaissances des dépistages infections sexuellement transmissibles

	Fréquence	Pourcentage
Intérêt du dépistage		
Savoir si on a contracté une IST sans signe visible	24	23.1
Pouvoir être soigné rapidement	50	48.1
Eviter de transmettre le virus	23	22.1
Informers mes partenaires pour qu'ils se soignent	23	22.1
Ne sait pas	54	51.9
Procédure de dépistage		
Prise de sang	25	24.0%
Analyse urine	23	22.1%
Prélèvement salive	1	1.0%
Prélèvement vaginal	22	21.2%
Lieu de dépistage		
Chez votre médecin généraliste	4	3.8
Dans des centres spécialisés	15	14.4
A l'hôpital	19	18.3
A l'école	0	0
Ne sait pas	84	80.8

Les principaux intérêts du dépistage des IST sont de pouvoir être soigné rapidement (48.1%) et de savoir si l'on a contracté une IST sans signe visible (23.1%). Les répondants reconnaissent majoritairement la prise de sang (24%) et l'analyse d'urine (22.1%) comme des procédures de dépistage des IST. Les lieux de dépistage les plus reconnus sont à l'hôpital (18.3%) et dans des centres spécialisés (14.4%).

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le niveau de connaissances des facteurs de risques et complications des infections sexuellement transmissibles.

	Fréquence	Pourcentage
Facteur de risque(n=104)		
Plusieurs partenaires sexuels	58	55.8
Rapport sexuel non protégé	46	44.2
Complications IST(n=104)		
La stérilité	24	23.1
La stigmatisation	19	18.3
Le cancer	17	16.3
Le risque de contracter le VIH	44	42.3

Avoir plusieurs partenaires sexuels (55.8%) et les rapports sexuels non protégés (44.2%) sont les principaux facteurs de risque des IST reconnus par les répondants. Le risque de contracter le VIH est la complication des IST la plus reconnue (42.3%), suivi de la stérilité (23.1%), la stigmatisation (18.3%), et le cancer (16.3%).

6.3. Niveau de pratiques

Tableau XV : Répartition des patientes selon les pratiques liées aux infections sexuellement transmissibles

	Fréquence	Pourcentage
Traitement domicile		
Non	65	62.5
Oui	39	37.5
Partenaire utilise préservatifs		
Non	77	74
Oui	27	26
Cat devant IST		
Automédication	24	23.1
Consultation dans un centre de santé	63	60.6
En parler avec un agent de santé	1	1
Ne faites rien	1	1
Traitement traditionnel	15	14.4
Habitude dépistage IST		
Non	100	96.2
Oui	4	3.8
Total	104	100

37,5% des patientes avaient fait un traitement a domicile de l'infection avant de venir au service. 100% sont venues d'elle-même et 100% n'utilisaient pas de préservatifs lors des rapports sexuels. Les enquêtés affirme que leur partenaire

ne portent pas de préservatif dans 74% des cas. Dans la plupart des cas (60,6%), les patientes ont consulté dans un centre de santé pour l'IST. Les patientes ont affirmé ne pas avoir l'habitude d'effectuer des dépistages d'IST dans 96,2% des cas.

