

MINISTRE DE L'EDUCATION
NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DU MALI

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2001-2002

N°...../

ETUDE COMPARATIVE DES CONNAISSANCES
ATTITUDES ET PRATIQUES DES
ADOLESCENTS SCOLAIRES ET NON
SCOLAIRES EN MATIERE D'IST/SIDA DANS
LA COMMUNE DE SIKASSO

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2002
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

M : Hamidou CISSE

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT :

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

MEMBRES

Docteur Kassoum Daouda MINTHA

Docteur Hamadoun SANGHO

DIRECTEUR DE THESE

Docteur Adama DIAWARA

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION	1
	OBJECTIFS	3
II-	GENERALITES	4
1-	Définition	4
2-	Situation des adolescents	6
	Notion d'attitude et le comportement	7
	Planification familial	10
	Infections sexuellement transmissibles	19
	Comportement influençant les IST	24
III-	METHODOLOGIE	31
IV-	RESULTATS	35
V-	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	87
VI-	CONCLUSION – RECOMMANDATIONS	96
VII-	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	99
	ANNEXE	
	RESUME	

DEDICACES

A ALLAH : Le Tout Puissant, le Clément, le Miséricordieux

Pour la miséricorde, la bonté et la grâce, tu m'a assisté tout au long de ma vie, je te prie seigneur d'accepter, ce modeste travail en témoignage de ma reconnaissance et de ma foi. Fasse que je me souviens toujours de toi en toute circonstance et que mes derniers mots sur cette terre soient la prononciation de la « CHAHADA ».

➤ **A mon père Abdoulaye CISSE**

Je ne saurais jamais vous remercier, car par votre intermédiaire le Tout Puissant ALLAH m'insuffla la vie. Tu as toujours souhaité que je sois un homme travailleur et assidu et par tes conseils aujourd'hui me voilà au terme de mes études. Retrouvez dans ce travail nos remerciements les plus sincères.

Qu'ALLAH le Tout Puissant vous laisse à côté de nous pour que vous puissiez récolter les fruits de l'arbre que vous avez planté.

Ne dit on pas tel père, tel fils je souhaite avoir le même parcours que vous.

➤ **A mes mères Fatoumata SOUCKO – Fatoumata DIALLO**

Je ne peux jamais vous remercier de tout ce que vous avez fait pour moi car tout ce que je ferais sur cette planète ne serait que pour vous. Grâce à vos bénédictions et à votre attention sur moi me voilà sain et sauf m'apprêtant à rentrer dans une nouvelle vie. Il y a un proverbe de chez nous qui dit « La vache ne pourra jamais remercier la forêt car elle y retournera demain » donc je serais toujours à vous.

➤ **A mon frère feu Hamadoun CISSE**

J'ai tellement voulu que tu assistes à ce jour mémorable, mais ALLAH t'a rappelé plutôt auprès de lui, c'est aussi ça la volonté divine. Merci pour ce que tu a eu à faire pour moi, repose en paix et que le paradis soit ta demeure.

➤ **A ma cousine et sœur Mme BERTHE Rokiatou DICKO**

Plus qu'une cousine tu as été pour moi une sœur et grâce à toi je suis médecin. Accepte ce travail qui est le fruit de ton dévouement, de ton éducation mais aussi de tous les efforts consentis pour ma modeste personne, que toi et toute ta famille trouvent ici mes sincères remerciements.

➤ **A mon cousin Boukary DICKO**

Je ne saurais jamais te remercier totalement pour tout ce que tu as eu à faire pour moi et encore du soutien que tu m'apportes pour ma réussite dans cette vie. Qu'ALLAH le Tout Puissant puisse te guider sur le bon chemin et exauce tes vœux. Que tu sois couronné de succès et d'une longue vie.

REMERCIEMENTS

➤ **A toute les familles CISSE** où qu'ils se trouvent (Zégoua, Douentza, Gao et Bamako).

➤ **A tous mes frères et sœurs** : merci infiniment pour votre soutien.

➤ **A mes cousins et cousines** :

Abdoulaye Sidi DICKO, Dikoré SIDI, Ibrahima DICKO, Ousmane DICKO, Pindéré SIDI et à tous les autres.

Ouf! le moment tant attendu est arrivé, oublions nos problèmes et amusons nous un peu.

Trouvez ici mes salutations les plus sincères. Ensemble corrigeons nos défauts, ensemble partageons nos qualités dans l'intérêt de la famille.

