

**UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année universitaire : 2011-2012

N° /...../

TITRE

**ETUDE COMPARATIVE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET
PRATIQUES DES ADOLESCENTS SCOLARISES ET NON
SCOLARISES EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE ET
INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES/SIDA EN
COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO**

THÈSE

Cette thèse sera présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine de
Pharmacie et d'Odontostomatologie

Pour obtenir le grade de **DOCTEUR** en Médecine
(Diplôme D'ÉTAT)

Par Monsieur Mamadou DEMBELE

Jury

Président : Pr Flabou BOUGOUDOGO

Membre : Dr COULIBALY Marguerite DEMBELE

Codirecteur : Dr KEITA Assa SIDIBE

Directeur : Pr Hamadoun SANGHO

Je dédie ce travail

A **Allah**, le Tout Puissant ; le clément et le miséricordieux.

Par ta bonté et ta grâce, tu m'as permis de mener à terme ce travail si long et pénible.

Fasse que je me soumette toujours à toi en toute circonstance, à chaque instant du restant de ma vie ; cette vie si éphémère, comparée à celle que tu promets à ceux qui suivent ton chemin à travers le prophète Mohamed (P.S.L).

A mon père : Feu Adama Dembélé

Ce travail est le fruit de l'inébranlable bravoure, du courage, de l'assiduité et du sens de l'honnêteté que tu as su nous inculquer depuis notre enfance. Je me souviens encore de l'adage que tu aimais dire pour m'encourager à travailler. Je cite « Jeune homme, tu peux tout perdre, l'argent, les amis, la gloire et tant bien d'autres mais tu ne garderas que ce que tu as vraiment appris ». Je resterai à jamais attaché aux valeurs sociétales et à l'amour de la famille que tu as toujours voulu défendre. Malheureusement l'épilogue de cette histoire a trouvé que tu n'es plus de ce monde pour m'applaudir quand ce travail sera accepté par mes maîtres. Que la terre te soit légère et ton âme repose en paix. Amen!

A ma mère : Kadidiatou Cissé

Merci pour toute l'affection que tu m'as donnée en ce jour solennel, personne mieux que toi ne mérite cette reconnaissance. Ce travail, fruit de ton amour et de ta sagesse, traduit toute ta volonté et ta disponibilité pour la réussite de tes enfants. En toi, nous avons trouvé l'amour et l'attention d'une mère. Nous espérons être à la hauteur de ta confiance, ce travail est le votre. Que Dieu fasse en sorte que tu vives longtemps pour récolter le fruit de tant d'années de labeur. Trouves ici tout l'amour que je porte pour toi ma tendre maman.

A mes frères et sœurs : Seydou (Boi juge), Seckou T. (Secko), Maimouna, Ibrahim, Tidiani dit Sassi, Fatoumata Bintou (Batoma), Bamoulaye, Mohamed (Bako), Cheick Tidiane (Tonton), les plus beaux jumeaux du monde Adama et Hawa, Secko Fanta . Vous m'avez tous et à tous les niveaux apporté votre contribution dans le cadre

de la solidarité familiale ; avec chacun de vous, j'ai pu découvrir la convivialité et la symbiose qui doivent régner dans une famille. Puisse Dieu nous prêter encore longue vie et nous aider à rester unis pour la bonne marche de la famille.

A mon Oncle : Alassane Cissé

Cette thèse est le fruit de ton engagement sans faille pour la réussite de tous tes neveux. Je tiens à te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi. Merci!

A mes oncles et tantes : Je me réserverai de citer des noms au risque d'en omettre quelques uns. Remerciements infinis à vous tous.

A tous les membres des grandes familles Dembélé, Traoré et Cissé

Merci pour tout et je resterai fidèle aux idéaux de nos chères familles.

A mon tuteur et père : Pr. Flabou Bougoudogo

Tu es exemplaire, tu as su me reconforter dans les moments difficiles. Je salue ici le courage et l'abnégation d'un encadreur hors pair et d'un savant toujours présent pour ses enfants. Que Dieu te bénisse et te donne longue vie. Amen !

A ma tante et mère : Mme Bougoudogo Fatoumata Sanogo

Pour toute une vie d'attention et d'écoute à mon éducation et à ma formation.

Reçois ici ma profonde gratitude pour tous les soutiens moraux et financiers que tu m'as apportés durant tout le long trajet de mes études. Les mots seront impuissants à traduire mon éternel tribut d'amour et de vénération pour ta personne. Avec tout mon amour.

A tous les membres de la famille Bougoudogo

Merci infiniment de m'avoir accepté comme un des votre et de m'avoir soutenu durant tout le temps qu'on a passé ensemble. Ce travail est d'ailleurs le votre.

A Mlle Bougoudogo Djénéba

Merci pour tout le soutien matériel que tu m'as apporté durant toutes mes études de médecine. Qu'Allah veille sur toi. Amen !

A M. Amidou Ba

Nous te remercions pour ta disponibilité et ton amour du travail bien fait. Que Dieu te bénisse et t'assiste.

A tous mes amis : Citer les noms ici serait une erreur capitale car je ne peux me les remémorer tous. Recevez ici toute la valeur et l'importance que j'accorde aux liens qui nous lient.

A Mlle Oumou Traoré :

Merci pour tout le soutien moral et l'accompagnement que tu as eu à m'apporter durant tout le temps qu'a duré l'élaboration de cette thèse. Merci pour tout et longue vie à toi.

A mes ingénieurs enquêteurs : Abdoulaye Ouologuem dit Baby, Aboudramane Dembélé, Kader Taoré, Mohamed Dembélé

Sans vous ce travail ne serait qu'une illusion. Je salue le courage et le dévouement que vous avez manifestés pour la réalisation de cette thèse. Aujourd'hui est votre jour de gloire.

A Dr Bengaly Bréhima

Merci pour tout le suivi régulier et toute l'attention dont tu as fait montre pour la réalisation de ce précieux document. Merci

A Dr Maïga Mahamane

Merci pour tout ce que vous avez fait pour mon encadrement. Ce travail résume tout votre engagement et votre rigueur dans le travail. Merci infiniment !

A Dr Sidibé Drissa Mansa

Eminent pédagogue que vous êtes, vous avez su dirigé ce travail avec clairvoyance et lucidité. Trouvez ici tout le respect que j'accorde à votre modeste personne.

A tous mes aînés : Dr Diarra Souleymane, Dr Sissoko Alhousseynou,
Dr Bougoudogo Drissa, Dr Sidibé Souleymane, Dr Koumaré Mamadou
Merci pour votre accompagnement et votre soutien sans faille.

A tout le personnel du CREDOS

Le moment est venu pour moi de vous signifier ma profonde reconnaissance pour toute l'affection que vous avez attachée à ma personne.

A M. Aba Allassane Dorinthié et M. Ibrahim Téréra

Merci pour tous vos soutiens et toute votre disponibilité pour la réalisation de ce document qui est d'ailleurs le votre.

A tout le personnel de l'ASACOBA

Je n'aurai guère mots pour vous manifester toute ma reconnaissance à votre égard. Vous êtes une référence en matière de santé communautaire et soyez-en félicités. Merci pour tout.

A mes camarades de la FMPOS :

Recevez ici mon profond respect pour vous tous et vous toutes. Je salue cette complicité naturelle que l'on a nouée entre nous et que l'on continue d'entretenir. Merci pour tout et bonne chance dans la vie.

A notre Maitre et Président du jury

Pr Flabou BOUGOUDOGO

Maitre de conférences agrégé en bactériologie et virologie à la faculté de pharmacie, responsable de l'enseignement de la bactériologie et virologie à la Faculté de Pharmacie ;

Directeur Général de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) ;

Chevalier de l'ordre du mérite de la santé

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

Votre rigueur scientifique et pédagogique, vos qualités humaines font de vous un maître admiré de tous les étudiants.

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

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

A notre maître et membre du jury

Dr COULIBALY Marguerite DEMBELE

Chef de la section santé des adolescents et jeunes à la division santé de la reproduction à la Direction Nationale de la Santé (DRS/DNS)

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

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

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

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Hamadou SANGHO

- **Maître de conférences agrégé en Santé Publique à la FMPOS ;**
- **Directeur général Centre de Recherche, d'Études et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS)**

Cher maître,

Votre qualité d'éminent chercheur, votre exigence pour le travail bien fait, votre compétence, votre disponibilité constante, vos immenses qualités humaines nous ont marqué à jamais.

Vos qualités d'homme de science, de recherche et de clinicien avisé nous ont beaucoup charmés. Fidèle serviteur d'Allah que vous êtes, puisse le Tout Puissant vous accorder longue vie pour que vous continuiez à enseigner le droit chemin à d'autres fidèles.

Permettez-nous de souligner ici votre disponibilité, votre simplicité et votre cordialité. Soyez-en vivement remercié.

A notre maitre et Codirectrice

Dr KEITA Assa SIDIBE

Titulaire d'un Master en santé publique

**Directrice Générale Adjointe au Centre de Recherche, d'Etudes et de
Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS)**

Vous êtes pour moi plus qu'un encadreur, une mère et une conseillère. Votre sens du travail bien accompli et la minutie de tous vos gestes m'ont fasciné dès le premier jour de travail avec vous. Je ne serai pas le premier ni le dernier à vous féliciter pour tout ce que vous faites pour la promotion de votre structure de recherche qui est le CREDOS. Soyez-en remerciée et ce travail est le votre. Merci chère Maman !

ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ADN: Acide DésoxyriboNucléique

ARCAD: Association de Recherche, de Communication et d'Accompagnement à Domicile des personnes vivant avec le VIH/SIDA

ARN: Acide RiboNucléique

ASACO: Association de Santé Communautaire

CDC: Center for Diseases Control and Prevention

CESAC: Centre d'Ecoute, de Soins, d'Animation et de Conseil

CSCOM : Centre de santé communautaire

DIU : Dispositif intra-utérin

DRS : Direction régionale de la santé

DRPSIAP : Direction Régionale de la Planification, de la Statistique, de l'Informatique, de l'Aménagement du Territoire et de la Population

DSF : Direction de la Santé Familiale

DSFC : Direction de la Santé Familiale et Communautaire

FNUAP : Fond des Nations Unies pour les Activités de la Population

HTLV : Human T Leucocyte Virus

IVG: Interruption Volontaire de la Grossesse

IST: Infection Sexuellement Transmissible

MST: Maladie Sexuellement Transmissible

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies chargée du SIDA

PF: Planification Familiale

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

SIDA : Syndrome de l'immunodéficience humaine

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	15-16
1.1. ENONCE DU PROBLEME	17-21
1.2. HYPOTHESES	22
II. OBJECTIFS	23
III. GENERALITES	24-47
IV. METHODOLOGIE	48-61
VI. RESULTATS	62-81
VII. DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES	82-87
VIII. REFERENCES	90-91
IX. ANNEXES	92-107

FICHE SIGNALÉTIQUE

I. INTRODUCTION

L'adolescence a été définie comme la période de la vie pendant laquelle une personne n'est plus un enfant, mais n'est pas encore un adulte. Il s'agit d'une période au cours de laquelle une personne subit de profonds changements physiques et psychologiques. Les attentes et les perceptions sociales des adolescents évoluent également.

La croissance et le développement physiques s'accompagnent d'une maturation sexuelle, qui aboutit souvent à des relations intimes. La pensée conceptuelle et l'esprit critique se développent également, tout comme la conscience de soi lorsque les perspectives sociales requièrent une certaine maturité émotionnelle. La planète compte aujourd'hui plus de 1,1 milliard d'adolescents. Environ 1,5 milliard de personnes dans le monde sont actuellement des jeunes âgés de 10 à 24 ans, dont 85 % vivent dans des pays en développement [1].

Dans le monde plus de 15 millions d'enfants naissent de mères adolescentes [1].

En ce 21^{ème} siècle les capitales attirent des milliers et des milliers d'adolescents en quête de travail et de meilleures conditions de vie, ils jonchent les rues et les grandes artères des grandes agglomérations où ils sont trompés, violés et malmenés. Souvent dans la gence féminine, beaucoup retournent dans leur village d'origine avec un enfant au dos dont la naissance loin d'être planifiée n'a pas été désirée entraînant ainsi une rupture du cordon social. Les grossesses précoces relèvent de l'ignorance des méthodes contraceptives ou de l'absence totale de la contraception. Il existe un lien entre les besoins non satisfaits de la planification familiale, les grossesses non désirées et les avortements peu sûrs. Une grossesse non désirée advient fréquemment parmi les plus de 200 millions de femmes du monde qui ne souhaitent plus avoir d'enfants ou veulent retarder leur prochaine grossesse mais n'utilisent pas de méthodes contraceptives efficaces. C'est aussi un des facteurs primaires contribuant aux 46 millions d'avortements qui sont pratiqués chaque année à l'échelle mondiale ; plus de la moitié des grossesses non désirées se terminent par un avortement et presque la moitié de tous ces avortements ont lieu dans des conditions peu sûres[1].

Plus de 340 millions de cas d'IST guérissables, et beaucoup d'autres non guérissables, surviennent chaque année dans le monde [2].

De nouvelles données montrent que 33,2 millions de personnes vivent avec le VIH en 2007 ; 2,5 millions de personnes ont été nouvellement infectées, et 2,1 millions de personnes sont décédées du SIDA. Le VIH/SIDA est devenu une maladie des jeunes, car les jeunes gens âgés de 15 à 24 ans représentent la moitié des quelques cinq millions de nouveaux cas d'infection par le VIH survenus chaque année dans le monde entier. Les jeunes manquent souvent d'information, de savoir-faire et de services qui leurs sont nécessaires pour se protéger de l'infection par le VIH.

Environ 6000 jeunes sont infectés chaque jour par le VIH/SIDA (un toutes les 14 secondes) et la majorité sont des jeunes femmes. En fin 2001, environ 11,8 millions de jeunes âgés de 15 à 24 ans étaient atteints du VIH/SIDA, soit un tiers du total mondial des personnes dans ce cas. Un faible pourcentage seulement de ces jeunes sait qu'ils sont séropositifs [3].

Selon les estimations, en 2007 il y a eu 1,7 million de nouvelles infections en Afrique subsaharienne. En outre, plus de 13 millions d'enfants de moins de 15 ans ont perdu un de leurs parents, sinon les deux, à cause du SIDA. L'écrasante majorité de ces orphelins du SIDA vivent en Afrique. Les données montrent que cette proportion a atteint 25 millions en 2010[4].

Au Mali, selon les données de l'EDSM-IV (2006), la prévalence du VIH/SIDA est de 1,3% et 6% pour les IST. A Bamako, le VIH/SIDA atteint 2,6% et les IST 10% [5].

Le travail sera structuré comme suit : Cette introduction sera suivie de l'énoncé du problème, les hypothèses et objectifs, les généralités, la méthodologie et en dernier les références qui nous ont servis pour la revue de la littérature.

1.1. Énoncé du problème

La moitié de la population mondiale a moins de 25 ans. Environ 1,8 milliard ont entre 10 et 25 ans, soit la génération la plus nombreuse d'adolescents qui ait jamais existé et environ 85 % d'entre eux vivent dans les pays en développement [6]. Chaque année, on dénombre 80 millions de grossesses non désirées, ce qui occasionne 45 millions d'interruption volontaire de grossesse (IVG) qui ont pour conséquences 70 .000 décès dont 97% sont enregistrés dans les pays en développement. Cette situation est un grave problème de santé, surtout dans les pays du tiers monde [6].

Bien que la plupart des femmes et des hommes deviennent sexuellement actifs durant l'adolescence, les jeunes ne peuvent souvent avoir accès aux services de planification familiale et à l'éducation en la matière qui leurs sont nécessaires. Certains des plus sérieux obstacles résident dans les tabous culturels concernant la sexualité des jeunes[1].

La pandémie de VIH/SIDA constitue l'un des problèmes de santé publique les plus importants et les plus urgents auxquels doivent faire face les gouvernements et les sociétés civiles du monde entier. Les adolescents sont au cœur de la pandémie, non seulement en terme de propagation, mais aussi en terme de potentiel de changement des attitudes et des comportements à l'origine de la maladie.

Selon des estimations, 30 % des 40 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA (soit 10,3 millions) sont des jeunes âgés de 15 à 24 ans. En outre, la moitié des nouvelles infections, soit plus de 6000 par jour, affecte les adolescents. La grande majorité des adolescents VIH positifs ne savent pas qu'ils sont contaminés et peu d'entre eux ayant des rapports sexuels ont connaissance de la séropositivité de leurs partenaires.

Les adolescents sont vulnérables au VIH en raison de leur comportement sexuel à risque, de la consommation de substances toxiques par voie intraveineuse et de l'accès insuffisant aux informations sur le VIH et aux services de prévention.

Beaucoup d'adolescents ne considèrent pas le VIH comme une menace et beaucoup d'autres ne savent pas comment se protéger contre le virus.

L'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée par l'infection du VIH/SIDA avec 22,5 millions de séropositifs soit 68,7% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH [4].

Au Mali la prévalence du VIH dans la population générale est de 1,3% avec 1,1% chez les hommes et 1,5% chez les femmes. Cette prévalence est plus élevée à Bamako que partout ailleurs au Mali et atteint en 2006 2,5% dont 0,8% ont moins de 20 ans[5].

Au Mali, la population adolescente féminine (15-19 ans) est de 21% de l'ensemble des femmes en âge de procréer et contribuent pour 14% à la fécondité totale des femmes. Seules 8% des femmes utilisent une méthode contraceptive et 31% des femmes ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale alors que la demande potentielle s'élevait à 40% [5]. Le problème a un double impact :

- celui de la grossesse non désirée réside dans le domaine psychosocial car il contribue à la perte d'estime de soi, l'abandon scolaire, le rejet par la famille, une destruction des projets de vie et le maintien du cercle de la pauvreté ;
- celui du VIH/SIDA est le relâchement de l'entrain de vivre, le poids de la stigmatisation et du déshonneur qui pèse sur le malade une bonne partie de sa vie.

Une des principales causes des grossesses non désirées chez les adolescentes, est l'absence de contraception. Cela est dû au fait que les adolescents n'ont pas souvent des informations complètes ou correctes en matière de santé reproductive et de planification familiale et que des appréhensions et des facteurs d'ordre socioculturels, économiques et institutionnels limitent leur accès aux services de planification familiale [1].

La plupart des adolescents n'ont pas accès aux médias ou du moins ils s'en passent ; les sœurs, les frères et les amis, souvent mal informés, seraient les principales sources d'informations dans le domaine dans la planification familiale et IST/SIDA.