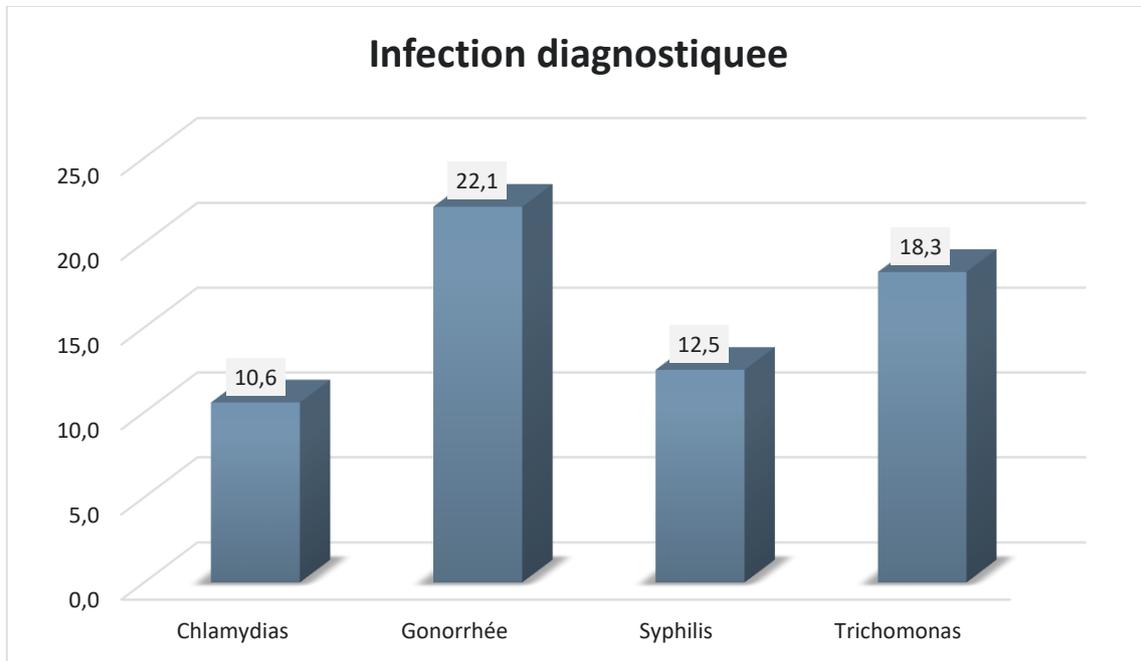


Figure 9 : Répartition des patientes selon le type d'infection diagnostique après analyse au laboratoire.

Les gonorrhées étaient l'infection la plus diagnostiquée chez les patientes soit dans 22,1% des cas.

7. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

L'âge moyen des participantes étaient de 26,74 ans, avec une distribution qui montre 56,7% dans la tranche d'âge de 21-30 ans. La majorité des femmes enquêtées (25%) proviennent de Sabalibougou, Daoudabougou 21.2% et quartier mali 15.4%, ceci pourrait s'expliquer par le fait que notre étude s'est déroulée en commune V dont les principaux quartiers sont Sabalibougou, Daoudabougou et quartier Mali. Sur le plan religieux, 96,2% des participantes sont de confession musulmane. La structure de la religion telle qu'observée dans la société malienne confirme la prédominance des musulmanes. En termes de statut professionnel, il y a une répartition égale entre les ménagères et les étudiantes, chacune représentant 33,7% de l'échantillon. Concernant le statut matrimonial, 69,2% des femmes sont mariées et 82,7% n'ont pas de coépouse.

COMPORTEMENTS SEXUELS DES FEMMES

L'âge au premier rapport sexuel, majoritairement entre 16 et 18 ans pour 66,3% était des patientes. La même tendance a été rapportée par Dabo AT. (35) qui trouve 71,3% des femmes ayant leur premier rapport avant la majorité (18ans). Nous remarquons que nos femmes enquêtées ont eu une activité sexuelle précoce dont les principales raisons pourraient être le manque d'éducation sexuelle dans la famille, le mariage précoce, et la faible dispensation des cours de comportements sexuels dans les classes. Cela met en lumière la nécessité d'une éducation sexuelle appropriée à cet âge. Toutes les femmes ont affirmées n'avoir qu'un seul partenaire sexuel. Le large éventail de professions des partenaires sexuels indique que les risques de santé sexuelle, comme les infections sexuellement transmissibles (IST), peuvent toucher divers milieux sociaux.