Je vous dis à tous un grand merci.

➤ **A mes tantes** Fatoumata CISSE, Mariam CISSE, Halimatou Tiémogo KEITA, feu Moussokoura KEITA, Kadi CISSE.

➤ A vous et à toutes vos familles je vous dis grand merci.

➤ **A mon oncle Amadou Sory CISSE**

A toi et toute ta famille, trouvez ici mes remerciements les plus sincères.

➤ **A Mme DICKO Zitta DAKOUO**

Merci pour ta contribution dans la réalisation de ce travail et qu'ALLAH fasse de toi une épouse exemplaire tant souhaité par tout le monde.

➤ **A Mme DOUMBIA Madina N'DIAYE**

Vous avez été tout pour au cours de mon cycle dans cette faculté. Merci pour vous, votre famille et tout votre personnel pour le service rendu.

➤ **A mes sœurs**

Nana KEITA, Assan KOINA, Mariam CISSE, Fatoumata CISSE, Oumou CISSE, Kadiatou CISSE et les autres.

➤ **A mes neveux et nièces**

Abdoulaye CISSE, Amadou CISSE, Ibrahim DIALLO, Kadi BERTHE, Nana BERTHE, Rokiatou MAIGA, Fatoumata BERTHE et tous les autres.

➤ **A mes belles sœurs**

Fatoumata CISSE, Nana TRAORE, Aissata DIALLO et toutes les autres vous avez été des épouses exemplaires, que Dieu vous donne le fruit de votre patience.

➤ A celle qui m'est très chère Doussouba CAMARA, merci infiniment pour ton soutien.

➤ **A Mr le Directeur et tout le personnel** socio-sanitaire de l'hôpital régional de Sikasso

➤ **A tout le personnel socio-sanitaire** de Zégoua et Kadiolo

➤ **A mes aînés**

Dr Brahima DICKO, Dr Kalil SANGHO, Dr Morimouso SISSOKO, Mr Guida LANDOURE, Dr Boubacar DAFFE, Fotigui COULIBALY, Aliou DIALLO, Abdoul Majid TRAORE, Belco MAIGA, Dr Halimatou MOUSSA

➤ **A mes amis et collègues**

Dr Seydou Hassane DIALLO, Hawa SANGARE, Boureïma KODIO, Boubacar MAIGA, Eric COULIBALY, Jacques Dieudonné Espérance YOUKE, Christophe.

- **A toute la dernière promotion** de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie (ENMP).
- **A tous les membres et sympathisants** de l'Association Gakassiney et l'ADERS.
- **A toute la communauté estudiantine Mauritanienne** à la FMPOS
- **A Mr Souleymane et toute sa famille ainsi qu'à la famille de Seydou SAGARA**

- **A toute la famille RASERE** au sein de cette faculté, grand merci pour ces années de collaboration.
- **A mes cadets**

Attaher Ag Mohamed, Kadiatou KOITA, Nasser ELMEHIDI, Bebe, Mariam DIALLO, Penda DIARRA, Ahmed, Aissata Coumba COULIBALY, Lala Aicha HAIDARA, Foussam, Noura, Louma.

Kadiatou DIALLO, Mme TAMBOURA Fatoumata TAMBOURA, Halimatou DIAWARA, Mariam N KEITA, Mariam M KEITA, Bintou KONE, Hawa DAOU, Mariam DEMBELE. Acceptez ce travail qui est le fruit de votre soutien moral et vos efforts personnels. Que chacun d'entre vous puisse trouver sa part dans ce travail qui est le vôtre.

- **A toutes les filles de la chambre 205**

- **A tous le personnel** de la réanimation et des urgences du Point « G ».

AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Professeur de santé publique

Chef du DER de santé publique à la FMPOS

Chevalier de l'Ordre du mérite de la santé

Cher maître et père, c'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre enseignement de qualité, votre rigueur scientifique, votre abord facile et surtout vos qualités humaines ont forcé notre admiration.

Veillez accepter chez père toute notre gratitude.

A notre maître et juge

Docteur Hamadoun SANGHO

Assistant chef de Clinique en Santé Publique

Chef du département recherche du centre de recherche, d'étude et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS)

Vos qualités d'homme de science , de recherche et de clinicien avisé nous ont beaucoup charmé.

Permettez-nous de souligner ici votre disponibilité, votre simplicité et votre cordialité.

