

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUE DES FEMMES
ENCEINTES SUR LES MST/SIDA DANS LE DISTRICT DE
BAMAKO**

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE.....DEVANT
L'ECOLE NATIONALE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

PAR

Mlle FATOUMATA TOURE

pour obtenir le grade de docteur en pharmacie

(DIPLÔME D'ETAT)

JURY.

PRESIDENT : Professeur Aly GUIDO

MEMBRES : Docteur Mme BOURGEOIS Anké

: Docteur Yeya Issa MAIGA

DIRECTEUR de Thèse : Professeur Bréhima KOUMARE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1995-1996

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR: BOUBACAR S.CISSE - PROFESSEUR
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCES
ECONOME: MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souléyman SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale

Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye K.DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J.THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA

Ortho.Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T.TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE
Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M.CISSE
Mr Abdrahamane S.MAIGA
Mr Adama DIARRA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M.TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigue Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I.MAIGA

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie,Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie

5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

REMERCIEMENTS:

A Nos maîtres et membres du jury

A notre maître et président du jury

Professeur Aly Guindo

- Professeur agrégé en gastro-entérologie.
- Chef de service à l'hôpital Gabriel Touré
- Chargé de cours à l'école nationale de médecine et de pharmacie

Vous nous faites un grand honneur en acceptant malgré vos multiples occupations, de présider le jury de ce modeste travail qu'il m'est agréable de soumettre à votre auguste appréciation.

Nous vous prions cher maître de recevoir nos sentiments respectés et dévoués.

A Mr le Docteur Yeya Issa Maiga

- Docteur en Immunologie
- Coordinateur du programme national de lutte contre le Sida au Mali.

C'est avec plaisir que vous aviez accepté de faire partie du jury malgré vos occupations quotidiennes combien chargées. Merci merci encore pour votre disponibilité et beaucoup de succès dans l'immense tâche qui vous est confiée.

Mme le Docteur Bourgeois Anke

- Médecin généraliste
- Spécialiste en santé publique (MST et VIH) à Libreville

Entre 2 avions et malgré l'éloignement au sortir d'un congrès scientifique avec son cortège de fatigue et de sollicitude, vous aviez en dépit de tout accepté d'être membre actif de notre jury. Vous nous faites un grand honneur et votre votre exemple est et sera pour nous un souvenir inoubliable

A notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Bréhima Koumaré

- Professeur agrégé en microbiologie
- Chef de service de bactériologie à l'INRSP
- Chef de D.E.R des sciences fondamentales de l'E.N.M.P

Vous nous aviez sagement conseiller de choisir ce métier tant éprouvant mais combien exaltant. Vous nous aviez proposé ce sujet si actuel et aidé dans sa réalisation.

Par ailleurs nous avons pu apprécié au cours de ce travail vos immenses qualités de professeur méthodique et d'homme de science connu pour sa grande rigueur son engouement pour la recherche et son amour de travail bien fait.

Enfin nous avons eu toujours auprès de vous compréhension assistance et conseils.

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

DÉDICACES

Je dédie ce travail:

A mon **papa** et ma **maman** à qui je dois extraordinairement la vie avec son cortège de sacrifices ,de soutien moral et matériel et d'indéfectible et filial attachement.

A ma **Famille** au sens le plus large mais aussi le plus affectif.

A mes **amis et amies** en reconnaissance de leur sincère amitié

A mes **camarades promotionnaires** avec une **pensée toute émue pour deux d'entre eux arrachés à notre affection. Il s'agit de Mlle Draba Fatoumata et Mr Mamadou Bilali Koné.**

A **Mme Coulibaly, Albertine Niass** et à son mari.

A **Moctar Sow** pour sa gentillesse.

A **Mr Flabou Bougoudogo** pour la qualité de son encadrement et sa disponibilité entière.

SOMMAIRE

RÉSUMÉ

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS.....	5
1. Objectif général.....	5
2. Objectifs spécifiques.....	5
III. METHODOLOGIE.....	6
1. Type d'étude.....	6
2. Lieu d'étude.....	6
3. Population d'étude et taille de l'échantillon.....	6
4. Choix des centres.....	7
5. Réalisation de l'échantillonnage.....	7
6. Questionnaire.....	8
7. Variable de l'étude et définition.....	8
8. Collecte des données.....	10
9. Analyse des données.....	11
IV. RESULTATS DE L'ÉTUDE.....	12
1. Données démographiques.....	12
1.1 Répartition des femmes enceintes selon l'âge.....	13
1.2 Répartition des femmes enceintes selon la provenance..	15

1.3 Répartition des femmes enceintes selon la situation matrimoniale.....	15
1.4 Répartition des femmes enceintes selon le niveau d'instruction.....	16
1.5 Répartition des femmes enceintes selon le nombre de co-épouse....	16
1.6 Répartition des femmes enceintes selon le nombre de grossesse....	20
1.7 Répartition des femmes enceintes selon la profession de la femme....	18
1.8 Répartition des femmes enceintes selon la profession du mari.....	20
2. Description des connaissances attitudes et pratiques des femmes enceintes en matière de MST.....	21
A) LES CONNAISSANCES.....	21
1. Répartition des enceintes qui ont entendu parlé ou non des MST selon.....	21
1.1 la tranche d'âge.....	21
1.2 la provenance.....	22
1.3 la situation matrimoniale.....	22
1.4 le niveau d'instruction.....	23
1.5 le nombre de co-épouse.....	24
1.6 le nombre de grossesse.....	24
1.7 la profession.....	25
2. Répartition des femmes qui ont entendu parlé du SIDA.....	27
3. Répartition des femmes enceintes ayant une connaissance des MST en fonction de.....	28
3.1 la tranche d'âge.....	28

3.2 la provenance.....	30
3.3 la situation matrimoniale.....	31
3.4 le niveau d'instruction.....	31
3.5 la profession de la femme.....	33
3.6 la profession du mari.....	33
3.7 connaissance comparée des autres MST face aux SIDA.....	34
4. Répartition des femmes qui pensent que les MST peuvent avoir des conséquences sur la grossesse selon.....	35
4.1 la tranche d'âge.....	35
4.2 la provenance.....	36
4.3 la situation matrimoniale.....	36
4.4 la grossesse.....	37
4.6 le nombre de coé-pouses.....	38
4.7 la profession.....	39
5. Répartition des femmes enceintes ayant une connaissance des différentes conséquences des MS sur la grossesse selon.....	40
5.1 a tranche d'âge	40
5.2 la provenance.....	
5.3 la situation matrimoniale.....	41
5.4 le niveau d'instruction.....	42
5.5 la profession.....	44

1.4 le niveau d'instruction.....	61
1.5 la profession.....	63
1.6 lieu d'habitation.....	63
2.1 Répartition des femmes enceintes selon qu'elles aient peur ou pas de faire des rapports sexuels lorsqu'elles sont atteintes d'une MSTselon.....	64
2.1 la tranche d'âge.....	64
2.2 la provenance.....	65
2.3 la situation matrimoniale.....	66
2.4 le niveau d'instruction.....	66
C) LES PRATIQUES.....	68
1. Genre de traitement que suivent les femmes enceintes lorsqu'elles sont atteintes de MST en fonction de certaines variables socio-démographiques.....	68
1.1 la tranche d'âge.....	68
1.2 la provenance.....	69
1.3 a situation matrimoniale.....	70
1.4 le niveau d'instruction.....	72
1.5 lieu d'habitation.....	73
1.6 la profession (femme).....	74
2. précautions prises par les femmes enceintes pour éviter une MST en fonction de certaines variables socio-démographiques.....	75
2.1 la tranche d'âge.....	75

RÉSUMÉ

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) constituent un problème majeur de santé publique.

- ◆ En Afrique comme partout ailleurs les MST peuvent avoir des graves conséquences pour les femmes et leurs enfants.
- ◆ Notre étude vise à décrire les connaissances ,attitudes et pratiques des femmes enceintes par rapport aux MST-SIDA dans le district de Bamako.
- ◆ L'enquête proprement dite sur le terrain s'est effectuée d'avril à mai 1994.
Il s'agit d'une étude descriptive transversale sur une population de 517 femmes enceintes fréquentant 2 centres de santé maternelle et infantile du district de Bamako.(centre et périphérique)
- ◆ L'âge moyen de ces femmes est de 24 ans avec des extrêmes de 14 à 44 ans.
- ◆ Dans l'ensemble,la majorité des femmes interrogées ont une certaine connaissance sur les MSTSIDA.
- ◆ La tranche d'âge de 25-34 ans est celle qui a le plus entendu parlé de MST/SIDA (95%)
- ◆ La connaissance des MST est liée au niveau d'instruction et à la profession:les femmes instruites de niveau secondaire ou supérieur sont plus informées que les autres (P =0,008).
- ◆ Les femmes enceintes des quartiers périphériques sont moins informées que celles des quartiers d centre ville. (P =0,004).
- ◆ Parmi les femmes enceintes qui peuvent citer au moins une MST,84% ne citent que le SIDA.
- ◆ Parmi celles qui pensent que les MST peuvent avoir des conséquences sur la grossesse la tranche d'âge de 25-34 ans est la plus représentée.
- ◆ Les femmes de la tranche d'âge 25-34 ans, celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieures « fonctionnaires »et celles qui vivent dans les quartiers du centre du district sont plus nombreuses à adopter des attitudes positives vis à vis des MST/SIDA (comme la peur d'attraper les MST ou éviter de faire des rapports sexuels en cas de MST).
- ◆ C'est dans ces mêmes catégories que l'on trouve la plus grande proportion de femmes enceintes citant le Condom et la fidélité comme moyen de protection contre ces fléaux que constituent les MST/SIDA.
- ◆ Une proportion importante des ménagères et des femmes du secteur informel (33 à .35%) ne connaît aucun moyen de protection contre les MST/ SIDA.

I. INTRODUCTION

Longtemps désignées sous le nom de maladies vénériennes, les maladies sexuellement transmissibles (MST) constituent un grave problème de santé publique. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 250 millions de cas de MST surviennent chaque année, présentant de nombreuses complications au pronostic très sombre. L'incidence de ces maladies et leur importance, constituent l'un des problèmes les plus sérieux que la médecine ait connus depuis 25 ans.

Les maladies sexuellement transmissibles sont en nette progression. Selon Siboulet elles augmenteront de 30 à 40 % d'ici l'an 2000.(64)

Des études portant sur la prévalence de la gonococcie chez la femme dans les pays développés, ont montré que celle-ci se situait entre 3,4 et 15 % (65).

En France un homme sur trois a une MST (64). Des études menées au Royaume-Uni ont montré qu'il y a eu en 1984, 621.000 nouveaux cas de MST soit 42% d'augmentation par rapport à 1983.

Les agents responsables sont nombreux, il s'agit de **bactéries**:

- Neisseria gonorrhoeae
- Treponema pallidum
- Haemophilus ducreyi
- Chlamydia trachomatis
- Mycoplasma Hominis
- Uréplasma uréalyticum

mais aussi de virus de:

- l'Herpès génital
- des Hépatites
- de l'immunodéfiscience humaine
- de Papillomavirus humain
- de Cytomégalovirus de protozoaires (Trichomonas vaginalis)
- de champignons (Candida albicans).

En Afrique, comme partout ailleurs, les MST ont de graves conséquences pour les femmes et leurs enfants :

- ♦ Chez la femme : urethrite, vaginite, bartolinite, métrite, salpingite, stérilité, septicémie, cervicite, inflammation pelvienne .
- ♦ Chez la femme enceinte : avortement, accouchement prématuré, morts-nés (32) ;

♦ **Chez l'enfant** : ophthalmie purulente du nouveau-né, pneumonie, cécité, malformation.

Les prévalences des MST sont souvent élevées et diverses.

♦ **En Afrique** Neisseria gonorrhoeae a été isolé dans 22 à 73% des cas de conjonctivite néonatale en 1983 d'après Fransen L & al (26).

Une étude menée en **Gambie** par Mabey D. et collaborateurs a montré que 25% de 112 nouveaux-nés présentaient une conjonctivite à Neisseria (43).

En Afrique du Sud dans la communauté rurale 38,3% des femmes enceintes étaient porteuses de Candida albicans (51).

Au **Sénégal** Candida albicans a été isolé chez 45,3% des femmes enceintes en 1984 d'après Boyle C.(7).

Au **Gabon**, 49% des femmes atteintes de salpingite ont une infection à Chlamydia selon Coliman R et collaborateurs (17).

Selon **Catalan**, les travaux des 15 dernières années sur les conjonctivites des nouveaux-nés permettent d'affirmer que l'infection à Chlamydia trachomatis est la plus fréquente des MST (18).

L'Afrique est le continent le plus touché par l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les données de 1994 rapportent 247.577 cas déclarés de sida pour l'ensemble du continent contre 3.561 cas déclarés pour l'Asie (52).

Selon les prévisions de l'OMS, 90% des nouveaux cas apparaîtront dans les pays en voie de développement, atteignant 5 à 10 millions d'enfants d'ici l'an 2 000 (53).

Au **Sénégal**, une étude menée sur les attitudes et comportements de la population rurale Sénégalaise face au Sida, montre que le Sida n'est pas un sujet étranger aux populations rurales mais que son mode de transmission, ses symptômes et son traitement sont mal connus (16).

En 1989 au **Mali**, des études à l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) ont révélé que sur un échantillon de 175 femmes enceintes référées au laboratoire de microbiologie, 34% étaient infectées par Neisseria gonorrhoeae (37).

En 1981, les relevés officiels ont montré l'existence de 7521 cas de gonococcie, dont 683 dans le district de Bamako. Ces cas déclarés sont nettement en dessous de la réalité, car nombreux

sont les malades qui ne se présentent pas dans les formations sanitaires et se soumettent à des traitements aveugles avec tous les risques que cela comporte.

En 1990, une étude faite sur 170 femmes enceintes consultant des centres de santé maternelle et infantile du district de Bamako a révélé 46% de cas d'infection à Candida albicans, 29% de cas d'infection à Neisseria gonorrhoeae, 7% de cas d'infection à Gardnerella vaginalis et 6% de cas d'infection à Trichomonas vaginalis (37).

Sur 280 nouveaux-nés vus en consultation postnatale en 1990, 21% présentaient une conjonctivite décelable dans les centres SMI du district de Bamako. Parmi ces cas il y avait 50% de conjonctivite à Neisseria gonorrhoeae, 23% à Chlamydia trachomatis et des infections mixtes à Neisseria et Chlamydia, présentés chez des enfants atteints de conjonctivite néonatale (70).

En 1994 sur 210 femmes, toutes consultant des centres SMI du district de Bamako, 94,7% avaient une ou plusieurs MST (36).

Même si le sida n'a pas encore fait autant de ravage au Mali que dans d'autres pays africains, il n'en reste pas moins que le nombre de cas déclarés suit une courbe ascendante sensiblement parallèle à celle des pays plus affectés. Ainsi en 1986, six cas de Sida ont été déclarés au Mali, le nombre est passé à 29 en 1989, à 338 en 1990 (52) et a atteint 1479 cas en juillet 1993 (53). Ces données sous-estiment probablement la réalité, car les moyens diagnostiques et la surveillance épidémiologique sont encore peu développés au Mali.

Une étude menée à **Bamako** en 1993 sur les connaissances et comportements sexuels des jeunes de 15-29 ans sur le sida et les MST, montre que 60% des personnes interrogées ont un comportement à risque élevé et qu'elles sont mal renseignées sur les complications des autres MST différents du Sida (2).

Généralement en Afrique, des études descriptives ont été faites avec des groupes cibles différents d'une étude à l'autre sur les connaissances, attitudes et pratiques concernant le sida. Elles visaient les jeunes et adultes des régions urbaines, semi-urbaines et rurales, les prostituées et les filles de bar. C'est le cas au Burkina Faso (67), au Burundi (45), au Ghana (10) au Nigéria (55) et au Mali (35, 73, 68).

Les études faites au Mali sont nombreuses et variées, mais elles ont été exécutées dans différents contextes et aucune de ces études ne porte particulièrement sur les connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes de Bamako sur les MST. Ce manque d'information sur les MST, en plus des raisons avancées plus haut, (conséquences des MST chez la mère, ainsi que chez le nourrisson) justifie une telle étude.

Les femmes enceintes constituent une population jeune et par définition sexuellement active. Un test du niveau de connaissance de ce groupe, constitue un excellent indicateur pour juger de l'impact des campagnes de sensibilisation anti MST-Sida. Il s'avère nécessaire d'étudier les aspects comportementaux des populations cibles, en vue de diminuer la prévalence de ces MST par une meilleure IEC (information, éducation, communication).

Cette étude a pour but d'évaluer les connaissances des femmes enceintes sur les MST-Sida. Les informations recueillies permettront de mieux cibler les messages d'éducation sanitaire visant à freiner la propagation des MST SIDA dans la population.

II. LES OBJECTIFS

1.1 Objectif général

L'objectif général de cette étude est d'identifier les connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes âgées de 14 à 44 ans sur les MST-SIDA dans le district de Bamako.

1.2 Objectifs spécifiques

- ◆ - Identifier les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes enceintes en matière de MST/Sida ;
- ◆ - Explorer les liens entre les connaissances, les attitudes, les pratiques et certaines caractéristiques socio-démographiques telles :
 - l'âge
 - la parité
 - la situation matrimoniale
 - la profession
 - le régime de mariage
 - le niveau d'instruction
 - le milieu de vie.

III. METHODOLOGIE

1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive transversale sur les connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes en matière de MST.

2. LIEU DE L'ETUDE

L'étude a été menée dans le District de Bamako (capital du Mali) qui compte une population de plus de 800.000 habitants (recensement de 1992) repartis dans 6 communes, chacune abritant un centre de santé de Commune, au niveau duquel il y a au moins un centre de Santé Maternelle et Infantile (SMI).

3. POPULATION D'ETUDE ET TAILLE DE L'ECHANTILLON

a. Population cible

Ce sont les femmes enceintes de 14 à 44 ans résidant à Bamako depuis plus d'un an, fréquentant les centres de Santé Maternelle et Infantile (SMI) pour le suivi de leur grossesse.

Les femmes de moins de 14 ans et celles de plus de 44 ans ont été exclues de l'étude.

b. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule :

$$n = Z^2 \cdot P \cdot Q / I^2$$

$$n = (1,96)^2 \times (0,5)^2 / 0,05 = 384$$

Z est la valeur de l'écart réduit, elle est égale à : 1,96

Q est la proportion complémentaire, elle est égale à 1 - P

P est la proportion des femmes enceintes ayant une connaissance des MST dans les centres SMI, elle est égale à 50% (la valeur maximale de la prévalence, dans les études où cette valeur est inconnue)

I est la précision souhaitée et est égale à 0,05
n est la taille de l'échantillon, elle est de 384.

4. CHOIX DES CENTRES DE SANTE

La technique d'échantillonnage aléatoire en grappe a été utilisée. Les 6 centres SMI ont été divisés en deux grappes : SMI du centre, SMI de la périphérie.

Un tirage aléatoire au sein de chaque grappe a permis de retenir les deux centres d'étude. La répartition en SMI du centre et SMI périphérique, permettra d'explorer la différence de niveau social et culturel entre les femmes enceintes fréquentant ces SMI. La plupart des quartiers périphériques de Bamako sont des quartiers spontanés (non lotis) à accès difficile avec un niveau de vie supposé bas des habitants.

5. REALISATION DE L'ECHANTILLONNAGE

1^{ère} phase

Nous avons identifié les 6 centres de santé de commune qui se trouvent dans le district de Bamako.

Ces 6 centres ont été divisés en deux grappes :

- ♦ Grappe I : Centre de santé du centre (Bamako-coura, Missira, Hamdallaye).
- ♦ Grappe II : Centre de santé périphérique (Quartier mali, Korofina, Sogoniko).

2^{ème} Phase

Un tirage aléatoire au niveau de chaque grappe a permis de retenir les centres SMI de Bamako-coura et du Quartier Mali.

Toutes les femmes enceintes âgées de 14 à 44 ans venues à la consultation prénatale du 14 Avril au 15 Mai 1995, ont participé à l'étude soit :

- 267 femmes enceintes du Centre SMI Quartier Mali
- 250 femmes enceintes du Centre SMI Bamako-coura

6. QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est essentiellement constitué des questions qui ont déjà été utilisées dans d'autres enquêtes, notamment celles de l'OMS. Certaines questions ont été reformulées afin d'être utilisées dans le contexte du Mali. Rédigées en Français, les questions ont été posées en Bambara (langue la plus parlée) par quatre enquêtrices qui avaient reçu une formation préalable, de sorte qu'elles parlent toutes le même langage.

Ce questionnaire a été validé deux semaines à l'avance auprès d'une vingtaine de femmes enceintes fréquentant les centres SMI de Missira autre commune du district de Bamako. Des modifications mineures y ont été apportées.

Ce questionnaire comprend 5 parties (Voir annexe):

- ◇ - identification du répondant,
- ◇ - les caractéristiques socio-démographiques,
- ◇ - les connaissances,
- ◇ - les attitudes,
- ◇ - les pratiques.