Le fait que 91,3% des patientes ne discutent pas de sexualité en famille, principalement en raison de la gêne (68,4%), met en évidence un tabou culturel ou social important autour de la sexualité. Cette réticence à aborder la sexualité

peut contribuer à une moindre connaissance et préparation face aux risques sexuels. La mère apparaît comme la principale interlocutrice pour celles qui en parlent, suggérant un rôle crucial des mères dans l'éducation sexuelle au sein du foyer.

Le manque d'information sur les IST est également préoccupant, avec 66,3% des patientes n'ayant pas bénéficié de telles informations. Ce déficit d'information est corroboré par le très faible taux de dépistage des IST (seulement 3,8% ayant été testées), malgré une grande majorité de patientes sexuellement actives (96,2%). Cette combinaison de manque d'éducation sexuelle, de communication familiale limitée sur la sexualité, et de faible dépistage des IST met ces patientes à un risque significatif de problèmes de santé sexuelle.

Ces constatations soulignent l'importance d'une intervention éducative et sanitaire ciblée pour améliorer la santé sexuelle des femmes. Il est crucial d'encourager des conversations ouvertes sur la sexualité au sein des familles, de renforcer l'éducation sexuelle, notamment en ce qui concerne les IST, et de faciliter l'accès aux services de dépistage et de conseil en santé reproductive.

CONNAISSANCES SUR LES infections sexuellement transmissibles :

L'étude a révélé des aspects variés et significatifs concernant les connaissances et comportements des femmes face aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST). D'une part, il est notable que 90,4% des patientes identifient le préservatif comme un moyen de prévention principal contre les IST, bien que l'abstinence et la fidélité soient également reconnues. Cependant, malgré cette connaissance, 100% des patientes n'utilisaient pas de préservatifs lors des rapports sexuels, et 74% ont indiqué que leurs partenaires n'en utilisaient pas non plus. Ce résultat est différent de celui rapporté par **Keita O** (36) qui affirme que 71,3% des étudiants utilisent le préservatif lors de leur rapport sexuel.

Concernant la reconnaissance des centres de dépistage, un manque flagrant de connaissance est observé, 96,2% des patientes ne connaissant pas de tels établissements. Les IST les mieux connues par les patientes étaient le VIH (100%), les mycoses génitales (99%), les infections urinaires (99%), la gonococcie (79,8%) et le Trichomonas (78,8%). Dans l'étude de **SAMAKE M** (37) menée chez les étudiants, les IST les plus citées sont respectivement le SIDA (83,3%), la gonococcie (67,4%), la syphilis (52,4%), l'hépatite virale (46,4%), le chancre mou (31,1%). Cependant, des lacunes subsistent dans la connaissance d'autres IST telles que l'herpès, le HPV et la mononucléose.

En ce qui concerne la reconnaissance des symptômes des IST, il est notable que les brûlures urinaires (90,4%), les pertes vaginales (98,1%) et les démangeaisons des organes génitaux (99%) sont les plus identifiées. Toutefois, d'autres signes comme la fièvre, les douleurs musculaires et l'angine sont largement méconnus comme symptômes d'IST. De plus, une majorité de patientes (76,9%) reconnaissent l'existence de signes visibles des IST, et toutes sont conscientes de leur contagiosité.

Sur le plan éducatif, il est préoccupant de constater que 47,1% des patientes ne savaient pas où obtenir des informations sur les IST, malgré le fait que les médias (35,6%) et les centres de planification et d'éducation familiale (20,2%) soient cités comme sources principales. En termes de dépistage, un manque de connaissance est également évident : 96,2% des patientes n'ont pas l'habitude de se faire dépister, et beaucoup ne connaissent pas les procédures de dépistage ou les lieux où elles peuvent être effectuées.

PRATIQUES FACE AUX infections sexuellement transmissibles:

Les gonorrhées représentent l'infection la plus diagnostiquée (22,1%) suite aux analyses en laboratoire. Cela souligne la nécessité d'une meilleure éducation et sensibilisation aux IST et à leurs modes de prévention et de dépistage. Enfin, la

majorité des patientes (60,6%) ont consulté un centre de santé en cas d'IST, montrant une préférence pour les soins médicaux professionnels malgré les lacunes en matière de connaissances et de pratiques de prévention.