En 2006, la population Malienne était estimée à 12.051.021 habitants dont les moins de 15 ans représentaient 46% et les femmes en âge de procréer (15-49 ans) constituaient 23% de la population totale. Les femmes Maliennes commencent très tôt leur vie sexuelle. Parmi les femmes de 20-49 ans, près du tiers (24%) avait déjà eu leurs premiers rapports sexuels en atteignant 15 ans ; plus de huit femmes sur dix (83%) en atteignant 20 ans. L'âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 25-49 ans est de 16,1 ans contre 16,6ans à la première union. 23% des adolescentes (15-19ans) ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels à l'âge de 15 ans. À Bamako l'âge moyen aux premiers rapports sexuels est 17,3 ans [5]. Le taux approximatif des naissances à Bamako est de 42,2 naissances pour mille personnes, et le taux d'utilisation de la contraception n'a pas augmenté de façon significative avec le temps [5]. Les enfants nés de mères adolescentes courent un risque plus important de décéder que ceux nés de mères plus âgées, de même les accouchements précoces augmentent le risque de décès chez les mères adolescentes. Un peu plus du quart de ces adolescentes (36%) ont déjà commencé leur vie féconde : 30% ont déjà au moins un enfant et 5% sont enceintes pour la première fois en 2006. Le taux de fécondité des adolescentes croit de plus en plus avec le temps (185‰ en 2001 contre 187‰ en 2005 et 188‰ en 2006). Le taux de connaissance d'au moins une méthode contraceptive est plus élevé dans les autres tranches d'âge que chez les 15-19 ans (74,8% pour les 15-19 ans ; 80,5% pour les 20-24 ans et 77,2% pour les 30-34 ans) ; de même le taux de grossesses non désirées est plus élevé chez les 15-19 ans (1,7% contre 1,4 pour les 20-24 ans ; 1,5 pour les 25-29 ans) [5].

Pour lever les obstacles qui sont de véritables épines dans les pieds des associations œuvrant pour la PF et la lutte contre les IST/SIDA, la présidence de la république du Mali a mis en place le Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA(HCNLS) le 31

mars 2004 pour témoigner de son implication effective dans la lutte contre cette pandémie. Depuis le 20 novembre 2005, il existe au sein de chaque département ministériel une Cellule Sectorielle de Lutte contre le SIDA(CSLS) qui est l'organe de gestion, de coordination et d'orientation de la lutte contre le SIDA. La Direction Nationale de la Santé (DNS) a élaboré un guide manuel intitulé « Normes et procédures en santé de la reproduction » pour aider les jeunes adolescents à lutter efficacement contre les IST/SIDA et les grossesses non désirées. Le volet Communication pour le Changement de Comportement (CCC) donne des informations pour encourager les adolescents à abandonner les pratiques et attitudes à risque par l'adoption de meilleurs comportements.

Les ONG et associations intervenant dans le domaine de la santé et de la population se sont très vite engagées dans la lutte contre l'épidémie du VIH /SIDA à travers des actions novatrices. Au titre de ces actions on peut rappeler les grandes mobilisations sociales et l'impulsion de la collaboration avec les imams, les médias traditionnels de communication, l'institution du conseil/dépistage volontaire, la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/SIDA et l'implication des pairs éducateurs. Les ONG de santé regroupées au sein du collectif Groupe Pivot Santé/Population ont scellé avec le ministère de la santé du Mali à travers la contractualisation d'un partenariat dynamique et exemplaire.

La création du Centre d'Ecoute, de Soins, d'Animation et de Conseil (CESAC) géré par ARCAD-SIDA assure actuellement avec succès, la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Cette expérience a fait ressortir l'importance de la prise en compte des dimensions éthique et juridique de l'épidémie.

Comme acteurs essentiels de la société civile, il importe de signaler la participation active et le rôle important joué par les associations des personnes vivant avec le VIH/SIDA dont la contribution a été déterminante pour briser le silence autour de l'épidémie.

Elles participent activement aux activités de prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

Les religieux (Imams/Ulémas et les organisations confessionnelles chrétiennes) ont apporté une contribution remarquable dans le domaine de la prévention, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Après la mise en œuvre de ces différentes interventions, certaines questions restent toujours posées, à savoir :

1. Quel est le niveau de connaissances et les sources d'information des adolescents /adolescentes scolarisé(e)s et non scolarisé(e)s de la Commune I du district de Bamako sur la planification familiale et IST/SIDA?
2. Quelles attitudes les adolescents/adolescentes scolarisé(e)s et non scolarisé(e)s de la Commune I du district de Bamako ont vis à vis des méthodes de contraception et des moyens de prévention et de lutte contre IST/SIDA?
3. Quelles sont les pratiques des adolescents/adolescentes scolarisé(e)s et non scolarisé(e)s en matière de planification familiale?

1.2. Hypothèses de recherche

1. Les adolescents/adolescentes scolarisé(e)s de la commune I du district de Bamako ont un niveau de connaissance plus élevé que les non scolarisé(e)s en matière de la planification familiale et IST/SIDA.
2. Les adolescents/adolescentes scolarisé(e)s de la commune I du district de Bamako ont des attitudes favorables à la planification familiale et à la lutte contre les IST/SIDA plus que les non scolarisé(e)s.
3. Les adolescents /adolescentes scolarisé(e)s sexuellement actifs de la commune I du district de Bamako ont des pratiques à risque moins élevées que les scolarisé(e)s

II. Objectifs

2.1. Objectif général

Comparer les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescents/adolescentes scolarisés et non scolarisés en matière de planification familiale et IST/SIDA dans la commune I du district de Bamako.

2.2. Objectifs spécifiques

1. Décrire les connaissances, attitudes et pratiques des adolescents/adolescentes scolarisé(e)s et non scolarisé(e)s en matière de la planification familiale et IST/SIDA dans la commune I du district de Bamako.
2. Comparer les attitudes des adolescents/adolescentes scolarisé(e)s et non scolarisé(e)s vis à vis de la planification familiale et IST/SIDA dans la commune I du district de Bamako.
3. Comparer les pratiques en matière de planification familiale et IST/SIDA chez les adolescents/adolescentes scolarisé(e)s et non scolarisé(e)s dans la commune I du district de Bamako.
4. Proposer des solutions pour améliorer les connaissances, les attitudes et pratiques des adolescents scolarisés (e)s et non scolarisé (e)s.

III. Généralités

3.1. Définition opératoire de concepts

3.1.1. Adolescence: est une phase de transition entre l'enfance et l'âge adulte. En règle générale, l'UNICEF, l'ONUSIDA et l'OMS définissent les personnes entre **10 et 19** ans comme des « adolescents » [1]. L'adolescence se subdivise en trois catégories [1] :

- Début adolescence: 10 - 13 ans
- Milieu adolescence : 14 - 16 ans
- Fin adolescence: 17 - 19 ans

3.1.2. Santé de la reproduction [1]

La conférence internationale pour la population et le développement(CIPD) tenue au Caire en Egypte du 5 au 13 septembre 1994 a défini la santé de la reproduction comme suit «Comme santé en matière de reproduction ou santé de la reproduction, on entend le bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine, en ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité »

3.1.3. Connaissance [9]

La connaissance peut se définir comme étant la faculté de connaître, le fait de connaître, la notion que l'on a de quelque chose. Un savoir, une science ou une expérience.

3.1.4. Attitude [9]

L'attitude, c'est « l'état d'esprit » d'un sujet (ou un groupe) vis-à-vis d'un autre objet, d'une action, d'un individu ou d'un groupe. Le savoir-être de quelqu'un. L'attitude est un concept indispensable dans l'explication du comportement social et une notion nécessaire dans l'explication des réactions devant une tâche.

3.1.5. Pratique [9]

Une pratique est une façon de procéder dans la réalisation d'une action ou qualifie une action particulière.

- Elle peut se pratiquer seul ou en groupe.
- Elle peut être innée, issue d'une tradition, d'une religion, d'un métier.

3.1.6. Planification familiale (PF) [8]

La planification familiale se définit comme étant « l'utilisation de diverses méthodes de régulation de la fécondité destinées à aider les individus ou les couples à atteindre certains objectifs : éviter les naissances non désirées, déterminer volontairement le nombre de naissance, l'espacement des grossesses et l'espacement des naissances selon l'âge des parents. Elle peut comporter un certain nombre d'activités allant de la planification des naissances et du traitement de la stérilité à l'éducation sexuelle, aux conseils matrimoniaux et même aux conseils génétiques [1].

3.1.7. Infections sexuellement transmissibles [1]

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

3.1.8. Syndrome de l'Immunodéficience Acquis (SIDA) [9]

Le syndrome de l'immunodéficience acquise, plus connu sous son acronyme SIDA est le nom d'un ensemble de symptômes consécutifs à la destruction de plusieurs cellules du système immunitaire par un rétrovirus. Il existe deux serotypes responsables de l'infection chez l'homme : VIH1 et VIH2.

3.1.9. Adolescent(e) scolarisé(e) : Dans le cadre de notre étude, est considéré comme scolarisé tout adolescent(e) fréquentant un établissement scolaire au moment de l'enquête ou ne fréquentant plus un établissement scolaire mais ayant atteint le niveau 7^{ième} année de l'école fondamentale ou plus.

3.1.10. Adolescent(e) non scolarisé(e) : Dans le cadre de notre étude, est considéré comme non scolarisé tout sujet ne fréquentant plus un établissement scolaire et n'ayant jamais dépassé le niveau 6^{ème} année de l'école fondamentale.

3.1.11. Environnement social : Milieu social dans lequel vit l'adolescent et qui est capable d'influencer son éducation, ses connaissances, ses attitudes et ses pratiques.

3.2. Revue de la littérature

3.2.1. Adolescence : L'adolescence est une période comprise entre 10-19 ans selon l'OMS [1]:

Au cours de cette période d'énormes modifications aussi bien somatiques que psychiques vont intervenir à savoir :

a) Modifications pubertaires de l'adolescence

a1) Chez la fille : elles se caractérisent par le développement des seins, de l'appareil génital, une prise de poids et l'apparition des premières règles.

a2) Chez le garçon : il s'agit ici des premières pollutions nocturnes, de la mue de la voix, l'apparition de la pilosité, la croissance osseuse et staturale.

a3) Chez les deux : les modifications concernent le remodelage de l'image du corps de façon continue, la fixation sur l'aspect corporel extérieur (époque très narcissique), les tendances diverses à l'excès et une grande instabilité.

b) Évolution intellectuelle

Durant les premières années, la pensée du petit enfant était magique.

A la période de latence il a acquis une logique concrète. Vers 12 ans, le jeune adolescent va pouvoir raisonner de façon déductive, posant des hypothèses et répondant dans l'abstrait. Cela est désormais possible grâce à la naissance de la pensée formelle, ou "hypothético-déductive". Ayant acquis cette pensée formelle, il en usera à l'excès. Il n'a pas besoin de l'expérience. C'est la période

où on refait le monde, très créative mais sans support dans la réalité. Il a acquis l'intellect adulte.

c) Comportement social : On distinguera 3 phases :

c1) Phase d'opposition : chez la fille, elle survient entre 12 et 13 ans et chez le garçon entre 12 et 15 ans. Elle commence par un effondrement total de tout l'acquis moral et social de la période de latence. C'est un mouvement régressif au cours duquel l'adolescent est imprévisible, avec refus de tout ordre établi, vols, provocations... etc. Il y a à la fois l'incapacité à domestiquer les désirs et recherche du plaisir dans la transgression de l'interdit. On note aussi un mépris de tout ce qui représente l'ordre. Ceci a pour but une certaine prise de conscience de soi. Période du "je n'veux pas".

c2) Phase d'affirmation du « moi » : chez la fille entre 13 et 16 ans, et chez le garçon entre 15 et 17 ans. C'est une période de revendication, de "Je veux!", avec demande d'indépendance, de liberté. C'est l'époque du conflit des générations. Il y a élaboration de systèmes nouveaux et meilleurs pour la société. C'est la période de l'adolescence où on discute beaucoup (Mégalomanie, affabulation, idéalisation. Générosité et égoïsme).

c3) Phase d'insertion : chez la fille entre 16 et 18 ans et chez le garçon entre 18 et 20 ans. L'adolescent s'identifie à l'adulte de façon stable, avec moins d'idéalisation. Il réalise son indépendance affective et construit son indépendance économique. Il accepte réellement et sans ambivalence de se passer de ses parents. Cette phase d'insertion est facilitée avec l'accès au travail, et la relation de couple, mais freinée quand la précarité ou le chômage s'installent. Il faut savoir que de plus en plus les adolescents se retrouvent désormais à la rue, sans domicile fixe et sans travail régulier: c'est un phénomène relativement nouveau et qui prend de l'ampleur depuis le début du 21^{ème} siècle.

d) Remaniement de la personnalité affective

Vis-à-vis des parents, l'adolescent doit effectuer le "deuil des imago parentales". Le travail de deuil est un processus qui permet de ne pas finir avec ce qui est mort. Il s'agit ici d'une rupture d'avec l'image que les parents représentent pour l'adolescent. Ce processus se fait en plusieurs étapes. Tout commence avec le retour de ce qui a été refoulé durant la latence, c'est à dire les pulsions infantiles. Ce retour est massif et incontrôlable pour l'adolescent, faisant échouer le « Moi » dans ses tentatives d'équilibre. Il est anxieux, déprimé, dépressif, inhibé. Il fait des actes antisociaux.

e) Les étapes de la génitalisation (ou l'accession à la sexualité adulte)

La relation objectale va se focaliser sur des objets successifs qui vont permettre à l'adolescent d'accéder à la sexualité adulte.

e1) Phase d'homosexualité de groupe : la bande, généralement unisexuée est constituée d'individus semblables. Il y aura plusieurs types de bandes selon le milieu culturel de l'adolescent. Plus le milieu est favorisé, plus la bande est atypique (sans caractéristiques). Les bandes sociales sont très structurées, et on y rentre difficilement. Les membres ont alors les mêmes idoles, les mêmes costumes. Le but de ces bandes est d'éviter la solitude, de s'identifier par rapport à un modèle, une norme, et de prendre en charge les désirs de l'individu. Chaque membre du groupe y trouve sécurité et revalorisation. Elle permet aussi à l'adolescent d'éviter la confrontation à l'autre sexe.

Phase d'homosexualité individuelle : la bande ne suffit plus. L'adolescent va chercher un ami, un confident. Le choix est très narcissique, fait d'idéalisation et d'admiration. On se raconte tout vis-à-vis de la famille, de l'école ; amitiés très passionnées, très brusques, pouvant s'arrêter aussi brusquement.

e2) Phase hétérosexuelle : on se met à avoir une certaine curiosité vis-à-vis de l'autre sexe. On s'épie, on s'auto-observe. L'autre sexe est à la fois dénigré et idéalisé. Cette hétérosexualité est d'abord polygame, avec nombreux flirts. C'est le moment où les bandes se mélangent et c'est le temps des grandes passions, des

grandes désillusions. Les flirts se succèdent, avec de grandes périodes de jalousie et d'admiration. Petit à petit, l'hétérosexualité devient monogame, les objets affectifs deviennent stables jusqu'à la formation du couple. Dès lors l'adolescent peut faire des projets. Il devient capable de faire coïncider l'amour romantique et l'amour sexuel.

L'adolescence est la dernière chance d'aborder les conflits de l'enfance et de les résoudre de manière spontanée. Si ces mêmes conflits survenaient par la suite, ce serait du domaine du pathologique. La personne s'y engluerait gravement. D'ailleurs, la plupart des pathologies adultes éclosent à l'adolescence.

La structure de la personnalité se fait durant les 5 premières années de la vie, mais on peut la remanier à l'adolescence le plus souvent tout seul, c'est à dire avec l'environnement immédiat. Sinon ça s'écroule à l'adolescence et le futur adulte aura besoin de l'aide de la santé publique.

3.2.2. Planification familiale

a) Historique de la planification familiale:

Le Gouvernement du Mali, après l'analyse de la situation et de la dynamique démographique et économique du pays, a adopté le 8 mai 1991 une déclaration de politique nationale de population qui a pour but l'amélioration des conditions de vie des maliens à travers l'éducation, la santé, l'emploi, l'alimentation, la nutrition et le logement.

Dans le domaine spécifique de la santé reproductive jusqu'en 1972, la planification familiale étant régi par la loi coloniale Française du 31 juillet 1920, qui dans ses articles 3 et 4 édictait les déclarations suivantes :

Article 3 :

« Sera puni d'un mois de prison et une amende de 24.000 à 120.000 F quiconque dans un but de propagande anticonceptionnelle aura ... décrit ou divulgué ou offert de relever des procédés propres à prévenir la grossesse. Les mêmes peines seront applicables à quiconque qui se sera livré à une propagande anticonceptionnelle ou

contre la mentalité soit par des discours... par des écrits... des placards ou des affiches exposées aux grands publics.

Article 4 :

« Seront puni des même peines la vente, la mise en vente ou l'offre publique des remèdes secrets jouissant des vertus spécifiques préventives de la grossesse ». Et plus loin la loi ajoute que ces peines seront portées au double si le délit a été commis par un mineur. La France a adopté cette politique pro nataliste pour compenser ses pertes en vie humaine au lendemain de la 1ère guerre mondiale 1914– 1918 (environ 1.000.000 de personnes). Malgré l'existence de cette loi, il faut noter que face à une demande qui existait déjà à cette époque la planification familiale avait été introduite de façon clandestine au Mali vers 1960.

b) Les principales étapes de l'introduction de la PF au MALI :

b1) Le 28 Juin 1972, le Gouvernement Malien pour la 1ère fois en Afrique Occidentale Française (AOF) adopta le projet d'ordonnance de la planification familiale dans un cadre strictement sanitaire lié à la protection maternelle et infantile.

b2) En Mars – Avril 1973 : le 1er séminaire inter – africain sur l'éducation sexuelle a été organisé à l'Ecole de Médecine de Bamako.

b3) En Novembre 1974, une requête du gouvernement fut adressée au FNUAP pour un projet de développement d'un programme national de santé familiale au Mali.

b4) En Décembre 1974, s'est tenu le congrès constitutif national des femmes du Mali qu'a recommandé :

- ✓ La diffusion de l'éducation sexuelle dans les écoles à partir de la 7ème année
- ✓ L'extension de la planification familiale au Mali
- ✓ L'arrêté n°795/MSP/CAB du 19 mars 1975 a créé la division de la santé rattachée à la direction Nationale de la Santé Publique. Cette division remplace l'ancienne section d'hygiène de la maternité de l'enfance rattachée à la division de la médecine socio – préventive.

b5) Le Mali souscrit en 1978 à la déclaration d'Almata Ata (URSS) qui stipulait que la planification familiale est une composante des soins de santé primaires (SSP).

b6) La création de la DSF devient effective en 1980 en devenant la division de la santé familiale et communautaire (DSFC). Elle abrite depuis 1981 le programme national materno-infantile et de la planification familiale.

c) Méthodes contraceptives [12]

c1) Abstinence :

Le meilleur moyen de prévenir la grossesse et les MST. L'abstinence ne nuit pas à la santé des jeunes hommes, ni à celle des jeunes femmes.

c2) Méthodes de barrière :

➤ Le préservatif : (Condom)

Très ancien, il existe de nos jours sous la forme de plastic (Latex) .D'une longueur de 18 cm et d'un diamètre de 35 cm son utilisation nécessite des règles précises: le placer sur le pénis en érection et le dérouler, laisser un espace, entre le gland et le fond du préservatif afin de recueillir le sperme, utiliser un préservatif pour un rapport sexuel. Il a un taux d'efficacité de 98% environ. Il est très efficace dans les préventions des IST/SIDA. Mais il peut glisser ou se détériorer pendant l'acte sexuel.

➤ Le Diaphragme et le cap cervical :

Son efficacité augmente lorsque son utilisation va de paire avec un programme d'instruction (utilisation d'une crème spermicide à l'intérieur du diaphragme), un ajustement soigneux.