7. VARIABLES DE L'ETUDE ET LEUR DEFINITION

7.1 Variables indépendantes :

- ◇ .l'âge : Il a été défini selon la déclaration de la répondante ou à défaut en s'appuyant sur le carnet de consultation. Les classes d'âges retenues sont : 14-24 ans, 25-34 ans et 35-44 ans.
- ◇ .la parité : elle correspond au nombre de grossesses suivies d'accouchement indiqué dans la déclaration de la répondante. Les classes sont les suivantes 1-2 grossesses, 3-4 grossesses, supérieur à 4 grossesses.
- ◇ .la profession : est celle indiquée dans le carnet prénatal, à défaut la déclaration de la répondante. Les classes sont : fonctionnaires, ménagères (femmes uniquement au foyer) élèves et étudiantes et autres (commerçantes, artisanes, couturières, etc).
- ◇ .la situation matrimoniale : celle indiquée dans le carnet de consultation, à défaut déclaration de la répondante. Les classes sont : mariées , veuves et célibataires.

- ◇ **le régime de mariage** : défini selon la déclaration de la répondante. Les classes sont : monogamie (pas de co-épouse(s)) polygamie (une, deux ou trois coépouses).
- ◇ **le niveau d'instruction** : est celui déclaré par la répondante, les classes sont : non instruite, primaire, secondaire et supérieur.
- ◇ **la profession du mari** : c'est celle déclarée par la répondante et classée en catégorie 1,2 et 3.

La catégorie 1 comprend les fonctionnaires, les jeunes diplômés sans emploi.

La catégorie 2 représente les agents du secteur informel.

La catégorie 3 : commerçant, ouvriers, autres.

- ◇ **le milieu de vie** : la résidence ou quartier est défini selon le carnet de consultation ; classé en quartier périphérique et central.

7.2 Variables dépendantes

a. Connaissances

Elles sont testées selon la connaissance des signes cliniques, du mode de transmission et des conséquences des MST.

- (1) **MST** : Elles sont définies selon la déclaration de la répondante et classées en Oui - Non, Ne sait pas. Les variables retenues sont : chaude pisse, leucorrhée, (avec ou sans prurit, nauséabonde), herpès (bouton sur les parties externes des organes génitaux), ulcérations génitales, cervicites, inflammations pelviennes .
Les signes cliniques sont classés en 0 signe, 1-2 signes, supérieur à 2 signes.
- (2) **Mode de transmission** : il est défini selon la déclaration de la répondante et classé en Oui et Non. Les variables concernant le mode de transmission sont : sexuellement et non sexuellement.
- (3) **Conséquences** : elles sont définies selon la déclaration de la répondante puis, classées en Oui - Non - Ne sait pas. Les variables retenues en Oui sont les suivantes : prématuré, avortement, stérilité, conjonctivite néonatale et cécité.

b. Attitudes

- ◇ Les femmes sont interrogées selon leur perception des MST.
- ◇ La variable retenue est la réaction de la répondante (peur), classée en Oui ou Non.

c. Pratiques

Elles sont définies selon la déclaration de la répondante.

Les variables retenues sont :

- ◇ - les lieux de consultations (hôpital, guérisseur et automédication) ;
- ◇ - le traitement : il est défini selon que les femmes suivent un traitement traditionnel ou moderne ;
- ◇ - la méthode de prévention : elle est définie selon que les femmes utilisent les condoms ou non.

8. COLLECTE DES DONNEES

a. Phase préparatoire

Elle comporte :

l'accord de la Direction Régionale de la Santé du District et des médecins-chefs des centres retenus pour la réalisation de l'étude.

- ◇ - la mise au point du questionnaire ;
- ◇ - l'identification du lieu et de la population de l'étude ;
- ◇ - l'information à l'avance des sages-femmes par le médecin-chef, de la venue prochaine d'une équipe d'enquêtrices.

b. Personnel de collecte : (tâches)

il a été réparti en deux équipes, chaque équipe était constituée de deux enquêtrices et d'un superviseur.

- ◇ - à chacune des équipes a été confié un centre SMI.
- ◇ - la collecte a été faite par interview directe des femmes enceintes à l'aide d'un questionnaire prétesté et mis à jour.
- ◇ - chaque enquêtrice réalisait quotidiennement 5 à 10 interview selon le nombre de femmes enceintes venues en consultation prénatale ce jour là.

- ◇ - une salle a été aménagée spécialement pour l'interview. Avant de commencer, l'enquêtrice s'est assurée du consentement verbal de chaque répondante à laquelle une stricte confidentialité a été promise.

Une entrevue avant la consultation prénatale a eu lieu, elle a duré 10 à 15 minutes.

Toutes les enquêtes ont été faites conformément aux jours de consultations prénatales.

Les enquêtrices sont des techniciennes de l'INRSP. Elles ont été initiées et formées sur les méthodes d'enquête.

9. ANALYSE DES DONNEES

Ont été utilisés comme paramètres de base de l'analyse des données, les proportions et la fréquence.

Les variables : connaissances, attitudes et pratiques sont croisées avec les variables socio-démographiques afin d'obtenir des tableaux de contingence ou de fréquence analysés par le test de X^2 (Chicarée).

IV. RESULTAT DE L'ETUDE

1. DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Du 14 Avril au 15 Mai 1994 nous avons réalisé une étude des connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes sur les MST.

Notre échantillon comprend 517 femmes enceintes âgées de 14 à 44 ans provenant de deux centres SMI du district de Bamako, et choisies de manière aléatoire.

Les résultats obtenus sont consignés dans des tableaux et en fonction des différentes données démographiques :

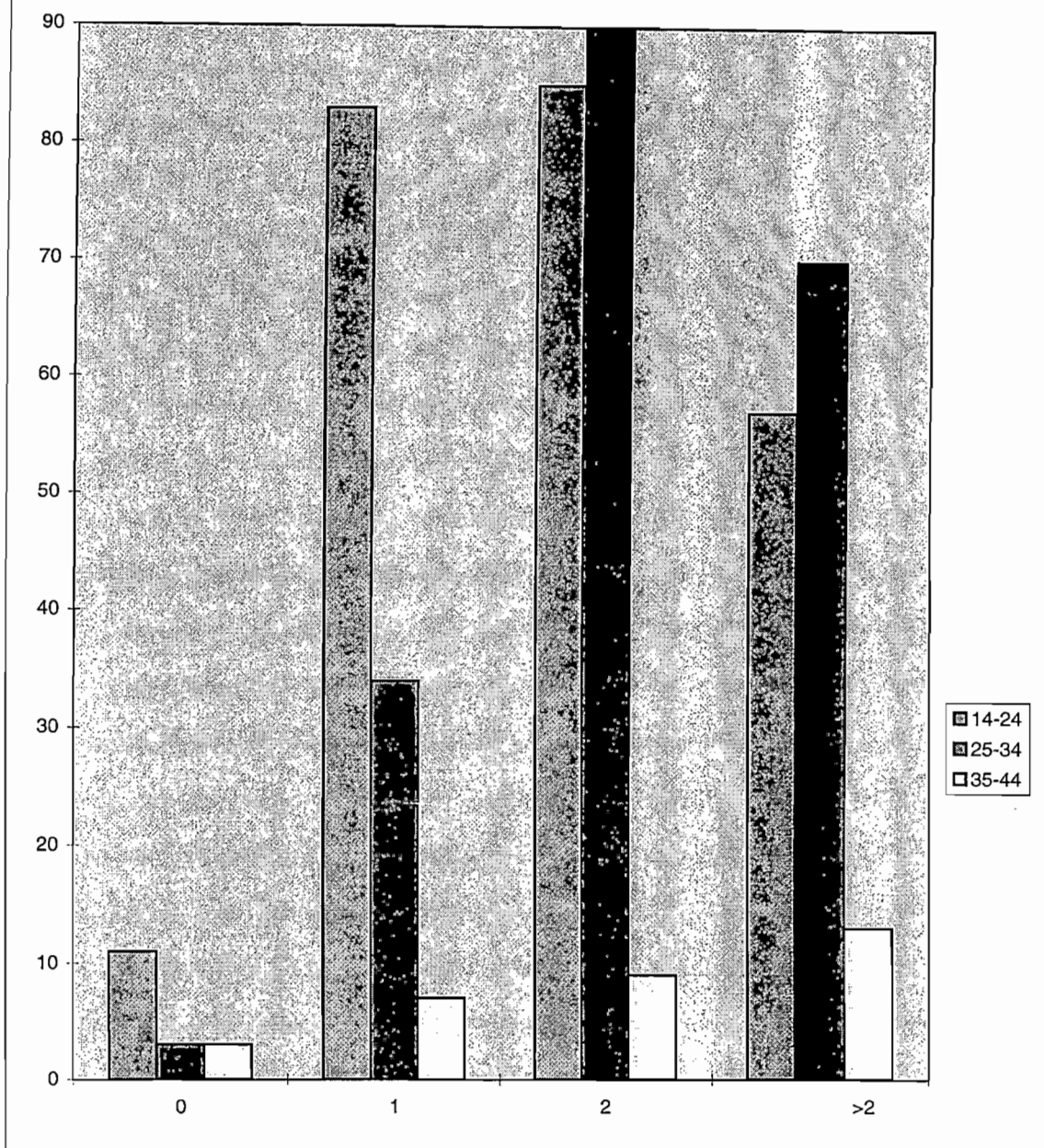
1.1 Tranches d'âge

TABLEAU 1

**Répartition des femmes enceintes en fonction
de la tranche d'âge**

Tranches d'âg	Effectif	Pourcentage
14 - 24 ans	271	52,5
25 - 34 ans	207	40,0
35 - 44 ans	39	7,5
Total	517	100,0

Répart. des Femmes enceintes en fonction des tranches d'âges
Tab.1;Fig.1



Le tableau 1 montre que la grande majorité des femmes enceintes de notre étude, ont un âge compris entre 14 et 34 ans (92,5%). La classe d'âge la plus représentée est celle des 14 à 24 ans. L'âge moyen est de 24 ans.

1.2 Provenance

TABLEAU 2

**Répartition des femmes enceintes en fonction
des centres SMI qu'elles fréquentent**

Provenance	Effectif	Pourcentage
C.SMI Bamako-coura	250	48,4
C.SMI Quartier Mali	461	51,6
Total	517	100,0

51.6% des femmes enceintes de l'étude proviennent du centre SMI du Quartier Mali.

1.3 Situation matrimoniale

TABLEAU 3

**Répartition des femmes enceintes en fonction
de leur situation matrimoniale**

Situation	Effectif	Pourcentage
Célibataires	54	10,4
Mariées + veuves	463	89,6
Total	517	100,0

On remarque que les mariées et les veuves sont prédominantes dans l'étude. Elles représentent 89,2%.

Compte tenu du faible pourcentage des veuves(0,4) nous les avons regroupé avec les mariées (89,6%)

1.4 Nombre de co-épouses**TABLEAU 4****Répartition des femmes enceintes selon le nombre de coépouses**

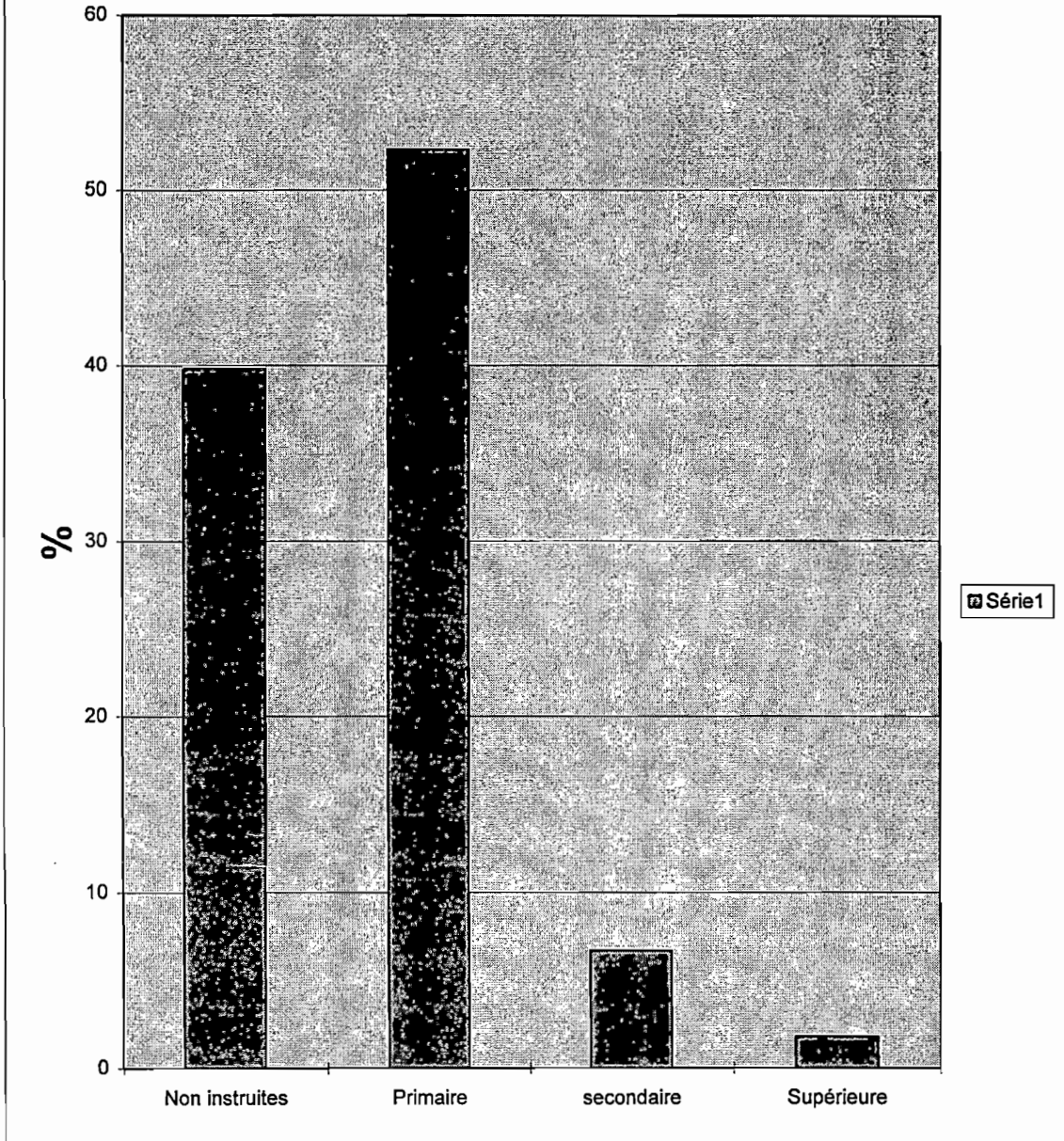
Nombre de co-épou	Effectif	Pourcentag
0	344	74,1
1	89	19,1
2	24	6,8
3	7	5,9
Total	464	100,0

Les femmes qui n'ont pas de coépouse(s) sont les plus nombreuses dans l'étude (74.1 %).

1.5 Niveau d'instruction**TABLEAU 5****Répartition des femmes enceintes en fonction de leur niveau d'instruction**

Niveau d'instruct	Effectif	Pourcentag
Non instruites	206	39,8
Primaire	273	52,3
Sécondaire	34	6,7
Supérieur	4	1,8
Total	517	100,0

Répart. des femmes enceintes en fonction de leur niveau instruction
Tab.5, Fig.2

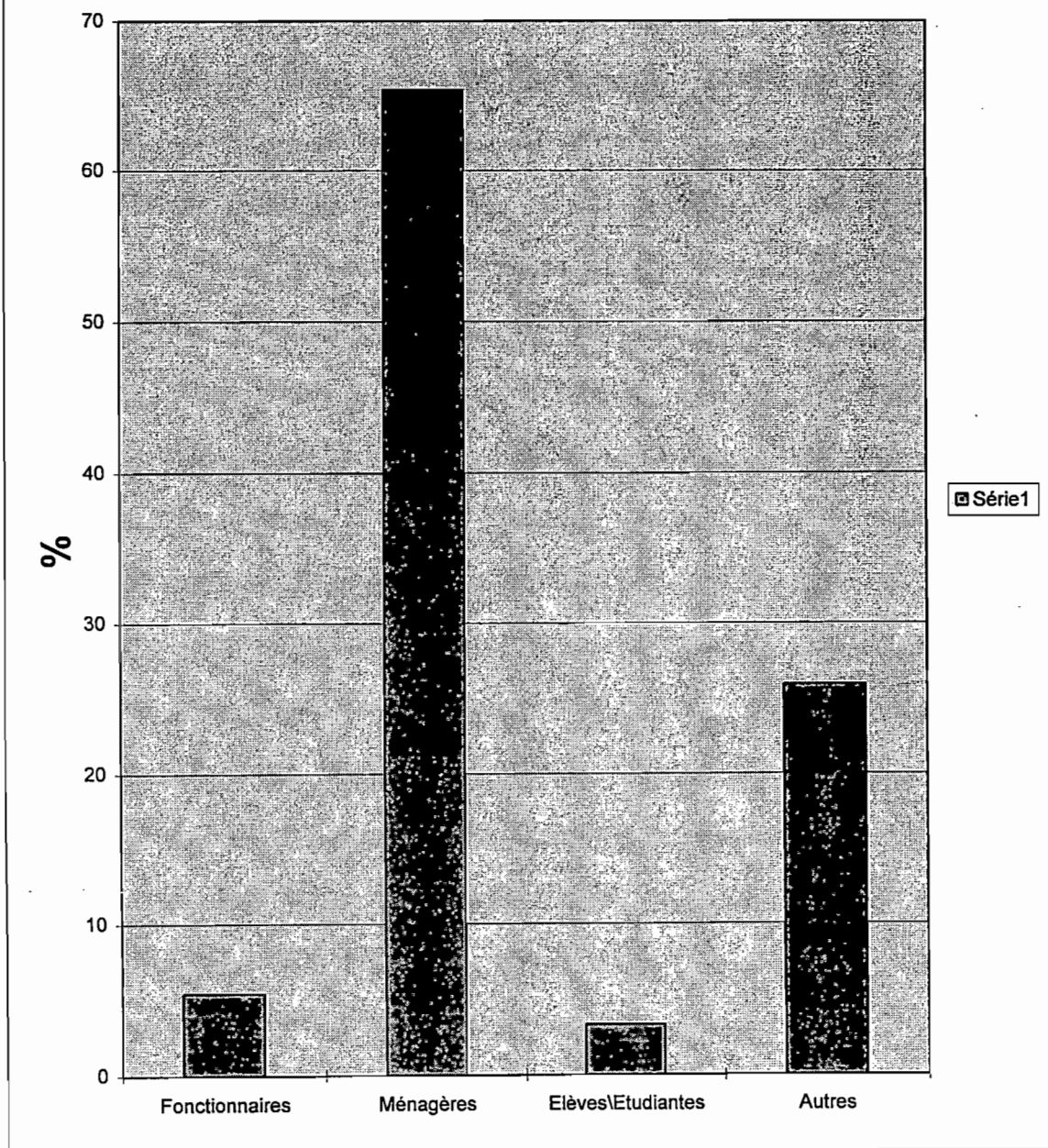


La grande majorité des femmes enceintes de l'étude (92,1%) n'ont pas dépassé le niveau primaire; 39,8% n'ont pas été instruites et 52,3% ont un niveau primaire.

1.6 Profession (de la femme)**TABLEAU 6****Répartition des femmes enceintes en fonction
de leur Profession**

Profession/femmes	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaires	28	5,4
Ménagères	338	65,4
Elèves/Étudiantes	17	3,3
Autres	138	25,9
Total	517	100,0

Répart. des femmes enceintes \Profession Tab.6, Fig.3



Les ménagères (65,4%) sont les plus représentées dans l'étude

1.7 Nombre de grossesses**TABLEAU 7**

**Répartition des femmes enceintes selon
le nombre de grossesses**

Nombre de grossesses	Effectif	Pourcentag
1 - 2	246	47,6
3 - 4	138	26,7
> 4	133	25,7
Total	517	100,0

La majorité des femmes (47,6%) ont 1-2 grossesses

1.8 Profession du mari**TABLEAU 8**

**Répartition des femmes enceintes selon
la profession du mari**

Profession/ mari	Effectif	Pourcentag
Catégorie 1	109	21,1
Catégorie 2	357	69,1
Catégorie 3	51	9,8
Total	517	100,0

La catégorie 2 (le secteur informel) est la plus représentée dans l'étude (69,1

2. ATTITUDES ET PRATIQUES DES FEMMES ENCEINTES EN MATIERE DE MST ET SIDA.

Les connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes sont analysées en fonction des variables socio-démographiques telles que l'âge, la situation matrimoniale, le milieu de vie, le niveau d'instruction, la profession, le nombre de co-épouses, le nombre de grossesses et la provenance.