Soyez-en vivement remercier.

A notre maître et juge

Docteur Daouda Kassoum MINTHA

Médecin infectiologue

Coordinateur national du PNLIS

Chef de service des maladies infectieuses

Vos qualités d'éminent infectiologue ne sont plus à démontrer.

Vous nous faites un très grand honneur par votre présence dans ce jury.

Recevez l'expression de nos sincères remerciements.

A notre maître et Directeur de Thèse

Docteur Adama DIAWARA

Maître assistant de santé publique à la FMPOS

Chef de division assurance qualité à la direction nationale de la pharmacie et du médicament.

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous faites en nous proposant ce travail.

Vos qualités humaines et surtout votre rigueur scientifique ont fait de vous un homme apprécié par tous. Les qualités couplées à votre modestie nous ont impressionné.

Vous avez cultivé en nous l'esprit du travail bien fait, la méthode et la précision.

Nous sommes fiers d'avoir été parmi vos étudiants.

Veillez recevoir chez maître nos remerciements sincères et notre reconnaissance.

ABBREVIATIONS

OMS : Organisation mondiale de la santé

CERPOD : Centre d'étude et de recherche sur la population pour le développement

INSAH : institut de Sahel

DNSI : Direction nationale de la statistique et de l'informatique

FNUAP : Fond des Nations Unies pour l'alimentation et la population

DSFC : Division santé familiale et communautaire

DNSP : Direction nationale de la santé publique

PNLS : Programme national de lutte contre le SIDA

IST : Infection sexuellement transmissible

VIH : Virus de l'immunodéficience humain

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

PF : Planning familial

AOF : Afrique Occidentale Française

SMI : Santé maternelle et infantile

MSP : Ministère de la santé publique

SSP : Soins de santé primaires

DSF : Division santé familiale

COC : Contraceptifs oraux combinés

PP : Pilules progestatives

DIU : Dispositif intra-utérin

CCV : Contraception chirurgical volontaire

COP : Contraceptifs oraux progestatifs

JC : Jésus Christ

ADN : Acide desoxyribonucléique

IFP : Institut de formation professionnelle

LMMS : Lycée Monseigneur de Monclos de Sikasso

CTM : collège technique moderne

AMPPF : Association malienne pour la promotion et la protection de la famille

CILSS : Comité inter-états de lutte contre la sécheresse dans le Sahel

IEC : Information éducation communication

RCI : République de la Côte d'Ivoire.

NSP : Ne sait pas

PDR : Pas de réponse

I- INTRODUCTION

L'adolescence est l'âge de changement entre l'enfant et l'adulte mais sans appartenir ni à l'un ni à l'autre. Selon l'OMS est considérée comme adolescent tout individu se situant dans la tranche d'âge 10/19 ans.

Au Mali, l'adolescence correspond à l'apparition des caractères sexuels secondaires jusqu'à la fin de la croissance.

L'adolescence est d'une grande actualité comme le sont les problèmes qui lui sont spécifiques, problèmes surtout de santé étant donné qu'il s'agit d'une période d'immaturité physique, d'activité intense durant laquelle l'adolescent a surtout tendance à adopter un modèle adulte et ceci est prédominant sur le plan comportemental.

Etant donné la vulnérabilité des adolescents à l'infection, et les interactions multiples entre IST et SIDA il est important d'analyser les informations disponibles sur la connaissance et les sources d'information des adolescents de même réfléchir sur les méthodes de prévention et les barrières au traitement.

Il a été rapporté dans les différentes études que la population adolescente considérée comme population active représente 2,4 millions soit plus du cinquième des femmes en âge de procréer pour l'ensemble des pays membres du CILSS dont la population totale est estimée à 49 millions. Dans le monde, 15 millions d'enfants naissent de mère adolescente.

Au Mali, la deuxième enquête démographique et de santé menée en 1996 montre que 21,8% de la population est âgée de 10 à 19 ans. Cette population atteint 25% en milieu urbain contre 20,6 % en milieu rural.

Chaque année, plus d'un adolescent sur vingt contracte une IST guérissable (Infection virale exclue). Sur 315 millions de cas de IST contracté dans le monde, chaque année, 100 millions touchent les jeunes de moins de vingt ans. Selon l'OMS la moitié des personnes infectées par le VIH en Afrique en 1993 ont moins de 25 ans et qu'environ 1/5 des personnes souffrant du Sida ont entre 20 et 30 ans dont une grande partie a contracté l'infection au moment de l'adolescence.