Pour une efficacité maximale, il est recommandé d'utiliser un agent spermicide à l'intérieur du diaphragme. Ils ne doivent pas être retirés 8H après le rapport sexuel, ne doivent pas être utilisés en cas de collapsus, l'efficacité est de 5 à 7%.

➤ Les spermicides vaginaux et les mousses spermicides :

Ce sont des produits chimiques qu'associent un agent tensio-actif à un agent bactéricide. Ils sont placés 10 mn avant les rapports sexuels dans le vagin. Chaque nouvel acte nécessite l'utilisation d'un autre spermicide, leur action dure 3H. Il est

inadéquat de faire une toilette vaginale à l'eau savonneuse surtout dans les 3h qui suivent l'acte sexuel. Pendant l'utilisation d'un spermicide, éviter l'utilisation concomitante d'autres ovules. Les spermicides contribuent à la protection contre les IST – SIDA et le cancer du col.

En cas d'utilisation correcte, leur taux d'efficacité est de 79 – 150%.

Les méthodes de barrières peuvent être utilisées combinées ou elles seules ou associées avec un contraceptif autre qu'une méthode de barrière (pilule).

c4) Les contraceptifs oraux :

➤ Les contraceptifs oraux combinés (COC)

Ils sont très efficaces en cas d'utilisation correcte, leur taux d'efficacité est de 88 à 99%. Ils atténuent aussi la dysménorrhée et entraînent des cycles réguliers. Ils diminuent l'abondance des menstruations, fournissent une protection contre les maladies inflammatoires du pelvis, leurs effets secondaires mineurs sont peu courant, mais ne protègent pas contre le IST/SIDA.

L'utilisation précoce de progestatif entraîne une atrophie de la muqueuse utérine et une incapacité à la nidation. C'est la pilule de choix pour les jeunes filles, sauf si elles allaitent parce que, l'oestrogène pourrait affecter la lactation.

➤ Les pilules progestatives (PP)

Leur taux d'efficacité est de 83 à 99 % lorsqu'elles sont prises correctement. Elles ont certains avantages tels que : atténuent les douleurs menstruelles, diminuent l'abondance des saignements menstruels et par conséquent l'anémie, n'interfèrent pas sur l'allaitement maternel, elles fournissent une protection contre les maladies inflammatoires du pelvis mais ne protègent pas contre les IST–SIDA, elles entraînent aussi des troubles du cycle comme l'aménorrhée, l'irrégularité des règles, le spotting.

c5) Les injectables et les implants :

➤ Les injectables :

Leur mécanisme d'action est le suivant :

- Inhibition partielle de l'ovulation
- Epaissement de la glaire cervicale

- Atrophie de l'endomètre.

Ils sont très efficaces (99 % d'efficacité) avec 2 ou 3 mois de durée d'action. Ils ne protègent malheureusement pas contre les IST/SIDA et ont des effets secondaires (métorragie, dysménorrhée, spotting).

➤ **Les implants : (Norplant)**

C'est une méthode hormonale de longue durée d'action (5 ans) et efficace. Elle est réversible et utilise un progestatif retard (lévonorgestrol), inséré en sous cutané à la face interne d'un bras diffusant à travers 6 capsules en sil-astic.

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

c6) Le Dispositif intra -utérin (DIU)

C'est une méthode très ancienne. Les DIU sont très variables dans leurs formes et leurs compositions faites de cuivre ou de progestérone.

Les effets contraceptifs du DIU sont :

- ✓ Accélération de péristaltisme tubaire
- ✓ Le stérilet en contact de la muqueuse interne favorise la libération de prostaglandine qui a une action inhibitrice sur le corps jaune qui est indispensable au développement de l'œuf.
- ✓ En plus le cuivre contenu dans le DIU a une action sur la glaire cervicale en le rendant hostile à l'ascension des spermatozoïdes, son taux d'efficacité est de 54-99%.

Les contre indications sont : infection de l'appareil génital (vaginite, cervicite...) existence de fibrome, de cardiopathie, de polype endocavitaire, de malformations ; sensibilité au cuivre. Il présente également de nombreux inconvénients parmi lesquels la non protection contre les IST-SIDA.

c7) Les méthodes chirurgicales :

✓ Contraception chirurgicales volontaire (CCV)

C'est une méthode irréversible, définitive, peu coûteuse et très appropriée pour les couples qui ont déjà le nombre d'enfant qu'ils désirent.

Son taux d'efficacité est supérieur à 99 % mais ne protège pas contre les IST-SIDA.

C'est une méthode qui nécessite des conseils approfondis et aussi le consentement éclairé du bénéficiaire.

c8) Méthodes Naturelles :

✓ Méthodes de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée :

Elle est efficace lorsque l'allaitement est fait exclusivement au sein et à tout moment.

Elle est d'autant plus efficace lorsque la nourrice fait une aménorrhée pendant les six premiers mois.

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

✓ Le Coït interrompu

C'est l'interruption du rapport avant l'éjaculation. Son efficacité est liée à la maîtrise du partenaire, chaque nouveau rapport sexuel nécessite un nettoyage préalable. Elle peut être frustrante pour la femme et l'homme qu'elle oblige à se retirer au moment de l'orgasme. C'est une méthode inadéquate pour les éjaculateurs précoces et les femmes anxieuses qui ne peuvent se détendre de peur que l'homme ne se retire à temps. Pratiquée correctement elle assure une protection de 98 % contre les grossesses.

✓ La méthode de température :

Elle est basée sur l'hyperthermie provoquée par la progestérone sécrétée par le corps jaune.

Elle suppose qu'il n'y a qu'une seule ovulation par cycle et que la courbe thermique soit bien précise et interprétable. Certaines femmes, telles que celles ayant une

ovulation irrégulière, une maladie métabolique ou qui travaillent la nuit ne peuvent l'utiliser.

➤ **La méthode d'abstinence périodique**

✓ **La méthode d'OGINO – KNAUS**

Elle se base sur la connaissance du cycle et suppose que l'ovulation se passe au 14ème jour après l'apparition des règles. Ainsi 4 jours avant l'ovulation et 4 jours après l'ovulation constitue théoriquement la période féconde.

Cas d'un cycle irrégulier

Exemple : Cycle court : 24 jours

Cycle long : 35 jours

Ainsi on aura :

$24 - 14 = 10$ donc théoriquement le 10ème jour correspond à l'ovulation dans le cycle court.

$35 - 14 = 21$ donc théoriquement le 21ème jour correspond à l'ovulation dans le cycle long.

Ainsi la période féconde sera du 10ème jour ou 21ème jour.

• **La méthode de la glaire cervical ou méthode de BILLINGS**

Elle est basée sur les modifications cycliques de la glaire cervicale. Au voisinage de l'ovulation. Elle est abondante, filante et favorable au rapport fécond. Le taux d'échec de cette méthode est de 22 %.

✓ **Méthodes traditionnelles**

Leurs efficacités n'ont pas été prouvées. Elles ont surtout une importance psychologique, on peut citer entre autre les gris-gris, les tafos, les incantations magiques, la toile d'araignée.

d) Classification

La classification suivante est adoptée au Mali.

d1) Méthodes temporaires :

➤ De courte durée :

- ✓ Les méthodes naturelles
- ✓ La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.
- ✓ Les condoms
- ✓ Les spermicides
- ✓ Les diaphragmes
- ✓ Les caps cervicaux
- ✓ Les contraceptifs oraux combinés (COC)
- ✓ Les contraceptifs oraux progestatifs (COP)
- ✓ Les injectables

➤ De longue durée

- ✓ Les implants
- ✓ Les DIU actifs

d2) Méthodes permanentes

- ✓ Ligature des trompes
- ✓ Vasectomie

3.2.3. Infections sexuellement transmissibles [7]

Autrefois, on appelait ces maladies des maladies vénériennes, le nom provenant de Vénus, déesse de l'amour. Puis, jusque dans les années 1990, l'appellation MTS ou MST (pour « maladie sexuellement transmissible ») est devenue d'usage courant. Depuis 1999, le terme MST est peu à peu remplacé par celui d'IST, car le terme « infection » plutôt que « maladie » prend mieux en compte le fait que certaines infections sont asymptomatiques. De plus, le terme ITSS prend également en compte que ces infections sont aussi transmises par contacts sanguins, comme dans le cas de l'hépatite B, de l'hépatite C et du SIDA. Toutefois, le "et par le sang" est très contestable, car seulement quelques IST sont transmises par le sang et que la majorité des infections transmises par le sang ne sont pas des IST, donc ce n'est pas vraiment

une caractéristique de ce groupe de maladie. D'ailleurs, certaines IST peuvent aussi être transmises par autre chose comme le lait maternel pour le sida. Le terme infection se détache par ailleurs des maladies génétiques qui peuvent être transmises des parents à l'enfant.

Toutes les pratiques sexuelles qui comportent un contact avec une autre personne (sans protection), ou les fluides génitaux avec un contact direct avec le sang d'une autre personne, sont considérées comme comportant un risque de transmission d'une IST. Chaque IST présente un risque et un degré de gravité différents.

a) Les différents types d'IST [2]

a1) Syphilis :

La syphilis (ou vérole) est une maladie infectieuse, essentiellement contagieuse, transmise en général par les rapports sexuels plus rarement par accident (piqûre), par voie sanguine (transfusion) et aussi par voie transplacentaire (de la mère au fœtus : syphilis congénitale).

La syphilis doit son nom à un chirurgien de Vérone, hieronymus frascatorius, qui en 1530 écrit un poème « syphilis sive morbus gallicus » ou son héros, le berger syphilis (nom emprunté à une légende d'ovidé ou il est question du mont syphile) est frappé par Appollon de la maladie «pour avoir enlevé des autels défendus sur la colline ». Le berger syphilis a offensé le soleil, renversé ces autels et en a enlevé au roi Accinoüs dont il garde le troupeau. Le Dieu soleil, pour le punir lui renvoie le mal Vénérien. Les habitants donnent le nom de syphilis en mémoire ou berger, premier homme atteint de cette maladie contagieuse.

- Épidémiologie

D'après l'OMS, il y aurait environ 65 millions de cas de syphilis dans le monde. Des dizaines de milliers d'individus vont mourir de cette maladie jusqu'au XIXème siècle en l'absence de thérapeutique vraiment efficace. Dans plus de

95% la contamination est sexuelle, les contaminations non vénériennes sont rares. Le nombre de cas ne cesse d'augmenter d'années en années.

- Agent causal

Il s'agit de bactéries spiralées, mobiles à division transversale, le tréponema pallidum est de forme hélicoïdale, a une longueur de 8M à 14 M, une largeur de 0,15 à 0,20M ; la largeur et la profondeur des spires (0,8 à 1M) sont égales et constantes tout le long du corps spirochetien. Cette bactérie est mise en évidence par l'examen au microscope.

a2) Gonococcie

Affection comme depuis très longtemps ainsi c'est l'ancien testament qui le 1^{er} relate l'existence de la gonococcie dans le Lévitique (1500 avant JC) ; les symptômes y sont clairement décrit puis c'est Hippocrate, qui en parle en ces termes « cette maladie frappe ceux qui se livrent avec excès aux plaisirs de VENUS ».

Quant à Galien, un autre médecin (200 avant JC), il attribut les causes de la gonococcie à l'éjaculation involontaire chez l'homme. Il qualifie ces maladies en 2 notes : gones (semant) rhoïa (écoulement). En 1161, une loi interdit aux tenanciers des bordels londoniens d'accueillir sous leur toit les prostituées atteintes de la périlleuse infirmité de brûlement. D'ou le terme de « chaude pisse » que les tirailleurs sénégalais utilisèrent vers la fin des années 1300 pour désigner la gonococcie. Le 1^{er} signe d'une épidémie mondiale de gonococcie apparut lors de la guerre 1914 – 1918.

La prévalence des infections génitales à gonocoque chez les femmes enceintes en milieu africain varie de 1,8 à 11,7%. Le risque de contracter une conjonctivite purulente chez un nouveau né dont la mère est infectée par des gonocoques est de 30 à 40 % s'il n'y a pas de chimioprophylaxie, elle se complique de kératite, dans 10 à 20 % des cas dont bon nombre entraînent une cécité 20 à 40 % des salpingites en Afrique chez les femmes des villes âgées de 15 à 45 ans sont dues aux

gonocoques. Le risque de contracter une gonococcie par des rapports sexuels vaginaux avec une personne contaminée est de 20 à 30%, pour un homme sain et 50 à 80 % pour une femme saine.

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

- Agent causal

L'agent causal est le *Neisseria gonorrhoeae* qui se présente sous forme de diplocoque à gram positif en « grain de café » intra ou extra cellulaires. Le gonocoque est très souvent associé à d'autres germes tels que le chlamydia, le mycoplasme, les trichomonas ou les *Candida albicans*, ce qui confère aux examens de laboratoire toute leur importance.

a3) IST à chlamydia

- Epidémiologie

La prévalence des infections génitales à chlamydia chez les femmes enceintes en milieu urbain Africain varie de 5,3 à 13 % les chlamydiae constituent la 2ème cause d'urétrite chez l'homme dans les pays en voie de développement.

20 à 50 % des salpingites en Afrique chez les femmes des villes âgées de 15 à 45 ans sont dues aux chlamydiae.

- Agent causal

Les chlamydiae sont des bactéries immobiles à gram négatif et sont intracellulaires obligatoires.

Elle se multiplie à l'intérieur du cytoplasme des cellules hôtes, forment des inclusions intracellulaires caractéristiques. Elles se distinguent des virus par leur contenu en ADN, par leur paroi cellulaire semblable en structure à celles des bactéries gram négatif et par leur sensibilité à certains antibiotiques tels que les tétracyclines et l'érythromycine. Le chlamydia trachomatis comporte différents sous groupes (A, B, C, D) agent du trachome, G et K responsable d'infection génito-urinaire, L1, L2, L3 agent de Nicolas-Favre.

a4) Chancre mou

- 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 prostitués.

-Agent causal

L'agent responsable du chancre mou est l'*Haemophilus ducreyi*. En culture les bactéries sont regroupées en « banc de poison »

a5) Affections à trichomonas vaginalis

Le *Trichomonas vaginalis* est un protozoaire microscopique unicellulaire en forme de poire, un peu moins gros qu'un globule blanc. La « queue » du trichomonas se termine par 4 minces filaments, exécutant, de rapides mouvements et permet à cet organisme de se déplacer à vive allure.

a6) Affections à candida Albicans:

Le *Candida albicans* est un Champignon microscopique très fréquent chez les femmes, il est responsable de vaginite avec de violentes démangeaisons à l'entrée de vagin et sur la vulve.

a7) Autres IST

On peut retenir d'autres beaucoup moins fréquentes:

- ✓ Affection à Mycoplasme
- ✓ Affection à *Gardnerella vaginalis*
- ✓ Donovanose due à *Calymmatobacterium granulomatis*
- ✓ Herpès génital due à Herpès simplex
- ✓ Papillomavirus
- ✓ Condylomes
- ✓ Hépatite B
- ✓ Affection à morpion due au *Phthirus pubis*

Les principales infections sexuellement transmissibles sont présentées dans le tableau ci-dessous en fonction du germe, des signes cliniques et du traitement.

Tableau I : Rappel des principales IST, leurs signes cliniques et leurs traitements

<u>Germes</u>	<u>Signes cliniques</u>	<u>Traitement</u>
<u>Neisseria gonorrhoeae</u>	- Femme : écoulement vaginal franchement purulent ou mucopurulent du col, dysurie, ménorragie. (asymptomatique dans 50%) - Homme : écoulement urétral purulent parfois dysurie (asymptomatique dans 5-50%)	-Ciprofloxacine 500 mg (1 comp2 fois/jour*7jours) OU -Cefixime 400 mg (1 comp en prise unique) OU -Ceftriaxone 500 mg (1 injection en IM dose unique. Traiter simultanément une Chlamydiase
<u>Chlamydia trachomatis</u>	- Femme : écoulement vaginal, cervicite, salpingite, endométrite et rarement dysurie (asymptomatique dans plus de 50% des cas) - Homme : Asymptomatique 90% des cas. Urétrite avec écoulement discret avec ou sans dysurie	-Doxycycline 100 mg (1 comp matin et soir *7 jours) OU -Azithromycine 1g (1 comp en dose unique).Traiter simultanément une Gonococcie
<u>Trichomonas vaginalis</u>	Femme : écoulement vaginal jaune-verdâtre, parfois malodorant, irritation vulvaire (asymptomatique 10-90% des cas) - Homme : Asymptomatique le plus souvent ou urétrite avec écoulement discret et parfois dysurie	Metronidazole 500 mg : 2g en prise unique ou 1 comp matin et soir pdt 7 jours .Le Metronidazole traite aussi la vaginite bactérienne difficile à distinguer cliniquement d'une trichomonase
<u>Vaginites bactériennes (Gardenerella vaginalis et autres bactéries)</u>	- Femmes : écoulement vaginal gris – blanc et homogène. Odeur nauséabonde des sécrétions vaginales (poisson pourri) surtout en présence de potasse (KOH)	Metronidazole 500 mg : 2g en prise unique ou 1 comp matin et soir pdt 7 jours .Le Metronidazole traite aussi la vaginite bactérienne difficile à distinguer cliniquement d'une trichomonase
<u>Candida albican</u>	-Surtout chez la Femme : Prurit et vulvo-vaginite, pertes vaginales blanc-crème fréquentes, dysurie parfois -Chez l' Homme : Balanite et rarement urétrite	Femme : Nystatine Ovule (1 ovule tous les soirs au coucher pendant 7 jours) Ou -Clotrimazole ovule (1 ovule tous les soirs au coucher pendant 7 jrs)
<u>Tréponema pallidum</u>	Ulcération unique à fond propre, aux contours réguliers, indolore	Benzylbenzathine pénicilline 2,4 millions en IM Si syphilis secondaire : 2,4 M en IM/semaine x3 semaines

Source : Guide clinique et thérapeutique Médecins sans frontières 7^{ème} édition 2007

3.2.4. Syndrome de l'Immunodéficience Acquis (SIDA) [1]

Le SIDA est le dernier stade de l'infection par le virus HIV et finit par la mort de l'organisme infecté, des suites de maladies opportunistes.

Trois modes de transmission ont été observés :

1. par voie sexuelle, qui est le principal ;
2. injectables, les hémophiles, les transfusés et les professionnels de la santé ;
3. par voie sanguine : qui concerne particulièrement les utilisateurs de drogues de la mère à l'enfant : qui peut survenir in utero dans les dernières semaines de la grossesse, au moment de l'accouchement et de l'allaitement.

a) Historique [9]

Les premiers signes de l'épidémie remontent à la fin des années 1970, lorsque des médecins de New York et de San Francisco s'aperçoivent que beaucoup de leurs patients homosexuels souffrent d'asthénie, de perte de poids et parfois même de forme rare et atypique de cancer (comme le sarcome de Kaposi qui s'attaque aux leucocytes). L'existence d'un problème sanitaire est avérée en juillet 1981 lorsque le Center for Disease Control and Prevention (CDC) d'Atlanta relève une fréquence anormalement élevée de sarcomes de Kaposi, en particulier chez des patients homosexuels.

b) Quelques dates importantes :

- Le premier sérum positif pour VIH a été reconnu en 1958. En 1977 les premiers cas vraisemblables, reconnus en posteriori aux USA.
- Les premières infections opportunistes ont été décrites aux USA chez des homosexuels (pneumocystose et Kaposi) en 1981.
- 1982 : Première définition du SIDA.
- 1983 : L'équipe de Luc Montagnier isole le virus étroitement lié au SIDA.