A. CONNAISSANCES

1. Répartition des femmes enceintes ayant entendu parler ou non des MST selon certaines variables socio-démographiques :

1.1 Tranches d'âge

TABLEAU 9

Répartition des femmes enceintes qui ont entendu parler ou non des MST en fonction de la tranche d'âge

Tranches d'âge	Ont entendu parler	N'ont pas entendu parler	Total
14-24 ans	236 (87)	35 (13)	271
25-34 ans	197 (95)	10 (5)	207
35-44 ans	32 (82)	7 (18)	39
Total	465	52	517

Selon le tableau 9 dans chacune des trois tranches d'âge les femmes enceintes étudiées celles qui ont entendu parler de MST sont les plus nombreuses ($P = 0,001$).

Par ailleurs la tranche d'âge 25-34 ans est celle qui a le plus entendu parler de MST ($P < 0,04$).

1.2 Centre SMI ?**TABLEAU 10**

Répartition des femmes enceintes ayant entendu parler ou non des MST, en fonction de la provenance

Provenance	Ont entendu parler	N'ont pas entendu parler	Total
C.SMI Bamako-Coura	236 (94)	14 (6)	250
C.SMI du Quartier Mali	229 (85)	38 (15)	267
Total	465	52	517

D'après le tableau 10 les femmes enceintes en provenance du centre SMI de Bamako-coura sont plus nombreuses à avoir entendu parler des MST (94%) comparées à celles qui proviennent du centre SMI du Quartier Mali (85%). La différence est significative (P = 0,018).

1.3 Situation matrimoniale**TABLEAU 11**

Répartition des femmes enceintes ayant entendu parler ou non des MST, en fonction de la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Ont entendu parler	N'ont pas entendu parler	Total
Célibataires	46 (85)	8 (15)	54
Mariées	419 (90)	44 (10)	463
Total	465	52	517

P = 0,322

Le tableau 11 montre que quelque soit le statut matrimonial, les femmes enceintes ayant entendu parler de MST/Sida sont plus nombreuses que celles n'en ayant pas entendu parler. Cependant entre célibataires et mariées il n'existe pas de différence significative ($P=0,32$).

1.4 Niveau d'instruction

TABLEAU 12

Répartition des femmes enceintes ayant entendu parler ou non des MST, en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Ont entendu parler	N'ont pas entendu parler	Total
Non instruites	175 (85)	31 (15)	206
Primaire	252 (93)	21 (7)	273
Secondaire	34 (100)	0 (0)	34
Supérieur	4 (100)	0 (0)	4
Total	465	52	517

Toutes les femmes qui ont un niveau secondaire ou supérieur ont entendu parler des MST.

Celles qui ont un niveau primaire ou qui ne sont pas instruites ont moins entendu parler des MST.

Il existe une différence significative ($P = 0,0088$) entre les 2 groupes des femmes enceintes.

Comme on pouvait s'y attendre il existe un lien entre le niveau d'instruction et l'information sur les MST/Sida

1.5 Nombre de co-épouses

TABLEAU 13

Répartition des femmes enceintes ayant entendu parler ou non des MST en fonction du nombre de co-épouses

Nombre de co-épouses	Ont entendu parler	N'ont pas entendu parler	Total
0	307 (90%)	34 (10%)	341
1	82 (90%)	7 (10%)	89
2	21 (90%)	3 (10%)	24
3	7 (100%)	0 (0%)	417
Total	417	44	461

La grande majorité des femmes enceintes ont entendu parler de MST.

Le nombre de coépouses n'influe pas sur cette constatation. $P = 0,718$

1.6 Nombre de grossesses

TABLEAU 14

Répartition des femmes enceintes ayant entendu parler ou non des MST, en fonction du nombre de grossesses

Nombre de grossesses	Ont entendu parler	N'ont pas entendu parler	Total
1 à 2	213 (86)	33 (14)	246
3 à 4	135 (98)	3 (2)	138
Plus de 4	117 (89)	16 (11)	133
Total	465	52	517

D'après le tableau 14 les femmes qui ont 3 à 4 grossesses ont plus entendu parler des MST comparées à celles qui n'ont eu qu'une à deux grossesses ($P = 0,0014$).

1.7 Profession

TABLEAU 15

Répartition des femmes enceintes ayant entendu parler ou non des MST en fonction de la profession

Profession/femmes	Ont entendu parler	N'ont pas entendu parler	Total
Fonctionnaires	28 (100)	0 (0)	28
Ménagères	295 (88)	43 (12)	338
Elèves/Étudiantes	17 (100)	0 (0)	17
Autres	125 (94)	9 (6)	134
Total	465	52	517

Toutes les femmes enceintes fonctionnaires, élèves ou étudiantes ont entendu parler des MST.

Celles qui n'en ont pas entendu parler sont beaucoup plus nombreuses chez les ménagères et celles du secteur informel (autres).

La différence est significative ($P = 0,0298$).

1.8 Profession du mari

TABLEAU 16

Répartition des femmes enceintes ayant entendu parler ou non des MST en fonction de la profession du mari

Profession du mari	Ont entendu parler	N'ont pas entendu parler	Total
Catégorie 1	108 (99%)	1 (1%)	109
Catégorie 2	311 (87%)	46 (13%)	357
Catégorie 3	46 (90%)	5 (10%)	51
Total	465	52	517

99% des femmes enceintes dont les époux sont dans la catégorie 1 ont entendu parler des MST. Celles dont les maris se trouvent dans les catégories 2 et 3 ont beaucoup moins entendu parler des MST, comparées à celles de la catégorie 1. La différence est significative ($P = 0,0013$).

Legendes:

Catégorie 1 = Fonctionnaires + Jeunes Diplômés

Catégorie 2 = Commerçants

Catégorie 3 = Ouvriers, autres

1.9 Lieu d'habitation

TABLEAU 17

Répartition des femmes enceintes ayant entendu parler ou non des MST en fonction du lieu d'habitation

Lieu d'habitation	Ont entendu parler	N'ont pas entendu parler	Total
Quartier du centre	198 (95%)	11 (5%)	209
Quartier de la périphérie	267 (87%)	41 (13%)	308
Total	465	52	517

Les femmes enceintes qui habitent dans les quartiers périphériques ont moins entendu parler des MST comparées à celles habitant dans les quartiers du centre. Cette différence est significative ($P = 0,004$)

2. Répartition des femmes enceintes qui ont entendu parler du Sida.

Tableau 18

**Répartition des femmes enceintes qui ont
entendu parler du SIDA**

Femmes enceintes	Effectif	Pourcentage
ont entendu parler	419	90%
n'ont pas entendu parlé	46	10%
Total	465	100%

A la question " de quelle MST avez-vous entendu parler ", 419 sur les 465 (90 %) ayant

entendu parler de MST répondent : le sida (Tableau 18)

3. Répartition des femmes enceintes selon le nombre de MST connues et en fonction de certaines variables socio-démographiques :

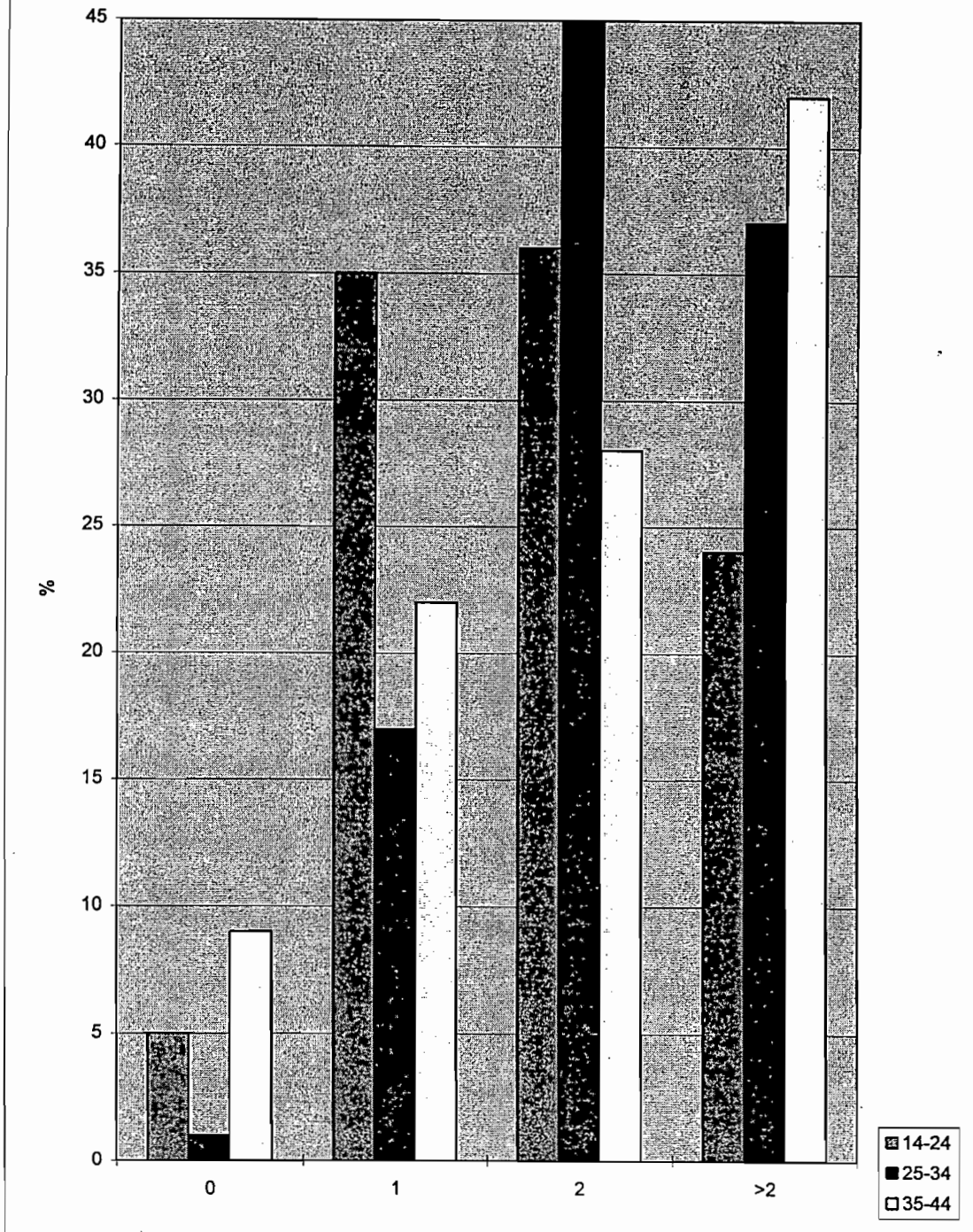
3.1 Tranche d'âge

TABLEAU 19

Répartition des femmes enceintes ayant une connaissance des MST, en fonction de la tranche d'âge

Nombre de MST connues	Tranches d'âge			
	14-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	Total
0	11 (5%)	3 (1%)	3 (9%)	17
1	83 (35%)	34 (17%)	7 (22%)	124
2	85 (36%)	90 (45%)	9 (28%)	184
> 2	57 (24%)	70 (37%)	13 (42%)	136
Total	236	197	32	465

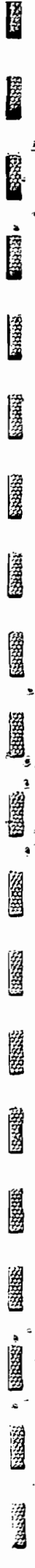
Répart. des femmes enceintes (connaissance MST) âge Tab.19,
Fig.4



De l'analyse de ce tableau, il ressort que

- 1) les 14-24 ans sont plus nombreuses à connaître une seule MST.
- 2) les 25-34 ans sont beaucoup plus nombreuses à connaître deux MST.
- 3) les 35-44 ans sont plus nombreuses à connaître plus de MST.

La différence est significative ($P=0,00007$).



Il existe donc un lien entre l'âge de la femme enceinte et le nombre de MST connues

*N.B : Les MST évoquées par les femmes enceintes sont les suivantes :

- - chaude pisse
- - leucorrhée (nauséabonde, avec ou sans prurit)
- - herpes (boutons sur les organes génitaux)
- - ulcérations génitales
- - siphilis
- - sida.

3.2 Provenance

TABLEAU 20

Répartition des femmes enceintes ayant une connaissance des MST, en fonction de la provenance

Nombre de MST connues	C.SMI Bamako-coura	C.SMI Quartier Mali	Total
0	2 (1%)	15 (7%)	17
1	52 (22%)	72 (31%)	124
2	95 (40%)	89 (39%)	184
> 2	87 (37%)	53 (23%)	140
Total	236	229	465

L'analyse du tableau nous permet de dire que les femmes enceintes qui fréquentent le centre

SMI de Bamako-Coura connaissent plus de MST que celles en provenance du centre SMI quartier Mali. La différence est significative ($P = 0,00008$).

3.3 Situation matrimoniale

TABLEAU 21

Répartition des femmes enceintes selon le nombre de MST connues, en fonction de la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Nombre de MST connues				
	0	1	2	> 2	Total
Célibataires	1 (2%)	20 (43%)	13 (28%)	12 (27%)	46
Mariées	16(4%)	104 (25%)	171 (41%)	128 (31%)	417
Total	17	124	184	113	465

Selon le tableau 21 les célibataires sont plus nombreuses à ne connaître qu'une seule MST. Les mariés connaissent généralement deux et plus de deux MST. Malgré cette apparence, cette différence au seuil 0,05 n'est statistiquement pas significative ($P = 0,0540$).

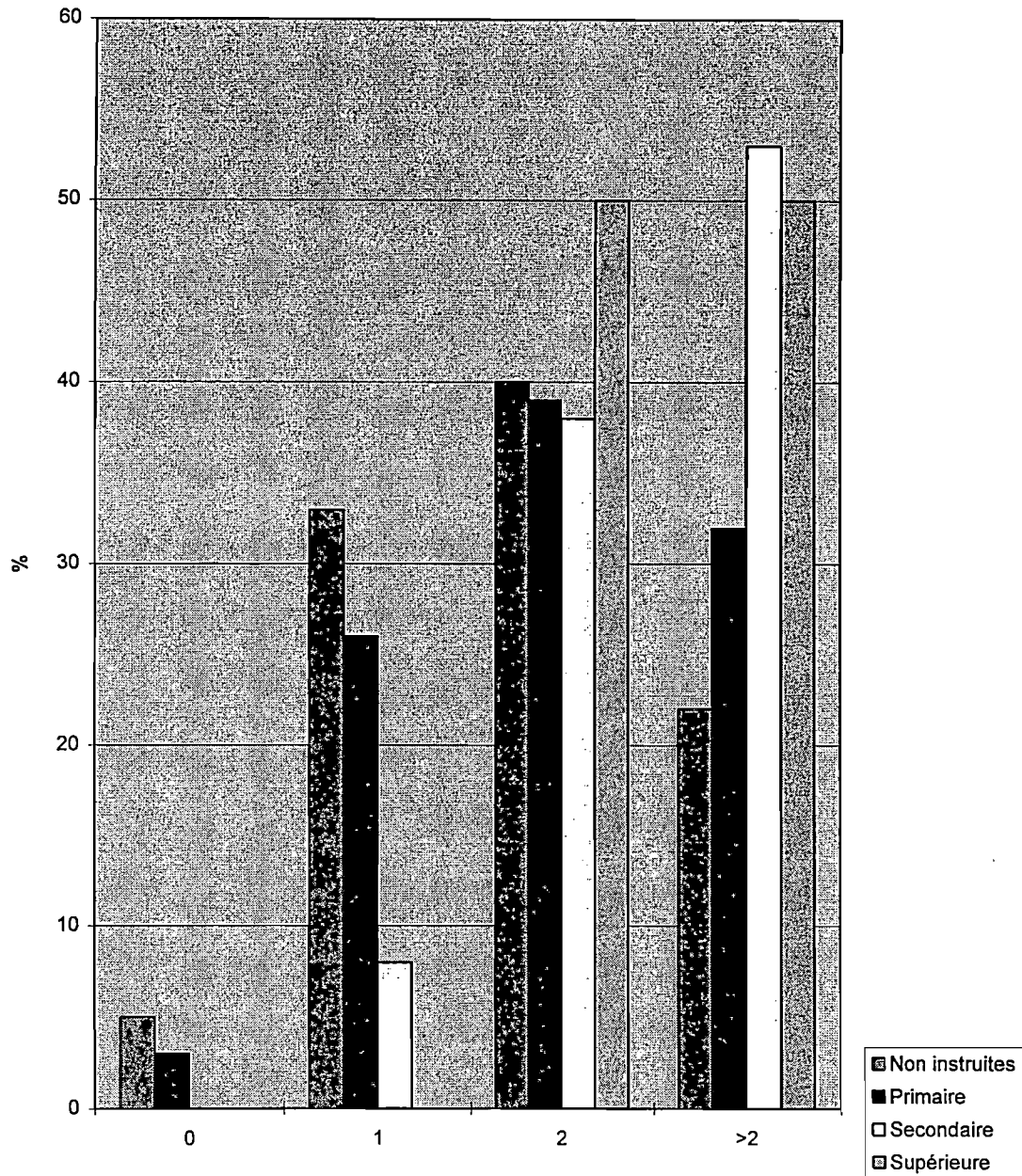
3.4 Niveau d'instruction

TABLEAU 22

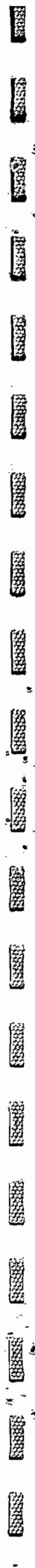
Répartition des femmes enceintes ayant une connaissance des MST, en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Nombre de MST connues				
	0	1	2	> 2	Total
non instruites	9 (5%)	57 (33%)	70 (40%)	39 (22%)	175
Primaire	8 (3%)	64 (26%)	99 (39%)	81 (32%)	252
Secondaire	0 (0%)	3 (8%)	13 (38%)	18 (53%)	34
Supérieur	0 (0%)	0 (0%)	2 (50%)	2 (50%)	4
Total	17	124	184	140	465

Répart. des femmes enceintes \connaissance MST/NIVEAU
Tab.22, Fig.5



Il ressort de ce tableau que les femmes enceintes qui ont un niveau d'instruction secondaire et/ou supérieure connaissent plus de MST, comparées à celles qui n'ont reçu qu'une instruction primaire ou qui n'en n'ont pas eu. La différence est significative ($P=0,0014$).



3.5 Profession

TABLEAU 23

Répartition des femmes enceintes selon le nombre de MST connues, en fonction de la profession

Nombre de MST connues	Fonctionnaires	Ménagères	Elèves Etudiantes	Autres	Total
0	0 (0%)	7 (2%)	1 (2%)	9 (7%)	17
1	0 (0%)	84 (29%)	5 (29%)	35 (28%)	124
2	13 (47%)	122 (41%)	6 (35%)	43 (34%)	184
supérieur à 2	15 (53)	82 (28)	5 (29)	38 (31)	140
Total	28	295	17	125	465

Le nombre de MST connues est significativement lié à la profession ($P=0,008$)
 Les ménagères, les autres (secteur informel), les élèves et les étudiantes connaissent généralement une seule MST. Les fonctionnaires sont les plus nombreuses à connaître 2 et plus de 2 MST (tableau 23, figure 6).