8. CONCLUSION

Dans cette étude menée auprès de femmes jeunes en commune V du district de Bamako au Mali, majoritairement de confession musulmane, on observe un âge de premier rapport sexuel précoce. Il existe un silence notable autour de la sexualité dans les discussions familiales, avec des femmes ne discutant pas de sexualité en famille, principalement en raison de la gêne. En termes de connaissances sur les IST, bien que la plupart reconnaissent le préservatif comme moyen de prévention, l'utilisation effective est extrêmement faible, avec aucune des patientes n'utilisant de préservatifs, reflétant un écart important entre la connaissance et la pratique. De plus, une méconnaissance des centres de dépistage est évidente, et il y a un manque de sensibilisation sur certaines IST moins connues. Bien que les symptômes des IST soient partiellement connus, des lacunes importantes subsistent. Ces résultats mettent en évidence le besoin critique d'interventions éducatives pour améliorer la santé sexuelle des femmes, en mettant l'accent sur la sensibilisation aux IST, l'éducation sexuelle, et la facilitation de l'accès aux services de dépistage et de conseil.

9. RECOMMANDATION

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

- Aux responsables des services de santé et aux responsables de district sanitaire :
 - Faire des campagnes de sensibilisation auprès de la population et dans les écoles sur les moyens de prévention des IST et l'utilité de les mettre en œuvre
 - Mettre en place un système d'éducation sexuelle participative et interactive dispensé dans un langage adapté aux enfants et aux jeunes.
 - Mettre à la disposition de la population des centres de dépistage et d'information sur les IST
 - Accentuation des campagnes de sensibilisation auprès des commerçants et porteurs d'uniformes sur les risques et conséquences des IST et leurs moyens de préventions
- Aux populations :
 - Avoir une utilisation systématique du préservatif pour tout rapport sexuel en dehors de situation du couple stable
 - Avoir toujours recourt aux centres de santé pour la prise en charge des IST
 - Avoir une diminution du nombre de partenaire sexuel
 - Informer son ou ses partenaires en cas des symptômes pouvant évoquer une IST
 - L'accentuation des causeries débattre sur des questions relatives à la sexualité, et aux IST avec les filles en âge de procréer.
 - L'encouragement des initiatives (les associations) des filles en âge de procréer dans le domaine de la santé sexuelle.

10. REFERENCES

1. Cressant É. Les infections sexuellement transmissibles : connaissances, comportements sexuels, attitudes de prévention et leurs obstacles, des jeunes haut-normands consultant en médecine générale. 5 mars 2017;124.
2. Feuz M. Les infections sexuellement transmissibles en Suisse.
3. Organization WH. Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. Organisation mondiale de la Santé; 2005.
4. Stephan L. Les infections sexuellement transmissibles. 2009;9(3):39.
5. Infections sexuellement transmissibles (IST) [Internet]. [cité 26 juill 2023]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
6. Mach F, Marchandin H, Bichon F. Les infections sexuellement transmissibles, une recrudescence préoccupante. Actual Pharm. 1 juill 2021;60(608, Supplement):8-12.
7. World Health Organization. Module de formation pour la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles. Train Modul Syndr Manag Sex Transm Infect. 2e éd. 2008;8.
8. Infections sexuellement transmissibles [Internet]. [cité 24 août 2023]. Disponible sur: <https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/44-IST-2020.pdf>
9. Guillou SL. Futura. [cité 24 août 2023]. Définition | IST - Infection sexuellement transmissible | Futura Santé. Disponible sur: <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/maladie-ist-7031/>
10. Introduction [Internet]. [cité 24 août 2023]. Disponible sur: <https://www.santepourtous.nc/les-thematiques/sante-sexuelle/ist/introduction>
11. régional de l’Afrique C. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles, 2016-2021: cadre de mise en œuvre dans la Région africaine. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional pour l’Afrique; 2017.
12. Chandra-Mouli V. Infections sexuellement transmissibles (IST) : prévention et prise en charge - Venkatraman Chandra-Mouli.
13. OMS. Santé des femmes [Internet]. [cité 26 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
14. Siboulet A, Coulaud JP, Catalan F, BASSET A, BOHBOT J. Blennorragie gonococcique. Mal Sex Transm Paris Masson. 1991;
15. Athéa N. L’entrée dans la sexualité et ses aléas. Arch Pédiatrie Paris. 2001;8(4):433-40.
16. WEISS E, WHELAN D, GUPTA GR. Vulnérabilité et opportunités : Les adolescentes et le VIH/SIDA dans le monde en développement : Constatations de programme de recherche sur les Femmes et le Sida. CRDI; 1996. 43p p.