- 23 Avril 1983 : Robert Gallo et son équipe découvrent l'agent causal du SIDA et l'ont baptisé HTLVIII
- 1985 : Sérologie HIV
- Mai 1986 : Une commission de nomenclature virale forge le sigle VIH
- 1993 : Classification CDC
- 1995 : Développement des bithérapies et de la mesure de la charge virale
- 1996 : Développement des trithérapies

c) Epidémiologie

Dans le monde,

- Depuis le début de l'épidémie, plus de 60 millions de personnes ont été infectées par le VIH et près de 30 millions de personnes sont décédées de causes liées au virus.
- Un décès sur quatre lié au SIDA est dû à la tuberculose, maladie évitable et guérissable.
- Plus de 7000 nouvelles infections par jour en 2009, dans des pays à faible ou moyen revenu dont environ 1000 sont des enfants de moins de 15 ans dont environ 6000 sont des adultes (15 ans et plus) et 51% sont des femmes et 41% des jeunes adultes (15-24 ans).

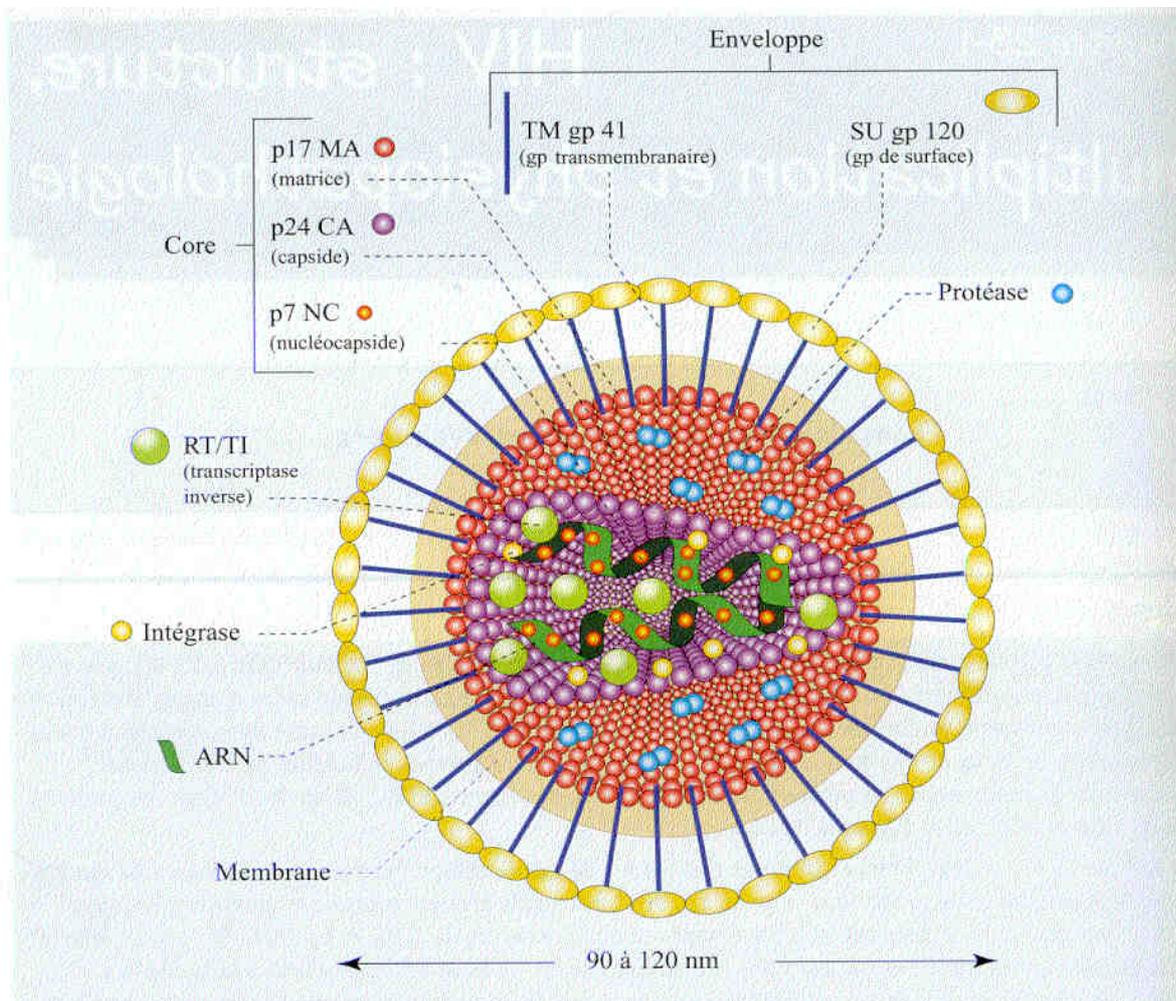


Figure 1: Représentation schématique du VIH-1 (d'après Jean-Marie Huraux 2003)

Le tableau II présente les données épidémiologiques dans les différentes régions du monde (ONU SIDA 11 /2010)

Tableau II : Prévalence des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) en fonction de la population mondiale

POPULATION	PREVALENCE	TOTAL DES PVVIH
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	5%	22,5 MILLIONS
AFRIQUE DU NORD ET MOYEN ORIENT	0,2%	460 MILLES
ASIE DU SUD/SUD-EST	0,3%	4,1 MILLIONS
ASIE DE L'EST	≤1%	770 MILLES
AMERIQUE CENTRALE/SUD	0,5%	1,4 MILLIONS
AMERIQUE DU NORD	0,5%	1,5 MILLIONS
CARAIBES	0,1%	240 MILLES
EUROPEORIENTALE ASIE/CENTRALE	0,8%	1 ,4 MILLIONS
EUROPE OCCIDENTALE/CENTRALE	0,2%	820 MILLES

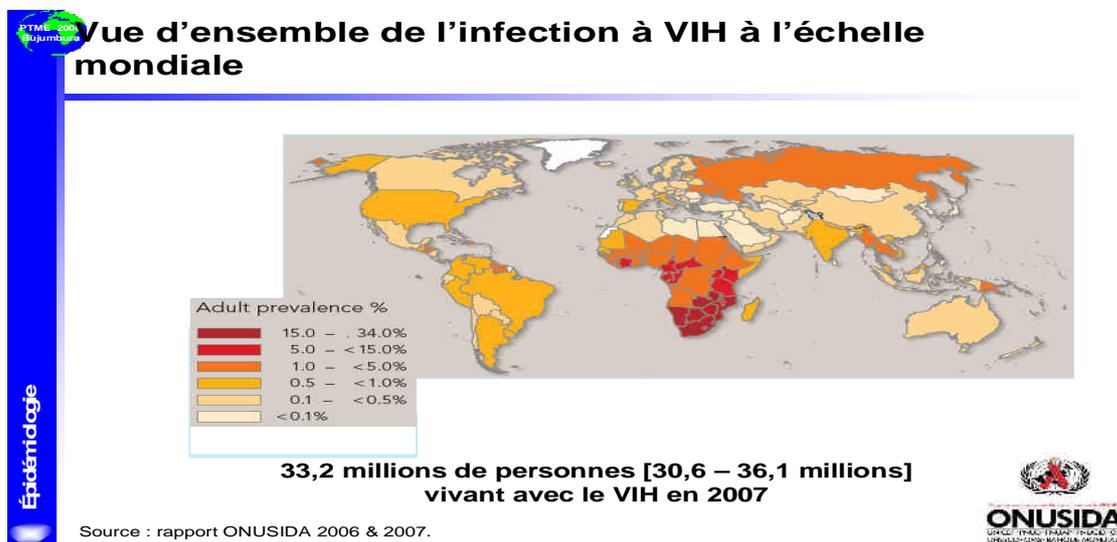


Figure 2 : représentation de l'infection à VIH à l'échelle mondiale

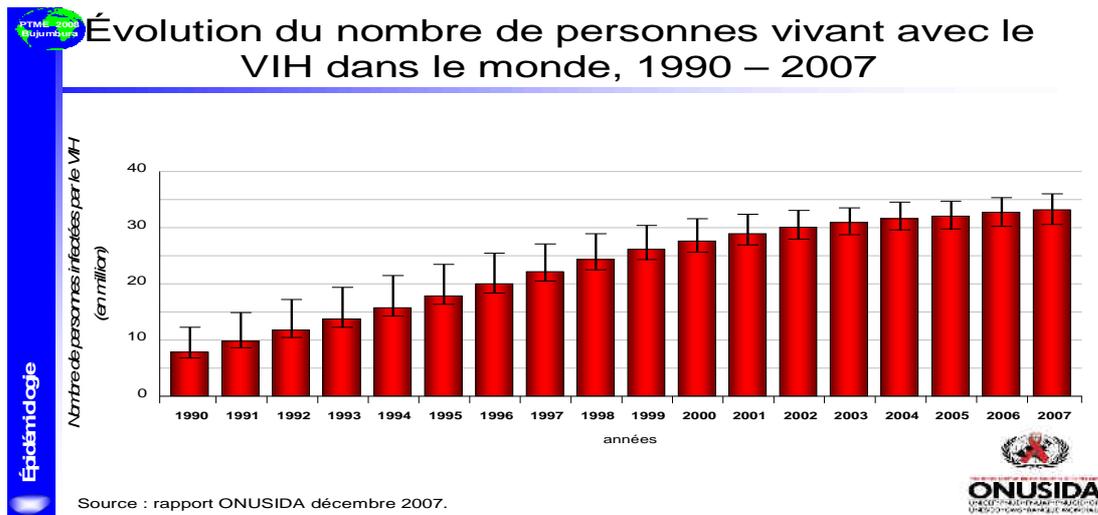


Figure 3 : Evolution du nombre des PVVIH dans le monde de 1990 à 2007

d) Modes de transmission

Les trois modes de transmission du VIH ont chacun leurs particularités :

➤ La transmission par voie sexuelle

La plupart des infections par le VIH ont été ou sont encore acquises à l'occasion de rapports sexuels non protégés. La transmission sexuelle se fait par contact entre les sécrétions sexuelles (ou du sang contaminé par le virus) et les muqueuses génitales, rectales ou buccales. La probabilité de transmission varie selon le type de rapport sexuel avec une personne infectée entre 0,005 % et 0,5 % par acte sexuel. Le meilleur moyen de protection contre le VIH dans ce mode de transmission est le préservatif. Suite à la synthèse de plusieurs études, il a été montré que l'usage du préservatif lors de chaque rapport et de manière correcte fait baisser le risque d'infection de 85 %.

➤ La transmission par voie sanguine

Ce mode de contamination concerne tout particulièrement les usagers de drogues injectables, les hémophiles et les transfusés. Les professionnels de santé (soins infirmiers, laboratoires) sont aussi concernés, bien que plus rarement. Il ne faut pas

négliger les risques de contamination par aiguilles souillées et non ou mal désinfectées (tatouages). La probabilité de transmission varie entre 0,67 % pour le partage de seringue avec un toxicomane séropositif au VIH et 90 % pour la transfusion sanguine avec du sang contaminé.

➤ **La transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse**

La transmission mère-enfant du virus peut survenir in utero dans les dernières semaines de la grossesse, et au moment de l'accouchement. À noter une tendance à la fausse séropositivité au VIH chez les multipares. En l'absence de traitement, le taux de transmission, entre la mère et le fœtus, avoisine les 20 %. L'allaitement présente aussi un risque supplémentaire de contamination du bébé, de l'ordre de 5 %, ce qui explique qu'il soit déconseillé en cas d'infection de la mère. Actuellement, les traitements disponibles alliés à une césarienne programmée ont réduit ce taux à 1 %. Les résultats sont plus mitigés dans les pays en voie de développement, le risque de transmission postnatale diminuant grâce à l'utilisation de la Névirapine jusqu'à 13 %.

e) Liens entre IST et SIDA

La présence d'autres IST facilite la transmission du VIH .Le chancre mou, la chlamydiae, la gonorrhée, la syphilis et la trichomonas peuvent augmenter de deux à neuf fois le risque de transmission du VIH .Le lien entre l'infection par le VIH et les autres IST permet d'expliquer en partie le fait que le VIH se soit propagé si rapidement en AFRIQUE par comparaison avec l'EUROPE et les ETATS UNIS ou les IST sont plus souvent traitées et guéries .Ces IST peuvent accroître la transmission du VIH pour deux raisons :

-Les IST ulcéraives ouvrent une porte directe au VIH dans le système sanguin de la personne infectée .Dans tous les cas. Elles augmentent le nombre de globules blancs lesquels constituent à la fois une cible et une source du VIH dans l'appareil génital alors que l'inflammation génitale peut causer des microtraumatismes

pouvant permettre au VIH de pénétrer dans le corps. Les maladies qui provoquent une inflammation du vagin ou de l'urètre sont beaucoup plus répandues que les maladies causant des ulcérations génitales et il se peut par conséquent qu'elles contribuent dans une large mesure à la transmission du VIH . Alors que l'infection au VIH ne peut être guérie, il est possible de traiter de façon adéquate les IST rapidement et a bon prix. Compte tenu des liens entre ces maladies il devient alors important d'intervenir sur les IST.

IV-MÉTHODOLOGIE

4.1. Le cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans les quartiers de la Commune I du District de Bamako à savoir : Banconi, Boukassoumbougou, Sikoroni, Djélibougou, Doumanzana, Korofina Nord, Korofina Sud.

4.1.1. Présentation de la Commune I [9]

a) Historique

La commune I est née de la division administrative de Bamako en six communes par l'ordonnance du 18 août 1978 et modifiée par la loi de février 1982

b) Les limites

C'est une commune périphérique de Bamako composée de neuf quartiers à savoir: Banconi, Boukassoumbougou, Djélibougou, Doumanzana, Fadjiguila, Sotuba, Korofina Nord, Korofina Sud et Sikoroni. Le quartier le plus peuplé est Banconi (88 317 habitants) et le moins peuplé est Sotuba (4 334 habitants). La commune I est limitée au Nord par la commune rurale de Djalakorodji (cercle de Kati), à l'Ouest par la Commune II, au Nord-est par la commune rurale de Sangarébourgou (cercle de Kati), à l'Est par la commune rurale de Gabakourou III et au sud par le fleuve Niger, elle couvre une superficie de 3.426 km².

c) Climat

La commune I a un climat soudanien. Elle bénéficie de ce fait d'un climat tropical assez humide avec un total des précipitations annuelles de 878 millimètres mais avec une saison sèche et une saison des pluies bien marquées. Le mois le plus sec ne reçoit en effet pas la moindre goutte de pluie (précipitations égales à 0 mm en décembre) tandis que le mois le plus pluvieux est bien arrosée (précipitations égales à 234 mm en août).

d) Végétation

La commune I est une commune verte de par sa végétation. Les arbres les plus rencontrés sont : Les nymiers et les manguiers. Cette végétation est en voie de disparition du fait des problèmes d'extension de la commune donc les populations des quartiers périphériques arrachent les arbres pour occuper les espaces.

e) Population

La commune I compte 273.207 habitants. L'accroissement démographique de la commune I est impressionnant, elle compterait en 2011 près de 300 000 habitant et continue d'attirer une population rurale en quête de travail. Cet accroissement incontrôlé entraîne des difficultés importantes en termes de circulation, de promiscuité, d'hygiène (accès à l'eau potable, assainissement), pollution.

La commune compte environ 139.337 femmes et 133.870 hommes dont les enfants scolarisables sont estimés à 36.683. Les ethnies les plus rencontrées sont: Bamanan, Soninké, Malinké, Peulh, Dogon, Sonhaï.

Le tableau suivant présente les quartiers de la commune I avec leur population.

Tableau III : Représentation de la commune I par quartier

Quartiers	Population
Banconi	88 317
Boukassoumbougou	41 363
Sikoroni	32 722
Djélibougou	30 892
Doumanzana	26 294
Korofina Nord	21 163
Fadjiguila	21 149
Korofina Sud	6 933
Sotuba	4 374
TOTAL	273 207

f) Pratiques socio-culturelles en rapport avec la santé

La commune I présente une diversité socio culturelle qui trouve son fondement dans sa diversité ethnique. Les croyances et les perceptions ainsi que les tabous et interdits ont toujours constitué des obstacles pour la promotion de la santé et surtout sur ce qui concerne la sexualité.

g) Education :

La commune I est la 2^{ème} commune la plus peuplée de Bamako après la commune VI. En 2006 le nombre d'enfants scolarisables de la commune I était le plus élevé de Bamako (36.683). Malgré les efforts déployés par le ministère de l'éducation, l'enseignement connaît des maux liés d'une part au nombre pléthorique des élèves et d'autre part au manque d'infrastructures scolaires. Ces dernières années ont vu l'émergence de plusieurs écoles d'enseignement technique et lycées privés qui diminuent lentement le surnombre dans les établissements publics de la commune.

h) Organisation administrative et territoriale [13]

La création de la Commune I remonte à 1978 par la division de Bamako en 6 communes. Depuis 1993, elle bénéficie du statut de collectivité territoriale décentralisée, ce qui lui confère un statut de personne morale et une autonomie financière.

i) Atouts et obstacles au développement local

En 2000, la politique de développement local de la Commune I rencontre différents obstacles, tels que le manque de moyens humains et financiers, le manque de formation du personnel et des élus, des difficultés de communication internes. De plus, ces nouvelles structures entrent parfois en conflit avec le mode de vie traditionnel, ce qui provoque des déséquilibres culturels.

Face à cela existent des atouts majeurs : la forte mobilisation des acteurs locaux et de l'équipe municipale pour le développement, ainsi que les compétences nouvelles acquises par la décentralisation.

Au sein de la Commune I, différentes structures définissent, impulsent et mettent en œuvre la politique de développement local : le bureau communal, le conseil communal, ainsi que les services généraux et les services techniques.

j) Situation sanitaire de la commune I

Son environnement est insalubre, du fait de la précarité de l'habitat et de la généralisation des problèmes de collecte des déchets et des eaux usées, occasionnant des problèmes d'assainissement et de santé que la population croissante ne parvient pas à maîtriser. La maladie la plus fréquente reste le paludisme qui occupe le 1^{er} rang des consultations.

-Organisation du secteur de la santé [13] :

Le secteur sanitaire en commune I n'est pas différent de celui de l'ensemble du district de Bamako. Il est structuré suivant un plan échelonné comprenant :

*Un centre de santé de référence (CSRef) qui joue le rôle de district sanitaire, coordonne les activités des ASACO et élabore les plans et stratégies de la commune en collaboration avec la direction nationale de la santé pour la mise en œuvre des différents programmes nationaux de santé (ex : campagne de vaccination).