3.6 Profession du mari

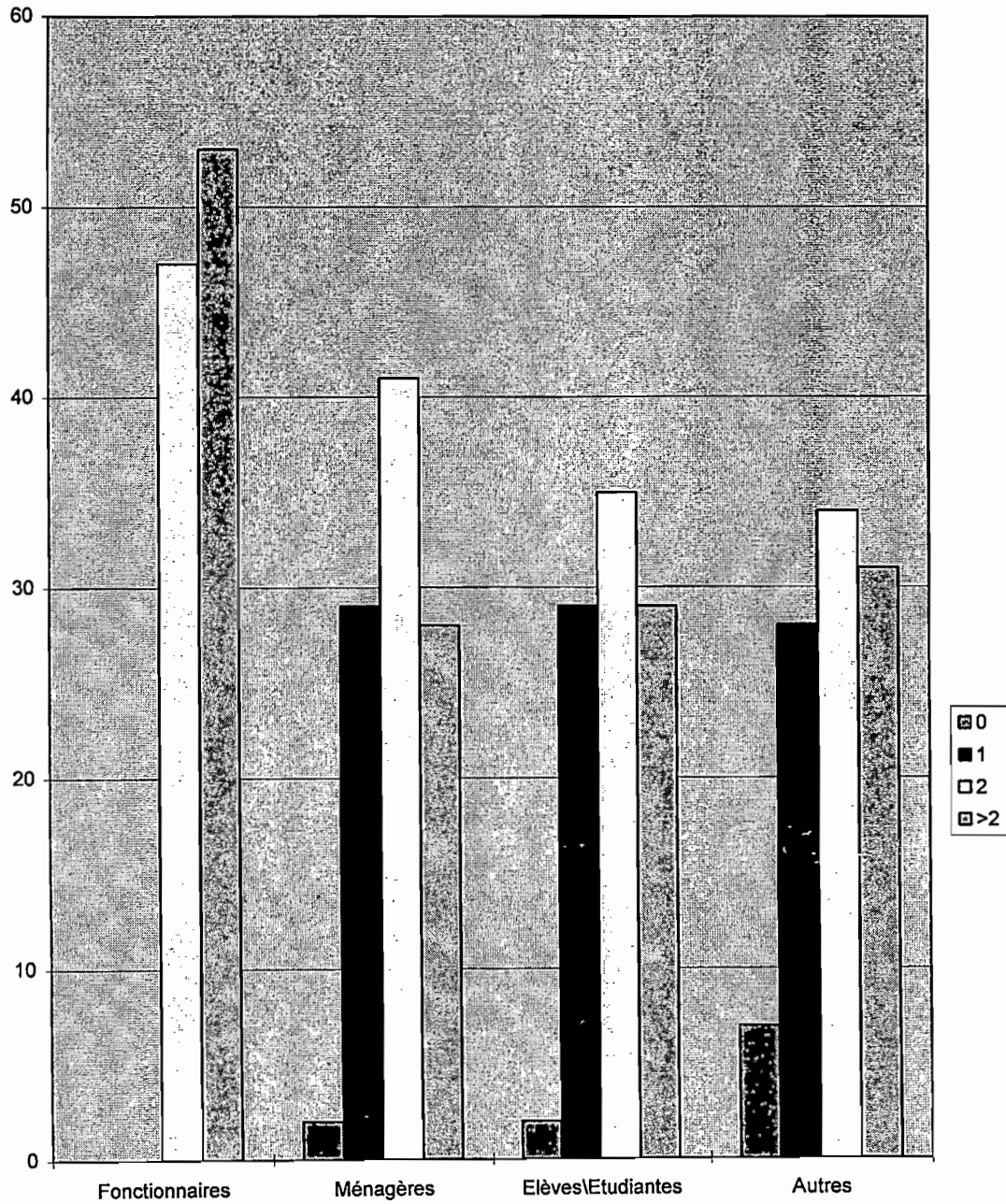
TABLEAU 24

Répartition des femmes enceintes ayant une connaissance des MST en fonction de la profession du mari

Profession du mari	Nombre de MST connues				Total
	0	1	2	> 2	
Catégorie 1	1 (1%)	21 (19%)	50 (46%)	36 (33%)	108
Catégorie 2	13 (4%)	86 (28%)	120 (39%)	92 (29%)	311
Catégorie 3	3 (6%)	17 (37%)	14 (30%)	12 (27%)	46
Total	17	124	184	140	465

Au seuil 0,05 il n'y a pas de lien entre la connaissance des MST et la profession du mari.

Répart. des femmes enceintes l'connaissance MST\Profession
 Tab.23, Fig.6



3.7 Connaissance comparée des autres MST par rapport aux SIDA.

TABLEAU 25

connaissance comparée des autres MST, par rapport au SIDA

MST/SIDA	nombre de MST connues			Total
	1	2	> 2	
Sida	104 (84%)	160 (87%)	139 (99%)	403
les autres MST	20 (16%)	24 (13%)	1 (1%)	45
Total	124	184	140	448

L'analyse du tableau 25 montre que sur 124 femmes enceintes connaissant une seule MST 84% d'entre elles ne citent que le sida comme MST.

Sur 184 femmes en état de grossesse connaissant deux MST 87% citent le SIDA comme première MST.

Sur 140 femmes enceintes connaissant plus de deux MST, 99% connaissent le SIDA en plus d'autres MST.

La différence est significative ($P = 0,00004$)

4. Répartition des femmes enceintes qui pensent que les MST peuvent avoir des conséquences sur leur grossesse selon :

4.1 Tranche d'âge

TABLEAU 26

Répartition des femmes enceintes qui pensent que les MST peuvent avoir des conséquences sur la grossesse, en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	MST ont des Conséquences sur la grossesse			
	Oui	Non	Ne sait pas	Total
14 - 24 ans	220 (81)	9 (3)	42 (16)	271
25 - 34 ans	187 (90)	5 (3)	15 (7)	207
35 - 44 ans	33 (84)	3 (8)	3 (8)	39
Total	440	17	60	517

La proportion de femmes qui pensent que les MST ont une conséquence sur leur grossesse est élevée dans la tranche d'âge 25-34 ans(90%).

La majorité des femmes qui ne savent pas que les MST ont des conséquences sur leur santé se trouvent dans la tranche d'âge 14-24 ans.

La différence est significative (P = 0,022).

4.2 Provenance (tableau 27)**TABLEAU 27**

Répartition des femmes enceintes qui pensent que les MST peuvent avoir des conséquences sur la grossesse, en fonction de la provenance

Provenance	MST ont des conséquences			Total
	Oui	Non	Ne sait pas	
C. SMI Bamako-coura	228 (91)	7 (3)	15 (6)	250
C. SMI Quartier Mali	212 (79)	10 (4)	45 (17)	267
Total	440	17	60	517

Les femmes en provenance du centre SMI de Bamako-coura sont plus nombreuses à penser que les MST ont des conséquences sur la grossesse. Parmi celles qui ignorent si les MST ont des conséquences sur la grossesse, les femmes enceintes du C.SMI Quartier Mali sont les plus nombreuses ($P = 0,00042$).

4.3 Situation matrimoniale**TABLEAU 28**

Répartition des femmes enceintes qui pensent que les MST peuvent avoir des conséquences sur la grossesse, en fonction de la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	MST ont des Conséquences			
	Oui	Non	Ne sait pas	Total
Célibataires	47 (87)	3 (6)	4 (7)	54
Mariées	391 (85)	14 (3)	56 (12)	461
Total	440	17	60	517

4.6 Profession (tableau 31)**TABLEAU 31**

Répartition des femmes enceintes qui pensent que les MST peuvent avoir des conséquences sur la grossesse, en fonction de la profession

Profession	MST ont des Conséquences			
	Oui	Non	Ne sait pas	Total
Fonctionnaires	27(96)	0(0)	1(4)	28
Ménagères	277(82)	14(4)	47(14)	338
Elèves/Étudiantes	17(100)	0(0)	0(0)	17
Autres	119(89)	3(2)	12(9)	134
Total	440	17	60	517

Il ressort de ce tableau que les fonctionnaires, les élèves et étudiantes, appréhendent mieux les conséquences des MST sur leur grossesse comparées aux ménagères et autres.

Mais la différence n'est pas statistiquement significative au seuil 0,05.

Il n'y a pas de différence significative entre la proportion des femmes enceintes célibataires et celles des mariées, qui savent que les MST ont des conséquences pour la grossesse ($P = 0,39$).

4.4 Nombre de grossesses

TABLEAU 29

Répartition des femmes enceintes qui pensent que les MST peuvent avoir des conséquences sur la grossesse, en fonction du nombre de grossesses

Nbre de grossesses	MST ont des conséquences			
	Oui	Non	Ne sait pas	Total
1 - 2	202(82)	9(4)	35(14)	246
3 - 4	126(91)	1(1)	11(8)	138
> 4	112(84)	7(5)	14(11)	133
Total	440	17	60	517

Les femmes qui ont fait une à deux grossesses sont apparemment moins renseignées sur les conséquences des MST comparées à celles qui ont fait trois à quatre grossesses.

Cependant cette différence n'est pas statistiquement significative.

4.5 Nombre de co-épouses (tableau 30)**TABLEAU 30**

**Répartition des femmes enceintes qui pensent que les
MST peuvent avoir des conséquences sur la grossesse,
en fonction du nombre de co-épouses**

Nombre de co-épouses	MST ont des conséquences			
	Oui	Non	Ne sait pas	Total
1	80(90)	1(1)	8(9)	89
2	22(92)	0(0)	2 (8)	24
3	7(100)	0(0)	0(0)	7
Total	109	1	10	120

Selon ce tableau il n'existe pas de lien entre le nombre de coepouses et la connaissance des conséquences des MST sur la grossesse.

5. Répartition des femmes enceintes selon le nombre des conséquences des MST sur la grossesse qu'elles ont citées:

5.1 En fonction de la tranche d'âge

TABLEAU 32

Répartition des femmes enceintes ayant une connaissance du nombre des conséquences des MST sur la grossesse selon la tranche d'âge

Nombre de conséquences	Tranches d'âge			
	14-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	Total
1	36(16%)	48(26%)	15(45%)	99
2	20(9%)	27(14%)	3(9%)	50
> 2	1(1%)	2(1%)	1(3%)	4
Incapable de préciser	163(74%)	110(59%)	14(42%)	287
Total	220	187	33	440

L'analyse du tableau 32 montre que les femmes enceintes des classes d'âges 25-34 ans et 35-44 ans sont plus nombreuses à connaître au moins une conséquence des MST sur la grossesse, comparées à celles de la classe d'âge 14-24 ans ($P=0,0062$).

Cependant ces femmes enceintes sachant que les MST ont des conséquences sur la grossesse, sont incapables de les préciser (74% pour les 14-24 ans, 59 % pour les 25-34 ans et 42% pour les 35-44 ans).

- a) Les conséquences citées sont : avortement, mort-né, accouchement prématuré,
- b) Incapables de préciser : c'est le groupe de femmes enceintes qui, tout en sachant que les MST ont des conséquences, ne peuvent pas en citer.

5.2 Situation matrimoniale

TABLEAU 33

Répartition des femmes enceintes selon le nombre de conséquences citées en fonction de la situation matrimoniale

Nombre de conséquences	Situation matrimoniale		
	Célibataires	Mariées	Total
1	8(17)	91(23)	99
2	4(9)	46(12)	50
> 2	0(0)	4(1)	4
Incapable de préciser	35(74)	252(64)	287
Total	47	393	440

Le tableau montre qu'il n'y a de relation entre la situation matrimoniale et le nombre de conséquences citées ($P = 0,522$)

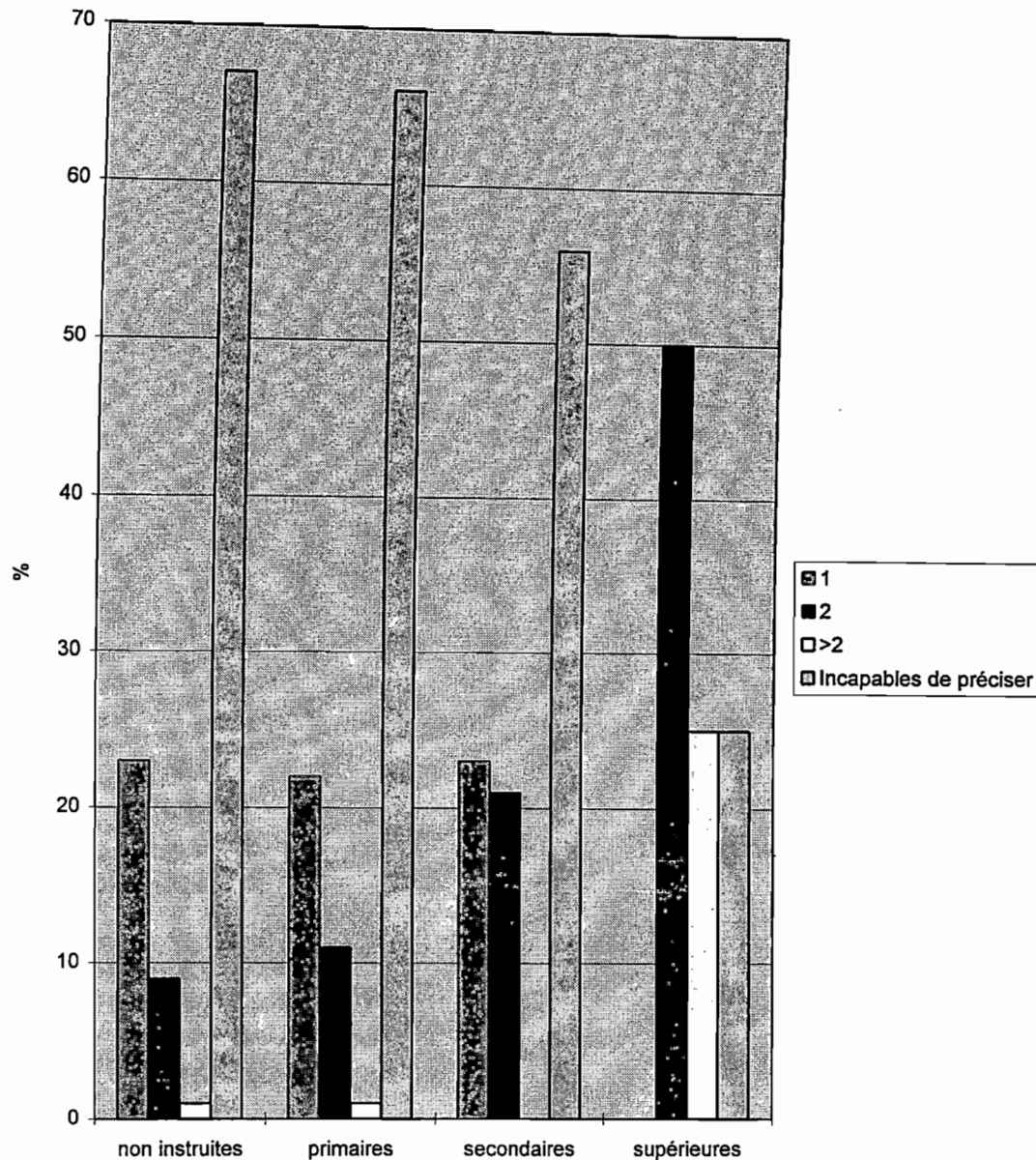
5.3 Niveau d'instruction (tableau 34)

TABLEAU 34

Répartition des femmes enceintes ayant une connaissance du nombre des conséquences des MSTselon le niveau d'instruction

Nombre de conséquences connues	Niveau d'instruction				
	non instruites	primaire	secondaire	Supérieur	Total
1	38(23%)	53(22%)	8(23%)	0(0%)	99
2	15(9%)	26(11%)	7(21%)	2(50%)	50
> 2	1(1%)	2(1%)	0(0%)	1(25%)	4
Incapables de préciser	108(67%)	159(66%)	19(56%)	1(25%)	287
Total	162	240	34	4	440

Répart. des femmes enceintes (conséq. MST) \ niveau d' instruction
Tab.34, Fig.7



Il ressort de ce tableau 34 que :

pour les femmes non instruites et de niveau primaire, il n'existe pas de différence significative pour le nombre de conséquences connues et pour la proportion de celle incapable de préciser ces conséquences

Les femmes de niveau secondaire et supérieur sont les plus nombreuses à citer au moins 2 conséquences ($P=0,00003$) la connaissance porte surtout sur deux MST.

Les proportions de sujets incapables de préciser les conséquences sont également importantes et supérieures pour celles du niveau secondaire ($P=0,00003$)

5.4 Profession (TABLEAU 35)

TABLEAU 35

Répartition des femmes enceintes ayant une connaissance du nombre de conséquence des MST sur la grossesse, selon la profession

Nombre de conséquences connues	Profession				
	Fonctionnaires	Ménagères	Elèves étudiantes	Autres	Total
1	6(22%)	59(21%)	1(6%)	33(28%)	99
2	6(22%)	37(14%)	2(13%)	5(4%)	50
> 2	1(4%)	2(1%)	0(0%)	1(1%)	4
Incapables de préciser	14(52%)	179(65%)	13(81%)	81(67%)	287
Total	27	277	16	121	440

Dans ce tableau, on note que comparées aux autres groupes socio-professionnels les femmes « fonctionnaires » sont les plus nombreuses à connaître deux et plus de deux conséquences des MST ($P = 0,05$).

5.5 En fonction du nombre de grossesses

TABLEAU 36

**Répartition des femmes enceintes en fonction
du nombre de conséquence citées
et du nombre de grossesses**

Nombre de conséquences connues	Nombre de grossesses			
	1 - 2	3-4	> 4	Total
1	36(18)	29(23)	34(30)	99
2	20(10)	21(17)	9(8)	50
> 2	0(0)	3(2)	1(1)	4
Incapables de préciser	146(72)	73(58)	68(61)	287
Total	202	126	112	440

L'analyse du tableau 36 montre que les femmes ayant fait plus de trois grossesses et plus connaissent mieux les MST($P=0,001$) alors que celles ayant fait trois à quatre grossesses, connaissent mieux deux conséquences et plus. Par ailleurs la proportion de femmes incapables de préciser la nature des conséquences, est très élevée (58 à 72%).

6. Répartition des femmes enceintes en fonction des conséquences des MST sur la santé de l'enfant à la naissance qu'elles ont citées selon les différentes variables socio-démographiques.

6.1 Tranches d'âge

TABLEAU 37

Répartition des femmes enceintes en fonction du nombre des conséquences des MST sur la santé de l'enfant, et de la tranche d'âge

(a) Nombre de conséquences MST connues sur la santé de l'enfant	Tranches d'âge			
	14 - 24 ans	25-34 ans	35-44 ans	Total
1	57(24%)	42(22%)	15(43%)	114
2	2(1%)	0(0%)	1(3%)	3
3	0(0%)	1(1%)	0(0%)	1
(b) Incapables de préciser	179(75%)	150(78%)	19(54%)	348
Total	238	193	34	466

Le tableau 37 montre que la majorité des femmes enceintes savent que les mst ont des conséquences sur la santé de l'enfant à la naissance. Cependant, elles sont incapables de les préciser: 1% seulement des femmes de 14-24ans et des femmes de 25-34ans et 3% des femmes de 35-44ans peuvent citer deux mst ou plus.

(a) Conséquences citées: Conjunctivite néonatale, Cecité, Malformations congénitales

(b) Incapables de préciser: tout en sachant que les mst ont des conséquences sur la santé de l'enfant à la naissance, certaines femmes enceintes sont incapables de les préciser.

6.2 Provenance

TABLEAU 38

Répartition des femmes enceintes en fonction du nombre des conséquences des MST sur la santé de l'enfant et la provenance

Nombre de conséquences MST connues sur santé de l'enfant	Provenance		Total
	C. SMI Bamako-coura	C. SMI Quartier Mali	
1	45(20)	69(29)	114
2	1(0)	2(1)	3
3	0(0)	1(0)	1
Incapables de préciser	183(80)	165(70)	348
Total	229	237	466

Selon le tableau 38, seulement 20% des femmes enceintes du centre SMI de bamako-coura et 29% du centre SMI de quartier mali peuvent citer au plus une conséquence des MST sur la santé de l'enfant. Aucune femme de bamako-coura n'a pu citer 2 conséquences ou plus .

Au quartier mali 1% des femmes a pu citer au moins 2 conséquences.

Malgré cette incapacité de citer les conséquences ,la majorité des femmes des deux centres SMI savent que les MST peuvent en avoir sur la santé de l'enfant à la naissance.

6.3 Situation matrimoniale

TABLEAU 39

Répartition des femmes enceintes en fonction du nombre des conséquences des MST sur la santé de l'enfant, et de la situation matrimoniale

Nombre de conséquences MST connues sur santé de l'enfant	situation matrimoniale		Total
	célibataire	mariées	
1	10(21)	104(25)	114
2	0(0)	3(1)	3
3	0(0)	1(0)	1
incapables de préciser	42(79)	306(74)	348
Total	52	413	466

L'analyse du tableau 39 montre qu'il n'existe pas de lien entre la situation matrimoniale et le nombre de conséquences des MST sur la santé de l'enfant que les femmes ont citées ($p=0,694$)

6.4 Niveau d'instruction**TABLEAU 40**

Répartition des femmes enceintes en fonction du nombre des conséquences des MST sur la santé de l'enfant, et du niveau d'instruction

Nombre Conséquences MST connues sur santé de l'enfant	Niveau d'Instruction			Total
	Non instruites	Primaire	secondaire + supérieur	
1	50(28)	55(22)	8(22)	114
2	1(1)	2(1)	0(0)	3
3	0(0)	0(0)	1(3)	1
incapables de préciser	128(71)	194(77)	7(75)	348
	179	251	36	466

Le tableau 40 montre que le niveau d'instruction n'a pas d'influence sur le nombre des conséquences cités pour la santé de l'enfant à la naissance ($p = 0,1428$).

6.5 Profession

TABLEAU 41

Répartition des femmes enceintes en fonction du nombre des conséquences des MST sur la santé de l'enfant et de la profession

Nombre de conséquences MST connues sur santé de l'enfant	Profession				Total
	Fonctionnaires	élèves étudiantes	ménagères	autres	
1	6(21)	1(6)	80(26)	27(22)	114
2	0(0)	0(0)	2(1)	1(1)	3
3	1(4)	0(0)	0(0)	0(0)	1
Incapables de préciser	21(75)	15(94)	219(73)	93(77)	348
Total	28	16	301	121	466

Tout comme le niveau d'instruction, la profession n'a d'influence sur le nombre de conséquences des MST cité pour la santé de l'enfant.