17. Bertille De Barbeyrac, Christiane Bébéar, Michel Dupon. Infections à Chlamydia. Mal Infect [Internet]. 1997; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1166859897088509>
18. *Chlamydia*. In: Wikipédia [Internet]. 2024 [cité 23 sept 2024]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Chlamydia&oldid=212244873>
19. Traoré AY. Etude de la prévalence des MST/VIH et facteurs de risque de l'infection par le VIH dans les six communes du District de Bamako [PhD Thesis]. Thèse de Médecine Bamako; 1999.
20. Kachapila L. The HIV/AIDS epidemic in Malawi. Int Nurs Rev. 1998;45(6):179-81.
21. Nozais Jean-Pierre. Traité de parasitologie médicale / coordonnateurs, Jean-Pierre Nozais, Annick Detry, Martin Danis ; illustrations Corinne Boudon. Paris: Pradel; 1996.
22. Dabo AT. Connaissances, attitudes et comportements comportementales des femmes de Faladjè, Banakabougou et Niamakoro en âge de procréer en matière d'IST et de sida. 2013 [cité 25 sept 2024]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1695>
23. Diassana K. Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes lycéens face aux IST VIH/SIDA dans les écoles secondaires de la commune III du district de Bamako. 2012 [cité 25 sept 2024]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1385>
24. Ramjee G, Karim SS, Sturm AW. Sexually transmitted infections among sex workers in KwaZulu-Natal, South Africa. Sex Transm Dis. août 1998;25(7):346-9.
25. Pogany L, Romanowski B, Robinson J, Gale-Rowe M, Latham-Carmanico C, Weir C, et al. Prise en charge de l'infection gonococcique chez les adultes et les jeunes. Can Fam Physician. oct 2015;61(10):e451-6.
26. <https://www.passeportsante.net/> [Internet]. 2021 [cité 23 sept 2024]. Gonocoque : quel est ce type d'infection ? Disponible sur: <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=gonocoque-type-infection>
27. Fowke KR, Nagelkerke NJ, Kimani J, Simonsen JN, Anzala AO, Bwayo JJ, et al. Resistance to HIV-1 infection among persistently seronegative prostitutes in Nairobi, Kenya. Lancet Lond Engl. 16 nov 1996;348(9038):1347-51.
28. Pillot J, Daguet G, Peloux Y, Dupoue YP, Berche P. Spirochetes In: le Minor L et Veron M, Bactériologie Médicale. Paris Flammarion. 1989;1021-57.
29. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F, et al. Viral Load and Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. N Engl J Med. 30 mars 2000;342(13):921-9.
30. M. Janier, E. Caumes. Syphilis. Mal Infect [Internet]. 2011; Disponible sur: [http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1166-8598\(11\)56477-4](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1166-8598(11)56477-4)