*Des associations de santé communautaire (ASACO) qui apparaissent comme des populations organisées pour participer à la mise en œuvre et la gestion d'un centre de santé communautaire (CSCOM). La création d'une ASACO est soumise à l'ordonnance n°41/PCG du 28 mars 1959. Ainsi en 1989, la commune I a été la première à créer une ASACO, ASACOBAMA au Banconi qui veut dire en Bamanan « An sago ba la », en français « Nous sommes maître du jeu ». Ce qui a boosté les populations des autres quartiers à se doter d'une ASACO. Ainsi chaque quartier dispose maintenant de son ASACO.

*Des CSCOM : Elles ont été créées suivant l'arrêté interministériel N° 94-5092/MSSPA-MATS-MF.

Ce sont des formations sanitaires de 1^{er} niveau créées sur la base de l'engagement des populations organisées en ASACO pour répondre de façon efficace et efficiente à leur problème de santé (article 3).

En termes de structures sanitaires, la commune I compte :

- 1 CSREF,
- 11 CSCOM,
- 37 cabinets et cliniques privés, 33 pharmacies.

Le tableau ci-après présente les ressources humaines dans le secteur public de la santé en commune I.

Tableau IV : répartition du personnel selon les aires de santé de la commune I.

N°	Aires de santé	Médecin	Infirmier 1 ^{er} Cycle	Sage- femme	Matrones	Infirmier Obstétricien	Aide- soignant	TOTAL
1	ASACOBBA	3	0	2	5	1	0	11
2	ASACOMSI	2	1	2	6	0	0	11
3	ASACOPDJE	2	0	1	3	1	1	8
4	ASACOBOUL1	1	1	2	0	0	3	7
5	ASACOBOUL2	1	1	2	0	0	4	8
6	ASACOKOSA	1	0	1	4	0	2	8
7	ASACODOU	1	0	1	2	0	0	4
8	ASACOFADI	1	0	1	4	1	0	7
9	ASACODJAN	1	0	1	4	0	1	7
10	ASACONORD	1	0	1	2	1	2	7
11	SOTUBA	1	1	0	0	0	2	4
TOTAL		15	4	14	30	4	15	82

La figure ci-dessous représente la carte de la commune I avec ses différents quartiers

Les Quartiers de la Commune I



Figure 5 : carte de la commune I avec les quartiers

Sources : Institut Géographique du Mali (IGM), ARP Développement, Energie du Mali (EDM), Cellule Technique d'Appui aux Communes (CTAC), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI), DNDS/PDSU

Conception et Réalisation : Observatoire Urbain de la Commune I et Cellule SIG du PDSU

4.2. Type d'étude et période

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique qui s'est déroulée de juin à juillet 2011.

4.3. Population d'étude

La population d'étude était constituée par des adolescents/adolescentes de 15-19 ans.

4.3.1 Critères d'inclusion

-Tout adolescent/adolescente de 15-19 ans scolarisé(e)s résidant en commune I du district de Bamako depuis plus d'un an et acceptant de répondre à nos questions.

-Tout adolescent/adolescente non scolarisé(e)s de 15-19 ans résidant en commune I du district de Bamako depuis plus d'un an et acceptant de répondre à nos questions.

4.3.2. Critères de non inclusion

-Tout adolescent/adolescente scolarisé (e) et non scolarisé (e) résidant en commune I du district de Bamako depuis moins d'un an.

-Tout adolescent remplissant les critères d'inclusion mais qui n'est pas en état de répondre aux questions le jour de l'enquête.

4.4. Taille de l'échantillon

Selon CISSÉ H. [14], la proportion des adolescents qui connaissent au moins deux IST est de 82,4% pour le groupe scolarisé et 69% pour le groupe non scolarisé.

Si on prend $\alpha = 5\%$, $1-\beta = 80\%$, le calcul de la taille pour 2 proportions sur Épi info version 6 donne :

Groupe I scolarisés = 186

Groupe II non scolarisés = 186

Si on ajoute 10% à la taille, on obtient :

Groupe I : Scolarisés = 204

Groupe II : Non scolarisés = 204

4.5. Échantillonnage :

Nous avons utilisé la technique d'échantillonnage en grappe à plusieurs degrés.

- a) Nous avons établi la liste nominative des 9 quartiers de la commune I.
- b) Pour avoir l'effectif cumulé, on a ajouté les populations d'un 1^{er} quartier à celle d'un second et ainsi de suite jusqu'à obtenir l'effectif cumulé total de l'ensemble de la commune I.

Nous avons pris 30 grappes.

Le tableau ci-dessous représente les quartiers de la commune I, leurs populations, les effectifs cumulés

Tableau V : représentation des quartiers de la commune I en fonction de leurs populations et des effectifs cumulés

Quartiers	Habitants	Effectifs cumulés
Sikoroni	32.722	32.722
Banconi	88.317	121.039
Korofina Nord	21.163	142.202
Korofina Sud	6.933	149.135
Djélibougou	30.892	180.027
Boukassoumbougou	41.363	221.390
Doumanzana	26.294	247.684
Sotuba	4.374	252.058
Fadjiguila	21.149	273.207
Total	273.207	

c) Pour avoir le pas de sondage, on a divisé la population cumulée par le nombre de grappe (273 207/30), ce qui a donné un chiffre de 9107.

d) Nous avons choisi au hasard un chiffre inférieur à 9107 à partir d'une table de nombre au hasard. En procédant ainsi, nous avons tiré le chiffre 8950. Ce chiffre correspond à la 1^{ère} grappe (8950). Puis nous avons ajouté à ce chiffre le pas de sondage pour le choix de la 2^{ème} grappe ainsi de suite jusqu'à atteindre les 30 grappes à retenir.

Le tableau ci-dessous résume les quartiers, les populations, les effectifs cumulés et les grappes.

Tableau VI : représentation des quartiers de la commune I en fonction de leurs populations, des effectifs cumulés et des grappes.

Quartiers	Populations	Effectifs Cumulés	Numéro de grappes
Sikoroni	32.722	32722	1-2-3-4
Banconi	88.317	121039	5-6-7-8-9-10-11
Korofina Nord	21.163	142202	12-13-14-15-16
Korofina Sud	6.933	149135	17-18-19-20
Djélibougou	30.892	180027	21-22-23-24
Boukassoumbougou	41.363	184401	25-26-27
Doumanzana	26.294	210695	28-29-30
Sotuba	4.374	252058	-
Fadjiguila	21.149	273207	-
Total	273.207		-

e) Pour avoir le nombre d'adolescent par grappe : nous avons divisé la taille par le nombre de grappe : $408 \div 30 = 13,6$ qu'on a arrondi à 14 adolescents.

Dans chaque grappe retenue, 14 adolescents seront choisis au hasard. Si le quartier dispose plus d'une grappe, alors le nombre d'adolescents à enquêter sera 14 multiplié par le nombre de grappe que dispose ce quartier (Voir tableau III ci-dessous).

Tableau VII : répartition des quartiers de la commune I en fonction du nombre de grappe et de la taille de la population par grappes

Quartiers	Nombre de grappe	Taille par grappes
Sikoroni	4	14x4= 56
Banconi	7	14x7= 98
Korofina Nord	5	14x5= 70
Korofina Sud	4	14x4= 56
Djélibougou	4	14x4= 56
Boukassoumbougou	3	14x3= 42
Doumanzana	3	14x3= 42
Sotuba	-	-
Fadjiguila	-	-
Total	30	≈ 410

f) Pour accéder aux concessions nous nous sommes rendu chez le chef de quartier, on a ensuite jeté un crayon de papier et le bout du crayon nous a déterminé le chemin à prendre pour le choix de la première concession.

Au niveau de chaque ménage deux cibles ont été interrogées. Dans les ménages où il y avait plus de deux adolescents, on a tiré au hasard deux. Dans les concessions où il n'y a qu'une seule cible on l'inclue et on passe à la concession suivante. Et ceci de proche en proche jusqu'à atteindre les 205 scolarisés et 205 non scolarisés.

4.6. Les variables :

4.6.1. Variables relatives à l'adolescent (e) :

a) Caractéristiques sociodémographiques :

-Age

-Sexe

-Statut matrimonial

-Niveau de scolarisation

-Religion

-Ethnie

-Résidence

b) Exposition aux médias

-type de médias

-fréquence d'exposition

c) Connaissances de la PF:

- sens donné à la PF ;

-méthodes contraceptives ;

- lieu de prestation de PF ;

- connaissance des avantages de la PF ;

- connaissance des inconvénients de la PF ;

-besoins d'information sur la PF.

- source d'information sur la PF ;

d) Attitudes vis à vis de la PF

-Approbation de la PF

-Raisons d'approbation de la PF

e) Pratique en matière de PF

-Fréquentation des services de PF,

-Méthode utilisée

-Raisons de pratique de la PF

-Raisons de non pratique de la PF

f) Connaissance des IST/SIDA

- Type d'IST ;

-Signes/Symptômes d'IST ;

- moyens de transmissions des IST/SIDA ;

- moyens de prévention des IST/SIDA ;

- test de dépistage VIH

-lieu de prestation

-les sources d'approvisionnement en préservatif ;

- la possibilité d'être infecté par les IST/VIH sans manifester les symptômes ;

- les populations les plus exposées ;

- la possibilité d'être guéri du sida ;
- sur l'utilisation du condom ;
- sur l'introduction de l'enseignement de la sexualité à l'école ;
- sources d'information sur les IST/SIDA

g) Attitudes et comportements sexuels des adolescents

- rapport sexuel ;
- âge idéal pour les premiers rapports sexuels ;
- motifs des rapports sexuels précoces ;
- dangers des rapports sexuels précoces;
- nombre de partenaires sexuels ;
- rapports avec les partenaires occasionnels ;
- utilisation du préservatif (au cours des rapports sexuels);
- raisons de non utilisation des préservatifs ;
- utilisation du préservatif même si le partenaire sexuel s'y oppose ;
- difficultés rencontrées dans l'approvisionnement en préservatif.
- existence du SIDA
- raisons de l'existence du SIDA ;
- raisons de non existence du SIDA ;
- acheter un produit alimentaire avec un vendeur séropositif ;

h) Pratique en matière d'IST/SIDA

- port de préservatif
- abstinence
- fidélité mutuelle

4.6.2. Variables relatives aux parents :

- niveau d'instruction
- profession

4.7. Aspect opérationnel des variables

Nous avons défini les différentes modalités de chaque variable pour les mesurer. Le détail figure en annexe.

4.8. Techniques et outils de collecte

On a procédé à des entretiens avec les adolescents. Un guide d'entretien a été élaboré et administré à tout adolescent inclus dans l'étude selon son consentement.

4.9. Déroulement

Les autorités administratives et sanitaires ont été informées de la tenue de l'enquête par une demande d'autorisation de collecte de données.

Des enquêteurs (4) ont été formés sur le remplissage de l'outil. Un pré-test de l'outil a été réalisé dans un autre quartier de la commune pour corriger d'éventuelles insuffisances. Les enquêteurs ont été chargés des entretiens avec les adolescents.

La supervision a été assurée par moi-même chaque jour en fin de journée. J'ai vérifié les fiches pour m'assurer de la qualité de remplissage des outils.

4.10. Traitement et analyse des données

Le dépouillement a été manuel. Les données ont été saisies à l'aide du logiciel épi info.2000 version 6.4. Le test de χ^2 de *Pearson* a été utilisé avec un seuil de 0,05 pour rechercher la liaison entre les variables dépendantes et les variables indépendantes. La relation est significative pour $p < 0,05$.

4.11. Éthique :

Le protocole a été validé. Des lettres ont été adressées aux autorités sanitaires pour les informer et obtenir leur accord avant le démarrage de la collecte des données. Le consentement éclairé des enquêtés a été demandé avant l'administration du questionnaire. La collecte des données a été effectuée de manière anonyme sans précision des noms des cibles. La confidentialité sur les données collectées a été préservée. L'avantage de notre étude est qu'elle apportera des renseignements utiles sur les connaissances, attitudes et pratiques des adolescents de la commune I sur la PF et IST/SIDA. Les recommandations qui en découleront, seront mises à la disposition des autorités sanitaires de la commune I pour contribuer à améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescents de la commune I sur la PF et IST/SIDA.

L'inconvénient le plus probable a été le fait qu'on a abordé des questions dont les adolescents n'ont pas l'habitude d'aborder avec un inconnu et qui sont longtemps restées tabous, vu que les questions sont un peu nombreuses cela leur a fait perdre souvent leur temps. Les adolescents ont été informés de toutes les étapes de l'étude.

4.12. Les limites de l'étude

Le problème de la détermination de l'âge de certains adolescents non scolarisés et les tabous liés à la sexualité ont constitué les principaux handicaps rencontrés au cours de cette enquête. Pour pallier à cette insuffisance, les âges indiqués ont été estimés avec l'aide des parents ou tuteurs.

4.13. Les difficultés rencontrées

La réalisation de cette enquête a été sujette à de nombreuses difficultés parmi lesquelles on peut citer la méfiance de certaines personnes à toute intrusion étrangère, la difficulté à trouver des interprètes pour les enquêtés qui ne comprennent ni le français ni le bambara, la mainmise de certains chefs de familles sur leurs enfants les interdisant de répondre à nos questions.

V- RESULTATS

Après les caractéristiques des enquêtés, nous allons présenter les résultats par objectif.

5.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés et de leurs parents

Tableau VIII : répartition des enquêtés selon leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, statut matrimonial, religion, ethnie)

Caractéristiques des enquêtés	Scolarisés (n=205)	Non scolarisés (n=205)	P
Age			
15- 16	72(35,1%)	46(22,4%)	0,15
17-18	73(35,6%)	105(51,2%)	
19-20	60(29,2%)	54(26,3%)	
Sexe			
Masculin	128(62,4%)	105(51,2%)	0,07
Féminin	77(37,6%)	100(48,8%)	
Statut matrimonial			
Célibataire	195(95,1%)	189(92,2%)	0,25
Marié	10(4,9%)	16(7,8%)	
Religion			
Chrétien	40(19,5%)	33(16%)	
Musulman	161(78,5%)	169(82,4%)	
Sans religion	4(1,9%)	3(1,5%)	
Ethnie			
Bambara	88(42,9%)	74(36%)	
Peulh	48(23,4%)	46(22,4%)	
Sonrhäï	11(5,4%)	24(11,7%)	
Dogon	26(12,7%)	23(11,2%)	
Malinké	7(3,4%)	18(8,8%)	
Sarakolé	12(5,9%)	10(4,9%)	
Autre	12(5,9%)	11(5,4%)	

Les classes d'âge étaient comparables dans les deux groupes et la classe prédominante, 17-18 ans représentait 35,6% chez les scolarisés contre 51,2% chez les non scolarisés.

La répartition par sexe était comparable dans les deux groupes avec 62,4% de masculin chez les scolarisés contre 51,2% chez les non scolarisés.

La presque totalité des enquêtés était célibataire avec 95,1% de scolarisés contre 92,2% de non scolarisés.

La religion prédominante était l'Islam avec 78,5% de scolarisés contre 82,4% de non scolarisés

L'ethnie Bambara était la plus représentée avec 42,9% de scolarisés contre 36% de non scolarisés

Tableau IX : répartition des enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques des parents (niveaux d'instruction père et mère, professions des parents)

Caractéristiques des parents	Scolarisés (n=205)	Non scolarisés (n=205)
Niveau d'instruction du père		
Aucune instruction	21(10,2%)	41(20%)
Primaire	25(12,2%)	104(50,7%)
Secondaire	107(52,2%)	50(24,4%)
Supérieur	52(25,4%)	10(4,9%)
Niveau d'instruction de la mère		
Aucune instruction	26(12,7%)	60(29,3%)
Primaire	23(11,2%)	96(46,8)
Secondaire	113(55,1%)	44(21,4%)
Supérieur	43(21%)	5(2,4%)
Profession des parents		
Fonctionnaire	151(73,7%)	77(37,6%)
Non Fonctionnaire	54(26,3%)	128(62,4%)

Parmi les pères des scolarisés, 52,2% ont atteint le niveau secondaire et un peu plus de la moitié soit 50,7% étaient de niveau primaire chez les non scolarisés. Chez les scolarisés, 55,1% des mères ont atteint le niveau secondaire et 46,8% chez les non scolarisés étaient de niveau primaire.

Parmi les scolarisés, 73,7% des parents étaient fonctionnaires et 62,4% chez les non scolarisés étaient non fonctionnaires.

5.2. Connaissances sur la PF

Tableau X : répartition des enquêtés selon leurs connaissances sur la PF (déjà entendu parler de la PF, le sens, avantages, inconvénients et méthodes PF)

Connaissances sur la PF	Scolarisés	Non scolarisés	P
Entendu parler de la PF	(n=205)	(n=205)	
Oui	180(87,8%)	189(92,2%)	0,23
Non	25(12,2%)	16(7,8%)	
Sens donnée à la PF	(n=180)	(n=189)	
Espacer les naissances	154(85,5%)	146(78,3%)	0,13
Lutte vs IST GND	21(11,7%)	31(16,4%)	
Bonne sante mère enfant	5(2,8%)	11(5,8%)	
Avantage de la PF	(n=180)	(n=189)	
Oui	172(95,6%)	176(93,1%)	0,31
Non	8(4,4%)	13(6,9%)	
Avantages cités	(n=172)	(n=176)	
Espacement des naissances	36(20,9%)	27(15,3%)	
Lutte vs IST et grossesse	7(4%)	5(2,8%)	
Bonne santé mère-enfant	65(37,8%)	60(34%)	
Bonne éducation des enfants	7(4%)	7(4%)	
Bonne gestion de la famille	19(11%)	7(4%)	
Moins de dépenses	38(22%)	54(30,7%)	
Réalisation des projets de vie	0(0%)	16(9%)	
Inconvénient de la PF	(n=180)	(n=189)	
Oui	8(4,4%)	13(6,9%)	
Non	172(95,6%)	176(93,1%)	0,31
Inconvénients cités	(n=8)	(n=13)	
Avortement	3(37,5%)	4(30,8%)	
Diminution de la population	0(0%)	4(30,8%)	
Stérilité	5(62,5%)	5(38,4%)	

Parmi les enquêtés il y a 87,8% de scolarisés contre 92,2% de non scolarisés qui ont entendu parler de PF.

Parmi les enquêtés ayant entendu parler de PF, 85,5% de scolarisés l'assimilent à l'espacement des naissances contre 78,3% chez les non scolarisés.

Il y a 95,6% de scolarisés qui estiment qu'il existe des avantages à la PF contre 93,1% chez les non scolarisés.

Parmi les avantages de la PF, la bonne santé de la mère et de l'enfant a été le plus cités par les enquêtés avec 37,8% de scolarisés contre 34% de non scolaires.

Seulement 4,4% des scolarisés contre 6,9% des non scolarisés ont dit qu'il existe des inconvénients à la PF.

Parmi ceux qui ont cité des inconvénients ; 62,5% de scolarisés ont cité la stérilité contre 38,4% de non scolarisés.