6.6 Nombre de co-épouses**TABLEAU 42**

Répartition des femmes enceintes en fonction du nombre des conséquences des MST sur la santé de l'enfant, et du nombre de co-épouses

nombre de conséquences des MST connues sur santé de l'enfant	nombre de co-épouses				Total
	0	1	2	3	
1	80(26)	20(24)	2(9)	2(29)	104
2	1(0,5)	1(1)	0(0)	1(14)	3
3	1(0,5)	0(0)	0(0)	0(0)	1
Incapables de préciser	220(73)	62(75)	21(91)	4(57)	110
Total	302	83	23	7	415

Il n'existe pas de lien entre le nombre de coépouses des femmes enceintes et le nombre des conséquences de MST citées pour la santé de l'enfant à la naissance.

6.7 Nombre de grossesses**TABLEAU 43**

**Répartition des femmes enceintes en fonction du nombre
des conséquences des MST sur la santé de l'enfant,
et du nombre de grossesses**

Nombre de conséquences MST connues sur santé de l'enfant	nombre de grossesses			Total
	1-2	3-4	>4	
1	57(26)	21(17)	36(30)	114
2	0(0)	2(2)	1(1)	3
3	0(0)	0(0)	1(1)	1
Incapables de préciser	166(74)	100(81)	82(68)	348
Total	223	123	1201	466

Selon le tableau 43 les qui ont 3 grossesses ou plus semblent mieux connaître les conséquences des MST sur la santé de l'enfant. 1 à 2% d'entre elles peuvent citer au moins deux conséquences des MST sur la santé de l'enfant contre 0% de celle qui ont eu 1-2 grossesses, mais cette différence n'est pas significative ($p=0,0543$).

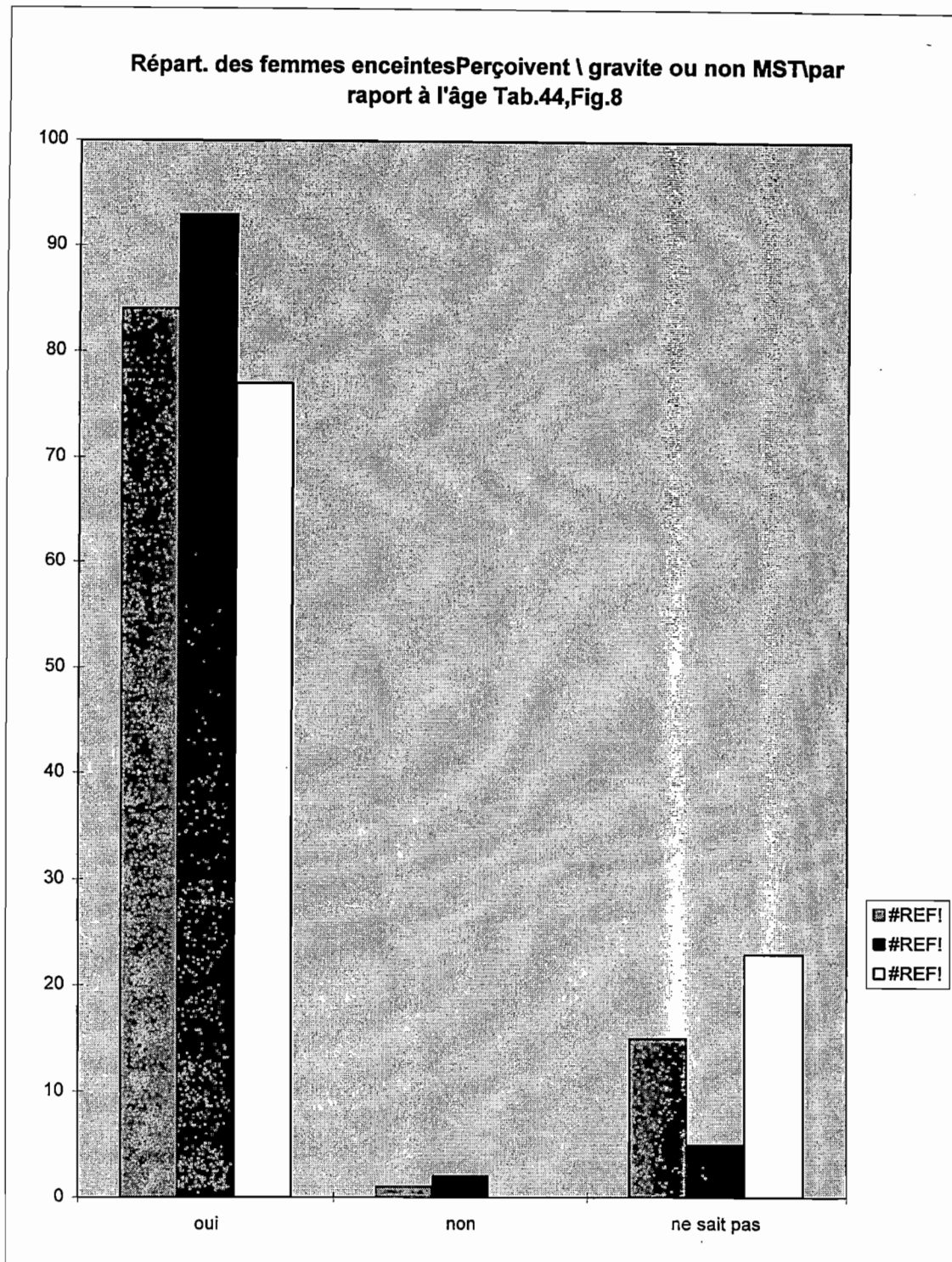
7. Répartition des femmes enceintes selon qu'elles perçoivent les MST comme problème grave ou non, en fonction de différentes variables socio-démographiques :

7.1 Tranches d'âge

TABLEAU 44

Répartition des femmes enceintes selon qu'elles perçoivent les MST comme problème grave ou non, en fonction de la tranche d'âge

Tranches d'âge	MST problèmes graves			Total
	Oui	Non	Ne sait pas	
14-24 ans	227 (84)	3 (1)	41 (15)	271
25-34 ans	192 (93)	4 (2)	11 (5)	207
35-44 ans	30 (77)	0 (0)	9 (23)	39
Total	449	7	61	517



L'analyse des données du tableau 44 montre qu'une forte proportion de femmes enceintes qui perçoivent les MST comme un problème grave de santé, en particulier la tranche d'âge comprise entre 25-34 ans (93%). La différence de perception entre la tranche d'âge de 25-34 ans et les tranches d'âges des 14-24 et 35-44 ans est statistiquement significative ($P=0,002$).

7.2 Provenance

TABLEAU 45

Répartition des femmes enceintes selon qu'elles perçoivent les MST comme problème grave ou non en fonction de la provenance

Provenance	MST, Problème grave			Total
	Oui	Non	Ne sait pas	
C.SMI Bamako-coura	233 (93)	0 (0)	17 (7)	250
C. SMI Quartier Mali	216 (81)	7 (3)	44 (16)	267
Total	449	7	61	517

Le tableau 45 montre que les femmes fréquentant le centre SMI de Bamako -coura perçoivent mieux les MST comme un problème grave chez les femmes enceintes (93%) comparées à celles qui proviennent du centre SMI du quartier mali (81%) 16% des femmes provenant du centre SMI du quartier mali ne savent pas que les MST sont un problème grave chez les femmes enceintes.

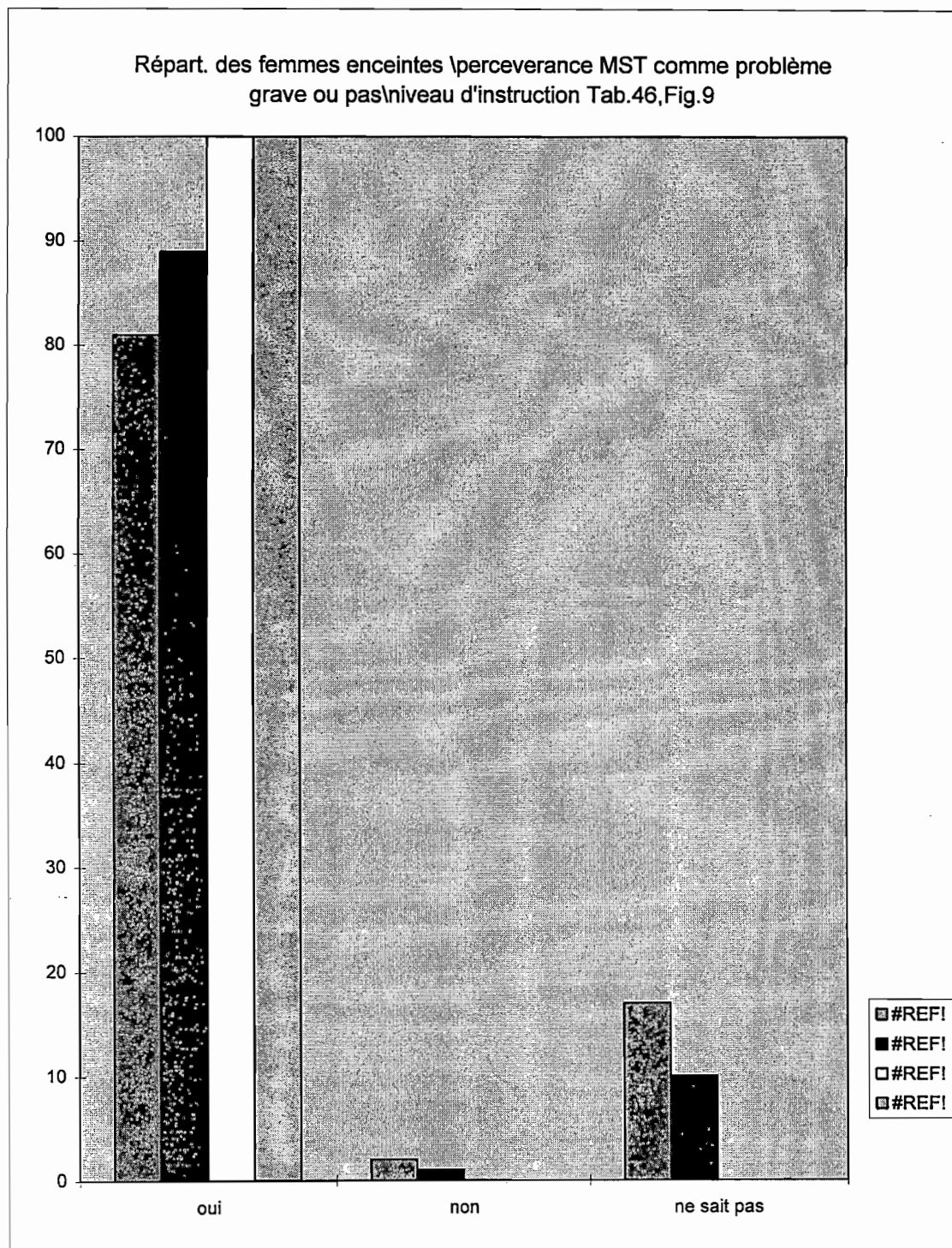
La difference est significative au seuil 0,005 (p= 0,00007)

7.3 Niveau d'instruction

TABLEAU 46

Répartition des femmes enceintes selon
qu'elles perçoivent les MST comme problème
grave ou non, en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	MST problème grave			Total
	Oui	Non	Ne s'est pas	
Non instruites	166 (81)	5 (2)	35 (17)	206
Niveau primaire	245 (89)	2 (1)	26 (10)	273
Niveau secondaire	34 (100)	0 (0)	0 (0)	34
Niveau supérieur	4 (100)	0 (0)	0 (0)	4
Total	449	7	61	517



De façon générale la grande majorité des femmes enceintes perçoivent les MST comme un problème grave de santé (81% à 100%). Il existe pendant une différence de perception entre les femmes instruites et les femmes non instruites ($P=0,0017$).

B. ATTITUDES

1. Répartition des femmes enceintes selon qu'elles aient peur ou pas d'attraper une MST, en fonction de certaines variables socio-démographiques :

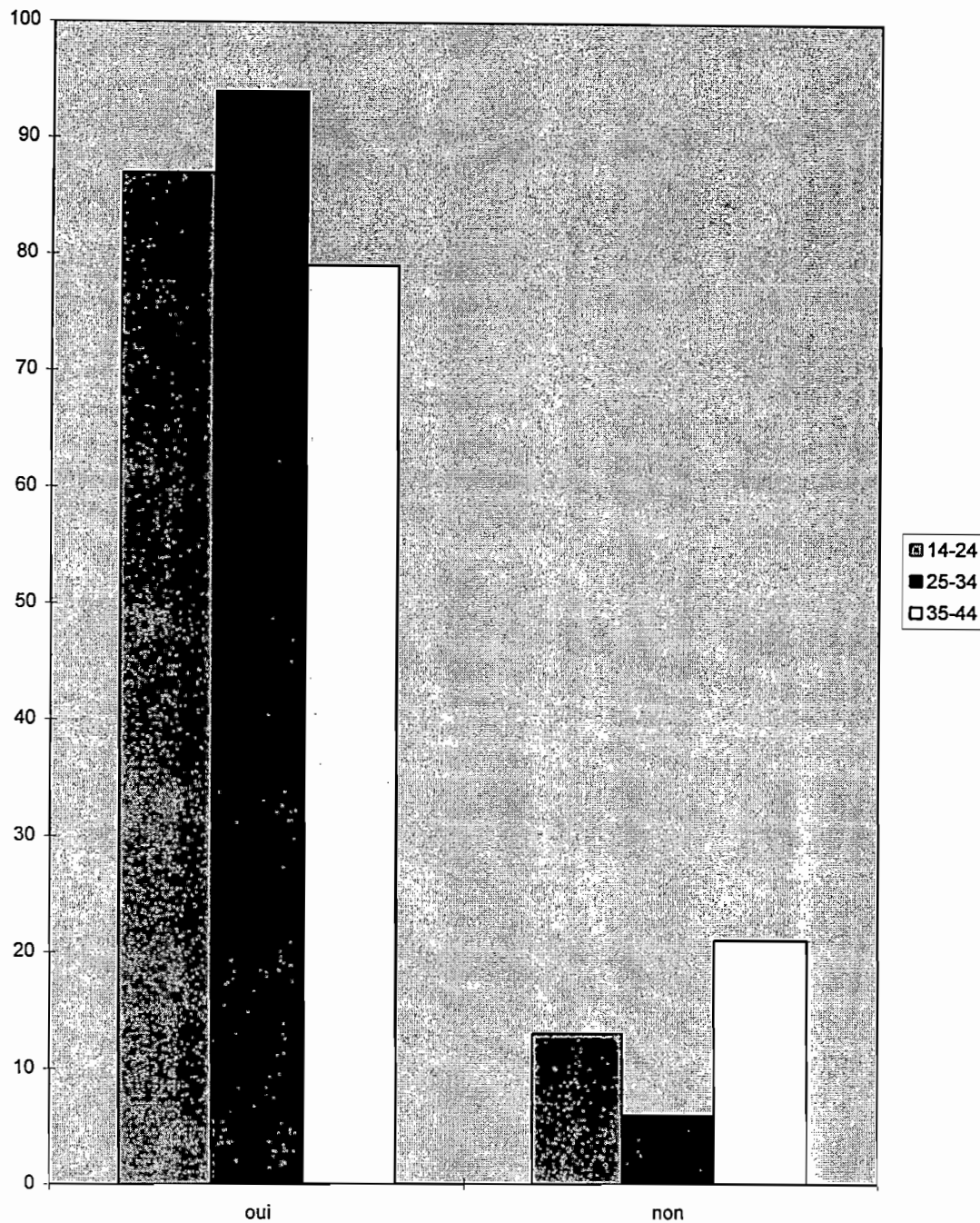
1.1 Tranches d'âge

TABLEAU 47

Répartition des femmes enceintes qui ont peur ou pas d'attraper une MST, en fonction de la tranche d'âge.

tranches d'âge	Peur d'attraper une MST		Total
	Oui	Non	
14-24 ans	236 (87)	35 (13)	271
25-34 ans	195 (94)	12 (6)	207
34-44 ans	31 (79)	8 (21)	39
Total	462	55	517

Répart. des femmes enceintes \Peur MST\ageTab.47, Fig.10



De l'analyse du tableau 47 montre que les femmes enceintes tous âges confondus ont en général peur d'attraper une MST (87 à 94%). La tranche d'âge de 25-34 ans a particulièrement plus peur que les autres. ($P=0,005$).

1.2 Provenance

TABLEAU 48

Répartition des femmes enceintes qui ont peur ou pas d'attraper une MST, en fonction de la provenance

Provenance	Peur d'attraper une MST		Total
	Oui	Non	
C.SMI Bamako-Coura	236 (94)	14 (6)	250
C. SMI Quartier Mali	226 (85)	41 (15)	267
Total	462	55	517

Au niveau des deux centres SMI (C.SMI de Bamako-coura et centre SMI du Quartier Mali) la grande majorité des femmes ont peur d'attraper une MST. (tabl 48).Il existe une différence significative de réponse entre les femmes des deux centre SMI ($p = 0,0005$).

1.3 Situation matrimoniale

TABLEAU 49

Répartition des femmes enceintes qui ont peur ou pas d'attraper une MST, selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Peur d'attraper une MST		Total
	Oui	Non	
Célibataires	47 (87)	7 (13)	54
Mariées	415 (90)	48 (10)	463
Total	462	55	517

L'analyse du tableau 49 montre que les femmes mariées semblent être plus nombreuses à avoir peur d'attraper une MST que les célibataires. Mais statistiquement la différence n'est pas significative. ($P = 0,803$).

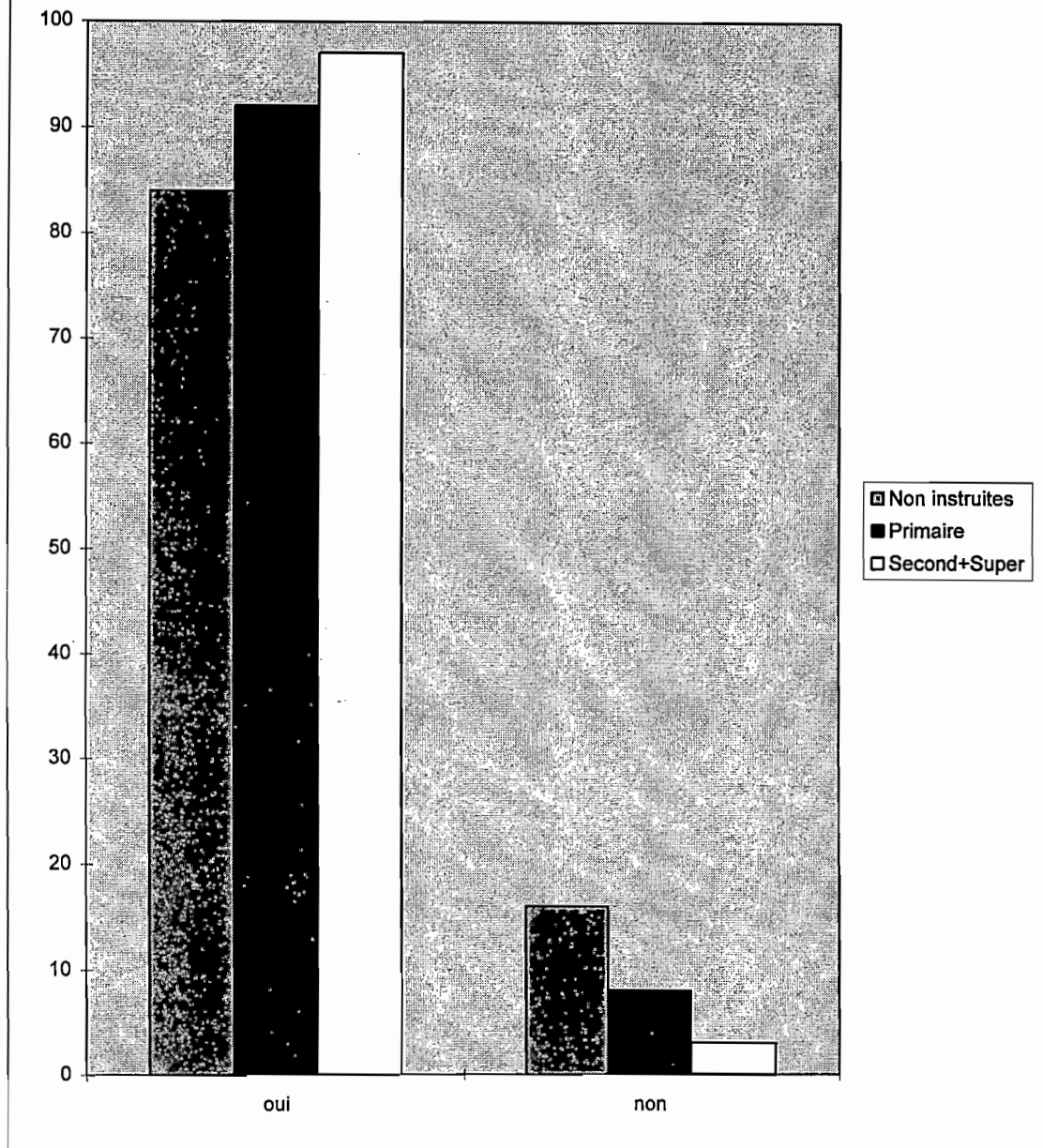
1.4 Niveau d'instruction

TABLEAU 50

Répartition des femmes enceintes qui ont peur ou pas d'attraper une MST, en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Peur d'attraper une MST		Total
	Oui	Non	
non instruites	174 (84)	32 (16)	206
primaire	251 (92)	22 (8)	273
secondaire + supérieur	37 (97)	1 (3)	38
Total	462	55	517

Répart. des femmes enceintes\Peur MST\niveau d'instruction
Tab.50, Fig.11



Il ressort du tableau 50 que les femmes instruites sont plus nombreuses à avoir peur d'attraper une MST que les femmes non instruites. Le nombre des femmes ayant peur d'attraper une MST augmente avec le niveau d'instruction.