31. Syphilis. In: Wikipédia [Internet]. 2024 [cité 23 sept 2024]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Syphilis&oldid=217238620>
32. Minor LL, Véron M. Bactériologie médicale. Sciences Flammarion; 1989. 1107 p.
33. Rapport ONU/SIDA 2020 : <http://www.aides.org/chiffres-vih-sida>, Consulté le 02 MARS 2023.
34. INSTAT. Institut National de la Statistique du Mali|INSTAT. [cité 26 janv 2024]. ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (EDS). Disponible sur: <https://www.instat-mali.org/fr/publications/enquete-demographique-et-de-sante-eds>
35. Dabo AT. Connaissances, attitudes et comportements comportementales des femmes de Faladjè, Banakabougou et Niamakoro en âge de procréer en matière d'IST et de sida. 2013 [cité 26 août 2024]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1695>
36. Keita O. Connaissances, attitudes, et pratiques en matière d'IST/SIDA et VIH dans les communes III et IV. 2015 [cité 26 déc 2024]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/795>
37. Samaké M. Connaissances, attitudes et pratiques des étudiants sur les infections sexuellement transmissibles, VIH/SIDA et de la contraception dans 3 écoles supérieures de la ville de SEGOU. [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2023 [cité 26 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/6113>

11. Annexe

11.1. Fiche signalétique

Nom : FOFANA

Prénom (s) : Boubacar

Email : boubacarf35@gmail.com

Numéro de téléphone : (00223) 89 499 29 91 **Pays d'origine :** Mali

Titre de la thèse : Etude des connaissances et pratiques des femmes en âge de procréer face aux infections sexuellement transmissibles au service de gynécologie obstétrique du centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako.

Ville de soutenance : Bamako / MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako

Secteur d'intérêt : Gynécologie ; Obstétrique, Sociologie.

Résumé :

L'objectif était d'étudier le niveau des connaissances et pratiques des femmes en âge de procréer par rapport aux infections sexuellement transmissibles au service gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako en 2023.

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique dont la collecte s'est déroulée du xx 2023 au xx 2023. Elle a inclus 104 femmes en âge de procréer dont le diagnostic d'IST a été pose au service de gynécologie CV. Les analyses ont été effectuées à l'aide d'Epi Info 7.2.5.0 et SPSS 25. La participation était libre et volontaire avec le respect de la confidentialité.

On a observé un âge de premier rapport sexuel précoce, avec 66,3% l'ayant entre 16 et 18 ans. Il existe un silence notable autour de la sexualité dans les discussions familiales, avec 91,3% des femmes ne discutant pas de sexualité en famille, principalement en raison de la gêne. En termes de connaissances sur les IST, bien que la plupart reconnaissent le préservatif comme moyen de prévention, l'utilisation effective est extrêmement faible, avec aucune des patientes n'utilisant de préservatifs, reflétant un écart important entre la connaissance et la pratique. De plus, une méconnaissance des centres de dépistage est évidente, et il y a un manque de sensibilisation sur certaines IST moins connues. Bien que les symptômes des IST soient partiellement connus, des lacunes importantes subsistent. Ces résultats mettent en évidence le besoin critique d'interventions éducatives pour améliorer la santé sexuelle des femmes, en mettant l'accent sur la sensibilisation aux IST, l'éducation sexuelle, et la facilitation de l'accès aux services de dépistage et de conseil.

La communication pour le changement de comportement est nécessaire pour une meilleure campagne de vaccination.

Mots clés : IST, Connaissance, Pratique, Dépistage.

Abstract :

The objective was to study the level of knowledge and practices of women of childbearing age regarding sexually transmitted infections in the obstetrics and gynecology department of the referral health center in Commune V of the Bamako district in 2023.

This was a descriptive and analytical cross-sectional study conducted from xx 2023 to xx 2023. It included 104 women of childbearing age who were diagnosed with an STI in the gynecology department of the CV health center. The analyses were performed using Epi Info 7.2.5.0 and SPSS 25. Participation was voluntary and free, with confidentiality respected.