Tableau XI: répartition des enquêtés selon leurs connaissances des méthodes (connaissance des méthodes PF, méthodes modernes citées, méthodes modernes traditionnelles citées et sources d’approvisionnement en condom)

Connaissances des méthodes PF	Scolarisés	Non scolarisés
Connait une méthode PF	(n=180)	(n=189)
Oui	180 (100%)	189(100%)
Non	0(0%)	0(0%)
Méthodes modernes citées	(n=180)	(n=189)
Condom-implant	1(0,5%)	2(1%)
DIU	2(1%)	32(16,9%)
Implant	42(23,3%)	14(7,4%)
Pilule	5(2,8%)	42(22,2%)
Pilule-condom	46(25,6%)	35(18,5%)
Pilule-condom-implant	84(46,7%)	61(32,3%)
Méthodes traditionnelles citées	(n=180)	(n=189)
Abstinence	30(16,7%)	54(28,6%)
Abstinence/herbe	0(0%)	1(0,5%)
Contenance	0(0%)	1(0,5%)
Retrait	60(33,3%)	41(21,7%)
Retrait/abstinence	89(49,4%)	88(46,6%)
Retrait/abstinence/herbe	1(0,5%)	0(0%)

Tous les enquêtés ayant déjà entendu parler de PF ont déclaré connaître au moins une méthode PF.

Il y a 46,7% de scolarisés contre 32,3% de non scolarisés qui ont cité Pilule/condom/implant comme moyens contraceptif moderne et 49,4% de scolarisés contre 46,6% de non scolarisés ont cité retrait/abstinence comme moyen contraceptif traditionnel.

5.3. Attitudes et pratiques vis-à-vis de la PF

Tableau XII : répartition des enquêtés selon les attitudes face à la PF (âge idéal pour le 1^{er} rapport sexuel, motifs poussant à des rapports sexuels précoces)

Attitudes PF	Scolarisés (n=205)	Non scolarisés (n=205)	P
Âge idéal			
15	2 (0,9%)	5(2,4%)	0,028
16	2(0,9%)	9(4,3%)	
17	13(6,3%)	11(5,4%)	
18	182(88,7%)	179(87,3%)	
19	2(0,9%)	1(0,5%)	
20	4(1,8%)	0(0%)	
Motifs des rapports sexuels précoces			
Curiosité	56(27,3%)	37(18%)	
Envie	17(8,3%)	16(7,8%)	
Environnement social	2(0,9%)	29(14,1%)	
Inceste	7(3,4%)	5(2,4%)	
Mauvaise éducation	44(21,5%)	34(16,6%)	
Mauvaise fréquentation	25(12,2%)	11(5,4%)	
Media	30(14,6%)	36(17,6%)	
Non excision	4(1,8%)	5(2,4%)	
Ne sais pas	9(4,3%)	7(3,4%)	
Pauvreté	11(5,4%)	25(12,2%)	

Les enquêtés scolarisés ayant cité 18 ans comme âge idéal pour les 1^{er} rapports sexuels étaient supérieurs par rapport aux non scolarisés avec 88,7% contre 87,3%.

Il y a 27, 3% de scolarisés contre 18% de non scolarisés qui ont cité la curiosité de découvrir les rapports sexuels comme principal motif pouvant pousser à des rapports sexuels précoces.

Tableau XIII: répartition des enquêtés selon les dangers liés aux rapports sexuels précoces

Dangers des rapports sexuels précoces	Scolarisés	Non scolarisés	P
Dangers des rapports sexuels précoces	(n=205)	(n=205)	
Oui	167(81,4%)	173(84,3%)	0,43
Non	38(18,5%)	32(15,6%)	
Dangers cités	(n=167)	(n=173)	
Abandon scolaire	14(8,3%)	15(8,6%)	
Avortement	5(2,9%)	12(6,9%)	
Désobéissance	0(0%)	9(5,2%)	
Destruction des projets de vie	0(0%)	4(2,3)	
Fugue	13(7,7%)	9(5,2%)	
Grossesse précoce	57(34,1%)	52(30%)	
IST/GND	51(30,5%)	46(26,6%)	
Prostitution	13(7,7%)	3(1,7%)	
Retard de croissance	12(7,2%)	15(8,6%)	
Retard de mariage	2(1,2%)	8(4,6%)	

Parmi les enquêtés 81,4% de scolarisés contre 84,3% de non scolarisés ont admis qu'il existe des dangers aux rapports sexuel précoces.

Il y a 34,1% de scolarisés contre 30% de non scolarisés qui ont cité la grossesse précoce comme principal danger lié aux rapports sexuels précoces.

Tableau XIV : répartition des adolescents selon qu'ils approuvent ou non la PF

Approbation de la PF	Scolarisés	Non scolarisés	P
Approuvez-vous la PF?	(n=180)	(n=189)	
Oui	164(91,1%)	154(81,5%)	0,000
Non	16(8,9%)	35(18,5%)	
Pourquoi approuvez-vous la PF?	(n=164)	(n=154)	
Bonne gestion de la famille	13(7,9%)	38(24,7%)	
Bonne sante mère enfant	51(31%)	49(31,8%)	
Espacement des naissances	18(11%)	15(9,7%)	
Famille heureuse	17(10,4%)	13(8,44%)	
Lutte vs IST/GND	17(10,4%)	12(7,8%)	
Moins de dépense	32(19,5%)	20(13%)	
NSP	12(7,3%)	7(4,5%)	
Pourquoi vous n'approuvez pas la PF?	(n=16)	(n=35)	
J'aime beaucoup d'enfants	2(12,5%)	2(5,7%)	
Je n'aime pas	0(0%)	2(5,7%)	
Coutume	2(12,5%)	1(2,9%)	
Dangereux	1(6,2%)	0(0%)	
Effets secondaires	0(0%)	2(5,7%)	
Jeune âge	4(25%)	14(40%)	
NSP	1(6,2%)	9(25,7%)	
Pas bon	3(18,7%)	1(2,9%)	
Religion	3(18,7%)	4(11,4%)	

Les scolarisés étaient plus favorables à l'approbation à la PF que les non scolarisés avec 91,1% contre 81,5%.

Il y a 31% de scolarisés contre 31,8% de non scolarisés qui ont avancé la bonne santé mère-enfant comme principale raison pour laquelle ils approuvent la PF.

Parmi ceux qui n'approuvent pas la PF, 25% de scolarisés et 40% de non scolarisés ont justifié leur refus par leur jeune âge.

Tableau XV: répartition des enquêtés selon les besoins d'information sur la PF

Besoin d'information	Scolarisés	Non scolarisés	P
Avez-vous besoin des infos sur PF/IST/SIDA?	(n=205)	(n=205)	
Oui	187(91,2%)	196 (95,6%)	0,73
Non	18(8,8%)	9(4,4%)	
Avez-vous besoin des infos sur quels aspects?	(n=187)	(n=196)	
IST	0(0%)	1(0,5%)	
IST/SIDA	0(0%)	2(1%)	
PF	0(0%)	2(1%)	
PF/IST/VIH	187(91,2%)	190(%)	
VIH/SIDA	0(0%)	1(0,5%)	
Par quels moyens désirez-vous avoir des informations	(n=187)	(n=196)	
Journaux	9(4,8%)	3(1,5%)	
Radio et Télé	142(75,9%)	169(85,8%)	
Radio	9(4,8%)	5(2,5%)	
Télé	27(14,4%)	20(10,2%)	

Parmi les enquêtés il y a 91,2% de scolarisés contre 95,6% de non scolarisés qui ont déclaré avoir besoin des informations sur PF/IST/VIH.

Il y a 75,9% de scolarisés contre 85,8% de non scolarisés qui désirent être informés par l'intermédiaire de la Télévision et de la Radio.

Tableau XVI : répartition des enquêtés selon leur pratique en PF (Avoir un(e) petit(e) ami(e) 1^{er} rapport sexuel, âge au 1^{er} rapport sexuel, rapport sexuel au cours des 12 mois écoulés)

Pratique PF	Scolarisés	Non scolarisés	P
Avez-vous un(e) petit(e) ami(e)	(n=205)	(n=205)	
Oui	163(79,5%)	186(90,7%)	0,0014
Non	42(20,5%)	19(9,3%)	
Déjà eu les 1^{er} rapports sexuels	(n=205)	(n=205)	
Oui	145(70,3%)	174(84,9%)	0,0005
Non	60(29,3%)	31(15,1%)	
Age aux 1^{er}s rapports sexuels	(n=145)	(n=174)	
14 ans	3(2%)	1(0,6%)	
15 ans	10(7%)	6(3,4%)	
16 ans	16(11%)	33(19%)	
17 ans	65(44,8%)	94(54%)	0,012
18 ans	47(32,4%)	40(23%)	
19 ans	4(2,8%)	0(0%)	

Parmi les enquêtés ayant un(e) petit(e) ami(e) les non scolarisés étaient les plus représentés 90,7% contre 79,5% pour les scolarisés.

Parmi ceux qui ont déjà eu leurs 1^{er}s rapports sexuels les non scolarisés étaient nettement supérieurs avec 84,9% contre 70,3% pour les scolarisés.

La plus part des enquêtés ont eu leur 1^{ère} expérience sexuelle à l'âge de 17 ans mais on note une prédominance des non scolarisés avec 54% contre 44,8% pour les scolarisés.

Tableau XVII: répartition des enquêtés selon leur pratique en PF(Rapport sexuel au cours des 12 mois écoulés, nombre de partenaires au cours de ces 12 mois,avoir déjà utilisé une méthode PF, raisons de non utilisation des méthodes PF)

Pratique PF	Scolarisés	Non scolarisés	P
Rapport sexuel dans les 12 derniers mois	(n=145)	(n=174)	
Oui	145(100%)	174(100%)	
Non	0(0%)	0(%)	
Partenaires au cours des 12 mois?	(n=145)	(n=174)	
1	102(70,3%)	108(62%)	0,43
2	40(27,6%)	37(21,2%)	
3	3(2%)	29(16,7%)	
Déjà utilisé une méthode PF	(n=145)	(n=174)	
Oui	140(96,6%)	157(90,2%)	0,0000
Non	5(3,4%)	17(9,8%)	
Raisons d'utilisation	(n=140)	(n=157)	
Eviter grossesse	4(2,9%)	2(1,3%)	
Eviter IST/grossesse	129(92,1%)	152(96,8%)	
Eviter IST	7(5%)	3(1,9%)	
Raisons de non utilisations de PF	(n=5)	(n=17)	
Je n'aime pas	2(40%)	4(23,5%)	
Les effets secondaires	3(60%)	8(47%)	
Refus du partenaire	0(0%)	5(29,4%)	

Au cours des 12 mois écoulés, tous les enquêtés sexuellement actifs ont eu des rapports sexuels.

Pendant ces 12 mois 70,3% de scolarisés contre 62% de non scolarisés sexuellement actifs ont eu un seul partenaire.

Parmi les enquêtés sexuellement actifs, les scolarisés étaient les plus à avoir utilisé une méthode PF au moment de l'enquête avec 96,6% contre 90,2% de non scolarisés.

Comme raisons d'utilisation de méthode PF, 92,1% de scolarisés contre 96,8% de non scolarisés ont dit avoir utilisé une méthode PF pour éviter les IST et grossesses non désirées. Et parmi ceux qui n'ont pas utilisé de méthode PF 60% de scolarisés contre 47% de non scolarisés ont avancé la crainte des effets secondaires comme raison de leur refus.

Tableau XVIII : répartition des adolescents selon les difficultés d'accès aux services de PF et les suggestions pour l'amélioration de ces derniers

Difficultés et suggestions PF	Scolarisés (n=140)	Non scolarisés (n=157)
Difficultés d'accès aux services PF		
Mauvais accueil	1(0,7%)	2(1,2%)
Attente trop longue	7(50%)	8(5%)
Coût élevé	4(2,8%)	4(2,5%)
Honte	2(1,4%)	8(5%)
Aucune difficulté	126(90%)	135(86%)
Suggestions pour améliorer l'utilisation des services PF		
Distribuer des condoms	7(5%)	3(1,9%)
Publicité sans cesse	12(8,6%)	3(1,9%)
Sensibiliser les adolescents	121(86,4%)	151(96,1%)

Parmi les enquêtés il y a 90% de scolarisés contre 86% de non scolarisés qui disent n'éprouver aucune difficulté pour accéder aux services de PF.

Il y a 86,4% de scolarisés contre 96,1% de non scolarisés qui ont suggéré la sensibilisation des adolescents pour améliorer l'utilisation des services de PF par les adolescents.

Tableau XIX : répartition des enquêtés selon les sources d'information et d'approvisionnement en méthodes PF

Sources d'information sur la PF et d'approvisionnement méthodes PF	Scolarisés	Non scolarisés	P
Sources d'information sur la PF	(n=180)	(n=189)	
Radio	25(13,9%)	45(23,8%)	
Télévision	43(23,9%)	38(20,1%)	
Radio et télévision	112 (62,2%)	106(56%)	0,002
Sources d'approvisionnement en PF	(n=140)	(n=157)	
Boutique/pharmacie	85(60,7%)	85(54,1%)	
Boutique/pharmacie/centre de sante	49(35%)	65(41,4%)	
Pharmacie	6(4,3%)	7(4,5%)	

Les moyens d'information mes plus citées ont été la radio et la télévision. Les scolarisés ont été les plus informés par ces moyens avec 62,2% contre 56% de non scolarisés.

Et 60,7% de scolarisés contre 54,1% de non scolarisés ont cité les boutiques et pharmacies comme leur lieu d'approvisionnement en méthodes PF.

5.4. Connaissance en matière IST-VIH/SIDA

Tableau XX: répartition des enquêtés selon leur connaissance sur les IST/SIDA (IST citées, signes d'une IST)

Connaissances IST/SIDA	Scolarisés (n=205)	Non scolarisés (n=205)
Connaissez-vous une IST?		
Oui	205(100%)	205(100%)
Non	0(0%)	0(0%)
IST citées		
Gonococcie/SIDA	68(33%)	49(23,9%)
Gonococcie/SIDA/Syphilis	73(35,6%)	94(45,9%)
SIDA	32(15,6%)	39(19%)
SIDA/SYPHILIS	17(8,2%)	17(8,2%)
SIDA/SYPHILIS/Chancre mou	15(7,3%)	6(2,4%)
Signes d'IST cités		
Douleur abdominale	9(4,4%)	18(8,8%)
Douleur au cours des rapports sexuels	4(1,9%)	70(34,1%)
Pertes blanches	60(29,2%)	87(42,4%)
Pertes blanches/Douleur des rapports/plaies génitales	40(19,5%)	2(0,9%)
Plaies génitales	59(28,8%)	18(8,8%)
Plaies génitales	3(1,4%)	0(0%)
Prurits	29(14,1%)	11(5,3%)

Tous les enquêtés connaissent au moins une IST et 35,6% de scolarisés contre 45,9% de non scolarisés ont cités la Gonococcie/SIDA/Syphilis comme IST connues, par ailleurs tous les adolescents ont cités le SIDA.

Il y a 29,2% de scolarisés contre 42,4% de non scolarisés qui ont cité les pertes blanches comme signe d'une IST.

Tableau XXI : répartition des enquêtés selon leur connaissance sur les IST/SIDA (Connaissance des voies de transmission du VIH/SIDA, voies de transmission citées, transmission du SIDA en se serrant les mains, connaissance des moyens dépistage du VIH)

Connaissances IST/SIDA	Scolarisés (n=205)	Non scolarisés (205)	P
Connait les voies de transmission du VIH/SIDA			
Oui	205(100%)	205(100%)	
Non	0(0%)	0(0%)	
Voies citées			
Rapport sexuel/Transmission mère-enfant	145(70,7%)	147(71,7%)	
Rapport sexuel/Voie mère-enfant/Objets souillés	43(21%)	26(12,7%)	
Rapport sexuel/Objets souillés	17(8,2%)	32(15,6%)	
Transmission du VIH/SIDA en se serrant les mains			
Oui	2(1%)	5(2,4%)	
Non	203(99%)	200(97,6%)	0,000
Moyen de dépistage du VIH/SIDA			
Analyse de sang	205(100%)	205(100%)	
Analyse d'urine	0(0%)	0(0%)	

Tous les enquêtés connaissaient au moins une voie de transmission du VIH/SIDA.

Il y a 70,7% de scolarisés contre 71,7% de non scolaires qui ont cité les rapports sexuels et la transmission mère-enfant comme voies de transmission du VIH/SIDA.

Les scolarisés sont plus conscients que le SIDA ne se transmet pas en se serrant les mains avec 99% contre 97,6% pour les non scolarisés.

Tous des enquêtés sont unanimes sur le fait que le VIH/SIDA est dépisté par une analyse de sang.

Tableau XXII: répartition des enquêtés selon leur connaissance sur les IST/SIDA (connaissance des centres de dépistage du VIH, centres de dépistage cités, moyens de réduction du SIDA, avoir le sida sans manifester les signes, avoir une IST sans manifester les signes)

Connaissances IST/SIDA	Scolarisés	Non scolarisés	P
Connait un centre de dépistage du VIH/SIDA	(n=205)	(n=205)	
Oui	202(98,5%)	200(97,6%)	0,47
Non	3(1,5%)	5(2,4%)	
Centres cités	(n=202)	(n=200)	
CESAC/INRSP	0(0%)	62(31%)	
CENTRE EVEIL/INRSP	1(0,5%)	1(0,5%)	
CHU Gabriel Touré/CENTRE EVEIL	0(0%)	1(0,5%)	
CHU Gabriel Touré/CHU Pt G/ CSCOM	117(57,9%)	100(50%)	
INRSP	84(41,6%)	36(18%)	
Moyens de réduction du VIH/SIDA	(n=205)	(n=205)	
Abstention/condom	133(64,9%)	151(73,7%)	0,004
Condom	53(25,9%)	51(24,9%)	
Limiter le nombre de partenaires	19(9,3%)	3(1,5%)	
Avoir le SIDA sans signes	(n=205)	(n=205)	
Oui	190(92,7%)	185(90,2%)	0,38
Non	15(7,3%)	20(9,7%)	
Avoir une IST sans signes	(n=205)	(n=205)	
Oui	168(82%)	164(80%)	0,54
Non	36(18%)	41(20%)	

Il y a 98,5% de scolarisés contre 97,6% chez les non scolarisés qui connaissent au moins un centre de dépistage du VIH/SIDA.

Parmi les enquêtés il y a 57,9% de scolarisés et 50% de non scolarisés qui ont cité les CHU Gabriel Touré/CHU Pt G/Notre CSCOM comme centre de dépistage du VIH/SIDA.

Les moyens de réduction du VIH/SIDA les plus cités étaient l'abstinence et le condom avec une prédominance des non scolarisés soit 73,7% contre de 64,9% pour les scolarisés.

Parmi les enquêtés il y a 92,7% de scolaires contre 90,2% de non scolaires qui sont convaincus qu'on peut être infecté par le VIH sans manifester les signes les signes cliniques.

Et 82% de scolarisés contre 80% de non scolarisés qui pensent qu'ont peut avoir une IST sans aucune manifestation clinique.

Tableau XXIII : répartition des enquêtés selon leurs connaissances sur les IST/SIDA (Co-infection IST/VIH, guérison du SIDA si soins précoces, risque de SIDA et nombre de partenaires).