1.5 Profession

TABLEAU 51

Répartition des femmes enceintes qui ont peur ou pas d'attraper une MST, selon la profession

Profession	peur d'attraper une MST		Total
	Oui	Non	
Fonctionnaires	28 (100)	0 (0)	28
Ménagères	291 (86)	47 (14)	338
élèves/Étudiantes	17 (100)	0 (0)	17
Autres	127 (95)	7 (5)	134
Total	463	54	517

Il ressort de l'analyse du tableau 51 que les fonctionnaires, les élèves et étudiantes (100%) sont plus nombreuses à avoir peur d'attraper une MST comparées aux ménagères et aux femmes du secteur informel (autres). La différence est significative ($P = 0,003$).

1.6 Lieu d'habitation

TABLEAU 52

Répartition des femmes enceintes qui ont peur ou pas d'attraper une MST, selon le lieu d'habitation

Habitation	peur d'attraper une MST		Total
	Oui	Non	
Quartiers du centre	197 (94,2)	12 (5,7)	209
Quartiers de la périphérique	265 (86)	43 (13,9)	308
Total	462	55	517

La grande majorité des femmes enceintes, indifféremment du lieu d'habitation ont peur d'attraper une MST. Mais celles qui habitent dans les quartiers du centre (94%) sont plus nombreuses à avoir peur d'attraper une MST comparées à celles qui habitent dans les quartiers périphériques (86%). La différence est significative. ($P = 0,005$).

2. Répartition des femmes enceintes selon qu'elles aient peur ou non de faire des rapports sexuels avec leurs partenaires quand elles sont atteintes d'une MST, en fonction de certaines variables socio-démographiques :

2.1 Tranches d'âge

TABLEAU 53

Répartition des femmes enceintes selon qu'elles aient peur ou non de faire des rapports sexuels avec leur partenaires quand elles ont une MST, en fonction de la tranche d'âge

Tranches d'âge	peur de faire des relations sexuelles		Total
	Oui	Non	
14-24 ans	207 (76)	64 (24)	271
25-34 ans	181 (87)	26 (13)	207
34-44 ans	30 (77)	9 (23)	39
Total	418	99	517

Il ressort de l'analyse du tableau 53 que les femmes enceintes âgées de 25-34 ans (87%) sont plus nombreuses à avoir peur de faire des rapports sexuels lorsqu'elles sont atteintes d'une MST par rapport à celles qui appartiennent aux classes d'âges 14-24 ans (76%) et 35 - 44 ans (77%).

La différence est significative ($P = 0,008$).

2.2 Provenance

TABLEAU 54

Répartition des femmes enceintes selon qu'elles aient peur ou non de faire des rapports sexuels avec leur partenaire quand elles ont une MST, en fonction de la provenance

Peur de faire des relations sexuelles	provenance		Total
	C.SMI Bamako-coura	C.SMI quartier Mali	
Oui	209 (83)	209 (78)	418
Non	41 (17)	58 (22)	99
Total	250	267	517

Selon le tableau 54 la majorité des femmes enceintes provenant indifféremment des deux centres (C.SMI de Bamako-coura et du Quartier Mali) ont peur de faire des rapports sexuels lorsqu'elles sont atteintes d'une MST.

IL n'existe pas de différence significative de réponse entre les deux quartiers. ($p=0,154$)

2.3 Situation matrimoniale

TABLEAU 55

Répartition des femmes enceintes selon qu'elles aient peur ou non de faire des rapports sexuels avec leur partenaire quand elles ont une MST, en fonction de la situation matrimoniale

situation matrimoniale	peur de faire des relations sexuelles		Total
	Oui	Non	
Célibataires	29 (54)	25 (46)	54
Mariées	389 (84)	74 (16)	463
Total	418	99	517

De l'analyse du tableau 55 il ressort que les célibataires sont plus nombreuses à ne pas avoir peur de faire des rapports sexuels avec leur partenaire si elles sont atteintes d'une MST (46%) par rapport à celles qui sont mariées (16%). La différence est significative ($P = < 0,001$).

2.4 Niveau d'instruction

TABLEAU 56

Répartition des femmes enceintes selon qu'elles aient peur ou non de faire des rapports sexuels avec leur partenaire quand elles ont une MST, en fonction du niveau d'instruction

Peur d'avoir des relations sexuelles	Niveau d'instruction			Total
	non instruites	primaire	supérieur + secondaire	
Oui	161 (78)	226 (83)	31 (82)	418
Non	45 (22)	47 (17)	7 (18)	99
Total	206	273	38	517

C. PRATIQUES

1. Genre de traitement que suivent les femmes enceintes atteintes d'une MST, en fonction de certaines variables socio-démographiques :

1.1 Tranches d'âge

TABLEAU 57

**Genre de traitement que suivent les femmes enceintes,
en fonction de la tranche d'âge**

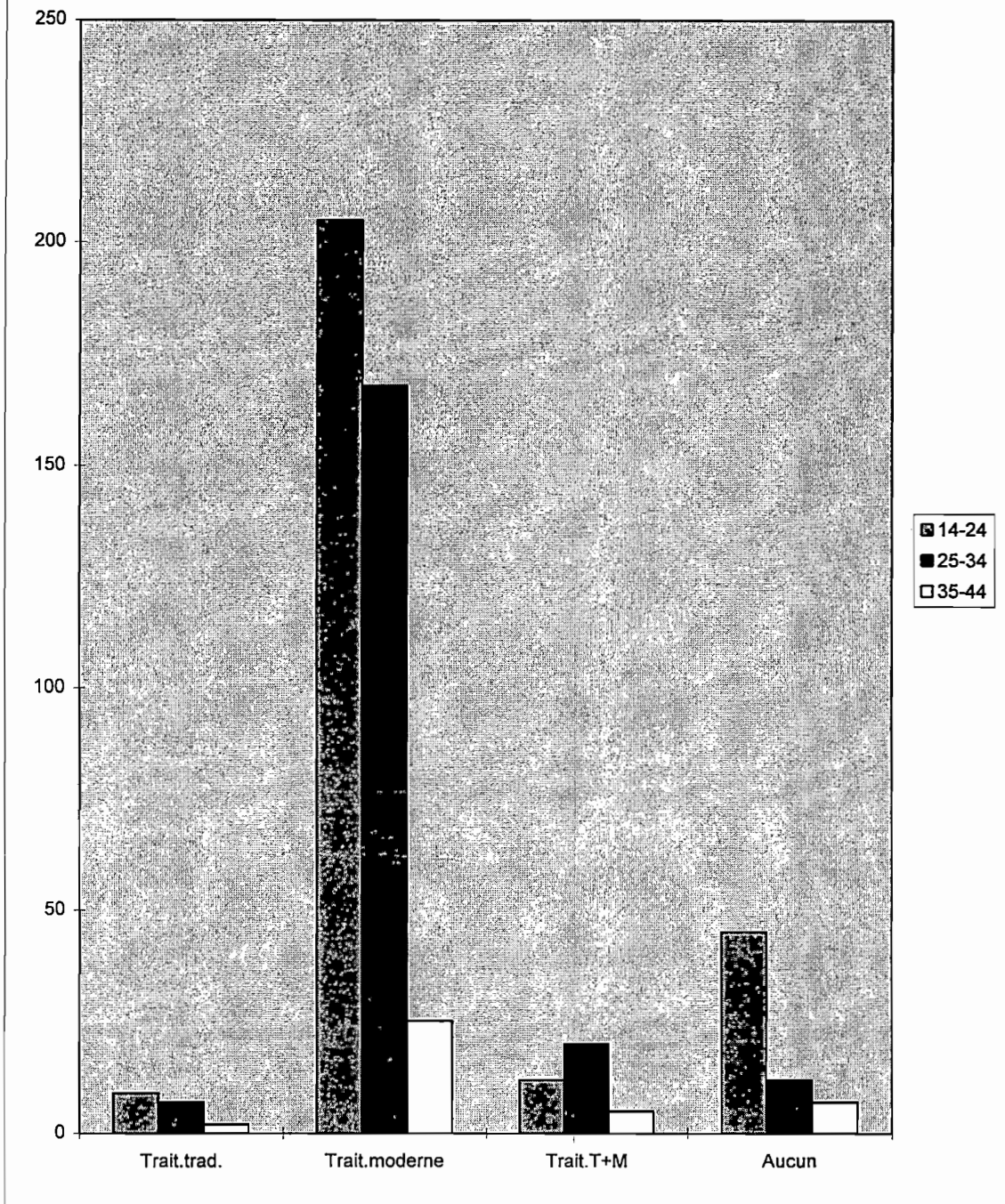
Tranches d'âge	genre de traitement				Total
	Traitement traditionnel	moderne	traditionnel + moderne	aucun	
14-24 ans	9 (3)	205 (75)	12 (4)	45 (16)	271
25-34 ans	7 (3)	168 (81)	20 (10)	12 (6)	207
35-44 ans	2 (5)	25 (64)	5 (13)	7 (18)	39
Total	18	398	37	64	517

L'analyse du tableau 57 montre qu'indépendamment des différentes tranches d'âges, les femmes enceintes choisissent le traitement moderne.

Cependant ce choix est plus important dans la tranche d'âge des 25-34 ans (81%). Celles qui ne font aucun traitement se rencontrent surtout dans les tranches d'âges 35-44 ans (18% et 14-24 ans (16%).

La différence est significative ($P = 0,002$).

Genre traitement des femmes enceintes MSTV Age Tab.57, Fig.12



L'analyse du tableau 57 montre qu'indépendamment des tranches d'âge, les femmes enceintes choisissent le traitement moderne. Cependant ce choix est plus important dans la tranche des 25-34 ans (81%). Celles qui ne font aucun traitement se rencontrent chez les 35-44 ans (18%) et 14-24 ans (16%). La différence est significative ($P = 0,002$)

1.2 CENTRE SMI**TABLEAU 58**

**Genre de traitement que suivent les femmes enceintes,
en fonction de la provenance**

Genre de traitement	Provenance		Total
	C.SMI Bamako-coura	C.SMI Quartier Mali	
Traditionnel	4 (2)	14 (5)	18
Moderne	199 (80)	199 (75)	398
Moderne + Traditionnel	29 (11)	8 (3)	37
Aucun	18 (7)	46 (17)	64
Total	250	267	517

Il ressort du tableau 58. que les femmes qui fréquentent le centre SMI de Bamako-coura sont plus nombreuses à faire un traitement moderne par rapport à celles en provenance du centre SMI Quartier Mali.

Le phénomène inverse s'observe s'agissant du traitement traditionnel.

Celles qui ne font aucun traitement proviennent en plus importante proportion du centre SMI Quartier Mali.

La différence est significative ($P < 0,0001$)

1.3 Situation matrimoniale

TABLEAU 59

**Genre de traitement que suivent les femmes enceintes,
en fonction de la situation matrimoniale**

Situation matrimoniale	Genre de traitement				Total
	Aucun	traditionnel	moderne	traditionnel + moderne	
Célibataires	10(19)	3 (6)	36 (66)	5 (9)	54
Mariées	54(12)	15 (3)	362 (78)	32 (7)	463
Total	64	18	398	37	517

1.4 Niveau d'instruction

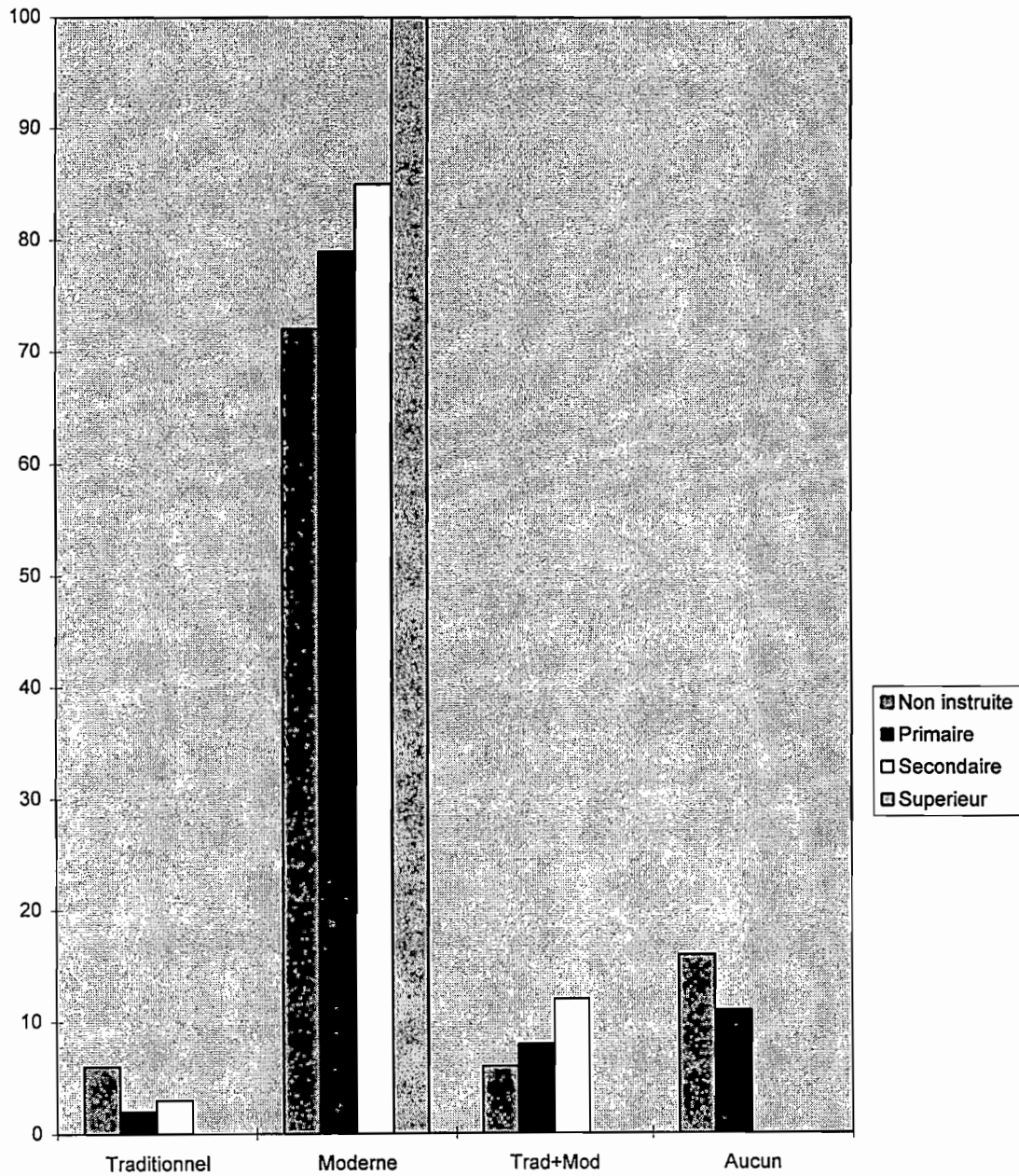
TABLEAU 60

**Genre de traitement que suivent les femmes enceintes,
en fonction du niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	genre de traitement				Total
	traditionnel	moderne	traditionnel + moderne	Aucun	
Non instruites	12 (6)	148 (72)	12 (6)	34 (16)	206
primaire	5 (2)	217 (79)	21 (8)	30 (11)	273
secondaire	1 (3)	29 (85)	4 (12)	0 (0)	34
supérieur	0 (0)	4 (100)	0 (0)	0 (0)	4
Total	18	398	37	64	517

La grande majorité des femmes enceintes qu'elles soient du niveau supérieur, secondaire, primaire ou non instruites, choisissent un traitement moderne. hormis le niveau supérieur les trois autres niveaux en proportion infime, adoptent un traitement traditionnel ou mixte. Celles qui ne font aucun traitement se rencontrent uniquement au niveau primaire et dans la catégorie des non instruites. La différence est significative ($P = 0,049$).

Traitement MST\niveau d'instruction Tab.60, Fig.13



1.5 Lieu d'habitation**TABLEAU 61**

**Genre de traitement que suivent les femmes enceintes,
en fonction du lieu d'habitation**

Genre de traitement	Lieu d'habitation		Total
	Quartiers du centre	Quartiers de la périphérie	
Traditionnel	3 (1)	15 (5)	18
Moderne	168 (80)	230 (75)	398
Traditionnel + moderne	23 (11)	14 (4)	37
Aucun	15 (7)	49 (16)	64
Total	209	308	517

L'examen du tableau 61 montre qu'indifféremment du lieu d'habitation, la grande majorité des femmes font un traitement moderne.

Cependant celles qui ne font aucun traitement sont plus nombreuses à la périphérie. Cette différence est significative. ($P = 0,0002$).

1.6 Profession

TABLEAU 6 2

Genre de traitement que pratique les femmes enceintes, en fonction de la profession

Profession	Genre de traitement				Total
	Tradition-nel	Moderne	Traditionn el + Moderne	Aucun	
Fonctionnaires	0 (0)	28 (100)	0 (0)	0 (0)	28
Ménagères	11 (3)	258 (77)	21 (6)	48 (14)	338
Elèves/Étudiantes	1 (5)	13 (78)	2 (11)	1 (6)	17
Autres	6 (5)	99 (74)	14 (10)	15 (11)	134
Total	18	398	37	64	517

L'analyse du tableau 62 montre que toutes les fonctionnaires vues au cours de notre enquête font un traitement moderne au détriment du traitement traditionnel. Chez les ménagères, les élèves et étudiantes, un pourcentage important préfère le traitement moderne au traitement traditionnel, à l'opposé d'une très faible proportion de femmes enceintes qui choisissent le traitement traditionnel. Celles qui ne font aucun traitement se rencontrent surtout dans la catégorie des ménagères et celles du secteur informel (autres). Il n'existe pas de différence significative ($p=0,127$).

2. Précautions prises par les femmes enceintes pour éviter une MST, selon certaines variables socio-démographiques :

2.1 Tranches d'âge

TABLEAU 63

Précautions prises par les femmes enceintes pour éviter une MST, selon la tranche d'âge

Tranches d'âge	éviter une MST				Total
	Condom	Fidélité	Condom + Fidélité	Ne sait Pas	
14-24 ans	73 (27)	71 (26)	37 (14)	90 (33)	271
25-34 ans	60 (29)	61 (29)	24 (11)	62 (30)	207
35-44 ans	6 (15)	16 (41)	4 (10)	13 (33)	39
Total	139	148	65	165	517

Il ressort du tableau 63 qu'il n'y a pas de différence significative entre les femmes enceintes des trois tranches d'âge qui déclarent utiliser le condom ou le condom et la fidélité pour éviter une MST.

($p=0,42$) Celle de la tranche d'âge de 35-44 ans semble cependant plus fidèle que les autres (41% contre 26% et 29%). Une proportion non négligeable des femmes (30 à 33%) ne savent pas quelles précautions prendre afin d'éviter les MST.

2.2 CENTRE SMI**TABLEAU 64**

**Précautions prises par les femmes enceintes
pour éviter une MST, selon la provenance**

éviter une MST	Provenance		Total
	C.SMI Bamako-Coura	C.SMI Quartier Mali	
Condom	54 (22)	85 (32)	139
Fidélité	81 (32)	67 (25)	148
condom + fidélité	54 (22)	11 (4)	65
Ne sait pas	61 (24)	104 (39)	165
Total	250	267	517

Selon le tableau 64 il n'existe pas de différence significative entre les femmes enceintes des deux centre SMI dans l'utilisation des moyens de protection contre une MST ($p= 1$). Les femmes du centre SMI de quartier mali semble cependant être plus nombreuses à ignorer les moyens de protection (39% contre 24%)

2.3 Situation matrimoniale

TABLEAU 65

Précautions prises par les femmes enceintes pour éviter une MST, selon la situation matrimoniale

Situation Matrimoniale	éviter une MST				Total
	condom	Fidélité	Condom + Fidélité	Ne sait pas	
Célibataires	11 (20)	16 (30)	15 (28)	12 (22)	54
Mariées	128 (28)	132 (29)	50 (11)	153 (33)	463
Total	139	148	65	165	517

Il n'existe pas de différence significative entre les célibataires et les mariées qui déclarent utiliser les condoms seuls ou la fidélité seule comme moyen d'éviter une MST. Par contre il en existe entre les célibataires et les mariées qui utilise à la fois les condoms et la fidélité : 28% et 11% respectivement ($p = 0,0004$).