We observed an early age of first sexual intercourse, with 66.3% having it between 16 and 18 years old. There is a notable silence around sexuality in family discussions, with 91.3% of women not discussing sexuality with their families, primarily due to discomfort. In terms of knowledge about STIs, although most recognize condoms as a preventive measure, actual usage is extremely low, with none of the patients using condoms, reflecting a significant gap between knowledge and practice. Additionally, there is a clear lack of awareness of screening centers, and there is insufficient awareness about some lesser-known STIs. While symptoms of STIs are partially known, significant gaps remain. These results highlight the critical need for educational interventions to improve women's sexual health, focusing on STI awareness, sexual education, and facilitating access to screening and counseling services.

Communication for behavior change is necessary for a better vaccination campaign.

Keywords: STI, Knowledge, Practice, Screening.

11.2. Questionnaire d'enquête

Nous sommes étudiants en médecine, nous avons mis en place cette enquête afin d'apprécier la connaissance et pratique des femmes face aux IST, identifier les principales IST chez les femmes en âge de procréer au service gynécologie obstétrique du CSREF de la commune V, et la description des profils socioprofessionnels, démographique, économique, épidémiologique, et biologique de ces femmes. Il est strictement anonyme et volontaire, et nous veillons à la confidentialité des données recueillies. Nous vous remercions de participer à cette enquête qui prendra 30 minutes

Numéro de fiche /__ / __ / __ /

Date de l'enquête / / / /

I- Identité de la femme :

Age :

Sexe : féminin

Adresse habituelle :

Nationalité :

Religion :

Profession :

Revenu mensuel moyen :

Statut matrimonial :

Nombre de coépouse :

Ethnie :

II- Comportements sexuels de la femme

Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

Oui

Non

Combien de partenaire sexuel avez-vous actuellement :

Age de votre premier rapport sexuel :

Profession de votre partenaire :

Parler vous de sexualité en famille :

Si non pourquoi ?.....

Si oui avec qui ?.....

Avez-vous déjà bénéficié des informations sur les infections sexuellement transmissibles ?

Si oui avec de qui

Si non pourquoi

Avez-vous déjà fait un test de dépistage des IST ?

Si oui combien de fois

Si non pourquoi

Etes-vous sexuellement active ?

Oui

Non

III- Connaissances des femmes sur les IST

Quel moyen de prévention des IST connaissiez-vous (Plusieurs choix sont possibles) ?

/ ___ / ___ / ___

1= abstinence ; 2= fidélité ; 3= préservatif ; 4= vaccination 5= utilisation d'un savon antiseptique ; 6= retrait du pénis avant l'éjaculation ; 7 : dépistage ; 0= en connaît pas

Connaissez-vous des centres de dépistage ?

Oui

Non

Parmi ces maladies, quelles sont celles qui sont des infections sexuellement transmissibles (IST) ?

SIDA / VIH : Oui Non Ne sait pas Ne connaît pas

Herpès : Oui Non Ne sait pas Ne connaît pas

Mycose génitale / vaginale : Oui Non Ne sait pas Ne connaît pas

Syphilis : Oui Non Ne sait pas Ne connaît pas

Chlamydiae : Oui Non Ne sait pas Ne connaît pas

Gonocoque : Oui Non Ne sait pas Ne connaît pas

Mononucléose : Oui Non Ne sait pas Ne connaît pas

Infections à papillomavirus humains : Oui Non Ne sait pas Ne connaît pas

Infections urinaires : Oui Non Ne sait pas Ne connaît pas

Trichomonas : Oui Non Ne sait pas Ne connaît pas

Hépatite B : Oui Non Ne sait pas Ne connaît pas

Quels signes sont beaucoup, un peu ou pas du tout évocateurs d'une IST ?