Connaissances IST-VIH/SIDA	Scolarisés (n=205)	Non scolarisés (n=205)	P
Quelqu'un avec une IST peut-il avoir le SIDA?			
Oui	196(95,6%)	192(93,7%)	0,38
Non	9(4,4%)	13(6,3%)	
Guérison du SIDA si soins précoces			
Oui	6(2,4%)	9(%)	
Non	199(97,7%)	196(95,6%)	0,43
Avoir plusieurs partenaires sexuels accroît le risque VIH/SIDA			
Oui	197(96,1%)	184(89,8%)	0,12
Non	8(3,9%)	21 (10,2%)	
Populations les plus exposées au VIH/SIDA			
Corps habillés	25(12,2%)	21(10,2%)	
Prostitués	20(9,8%)	32(15,1%)	
Prostitués/Vendeuses ambulantes	140(68,3%)	104(50,7%)	0,0002
Routiers /Migrant	20(9,8%)	48(23,4%)	

Il y a 95,6% de scolarisés contre 93,7% de non scolarisés qui pensent qu'on peut avoir le SIDA même si on souffre déjà d'une autre IST.

Parmi les enquêtés il y a 97,7% de scolarisés contre 95,6% de non scolarisés qui pensent qu'on ne peut pas guérir du SIDA même si on se fait soigner tôt.

Il y a 96,1% de scolarisés contre 89,8% de non scolarisés qui pensent qu'avoir plusieurs partenaires sexuels augmente le risque de VIH/SIDA.

Comme populations les plus exposées au VIH/SIDA les scolarisés ont été les plus nombreux à citer les prostitués et vendeuses ambulantes avec 68,3% contre 50,7% de non scolarisés.

Tableau XXIV: répartition des enquêtés selon leurs connaissances sur les IST/SIDA (moment de port du condom, moment de retrait du condom, source d’approvisionnement en condom)

Connaissances IST/SIDA	Scolarisés	Non scolarisés	P
Moment de port du condom	(n=205)	(n=205)	
Avant de commencer les rapports sexuels	205(100%)	202(98,5%)	0,82
NSP	0(0%)	3(1,5%)	
Moment de retrait du condom	(n=205)	(n=205)	
Après avoir fini de faire les rapports sexuels	205(100%)	202(98,5%)	0,82
NSP	0(0%)	3(1,5%)	
Sources d’approvisionnement en condom	(n=140)	(n=157)	
Boutique	0(0%)	3(1,9%)	
Boutique/Bar	3(2,4%)	4(2,4%)	
Boutique/Pharmacie	127(90,7%)	80(51,2%)	
Boutique/Pharmacie/Hôpital	10(6,8%)	70(44,4%)	

Parmi les enquêtés; 100% de scolarisés contre 98,5% de non scolarisés pensent qu’on doit porter un condom avant de commencer les rapports sexuels et de l’enlever après avoir fini de faire les rapports sexuels.

Parmi les enquêtés il y a 90,7% de scolarisés contre 51,2% de non scolarisés qui ont cité les boutiques et pharmacies comme lieu où on peut se procurer du condom.

5.5. Attitudes et pratiques vis-à-vis des IST/SIDA

Tableau XXV : répartition des enquêtés selon leur attitudes et pratiques vis-à-vis des IST/SIDA (croyance en l'existence du SIDA, raisons de non croyance au SIDA, achat de produits alimentaires avec un séropositif, garder la sexualité comme sujet tabou entre parents et enfants, introduction de l'enseignement de la sexualité à l'école)

Attitudes et pratiques IST/SIDA	Scolarisés	Non scolarisés	P
Croyance en l'existence du SIDA	(n=205)	(n=205)	
Oui	198(96,6%)	192(93,7%)	0,17
Non	7(3,41%)	13(6,3%)	
Raisons de non croyance en l'existence du SIDA	(n=7)	(n=13)	
Ce n'est pas vrai	0(0%)	1(7,7%)	
C'est une invention	1(14,3%)	6(46,1%)	
Jamais vu de sidéen	4(57%)	5(38,5%)	
Pour décourager les amoureux	2(28,6%)	1(7,7%)	
Achat de produit alimentaire avec un Séropositif	(n=205)	(n=205)	
Oui	200(97,6%)	191(93,1%)	0,034
Non	5(2,4%)	14(6,8%)	
La sexualité ne doit pas rester sujet tabou entre parents et enfant (n=205)	(n=205)	(n=205)	
Oui	27(13,1%)	49(23,9)	
Non	178(86,8%)	156(76,1%)	0,005
Enseigner la sexualité à l'école	(n=205)	(n=205)	
Oui	194(94,6%)	190(92,7%)	0,41
Non	11(5,4%)	15(1,3%)	

Parmi les enquêtés, il y a 96,6% de scolarisés contre 93,7% de non scolarisés qui croient en l'existence du SIDA.

Et parmi ceux qui ne croient pas en l'existence du SIDA, 57% de scolarisés contre 38,5% de non scolarisés ont justifié leur refus par le fait qu'ils n'ont jamais vu de sidéen.

Parmi les enquêtés, les scolarisés sont plus favorables à l'achat de produits alimentaires avec une personne même si elle est séropositive avec 97,6% contre 93,1% de non scolarisés.

Il y a plus de scolarisés qui sont contre la considération de la sexualité comme sujet tabou entre enfants et parents que de non scolarisés avec 86,8% contre 76,1%.

Il y a 94,6% de scolarisés contre 92,7% de non scolarisés qui sont favorables à l'introduction de l'enseignement de la sexualité à l'école.

Tableau XXVI : répartition des enquêtés selon leurs attitudes et pratiques vis-à-vis des IST/SIDA (avoir utilisé un condom, raisons d'utilisation, raisons de non utilisation, sources d'approvisionnement)

Attitudes et pratiques IST/SIDA	Scolarisés	Non scolarisés	P
Avez-vous déjà utilisé un condom?	(n=145)	(n=174)	
Oui	140(96,6%)	157(90,2%)	0,026
Non	5(3,4%)	17(9,8%)	
Raisons d'utilisation du condom	(n=140)	(n=157)	
Eviter les grossesses non désirées	2(1,4%)	5(3,1%)	
Eviter les IST	2(1,4%)	2(1,2%)	
Eviter IST et grossesses non désirées	136(97,1%)	150(95,5%)	
Raisons de non utilisation du condom	(n=5)	(n=17)	
Je n'aime pas	2(40%)	8(47,1%)	
C'est inconfortable	3(60%)	9(52,9%)	

Parmi ceux qui ont déjà eu des rapports sexuels l'utilisation de condom était plus marquée chez les scolarisés avec 96,6% contre 90,2% pour les non scolarisés.

Parmi ceux qui ont déjà utilisé un condom, 97,1% de scolarisés contre 95,5% de non scolarisés ont dit l'avoir utilisé pour éviter les IST et grossesses non désirées.

Quant à ceux qui n'ont jamais utilisé le condom ; 60% de scolarisés contre 52,9% de non scolarisés ont justifié leur refus par le fait que c'est inconfortable.

Tableau XXVII: répartition des enquêtés selon leurs attitudes et pratiques vis-à-vis des IST/SIDA (parler de sexualité-de méthodes PF d'utilisation de condom)

Attitudes/pratiques IST/SIDA	Scolarisés	Non scolarisés	P
Parler de sexe avec son partenaire	(n=163)	(n=186)	
Oui	145(89%)	146(78,5%)	0,008
Non	18(11%)	40 (21,5%)	
Parler de méthodes PF avec son partenaire	(n=163)	(n=186)	
Oui	145(89%)	146(78,5%)	0,008
Non	18(11%)	40(21,5%)	
Parler utilisation condom avec son partenaire	(n=163)	(n=186)	
Oui	145(89%)	146(78,5%)	0,008
Non	18(11%)	40(21,5%)	
Utilisation de condom au 1^{er} rapport sexuel	(n=140)	(n=157)	
Oui	69(49,7%)	48(30,5%)	
Non	71(50,3%)	109(69,5%)	0,0009

Parmi ceux qui ont un(e) partenaire, Il y a 89% de scolarisés contre 78,5% de non scolarisés disent avoir déjà discuté de la sexualité, de méthodes PF et d'utilisation de condom avec leur partenaire.

Pour l'utilisation de condom au 1^{er} rapport sexuel, les non scolarisés ont été les plus nombreux à ne pas l'avoir utilisé avec 69,5% contre 50,3% pour les scolarisés.

Tableau XXVIII : répartition des enquêtés selon leurs attitudes et pratiques vis-à-vis des IST/SIDA (rapports sexuels occasionnels-utilisation de condom aux rapports sexuels occasionnels-nombre de partenaires depuis la puberté-utilisation de condom même si le partenaire refuse)

Attitudes et pratiques IST/VIH/SIDA	Scolarisés	Non scolarisés	P
Avoir des rapports sexuels occasionnels	(n=145)	(n=174)	
Oui	57(39,3%)	29(16,7%)	
Non	87(60,7%)	146 (83,3%)	0,0000
Utilisation du condom aux rapports sexuels occasionnels	(n=57)	(n=29)	
Toujours	3(5,2%)	8(27,6%)	
Parfois	35 (61,4%)	18(62%)	0,023
Jamais	19 (33,3%)	3(10,3%)	
Nombre de partenaire depuis la puberté	(n=145)	(n=174)	
1	30(20,7%)	7(4%)	
2	78(53,8%)	98(56,3%)	0,00007
3	27(18,6%)	56(32,1%)	
4	10(6,9%)	13(7,5%)	
Prêt à utiliser un condom même si le partenaire refuse	(n=205)	(n=205)	
Oui	190(92,7%)	157(76,6%)	0,0000034
Non	15(7,3%)	48(23,4%)	

Parmi les enquêtés sexuellement actifs, les non scolarisés sont les plus à ne pas avoir eu de rapports sexuels occasionnels avec 83,3% contre 60,7% pour les scolarisés.

Pour la fréquence d'utilisation du condom aux rapports sexuels occasionnels ; Il y a 62% de non scolarisés contre 61,4% de scolarisés qui ont parfois utilisé le condom au cours des rapports sexuels occasionnels.

Les non scolarisés sont les plus nombreux à avoir plusieurs partenaires depuis leur puberté. Ainsi ceux qui en ont eu 2 représentaient 56,3% contre 53,8% chez les scolarisés.

Parmi les enquêtés, plus de scolarisés ont déclaré être prêts à utiliser un préservatif même si leurs partenaires refusent avec 92,7% contre 76,6% pour les non scolarisés.

VI. Discussions

6.1. Connaissance de la planification familiale

Parmi les adolescents enquêtés 87,8% de scolarisés contre 92,2 de non scolarisés avaient déjà entendu parler de PF au moment de l'enquête et 85,5% de scolarisés contre 78,3% de non scolarisés l'associaient à l'espacement des naissances occultant ainsi son caractère préventif des IST et VIH/SIDA d'où des risques d'une plus grande exposition aux IST et VIH/SIDA; cela pourrait s'expliquer par le sens que les médias donnent à la PF pour les diverses campagnes de sensibilisation et de publicités sur la PF qui ont mis l'accent sur l'espacement des naissances.

Lenglué O. [14] a trouvé en 2010 au Burkina Faso que 86,5% des enquêtés avaient entendu parler de PF et 81,2% citaient comme sens l'espacement des naissances. La proportion des non scolarisés ayant entendu parler de PF (92,2%) était plus élevée que celle des scolarisés (87,8%). La différence n'est pas significative ($p=0,23$). le fait d'entendre parler de la PF et le sens donné ne dépendent pas du statut scolaire.

Cissé H. [13] a trouvé que 99% de scolarisés et 92,9% de non scolarisés ont entendu parlé de PF.

La plupart des enquêtés soit 95,6% chez les scolarisés et 93,1% chez les non scolarisés ont admis qu'il existe des avantages à la PF.

Lenglué O.[14] a trouvé que 74,5% de son échantillon estimaient qu'il existe des avantages à la PF.

Les principaux avantages cités ont été entre autres l'espacement des naissances, la bonne santé de la mère et de l'enfant, la bonne croissance des enfants et la réduction des dépenses familiales.

Une minorité (4,4% de scolarisés contre 6,9% de non scolarisés) a dit qu'il existe des inconvénients à la PF et les inconvénients cités sont : La stérilité, les avortements et la diminution de la population.

La totalité des enquêtés ayant déjà entendu parler de PF connaissait une méthode contraceptive ; 46,7% de scolarisés contre 32,3% de non scolarisés ont cité la pilule, le préservatif et les implants. Cela s'expliquerait par la bonne politique de sensibilisation et d'éducation entreprise dans notre pays depuis des années et ces

méthodes citées sont les plus fréquemment utilisées car la vente est libre et l'utilisation est facile. Par ailleurs les autres méthodes ont été moins citées. La connaissance des méthodes PF ne relève pas du statut scolaire des enquêtés car tous les adolescents scolarisés et non scolarisés ont été capables de citer au moins une méthode.

Leroy V. [15] a trouvé 75% de son échantillon qui connaissait au moins une méthode PF. Chez *Kouma M.[16]* les méthodes PF les plus citées étaient la pilule (96,4%), le préservatif (93,4%) et les injectables(29,4%).

Près de la moitié des enquêtés 49,4% de scolarisés contre 46,6% de non scolarisés ont cité retrait/abstinence comme méthodes contraceptives traditionnelles.

6.2. Connaissance des IST/VIH/SIDA

Tous les adolescents ont cité le SIDA. Ce résultat est semblable à celui de *Cissé H.[13]* et *Leroy V[15]*.En plus du SIDA, d'autres IST ont été citées : gonococcie/Syphilis (35,6% de scolarisés contre 45,9% de non scolarisés). Cela pourrait s'expliquer par la sur médiatisation de la pandémie du sida lors des multiples campagnes de sensibilisations qui ont mis l'accent sur les IST qui constituent le lit du VIH et l'implication effective des ONG de lutte contre cette pandémie.

Il y a 70,7% de scolarisés contre 71,7% de non scolarisés qui ont cité les rapports sexuels et la transmission mère-enfant ; 21% de scolarisés contre 12,7% de non scolaires pour la transmission par les rapports sexuels/Transmission mère-enfant/Objets souillés.

Tous les enquêtés pensaient que le sida se transmet par les rapports sexuels.

Cela pourrait s'expliquer par les diverses campagnes d'information, d'éducation et de communication entreprises par les ONG œuvrant pour la promotion de la santé de la reproduction et de la lutte contre les IST et le VIH/SIDA.

Cissé H.[13] a trouvé 95,5% chez les scolarisés et 100% chez les non scolarisés pour les rapports sexuels 78,4% contre 41,9% pour la transmission mère-enfant et les objets souillés 99,5% contre 93,8%.

Dans notre étude, la presque totalité des enquêtés soit 96,1% de scolarisés contre 89,8% de non scolarisés étaient conscients du fait que trop de partenaires sexuels

augmentent le risque d'attraper une IST /SIDA ; 64,9% de scolaires et 73,7% de non scolaires ont cités l'Abstinence/Préservatif comme moyens permettant de diminuer les risques de transmission du VIH/SIDA.

Ailleurs *Kouma M. [16]* dans son étude trouvait en 2008 que 78,7% des scolarisés enquêtés étaient conscients que la multiplicité des partenaires sexuels pouvait être source d'IST/SIDA.

Quant à la connaissance des moments de port et de retrait du condom, tous les scolarisés contre 98,5% de non scolarisés savent quand porter ou retirer un condom. Des résultats proches ont été trouvés chez *Cissé H.[13]* avec 92,9% contre 84,3%.

6.3. Attitudes et pratiques PF

Plus de $\frac{3}{4}$ des enquêtés ; soit 79,5% de scolarisés contre 90,7% de non scolarisés avaient un(e) partenaire sexuel(le) ou un(e) ami(e). Les adolescents non scolarisés sont majoritaires à avoir un(e) ami(e) (P=0,001).

Plus de trois quart des enquêtés soit 91,1% de scolarisés contre 81,5% de non scolarisés ont dit qu'ils approuvent la PF car elle procure une bonne santé mère-enfant.; donc on peut dire que les adolescents scolarisés ont des attitudes favorables à la PF (P=0,0002).

Plus de la moitié des enquêtés soit 70,3% de scolarisés contre 84,9% de non scolarisés avaient déjà eu leurs 1^{er} rapports sexuels au moment de l'enquête. La moitié des enquêtés avait 17 ans au moment de leur 1^{er} rapport sexuel (44,8% de scolaires contre 54% de non scolaires). Cela pourrait s'expliquer d'une part par le fait que les adolescents découvrent la sexualité précocement et d'autre part la venue des nouvelles technologies de l'information et de la communication qui sont devenues incontrôlables et les jeunes ont accès à toutes les images et informations sur la sexualité dont le caractère positif reste encore à déterminer; on peut en conclure que les adolescents non scolarisés ont une sexualité précoce plus que les scolarisés (P=0,0004).

Ces résultats sont comparables à ceux de *Brou H. et al. [17]* qui a trouvé 78% de son échantillon sexuellement actifs au moment de son enquête et 77,9% ont eu leur première expérience sexuelle à l'âge de 17 ans.

De même l'EDSM IV [5] a trouvé l'âge moyen aux 1^{er}s rapports sexuels à 17,3 ans à Bamako.

La totalité des enquêtés scolarisés et non scolaires sexuellement actifs ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et 70,3% de scolarisés contre 62% de non scolarisés ont eu un seul partenaire au cours des 12 derniers mois.

Minga A. et al. [18] ont trouvé 99% pour les rapports sexuels dans les 12 derniers mois. *Lalou R. et al.* [19] ont trouvé en Pointe noire au Congo en 2003 que 46% de leur échantillon avaient un seul partenaire sexuel au moment de leur enquête.

Plus de la moitié des enquêtés, 60,7 % de scolaires contre 83,3% de non scolaires ont eu des partenaires sexuels habituels et seulement 39,3% de scolarisés contre 16,7% de non scolarisés ont eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. L'utilisation des moyens de protection n'étant pas systématique au cours de ces rapports sexuels occasionnels cela expose ces adolescents à des risques d'IST et VIH/SIDA. Seulement 5,2% de scolarisés contre 27,6% de non scolarisés ont régulièrement utilisé un moyen de protection au cours desdits rapports sexuels.

6.4. Attitudes et pratiques IST/VIH/SIDA

Plus de 3/4 des enquêtés soit 89% de scolarisés contre 78,5% de non scolarisés discutaient de sexualité en général avec leurs partenaires, d'utilisation de préservatif et de méthode de PF. Cela trouverait son explication dans l'amélioration de la connaissance et des attitudes des adolescents sur la santé de la reproduction. Les adolescents scolarisés ont le plus discuté avec leurs partenaires de sexualité, d'utilisation de méthode PF et de condom (P=0,0071).

Kouma M.[16] dans son étude a montré que 35,5% de son échantillon discutaient de sexualité en général avec leurs partenaires, 16,6% des méthodes contraceptives et 18,6% d'utilisation de préservatif.

Il est vraiment inquiétant de savoir que malgré tous les efforts mis en œuvre pour la lutte contre les IST et les grossesses non désirées qu'il existe encore des adolescents qui ont des comportements à risque élevé d'IST et VIH/SIDA. Entre autres :

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

Dans notre étude, un peu plus de la moitié des enquêtés soit 53,8% de scolaires contre 56,3% de non scolaires ont eu 2 partenaires sexuels depuis leur puberté. Le score différent a été retrouvé par *Lenglué O.[14]* soit 78,9% pour ceux qui ont eu 2 partenaires dans son étude. Ainsi plus de la moitié de ces adolescent serait à haut risque d'IST/SIDA et grossesses non désirées avec une nette prédominance chez les non scolarisés ($P=0,000072$).