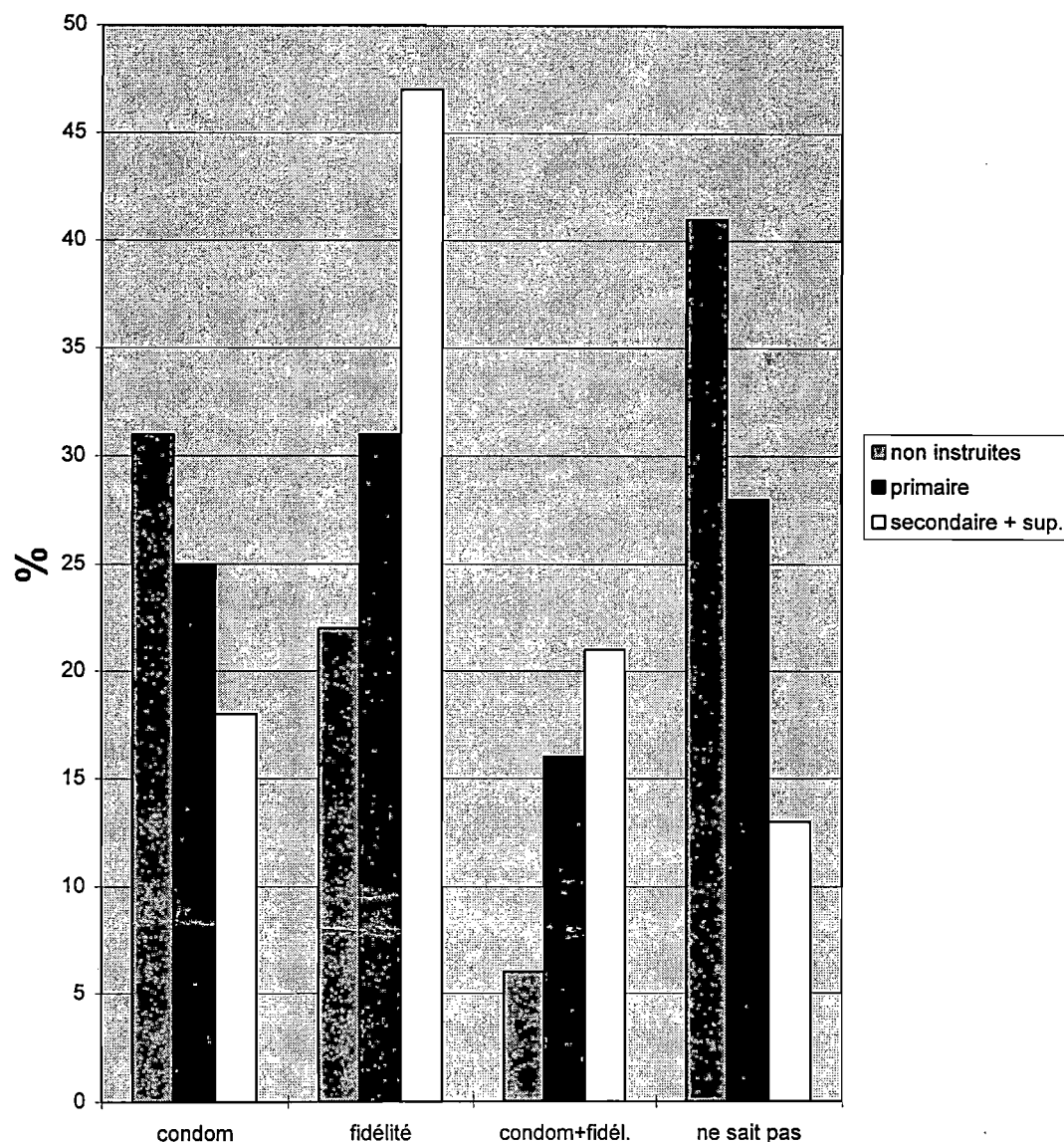
2.4 Niveau d'instruction

TABLEAU 66

Précautions prises par les femmes enceintes pour éviter une MST, selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	éviter une MST				TOTAL
	condom	Fidélité	Condom + Fidélité	Ne sait Pas	
non instruites	64 (31)	45 (22)	13 (6)	84 (41)	206
primaire	68 (25)	85 (31)	44 (16)	76 (28)	273
secondaire + supérieur	7 (18)	18 (47)	8 (21)	5 (13)	38
Total	139	148	65	165	517

Précaution MST \niveau d'instruction Tab.66, Fig.14



Dans l'ensemble ce tableau montre que la prise de précaution pour éviter une MST est liée au niveau d'instruction ($P=0,00001$). Il n'existe pas de différence significative entre le niveau d'instruction dans l'utilisation des condoms seuls (18 à 31%). Les niveaux supérieur et secondaire utilisent la fidélité seule plus que le niveau primaire ($P=0,04$) et les non instruites ($P=0,001$). Le niveau primaire utilise la fidélité seule plus que les femmes non instruites ($P=0,02$). Les femmes instruites (primaires, secondaires et supérieures) sont plus nombreuses à adopter à la fois les condoms et la fidélité par rapport aux femmes non instruites ($P=0,0005$).

2.5 Profession

TABLEAU 67

**Précautions prises par les femmes enceintes
pour éviter une MST, selon la profession**

Profession	éviter une MST				Total
	Condom	Fidélité	Condom + Fidélité	Aucun	
Fonctionnaires	5 (18)	14 (50)	8 (28)	1 (4)	28
Ménagères	105 (31)	79 (23)	37 (11)	117 (35)	338
Elèves/étudiantes	4 (23)	8 (47)	2 (12)	3 (18)	17
Autres	25 (19)	47 (35)	18 (13)	44 (33)	134
Total	139	148	65	165	517

De l'analyse du tableau,68 il ressort que les fonctionnaires sont les plus nombreuses à utiliser la fidélité ou le condom et la fidélité comme moyen d'éviter une MST.

Les ménagères et des femmes du secteur informel sont plus nombreuses (35 et 33%) à ne connaître aucun moyen de protection contre les MST.

La différence est significative ($P = 0,0001$).

3. Conduite des femmes enceintes atteintes de MST, selon certaines variables socio-démographiques :

3.1 Tranches d'âge

TABLEAU 68

**Conduites des femmes enceintes atteintes de MST,
selon la tranche d'âge**

Conduite	Tranches d'âge			Total
	14-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	
consultation médicale	215 (79)	189 (91)	22 (58)	426
chez le guérisseur	1 (1)	0 (0)	1 (2)	2
Consultation médicale + guérisseur	9 (3)	5 (2)	6 (15)	20
Ne sait pas	46 (17)	13 (6)	10 (25)	69
Total	271	207	39	517

L'analyse du tableau 68 nous montre que les femmes enceintes de la classe d'âge 25-34 ans sont plus nombreuses à aller en consultation médicale lorsqu'elles sont atteintes d'une MST. (91%) Celles de la classe d'âge 35-44ans sont plus nombreuses à aller en consultation médicale et en même temps chez le guérisseur. (15%) Celles qui ignorent, ce

qu'il faut faire lorsqu'elles sont atteintes d'une MST sont plus nombreuses dans la classe d'âge 35-44 ans (25%).

La différence est significative ($P < 0,001$).

3.2 CENTRE SMI

TABLEAU 69

**Conduites des femmes enceintes atteintes de MST,
selon la provenance**

Conduite	provenance		total
	C.SMI Bamako-coura	C.SMI Quartier Mali	
consultation médicale	211 (84)	215 (80)	426
chez le guérisseur	2 (1)	0 (0)	2
consultation médicale + guérisseur	16 (7)	4 (2)	20
Ne sait pas	21 (8)	48 (18)	69
Total	250	267	517

De l'analyse du tableau, ci-dessus la grande majorité des femmes enceintes vont en consultation médicale lorsqu'elles sont atteintes de MST. Celles qui ne savent pas quelle

conduite tenir sont plus nombreuses au niveau du centre SMI du Quartier Mali(18%) par rapport à celles fréquentant le centre SMI de Bamako-coura (8%).
la différence est significative ($P = 0,000024$).

3.3 Situation matrimoniale

TABLEAU 70

**Conduites des femmes enceintes atteintes de MST,
selon la situation matrimoniale**

Conduite	Situation Matrimoniale		total
	Célibataires	Mariées	
consultation médicale	38 (70)	388 (84)	426
chez le guerrisseur	1 (2)	1 (0)	2
consultation médicale + guerrisseur	5 (9)	15 (3)	20
Ne sait pas	10 (19)	59 (13)	69
Total	54	461	517

Les femmes mariées sont plus nombreuses que les célibataires à aller en consultation médicale lorsqu'elles sont atteintes de MST($P= 0,01$) Par contre les célibataires semblent plus nombreuses à ne pas savoir quelle conduite adopter lorsqu'elles sont atteintes d'une MST(19% contre 13%) mais cette différence n'est pas significative.

3.4 Niveau d'instruction

TABLEAU 71

**Conduites des femmes enceintes atteintes de MST,
selon le niveau d'instruction**

Conduite	Niveau d'instruction			total
	Non instruites	Primaires	Secondaire + supérieur	
consultation médicale	164 (80)	226 (83)	36 (95)	426
Chez le guerrisseur	0 (0)	2 (1)	0 (0)	2
Consultation médicale + guerrisseur	7 (3)	11 (4)	2 (5)	20
Ne sait pas	35 (17)	34 (12)	0 (0)	69
Total	206	273	38	517

Les femmes enceintes qui ont un niveau secondaire ou supérieur sont plus nombreuses que celles qui ont un niveau primaire à aller en consultation médicale, lorsqu'elles sont atteintes d'une MST. Ces dernières, sont elles aussi plus nombreuses que celles qui sont non instruites. Celles qui ne savent pas quelle conduite adopter sont réparties entre les non instruites et celles qui ont un niveau primaire. La différence est significative ($P < 0,001$).

3.5 Lieu d'habitation

TABLEAU 7 2

Conduites des femmes enceintes atteintes de MST,
selon le lieu d'habitation

Conduite	Habitation		Total
	Quartiers du Centre	Quartiers Périphériques	
consultation médicale	176 (84)	250 (81)	426
chez le guérisseur	1 (1)	1 (0)	2
consultation médicale + chez le guérisseur	15 (7)	5 (2)	20
Ne sait pas	17 (8)	52 (17)	69
Total	209	308	517

Selon le tableau 72, les femmes enceintes qui habitent dans les quartiers du centre sont plus nombreuses que celles des quartiers périphériques à aller en consultation médicale (84% contre 81%).

Mais cette différence n'est pas significative.

Par contre celles qui habitent dans les quartiers de la périphérie sont les plus nombreuses à ne pas savoir ce qu'il faut faire lorsqu'elles sont atteintes d'une MST.

La différence est significative ($p = 0,0041$)

3.6 Profession

TABLEAU 73

**Conduites des femmes enceintes atteintes de MST,
selon la profession**

Conduite	Profession				Total
	Fonctionnaires	Ménagères	Elèves + étudiant s	Autres	
Consultation médicale	27 (96)	273 (81)	15 (88)	111 (83)	426
Chez le guérisseur	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (1)	2
Consultation médicale + guérisseur	1 (1)	11 (3)	1 (6)	7 (5)	20
Ne sait pas	0 (0)	53 (16)	1 (6)	15 (11)	69
Total	28	338	17	134	517

De l'analyse du tableau 73 il ressort que les fonctionnaires sont plus nombreuses à aller en consultation médicale lorsqu'elles sont atteintes d'une MST (96%).

Par contre celles qui ignorent ce qu'elles doivent faire lorsqu'elles sont atteintes d'une MST sont plus nombreuses chez les ménagères(.16%) Toutefois la différence n'est pas significative (P = 0,438) entre les différentes catégories professionnelles .

V- DISCUSSION

Comme partout ailleurs en Afrique, au Mali les femmes enceintes âgées de 14 à 44 ans fréquentent les centres de santé maternelle et infantile où l'essentiel de la surveillance de leurs grossesses se fait gratuitement (37). La présente enquête est partie de cette réalité.

Les femmes enceintes qui ont un âge compris entre 14 et 34 ans sont les plus représentées dans l'étude (92,5%)

La même observation ressort de l'étude menée par THIAM.D à Dakar (72) et O.Pambou A Brazzaville a fait la même observation. (56)

(3). Cela pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge est sexuellement plus active.

La proportion de femmes enceintes mariées est de loin la plus importante (89,6%). Parmi elles 71% vivent en régime monogamique. La même constatation a été faite par Guindo A. (36).

Les femmes enceintes n'ayant pas un niveau intellectuel élevé, (les ménagères et les femmes du secteur informel) sont les plus représentées (91,3%). TRAORE H. en 1991 (70) et DIALLO R. (22) ont fait la même observation.

Ce travail a permis de recueillir des informations sur les connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes en matière de MST/SIDA dans le district de Bamako.

C'est ainsi que nous remarquons que les femmes enceintes qui ont entendu parler des MST/SIDA sont plus nombreuses dans la tranche d'âge 25-34 ans.

L'âge a une influence certaine sur la connaissance des MST et de leurs conséquences sur l'évolution de la grossesse et la santé de l'enfant à sa naissance. En effet, plus les femmes avancent en âge, mieux elles connaissent les MST et leurs conséquences. Afin d'améliorer le niveau d'information des tranches d'âge inférieures, il s'avère nécessaire de les cibler dans les programmes d'éducation en direction des femmes enceintes.

Sur les 517 femmes enceintes interrogées au cours de notre étude 86% connaissent au moins une MST. Ce résultat est comparable à celui obtenu par Aimé-A (71%) sur le comportement sexuel des jeunes en rupture familiale à Abidjan.

Par ailleurs il est intéressant de noter que la connaissance des MST et de leurs conséquences, est significativement plus élevée chez les femmes enceintes ayant un niveau secondaire ou supérieur que chez leurs consœurs de niveau moindre. Une enquête récente faite par la Banque Mondiale et le programme de lutte contre le SIDA a donné des résultats semblables (25).

En Côte d'Ivoire Aimé-A a trouvé le même résultat bien que nous n'ayons pas la même population d'étude (3).

Ce qui nous conforte dans notre idée qu'il faut imaginer et privilégier d'autres approches d'information, d'éducation et de communication faisant moins appel au niveau intellectuel des femmes enceintes fréquentant les centres SMI telles que les messages en langue nationale ou le théâtre populaire.

Nous avons remarqué également qu'il ya une différence significative entre les proportion de femmes enceintes habitant les quartiers du centre (95%) qui ont entendu parler des MST, et celles habitant les quartiers périphériques (87%).

Ceci s'explique par le fait que généralement les quartiers périphériques sont des sites non lotis avec une population à faible niveau économique ayant moins accès au média. Pour combler cette insuffisance, il serait souhaitable de trouver les moyens de leur apporter l'information sur place.

Selon une enquête CAP/Sida réalisée par «Action-santé-développement» dans la région de Sikasso, la radio, les causeries et la télévision sont les moyens d'information les plus utilisés.

Toutefois, dans la comparaison entre Sida et les autres MST, on s'aperçoit que les femmes, qu'elles soient du centre ou de la périphérie, ont beaucoup plus entendu parler de SIDA que d'autres MST (90%). Une étude menée par Aimé-A sur une population de 147 jeunes de la rue montre que 98% ont entendu parlé de Sida ; bien que n'ayant pas la même population d'étude nous obtenons des résultats semblables.

Des résultats similaires ont été obtenus dans une enquête menée par la Banque Mondiale et le Programme National de lutte contre le SIDA (25). Ce phénomène s'explique par la vaste campagne d'information et de sensibilisation entreprise par les structures socio-sanitaires publiques du pays. Si cette politique est salubre, il faut reconnaître cependant qu'elle se fait au détriment des autres MST qui constituent également un grave problème de santé publique.

De ce point de vue, il serait tout aussi souhaitable de mettre également l'accent sur les autres MST tant elles sont insuffisamment connues. Ce qui du reste, ressort clairement des pratiques des femmes enceintes en matière de MST.

Dans notre étude bien que dans l'ensemble les femmes enceintes ont peur d'attraper les MST les mesures de protection adoptées contre les MST sont liées à la situation matrimoniale, au niveau d'instruction et à la profession.

Concernant la situation matrimoniale, les femmes enceintes célibataires sont plus au fait des mesures de protection (condom) contre les MST (48%) contrairement aux femmes mariées (32%).

Une étude menée par A.CISSE (2) sur le comportement des jeunes face au SIDA, au Mali a conduit, au même résultat.

Quant au niveau d'instruction et à la profession les femmes enceintes avec un niveau secondaire ou supérieur, sont plus nombreuses à citer le condom et la fidélité comme moyens de protection contre les MST.

C'est dans le groupe des ménagères et des femmes du secteur informel que nous rencontrons le plus de femmes à ne connaître aucun moyen de protection contre les MST (35 à 33 %).

Cette situation pourrait être due à une insuffisance d'informations sur le rôle important du condom dans la protection contre les MST.

Lorsqu'elles ont une MST, les femmes ont le plus souvent recours aux soins modernes des centres de santé quelque soit l'âge la situation matrimoniale, la profession. Cependant les femmes des centres ont plus accès à ces soins que celles des quartiers périphériques.

Les femmes peu ou pas instruites utilisent surtout les traitements mixtes ou les traitements traditionnels.

VI CONCLUSION

CONCLUSION:

De cette on retiendra que la population ciblée (femmes enceintes dans le district de Bamako) a:

- ◆ Entendu parlé souvent du SIDA et pour cause.
- ◆ Une connaissance très limitée sur les autres MST et notamment leurs conséquences sur la grossesse et la santé des enfants
- ◆ L'étude montre aussi qu'elles sont peu nombreuses à connaître les moyens efficaces de protection contre ces MST/SIDA. En effet l'utilisation de condom comme moyen de protection n'est pas très répandue car mal acceptée par la société malienne.
- ◆ Par ailleurs on constatera qu'il existe une corrélation entre la connaissance des MST/SIDA et certains paramètres socio-démographiques tels que l'âge, le niveau d'instruction (instruites ou non instruites), le lieu d'habitation (centre ou périphérique)
- ◆ D'autres facteurs endogènes ou exogènes liés aux croyances religieuses aux valeurs éthiques au mode de vie, aux tabous et préjugés existants à l'accessibilité des centres de consultation médicales constituent des handicaps sérieux à l'acquisition des connaissances et réflexes de protection contre ces fléaux
- ◆ Au regard des résultats obtenus, au regard de l'impact de ces maladies sexuellement transmissibles sur la santé publique nous avons tenté d'esquisser quelques recommandations basées sur l'information, la sensibilisation et la prévention.
- ◆ C'est pourquoi nous préconisons la mise en oeuvre d'une véritable politique pluridisciplinaire capable de prendre en compte tous les aspects socio-sanitaires de la lutte contre les MST/SIDA.
- ◆ Nous saluons enfin avec beaucoup d'espoir tous ces projets d'appui à la santé de nos populations et singulièrement aux femmes et à l'enfance au Mali. Mais pour réussir ces différentes missions l'État, les ONG, et les Bailleurs de fonds devront mieux coordonner leurs stratégies afin d'éviter les maux dont souffrent de façon endémique toutes nos actions au Mali à savoir:

- ⇒ La confusion des missions des rôles attributions et responsabilités des différents intervenants
- ⇒ La dispersion de des efforts en direction des mêmes cibles
- ⇒ La duplication des activités qui entraînent un gaspillage des ressources tant sur le plan humains que matériel et financier

VII
RECOMMENDATIONS

Les résultats auxquels nous sommes parvenus montrent l'impérieuse nécessité de développer une politique pluridirectionnelle et intégrée orientée vers la vulgarisation de la connaissance des MST, des attitudes et pratiques à adopter.