Brûlures urinaires : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Présence au niveau des organes génitaux (vulve, vagin) de Vésicules (bulles/cloques) :
Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Boutons : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Verrues : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Fièvre : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Douleurs musculaires : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Ganglions (boules dans le cou, les aisselles...) : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Eruption (plaques, taches, boutons) de la peau : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Pertes vaginales : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Métrorragies minimales ou intermittentes : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Ictère / Teint jaune / Jaunisse : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Maux de tête : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Douleurs abdominales : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Douleurs/gêne lors des rapports sexuels : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Fatigue : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Angine : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Diarrhées : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Écoulement et/ou boutons anaux : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Démangeaisons des organes génitaux : Beaucoup Un peu Pas du tout Ne sait pas

Les IST ont-elles toujours des signes visibles ? Oui Non

Les IST sont-elles contagieuses ? Oui Non

Les IST se transmettent principalement lors de rapports sexuels, précisez-le(s) quel(s) :
Oro-génital (fellation) ; Anal ; Vaginal ; Ne sait pas

Où pouvez-vous trouver des informations sur les IST (plusieurs choix possibles) ?

Chez votre médecin généraliste ; Dans un Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic ; Dans un Centre de Planification et d'Education Familial (CPEF) ; Dans un Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostics des IST (CIDDIST) ; Dans votre pharmacie ; A l'école ; Dans les médias (TV, internet) ; Ne sait pas

Auprès de qui pouvez-vous trouver des informations sur les IST (plusieurs choix possibles) ?

De votre médecin généraliste ; Des infirmières scolaires ; Des pharmaciens ; Des infirmiers libéraux ; Du personnel de laboratoires ; Des éducateurs ; Des enseignants ; De votre entourage familial ; De votre entourage amical ; Ne sait pas

Quel est l'intérêt du dépistage des IST (plusieurs choix possibles) ?

Savoir si on a contracté une IST sans signe visible ; Pouvoir être soigné rapidement ; Eviter de transmettre le virus ; Informer mes partenaires pour qu'ils se soignent ; Ne sait pas

Comment se fait-on dépister des IST (plusieurs choix possibles) ?

Une prise de sang Oui Non Ne sait pas ; Une analyse d'urine Oui Non Ne sait pas ; Un prélèvement de salive Oui Non Ne sait pas ; Un prélèvement vaginal Oui Non Ne sait pas ; aucune connaissance

Où pouvez-vous vous faire dépister des IST (plusieurs choix possibles) ?

Chez votre médecin généraliste puis au laboratoire de votre choix ; Dans des centres spécialisés ; A l'hôpital ; A l'école ; Ne sait pas

Quels sont les facteurs de risque des IST que vous connaissez ?

Rapport sexuel non protégé , Plusieurs partenaires sexuels , le bas niveau socio-économique , le jeune âge , la précocité des rapports sexuels , la prostitution ,

Quelles complications majeures peuvent entraîner les IST ?

La stérilité Le risque de contracter le VIH La stigmatisation Le cancer

Les complications de la grossesse

Plus on a des partenaires plus on a de risque d'avoir une IST

Vrai

Faux

IV- Pratiques des femmes sur face aux IST

Avez-vous fait une consultation avant celle-ci ?

Oui

Non

Avez-vous fait un traitement à domicile avant de venir consulter ?

Oui

Non

Avez-vous été adressée par un centre de santé ?

Non

Si oui pourquoi.....

Utilisez-vous des préservatifs lors des rapports sexuels ?

Oui

Non

Votre(s) partenaire(s) utilise t'il(s) des préservatifs ?

Oui

Non

Devant les signes d'infections sexuellement transmissibles qu'avez-vous faites ?

Automédication consultation dans un centre de santé En parler avec un agent de santé
traitement traditionnel Ne faites rien

Avez-vous l'habitude de faire les dépistages des IST ?

Si Oui, dans quel centre :

Si non pourquoi :

V- Infection(s) sexuellement transmissible(s) diagnostiquée(s) après analyse au laboratoire

Gonorrhée

Syphilis

Trichomonas

Chlamydias

HPV

HSV

HIV

Hépatite b

Hépatite C

Serment de Médecin

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, 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 reçu de leur père.

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

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

JE LE JURE