-la non utilisation de condom aux rapports sexuels occasionnels : 33,3% de scolarisés contre 10,3% de non scolarisés sexuellement actifs ayant eu des rapports sexuels occasionnels n'ont jamais porté de condom au cours desdits rapports. Les jeunes scolarisés ont été les moins nombreux à l'avoir utilisé.

-la non utilisation de condom en cas de refus du (de la) partenaire : Dans notre échantillon, 7,3% de scolarisés et 23,4% de non scolarisés disent être prêts à renoncer au condom si leurs partenaires refusent. Cela les exposerait au risque d'IST et VIH/SIDA. Les adolescents scolarisés sont favorables à l'utilisation du condom en cas de refus du partenaire plus que les non scolarisés ($P=0,0000$).

Kondo A. [20] a trouvé 37% de son échantillon qui était prêts à ne pas utiliser le condom si leurs partenaires refusent.

VII. Conclusion et recommandations :

7.1. Conclusions

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

-Par rapport à la PF :

- 87,8% de scolarisés contre 92,2% de non scolarisés ont déjà entendu parler de la PF.
- 85,5% de scolarisés contre 78,3% de non scolarisés l'associaient à l'espacement des naissances.
- 91,1% de scolarisés contre 81,5% de non scolarisés ont dit qu'ils approuvent la PF.
- Les méthodes de PF connues par les adolescents étaient les contraceptifs oraux (pilules), les méthodes de barrière (préservatifs) et les implants (Jadelle).

-Par rapport aux IST et VIH/SIDA

- 70,3% de scolarisés contre 84,9% de non scolarisés ont déjà eu des rapports sexuels au moment de l'enquête.
- Le SIDA était l'IST la plus connue des adolescents avec 100% des enquêtés, 35,6% de scolarisés contre 45,9% de non scolarisés pour la Gonococcie/Syphilis.
- Les voies de transmission les plus citées ont été la transmission sexuelle (100%), il est important de noter que 21% de scolarisés contre 12,7% de non scolarisés ont pu citer au moins trois voies de transmission du VIH/SIDA.
- Le préservatif était le moyen de protection le plus connu (100%) et 64,9 % de scolarisés contre 73,7% de non scolarisés ont cités l'abstinence/condom comme moyens de réduction du VIH/SIDA.

7.2. Recommandations:

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

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

- Promouvoir l'offre de service PF en faveur des adolescents en organisant des journées de sensibilisation sur la PF au sein des établissements scolaires et dans la communauté.
- Renforcer les Informations, Educations et Communications (IEC) sur la PF en faveur des adolescents.
- Mettre en place une unité spécifique pour l'accueil et la prise en charge des problèmes de santé de la reproduction des adolescents.
- Recycler les sages femmes sur la santé de la reproduction des jeunes adultes.

➤ **Médecin point focal VIH-SIDA :**

- Renforcer la sensibilisation des adolescents sur les risques des IST/SIDA et de l'avantage de la fréquentation des services de PF.
- Assurer la disponibilité et la distribution gratuite de préservatif aux adolescents.

➤ **Parents :**

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

➤ **Adolescents :**

- Fréquenter les services de PF.
- Eviter les comportements à risque en utilisant régulièrement le préservatif.
- S'informer auprès des parents et des professionnels de la santé sur les risques liés aux IST/SIDA et les grossesses non désirées.
- Etre à l'écoute des pairs éducateurs pour avoir les connaissances adéquates sur la sexualité.

VIII. Références bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé

Programme d'orientation sur la santé des adolescents destiné aux prestataires de soins de santé ; guide de pratiques essentielles; 2005 ; 1-428 p ;

2. Organisation Mondiale de la Santé

Prise en charge intégrée de la santé reproductive ; guide de pratiques essentielles; 2005; 219 p

3. Fond des Nations Unies pour la Population

État de la population mondiale ; VIH/SIDA/ADOLESCENTS ; rapport 2003

4. Organisation des Nations Unies chargé du SIDA

Épidémie mondiale de SIDA ; rapport 2010

5. Cellule de Planification et de Statistique (CPS)

Enquête démographique et de santé du Mali (EDSM IV) ; 4^{ème} édition ; 2006, 497p.

6. Fond des Nations Unies pour la Population

La planification familiale et les jeunes, leurs choix créent l'avenir ; série Maternal Survival and Women Deliver de The Lancet (2006/2007)

7. Haut Conseil National de Lutte contre le Sida

Déclaration de politique de lutte contre le VIH/SIDA au Mali, 2004 ; 21 P ;

8. Direction Nationale de la Santé

Normes et procédures en Santé de Reproduction au Mali, Edition Juin 2005

9. Les IST/SIDA, Adolescence, Planification familiale, Bamako capitale du Mali ; <http://fr.wikipedia.org> ; consulté le 05 Mars 2011.

10. Gouvernorat du district de Bamako

Recensement Général de la Population et de l'Habitat ; 1998 (Estimation DRPSIAP du district de Bamako en 2006)

11. Association Française pour la Contraception

Guide pratique sur la contraception; Paris, 2010.

12. IKNANE. A. A

Politique et système de santé du Mali ; 2010 ; manuel d'enseignement; 93 p

13. CISSÉ H.

Étude comparative des connaissances, attitudes et pratiques des adolescents en matière de planification familiale et IST/SIDA chez les jeunes scolarisés et non scolarisés dans la commune de Sikasso Thèse, Médecine, Bamako;121p; N°94 ;2002

14. Lenglengué O.

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents en matière de planification familiale : cas de la commune rurale de Niaogho au Burkina Faso,mémoire de doctorat,2010,82 p.

15. Leroy V.

Contraception face au VIH/SIDA dans les pays du Sud : Enjeux médicaux, sociaux et comportementaux.

16. Kouma M.

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du Lycée Mamadou Sarr relatives à la planification familiale, aux IST et VIH/SIDA, thèse médecine, 2008,92 p

17. Brou H. et al.

Sexualité et procréation confrontées au VIH dans les pays du Sud

18. Minga A. et al.

Evolution des comportements sexuels à risque de patients infectés par le VIH-1 en Côte d'Ivoire ; rapport d'enquête ; 2003-2004

19. Lalou R. et al.

Epidemie du VIH/SIDA en République du CONGO dans un contexte d'après guerre, 2003

20. Kondé A.

Etudes sur les connaissances,attitudes et pratiques sur les IST et VIH/SIDA au Lycée Notre Dame du Niger,thèse medecine,2009,91p.

Annexe 1 : QUESTIONNAIRE

Guide d'entretien pour les adolescents

I- INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de l'enquêteur :

Numéro : |__|__|__| Date : / /

Caractéristiques sociodémographiques des adolescents

Q1 - Age |__|__| ans

Q2 - Sexe : Masculin Féminin

Q3 - Niveau d'études : Primaire Secondaire Supérieur

Q4- Statut matrimonial : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) veuf
(ve) concubin (e)

Q5 - Avez- vous un(e) petit(e) ami(e) ? Oui Non

Q6 - Appartenez- vous à quelle religion ?

Musulmane Catholique Protestant Animiste Pas de
religion

Autre.....

Q7- Vous êtes de quelle ethnie ?

Bambara Peulh Dogon Sonrhäi Malinké
Soninké

Autre.....

..

Q8- Vous habitez quel quartier

Banconi Sikoroni Doumanzana Djélibougou
Korofina Nord Korofina Sud Boukassabougou
Sotuba djiguila

Q9- Appartenez-vous à un groupe ou club social ? Non Oui

Q9.1 -Si oui, quel(s) type(s) de groupe ou club social ?

Association à base religieuse Club de sports

Troupe théâtrale/danse/musique Associations/clubs de jeunes contre le SIDA
Croix rouges Guides/scouts Club de jeunes Association sur base agropastorale

Q10 - À quelle fréquence écoutez-vous la radio ?

Presque tous les jours Au moins une fois par semaine
Moins d'une fois par semaine Pas du tout

Q11 - À quelle fréquence suivez-vous la télévision ?

Presque tous les jours Au moins une fois par semaine
Moins d'une fois par semaine Pas du tout

Q12 - À quelle fréquence lisez-vous un journal ou une revue ?

Presque tous les jours Au moins une fois par semaine

Moins d'une fois par semaine Pas du tout

Q13 - Avez-vous déjà utilisé Internet ? Ou N Ne connaît pas
internet

Caractéristiques sociodémographiques des parents

Q14-Niveau d'instruction du père

Analphabète Primaire Secondaire
Supérieur

Q15-Profession du père

Commerçant Fonctionnaire Artisan Autre

Q16-Niveau d'instruction de la mère

Analphabète Primaire Secondaire Supérieur

Q17-Profession de la mère

Commerçant Fonctionnaire Artisan

Autre.....

II- CONNAISSANCES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

Q18 - Avez- vous déjà entendu parler de la planification familiale ?

Oui Non

Q19 - De quoi, s'agit-il ?

Q20 - Par quelles sources, avez vous entendu parler de la planification familiale ? Radio Télé Autres

Q21 - Y a t-il des avantages à la PF ?

Oui Non NSP , si oui, citez ceux que vous connaissez

Q22 - Y a t-il des inconvénients liés à la PF ?

Oui Non NSP ; si oui, citez ceux que vous connaissez.....

Q23 - Connaissez-vous au moins une méthode contraceptive quelconque ?

Oui Non

Q23.1. Si oui, quelle(s) méthode(s) contraceptive moderne connaissez-vous ?

Stérilisation féminine Stérilisation masculine Pilule

DIU/Stérilet

Injections Implants/Norplant/Jadelle Condom masculin

Condom féminin spermicide Pilule du lendemain autres

Q23.2. Si oui, connaissez-vous une méthode contraceptive traditionnelle ?

Contenance périodique Retrait Abstinence Herbes/

amulettes/ ceinture magique Autres

.....

III - ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Q24 - Quel est, selon vous, l'âge idéal pour les premiers rapports sexuels ?

|__|__| Ans

Q25 - Quelles sont, selon vous, les motifs qui peuvent pousser à des rapports sexuels précoces

Q26 - Y a t- il des dangers liés aux relations sexuelles précoces ?

Non

Q26.1. Si oui, lesquels?

Q27 - Approuvez- vous la planification familiale?

Oui Non

Q27.1. Si oui, pourquoi ?

Q27.2. Si non, pourquoi ?

Q28- Désirez-vous obtenir plus d'informations sur la planification familiale et les infections sexuellement transmissibles/VIH SIDA ?

Oui Non

Q28.1. Si oui, sur quels aspects ?

Q29 - Par quels moyens aimeriez-vous être informé sur la planification familiale et les infections sexuellement transmissibles/VIH SIDA ?

Télé Radio Journaux Conférences débats Etc

Q30- Autoriserez- vous un élève de continuer à suivre des cours même s'il est séropositif ?

Oui Non

Q31-Autoriserez- vous un enseignant à dispenser des cours même s'il est séropositif ?

Oui Non

Q32- Achèterez- vous des produits alimentaires avec un vendeur meme s'il est séropositif

Oui Non

IV - PRATIQUES EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Q33 - A quel âge avez-vous eu vos premiers rapports sexuels ?

|__|__| Ans Ne se rappelle pas Pas de réponse

Q34 - Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels ?

Oui Non

Q34.1. - Si oui avez-vous eu combien de partenaires au cours des 12 derniers mois ? |__|__|

Q35 - Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive ?

Oui Non

Q35.1 - Si non pourquoi ?

Q35.2 - Si oui pour quelles raisons utilisez vous la contraception ?

Pour éviter une IST Pour éviter une grossesse Ne sait pas

Q36 - Quelles sont vos sources d'approvisionnement en méthodes contraceptives ?

École Boutique/Marché Dépôt Pharmaceutique Centre de santé

Autres.....

....

Q37 - Quelles sont les difficultés que vous éprouver pour avoir accès aux services de planification familiale ?

Q38 - Quelles suggestions faites-vous pour améliorer l'utilisation des services de planification familiale par les adolescents ?

V - CONNAISSANCES EN MATIÈRE D'IST/SIDA

Q39-Quelles sont les IST que vous connaissez ?

Gonococcie SIDA Trichomonas vaginales
Syphilis Chancre mou

Q40-Connaissez-vous les voies de transmission du Sida ?

Oui Non

Q41-Si oui, quelles sont les voies de transmission du Sida ?

Rapports sexuels Transfusion du sang
De la mère à l'enfant usage d'objets souillés
Par une embrassade Par une pique de moustique
Par la sueur Par l'échange de brosses à dents

Q42-Le sida peut se transmettre en serrant la main d'une personne séropositive ou en partageant les mêmes sanitaires, les mêmes couverts ou encore les mêmes habits ou literies que cette personne.

Oui Non

Q43-La séropositivité est dépistée

Par une analyse d'urine
Par une analyse de sang

Q44-Quelles sont les sources d'information sur le VIH/SIDA ?

Medias École Centre de santé/Hôpital Père Mère
Amis Causerie Internet Conférences

Q45-Connaissez-vous les Centres de dépistage du VIH ?

Oui Non

Q46-Si oui quels sont ces centres :

CESAC C.H.U. Gabriel Touré C.H.U. Point G
Centre ÉVEIL INRSP votre CSCOM

Q47-Que peut-on faire pour réduire la transmission du sida par voie sexuelle ?

Limiter le nombre de partenaire S'abstenir des rapports sexuels
Choisir un partenaire non infecté Utiliser les préservatifs

Traiter précocement les IST

Q48-A quel niveau d'étude aviez-vous entendu parler de la sexualité ?

1^{er} cycle 2^{ème} cycle secondaire Supérieur

Q49-Peut-on être infecté par le virus du sida sans avoir les symptômes de la maladie du sida ?

Oui Non Pas de réponse

Q50-Croyez-vous à l'existence du sida ?

Oui Non pas de réponse

Si non, pourquoi ?

Q51-Peut-on avoir une IST sans manifester les signes ?

Oui Non Pas de réponse

Q52-Quels sont les signes qui peuvent faire penser à une IST ?

Pertes blanches prurit douleur abdominale
Rougeur Douleur au cours des relations sexuelles
Plaie génitale

Q53-Une personne qui a une IST ne peut pas avoir le sida ?

Oui Non

Q54-Peut-on guérir du sida, si on se fait soigner très tôt ?

Oui Non

Q55-Plus on a des partenaires sexuels, plus grand est le risque d'attraper une IST, virus du sida ?

Oui Non pas de réponse

Q56-L'utilisation régulière de condom diminue t-elle les risques de transmission des IST ?

Oui Non pas de réponse

Q57-Avez-vous déjà utilisé un préservatif ?

Oui Non pas de réponse

Si non pourquoi ?

Q58-Pourquoi pensez-vous qu'un homme doit porter un préservatif pendant les rapports sexuels ?

Éviter les maladies Éviter les grossesses Autres.....

Q59- A quel moment doit-on porter le préservatif ?

Q60- A quel moment doit-on enlever le préservatif ?.....

Q61-Quelles sont les sources d'approvisionnement en préservatif que vous connaissez ?

Boutique Bar Pharmacie Hôpital

Q62-Quels sont les groupes de population les plus exposés au sida selon vous ?

Routiers Migrants les élèves
Prostituées Hétéro sexuels les enseignants
Vendeuses ambulantes Corps habillés

Q63-Aimeriez-vous qu'on enseigne la sexualité à l'école ?

Oui Non

Q64-Si oui à quel niveau d'étude ?

Primaire
Secondaire Supérieur

Q65-Selon vous la sexualité doit-elle rester comme un sujet tabou entre parents et enfant ?

Oui

Non

VI – ATTITUDES ET PRATIQUES IST/SIDA

Q66-Vous est-il arrivé de parler avec votre partenaire de :

Sexualité en général

Oui

Non

Pas de réponse

Méthode de PF

Oui

Non

Pas de réponse

Utilisation de préservatif

Oui

Non

Pas de réponse

Q67- Avez-vous utilisé un préservatif lors de votre premier rapport sexuel ?

Oui

Non

Pas de répons

Q68-Avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ?

Oui

Non

Pas de réponse

Si oui, avez-vous utilisé un préservatif ?

Toujours Parfois Jamais

Q69-Combien de partenaires sexuelles avez-vous eu jusqu'à ce jour ?

Nombre

Je ne me rappelle pas

Q70-Êtes-vous prêt à utiliser un préservatif même si votre partenaire s'y oppose

Oui

Non

Pas de réponse

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DEMBELE

Prénom : MAMADOU

Titre de la thèse : Etude comparative des connaissances, attitudes, et pratiques des adolescents scolarisés et non scolarisés en matière de PF et IST/SIDA en commune I du district de Bamako.

Année : 2011-2012

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Santé publique/ Santé de la reproduction

RESUME :

Notre étude, de type transversal, portant sur 410 adolescents âgés de 15 à 19 ans s'est réalisée de juillet à août 2011 dans les quartiers de la commune I du district de Bamako. Elle avait pour objectif d'étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescents/adolescentes scolarisé(e)s et non scolarisé(e)s en matière de planification familiale et IST/SIDA.

Ainsi la quasi-totalité des enquêtés soit 87,8% de scolarisés contre 92,2% de non scolarisés avaient déjà entendu parler de PF au moment de l'enquête et 85,5% de scolarisés contre 78,3% de non scolarisés l'associaient à l'espacement des naissances.

Les méthodes contraceptives les plus connues par les adolescents étaient les contraceptifs oraux (pilules), les méthodes de barrière (préservatifs) et les implants (Jadelle).

Les voies de transmission les plus citées ont été la transmission sexuelle (100%) suivie par la transmission mère-enfant et l'utilisation d'objets souillés

Quant aux IST : le SIDA (100%) et la gonococcie/syphilis (35,6% de scolarisés contre 45,9% de non scolarisés) ont été les plus citées ; également tous les enquêtés savaient que le SIDA se transmet par voie sexuelle.

L'utilisation du préservatif/abstinence (64,9% de scolarisés contre 73,7% de non scolarisés) ont été les moyens de prévention les plus rependus.

Malgré leur bonne connaissance sur les IST/SIDA les adolescents ont un comportement à risque élevé, pour cela 50,3% de scolarisés contre 69,5% de non scolarisés n'ont pas eu recours au préservatif lors de leur premier rapport sexuel et 3,4% de scolarisés contre 9,8% de non scolarisés n'ont jamais utilisé le condom et 53,8% descolariséss contre 56,3% de non scolarisésscolarisés ont eu 2 partenaires sexuels depuis leur puberté.

L'âge minimum au premier rapport sexuel était de 14 ans.

Il ressort clairement de cette étude que la scolarisation a un effet positif sur les connaissances, les attitudes et les pratiques de la PF. De même les adolescents scolarisés ont présenté moins de facteurs de risque de faires des IST/SIDA et les grossesses non désirées. Ils ont des comportements plus favorables à la PF et à la lutte contre les IST/SIDA que leurs camarades non scolarisés.

Mots clés : Adolescent, PF, IST/SIDA.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

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

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

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

JE LE JURE