Ainsi les pouvoirs publics devront :

- introduire des programmes d'information et d'éducation concernant les MST/SIDA dès la fin de l'enseignement primaire.
- intensifier l'I.E.C. en matière de MST en utilisant des méthodes accessibles à tous, telles que nos langues nationales et le théâtre populaire.
- apporter l'information dans les quartiers périphériques et en milieu ruraux.
- intégrer l'I.E.C sur les autres MST à l'I.E.C sur le SIDA.
- scolarisation des filles

VIII
BIBLIOGRAPHIE

- 01 Adamchack, D.J., Mbizvo M.T., Tawanda, M. Male Knowledge, and Pratices regarding Aids and SIDS : inaplication for africa popline 1989 non publié.
- 02 Aïssata CISSE : Connaissance et comportement sexuel des jeunes de 15 à 29 ans sur les MST et le Sida à Bamako. Mémoire Université Laval 1993.
- 03 Aimé A ; Gabin K - ORSTOM centre de petit bassam Abidjan côte d' Ivoire(IX ème Conference internationale sur le SIDA et les MST en Afrique) Kampala Decembre 1995 P- 131 TUD 153
P- 303 TUD 685
- 04 Ahmed SA. et Al. : Prevalence of syphilis in soult sudan.
J-communic dio 1981 N°118 251
- 05 Bitera R : Le centre de lutte contre les MST de Dakar stratégie premier bilan perspectives Thèse red Dakar 1981 n°118 88P
- 06 Berridi A. puel J. et Coll : Seropositivité A/V et grossesse quelle conduite à tenir pratique adoptée aujourd'hui.
J. gynecol obslet brol reprod 1987, 16 suppl 1 1-28
- 07 Boye -C- : Contribution à étude de la prevalence des levures du genre candida isolées de prélèvements vaginaux au cours de la grossesse.
Thèse pharm. Dakar 1984 N°49 82 P
- 08 Berridi A. puel J., Federlen M., et coll : Transmission du A/V de la mère à l'enfant a propos de 16 cas Rev fr-gynecol 1987-82-25-28.
- 09 Bougeade A.: Le point sur les maladies sexuellement transmissibles population et santé tropicale Afizer 1983.3,1-3
- 10 Benjamin, Fabienne, M.chauliac, F chière, P.Garin, F.Greyet(1991) : Analyse des comportements vis à vis du Sida au Ghana, Cahier Santé , vol 1,N°5 Décembre pp 351-426.
- 11 Berredi A, puel J., Federlen M., et coll. : Conduit à tenir face aux MST déclarées chez les femmes en Afrique tropicale Med. Trop 1987-47,3 213-247.
- 12 Cazenave J.C et coll : Conduite à tenir face aux MST déclarées chez les femmes en Afrique tropicale Med. trop 1987 47,3 213-247.
- 13 Couland J.P : Conduite pratique les maladies sexuellements transmissibles institut fournier Paris pfizer.
- 14 Charvet F et Coll : Leucorrhées et infections vaginales chez la femme enceinte cah. med. Lyon 1970 66(34) 2767-2773.

- 15 **Chin, J.** OMS AIDS 4 suppl. pages 277-83-1990
- 16 **Charbity., de Loenzien M.** Attitudes et comportement de la population rurale Sénégalaise face au Sida. Travaux et document du CERPA, document 9-1991
- 17 **Coliman.R. Science.C.** Infections urogénitales de la femme à Chlamydia trachomatis. Ency. Med. chir (Paris) maladies infectieuses, 1982, 8074-B10-11
- 18 **Catalan. F, KHOURY B., Quizman., Mimic-V., Doule.D. Marguay.M.** Nouvelles méthodes de diagnostic des infections à Chlamydia. Rev. FR, gynécol-obstétri 1984, 79, 10, 617-623.
- 19 **Diquelau J.Y, Pia-P, Tesquer, et coll** : Trachomates dans l'étiologie infectieuse des grossesses extra-utérines J-gynecol obtetr bol reprod 1987 16-553-554.
- 20 **Deschamppheine I, Van Deveident L, Van DYCKE, et coll** : Maladies sexuellement transmises dans la population féminine à pikiline Sénégal ann soc belge Red trop 1990 70 227-235.
- 21 **Dolivom. AENRY suchet J., ORFILay et coll** : Maladies transmises par voie sexuelle Paris Masson 1992.
- 22 **Diallo R.** : Prévalence de Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Candida albicans et gardnerella vaginalis parmi les étiologies des infections génitales féminines à Bko.
A propos de 4710 prélèvements vaginaux examinés dans le laboratoire de bactériologie de l'INRSP de 1989 à 1992.
Thèse pharm 1993-1 74 p.
- 23 **Eschenbach D.A., WAGER G.P** : Puerperal infections obstetr gynecol 1980 23 1003-37.
- 24 Enquête démographique et de santé au Mali-Institut du sahel.
- 25 Enquête Banque mondiale, programme nationale de lutte contre le Sida.
Etude de la prévalence des maladies sexuellement transmissibles et l'infection HIV au Mali 1994 document non publié.
- 26 **Fransen L-N ,Sanze A, Klans. V. et Al** : Ophthalmia neonatorum in Naïrobi, Kenya : the rôle of neisseria gonorrhoeae an chlamydia trachomatis J. info dis, 1986, 153, 862.

- 27 **Friste E.** : L'influence de *Nisseria gonorrhoeae* et *chlamydia trachomatis* sur la stérilité à France ville du Gabon société d'étude et de recherches en reproduction humain en Afrique centrale (SIR. R. AAC) France ville Gabon février 1985.
- 28 **F. Catalan, C WEIL et A Mi lovanovie** : Les germes responsables des MST Red mal infect 1994, 24 337-48.
- 29 **Heriom R.** : Sida et grossesse conduite à tenir devant une femme enceinte ayant une sérologie positive. Contraception fertilité sexualité 1986 14263-266.
- 30 **Henry Sucket, tort grunback J. et coll** : *Chamydia trachomatis* et grossesse nouvel dermatol 1990 9 496-497.
- 31 **Harrison R., Alexander R., WERISTEIN et COLL** : Infections cervicales à *chlamydia trachomatis* et à mycoplasmes durant la grossesse Epidémiologie et pronostic JAMA 1983 250 1721-7.
- 32 **Harzic.M., Mazan M., Coliman R.** Infection à *Chamydia trachomatis* de l'enfant (à l'exclusion du Trachome) E.M.C , Paris, Maladies infectieuses 1983,8074c10,2 page 3.
- 33 **Jacqui p. SEDAUIAN A.** : Rôle des mycroplasmes dans la pathologie du dernie mois de gestation et du pest partum. Etude prospective de 577 grossesses rew Fr. gynecol obslet 1992;87;3;135-44.
- 34 **JANIER M., Vexiand, CASINI et Coll** : Diagnostic des leucorrhées valeurs de l'examen climique et des examens directs. Red Malinf 1990 20 600-3.
- 35 Institut Supérieur de Formation et de Recherche appliquée (ISFRA) (1987): Fecondité et comportement psychosociologique des adolescents en milieu urbain au Mali
- 36 **Guindo A.** Etude de la prévalence des principaux agents pathogènes, responsables de MST/Sida dans une population en âge de procréer dans le centre de santé de la commune II du district de Bamako.
- 37 **KOUMARE B. et BOUGOUDOGO F.** : Gonococcie et grossesse dermatil 1990 6 494-495.

- 38 **KEITANI A. et AL** : Rôle de chamydial trachomatis dans les pathologies tubulaire salpingistes aiguës et stérilité tubulaire J. gynecol obstet bul reprod 1989 18 167 172.
- 39 **Kaya G.Royer J. Yala F.** Activités bactériologiques et bactéricides de quelques colorants utilisés en ophtalmie. Rev. Med. Congo 1982,2,3,4,31,37.
- 40 **-LEN-J-J., BERDAG ch ; TASCHE D-P et coll** : Rôle d'ureaplasma urealyticum dans les ruptures prématurées de membranes. Rev Fr. gynecol obslet 1987 82 107 10.
- 41 **LEQUIEN P.** : Aspects néonataux des maladies sexuellement transmissibles Red mal infect 1983 13 hors. série 593-599.
- 42 **LEJEUNE C., Robin M., BRAHIMI ET et Coll** : Syphilis Materno foetale et néonatale étude sociale, clinique et biologique de 63 suspos de syphilis congénitale dont 34 infirmés Rev pediat 1988,3,101-8.5
- 43 **Mabey D, Hanton petal** (Chlamydia and gonococcal Ophtalmia of neonatorum in the Gambia, Annal trop pediatries 1984,177-80
- 44 **MAIGA M.A.**
Prévalence des anticorps contre le virus de l'immunodefiscience Humaine (VIH) chez les femmes enceintes de Bamako et de Sélingué, Mali.
Mémoire, Ecole des gradués Université Laval 1990.
- 45 **Munyuzangabo, Thomas.** Sida et les jeunes. Faits saillants sur les connaissances attitudes et pratiques des élèves du secondaire du Burundi sur le Sida.
- 46 **M. GENIAUX** : Rev-Mal infect 1994 24 409-24.
- 47 **MEHEUS A.** : Déterminants of infertility in africa. African journal of STD, 1986,31 31-5.
- 48 **MENEU A.** : Lutte contre les MST dans les pays en développement Ann soc belge red trop 1983 63 2 281-311.
- 49 **MAIGA.F** Les infections bacteriennes materno-néonatales: étude bacteriologique.Thèse pharmacie.Bamako,1981 , ENMP.
- 50 **OMS** : Maladies sexuellement transmissibles. Relevé épidémiologique 3 juin 1988 23 169 176.

- 51 **O' Farrel.N, Hoosen.A.A., Kharsany.A.B,Vanden.ende.J.** Sexually transmitted pathogens in pregnant women in a rural African community Genitourin Med, Aug 1989,65(5) page 276-80.
- 52 **OMS** : relevé épidémiologique hebdomadaire -juillet 1995 volume 68 N°27 pages 193-94
- 53 **OMS**: Statistique Sanitaire mondiale (1988-90)
- 54 **OMS**: relevé épidemiologique hebdomadaire juillet 1993 volume 63-N° 27pp 193-194.
- 55 **Odujinrin, O.M, Akinkuade, F.O.**(1991) Adolescents AIDS Knowledge, attitude and beliefs about preventive practices in Nigeria-European journal of epidemiology.J.C: eres 7(2); 127-33.
- 56 **O. Pambou** CH NZAOU; J- P Pambou et collection Femmes enceintes et seropositivité à Brazzaville enquête d'opinions (IX ème Conference internationale sur le SIDA et les MST en Afrique) Kampala Decembre 1995 P- 284 TUC 609
- 57 **Piot P., MEHEUS A.** : Epidémiologie des maladies sexuellement transmissibles dans les pays en voie de développement. Ann, soc belge-med trop; 1983.
- 58 **Prevagest bett** : Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région parienne une enquête anonyme 1991;33;139-40.
- 59 **Pierre F.** : Surveillance et traitement des maladies bactériennes sexuellement transmissibles à risque. Foetal et néonatal. MED MAL INF TEXT d'expert.
- 60 **PIERRE F., QUENTINR., GOLD F., et COLL** : L'infection bactérienne materno-foetale ENCYOL MED CHIR (PARIS FRANCE) OBTETR 1992 12 P.
- 61 **PLUMMER F.A et ALL** : Proportion upper génital trait infection in vaerobi keneya. Epidemilogie, Erologie and Rush Factors. J. infect DIS 1987;156 92-8.
- 62 **SECONDS C. Francoual D. et coll** : Mycoplasmes et grossesse préliminaire J. Gynoobst Bul reprod 1992 21 385-92
- 63 **SAMAKE S.** : Place des chlamydia et des mycoplasmes dans les infections génitales chez la femme à propos de 400 prélèvements cervico vaginaux à l'hôpital du Point G. Thèse Pharm. Bamako 1989 25 81.

- 64 **SUCHET A.J.** : Fréquence et retentissement gynécologie des chamydioses J.Gynecol 1988, 39,1,28-34.
- 65 **Siboulet A. Catalan F. BOHBOT .J.M.** Maladies sexuellement transmissibles collection abrégés Mason 1984,146,287
- 66 **Siboulet A., Coulaud JP, Catalem F., Basset A, Bohbot.J.M.** : maladies sexuellement transmissibles 2000 Revue pfizer
- 67 **Sicard,J.M., Kann.S., Ouédraogo L.A. chiron.J.P. (1992):** Evaluation du comportement sexuel et des connaissances sur le Sida en milieu scolaire au Burkina-Faso, Ann.Soc. Belge medecine tropicale,72 pp.,37-42.
- 68 **Simaga S.** Projet pilote d'intervention visant à freiner la propagation des MST/Sida dans un groupe à haut risque dans le district de Bamako partie II. Thèse pharmacie ENMP, Bamako 1990.
- 69 **Siboulet A.Coulaud J.P. Catalan F.** Blennorragie gonococcique. Maladies sexuellement transmissibles. collection abrégé Masson ed 2-1991
- 70 **TRAORE Sékou** : Contribution à étude des maladies sexuellement transmissibles dans le district de Bamako. Thèse pharm. Bamako 1985 8 44p.
- 71 **TRAORE HABA** : Etude de la prévalence de la conjonctivite néonatale à neisseria gonorrhoeae et chlamydia trachomatis dans une population de nouveaux nés vus en consultation post natale à la PMI de Missira (commune district de Bamako) Thèse pharm. 1990.
- 72 **THIAM D.** : Les maladies sexuellement transmissibles au Sénégal problème de santé publique. Thèse med. Dakar 1975 9
- 73 **Tall M.M.** Projet pilote d'intervention visant à freiner la propagation des MST/Sida dans un groupe à haut risque dans le district de Bamako. partie I Thèse pharmacie ENMP, Bamako 1986.

- 74 Wassef, H.H., Fox, Abbatte, E.A., Tolédo, J-F., Rodier, G. (1989) connaissance et attitude envers les maladies sexuellement transmissibles dans les populations à risque à Djibouti, Bull.Organ. Mond. Santé et de l'action sociale.
- 75 WESTROM L : Epidémiologie des salpingite et leurs conséquences. Contrat fertil sexual (supp) 1983:23-41.
- 76 WESTROM L : Decrease in incidence of woman treated in hospital of salpingites in sweden genitourin MED 1988, 64, 59-63.

QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE

DATE : ___/___/___/

NUMERO D'IDENTIFICATION/___/___/___/___/

PROVENANCE (SMI) _____

NOM DE L'ENQUETEUR _____

I* Quel âge avez vous ? /___/

II* Quelle est votre situation matrimoniale ? /___/

- 1 Célibataire
- 2 Mariée
- 3 Divorcée
- 4 Veuve
- 5 Séparée
- 9 Fiancée

III* Etes-vous la seule épouse de votre mari ?

- 1- Monogamie
- 2 -Polygamie
- 3- Non applicable

Combien de co-épouse (s) ? /___/

IV* Avez -vous été à l'école ?

- 1: Oui
- 2: Non

Si Oui: jusqu'à quel niveau ?

- 1- Primaire (Ecole fondamentale - Coranique)
- 2- Secondaire (Ecole professionnelle - Lycée - Coranique)
- 3- Supérieur (Ecole Supérieure, Université, Institut, Coranique)

V* Quelle est votre profession ?

- 1- Cadre supérieur (Med. Ingén. etc)
- 2- Cadre moyen (Sage-F. Techn. Secrét. etc)
- 3- Ménagère (Uniquement les femmes au foyer n'exerçant que les ménagères)
- 4- Petits commerces vendeuses, artisanes

5- Autres (à spécifier)_____

VI* Quelle est la profession de votre mari ?_____

VII* Dans quel quartier habitez-vous ?_____

VIII* Combien de grossesses avez-vous faites? /__/

a) Renseignements liés aux signes cliniques

XI* Avez-vous entendu que certaines maladies peuvent se transmettre lors des rapports sexuels ?

1 : Oui

2 : Non

Si Oui, pouvez-vous les nommez? (L'enquêteur coche celles qui sont rapportées)

1- Chaude pisse

2- Leucorrhée avec prurit

3- Leucorrhée sans prurit

4- Leucorrhée nauséabonde

5- Herpes (boutons sur les organes génitaux)

6- Ulcérations génitales, Syphilis

7- SIDA

8- Autres

9- SI.

b) Renseignements liés aux Conséquences

X* Si une femme a une MST pendant sa grossesse est-ce que cela peut avoir des Conséquences pour sa santé ?

1 : Oui

2 : Non

9- NSP

Si Oui, pouvez-vous les nommer? (L'enquêteur coche les Conséquences rapportées)

1- Avortement

2- Stérilité

3- Mort-né

4- Accouchement prématuré

5- Autres (à spécifier)

9- NSP

XI* Si une femme a une MST pendant sa grossesse est-ce que cela peut avoir des Conséquences sur la santé de l'enfant à sa naissance ?

1- Oui

2- Non

Si oui : pouvez-vous les nommer? (L'enquêteur coche les conséquences rapportées)

1- Conjonctivite néonatale

2- Cécité

« - Malformations

4- Autres (à spécifier)

9- NSP

c) Renseignements liés aux attitudes

(Cette partie du questionnaire est tirée du questionnaire standard de l'Organisation Mondiale de la santé)

XII* Pensez-vous que les MST soient un problème grave chez les femmes enceintes?

1 : Oui

2 : Non

9 : NSP

XIII* Avez-vous peur d'attraper une maladie sexuellement transmissible?

1 : Oui

2 : Non

9 : NSP

XIV* Avez-vous peur que votre mari attrape des maladies sexuellement transmissibles?

1 : Oui

2 : Non

9- NSP

Si Oui : Pourquoi1 ? _____

Si Non : Pourquoi2 ? _____

XV* Avez-vous peur de faire des rapports sexuels avec votre mari si vous êtes atteinte d'une MST?

- 1 : Oui
- 2 : Non
- 9- NSP

d) Renseignements liés aux pratiques

XVI* Que faites-vous si vous avez une MST pendant la grossesse ?

- 1- Aller à l'hôpital (Med.général. Sage-femme - etc...)
- 2- Dans un centre de santé
- 3- Chez un spécialiste
- 4- Chez le guérisseur
- 5- Autres (à spécifier)
- 9- NSP

XVII* Si vous avez une MST pendant votre grossesse quel genre de traitement faites-vous pour la soigner ?

- 1- Traitement traditionnel
- 2- Moderne prescrit
- 3- Moderne non prescrit
- 4- Aucune
- 9- NSP

XVIII* Quelles précautions pensez-vous qu'il faut prendre pour éviter une MST ?

Utilisation de :

- 1- Condom
- 2- Fidélité
- 3- Autres (à spécifier)_____
- 9- NSP

XIX* Avez-vous d'autres commentaires à faire sur les MST et les femmes en grossesse ?

- 1- Oui
- 2- Non

Si Oui observations

SERMENT DE GALIEN

Je jure en présence des maîtres de la faculté des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples:

- ◆ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement;
- ◆ D'exercer dans l'intérêt de la santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'honneur de la probité et du désintéressement;
- ◆ De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.
- ◆ En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.
- ◆ 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.

NOM: TOURE

PRENOM: FATOUMATA

TITRE de la THÈSE: Connaissances, Attitudes et Pratiques des femmes enceintes dans le District de BAMAKO

ANNÉE: :1994 - 1995

Ville de Soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : MALI

Lieu de Dépôt : Bibliothèque École Nationale de Médecine et de Pharmacie

Secteur d'intérêt : M.S.T/SIDA

RÉSUMÉ :

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) constituent un problème majeur de santé publique.

- ◆ En Afrique comme partout ailleurs les MST peuvent avoir des graves conséquences pour les femmes et leurs enfants.
- ◆ Notre étude vise à décrire les connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes par rapport aux MST-SIDA dans le district de Bamako.
- ◆ L'enquête proprement dite sur le terrain s'est effectuée d'avril à mai 1994. Il s'agit d'une étude descriptive transversale sur une population de 517 femmes enceintes fréquentant 2 centres de santé maternelle et infantile du district de Bamako.(centre et périphérique)
- ◆ L'âge moyen de ces femmes est de 24 ans avec des extrêmes de 14 à 44 ans.
- ◆ Dans l'ensemble, la majorité des femmes interrogées ont une certaine connaissance sur les MSTSIDA.
- ◆ La tranche d'âge de 25-34 ans est celle qui a le plus entendu parlé de MST/SIDA (95%)

- ◆ La connaissance des MST est liée au niveau d'instruction et à la profession: les femmes instruites de niveau secondaire ou supérieur sont plus informées que les autres (P =0,008).
- ◆ Les femmes enceintes des quartiers périphériques sont moins informées que celles des quartiers du centre ville. (P =0,004).
- ◆ Parmi les femmes enceintes qui peuvent citer au moins une MST, 84% ne citent que le SIDA.
- ◆ Parmi celles qui pensent que les MST peuvent avoir des conséquences sur la grossesse la tranche d'âge de 25-34 ans est la plus représentée.
- ◆ Les femmes de la tranche d'âge 25-34 ans, celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieures « fonctionnaires » et celles qui vivent dans les quartiers du centre du district sont plus nombreuses à adopter des attitudes positives vis à vis des MST/SIDA (comme la peur d'attraper les MST ou éviter de faire des rapports sexuels en cas de MST).
- ◆ C'est dans ces mêmes catégories que l'on trouve la plus grande proportion de femmes enceintes citant le Condom et la fidélité comme moyen de protection contre ces fléaux que constituent les MST/SIDA.
- ◆ Une proportion importante des ménagères et des femmes du secteur informel (33 à 35%) ne connaît aucun moyen de protection contre les MST/ SIDA.
- ◆ De ces résultats se dégage la nécessité de développer une véritable politique d'information-éducation communication appelée communément I.E.C sur toutes les MST intégrée dans la lutte contre le SIDA et orientée résolument et particulièrement vers les couches les moins informées de la population.

(6) Mots clés	:MST SIDA Connaissances Attitudes Pratiques Prévention
----------------------	---