Compte tenu de la situation géographique de Sikasso ,région frontalière avec le Burkina-Faso la Guinée Conakry, la Cote d'Ivoire mais aussi du fait de l'importance du mouvement des populations et aussi du fait que Sikasso possède la prévalence la plus élevée en matière d'infection par le VIH (6 pour cent) nous l'avons choisi pour le cadre de notre étude.

1. Questions de recherche :

- ⇒ Quelle perception les adolescents ont des méthodes de contraception ?
- ⇒ Quelles sont les sources d'information des adolescents en matière de planning familial, IST/SIDA et leur efficacité ?
- ⇒ Quels sont les obstacles qui empêchent les adolescents scolarisés et non scolarisés sexuellement actifs de se protéger contre les IST/SIDA ?

2. Hypothèses de recherche:

- ⇒ Les adolescents scolarisés ont une meilleure connaissance en planning familiale et IST/SIDA par rapport aux non-scolarisés.
- ⇒ Les adolescents scolarisés ont des sources d'information plus diversifiées que ceux non scolarisés.
- ⇒ Les adolescents scolarisés sexuellement actifs ont un comportement à risque moindre que les adolescents non scolarisés.
- ⇒ Le sexe a une influence sur la connaissance en matière de planning familial et de IST/SIDA.

Objectifs

* Objectif général :

- Etudier les connaissances et les comportements en matière de sexualité des adolescents scolarisés et non scolarisés de la ville de Sikasso.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence d'utilisation des méthodes contraceptives au sein de cette population adolescente ;
- Rechercher les facteurs qui influencent l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- Evaluer les connaissances en matière de planning familial et d'IST/SIDA chez les scolarisés et les non scolarisés ;
- Rechercher l'effet de la scolarisation sur la connaissance des adolescents en matière de planning familial et d'IST /SIDA ;
- Réflexion sur les facteurs influençants la connaissance des méthodes de prévention des IST/SIDA et l'utilisation des méthodes contraceptives.

II- GENERALITES

ADOLESCENCE

1 – DEFINITION :

Selon OMS l'adolescence est la période comprise entre 10 – 19 ans. Elle commence à la puberté avec l'apparition des caractères sexuels secondaires et se termine avec la fin de la croissance.

Cette période d'adolescence se caractérise par certaines étapes :

- Une croissance et un développement physique rapide ;
- Une maturité physique, sociale et psychologique mais ;pas de façon simultanée ;
- Les premières expériences de la vie (attraction par le tabac, l'alcool, les vices de la vie) ;
- Un manque fréquent de connaissance et de capacité pour faire des choix sains ;
- Des modes de pensées tendant à faire passer les besoins immédiats avant les besoins à long terme ;
- L'instauration de comportement qui pourrait rester ancrés toute la vie et provoquer des maladies qui apparaîtront des années plus tard.

Etymologiquement la puberté est définie comme étant l'apparition de la pilosité pubienne.

En fait le développement des caractères sexuels primaires et secondaires qui marque le passage de l'enfance à l'adulte peut se faire selon une chronologie variable d'un enfant à l'autre. Les signes pubertaires progressent simultanément à un rythme variable et aboutissent dans un délai de 2 à 4 ans et demi à un développement adulte.

La puberté se termine avec l'apparition de la fertilité c'est à dire de la spermatogenèse. chez le garçon la date d'apparition du 1er signe pubertaire est variable d'un enfant à l'autre à l'état physiologique. Dans ces variations interviennent des facteurs héréditaires, climatiques e socio-économiques. chez le

garçon la puberté débute en moyenne entre 12 et 13 ans mais les premiers signes peuvent apparaître à 10 ans ou seulement 16 ans.

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

Chez le garçon les modifications de scrotum (pigmentation) précèdent légèrement l'augmentation du volume testiculaire qui est le premier signe clinique de la puberté. Elle débute six mois avant les signes androgéniques proprement dits. Le développement s'accélère et se poursuit pendant les quatre années suivantes. L'augmentation du volume de la verge se poursuit parallèlement. Vers 16 – 17 ans les organes génitaux externes ont atteint sensiblement leur aspect définitif. La pilosité pubienne apparaît vers 12 ans. La pilosité axillaire se développe 2 ans après la pilosité pubienne.

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

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

La « crise d'adolescence » est un moment temporaire de déséquilibre qui aboutit à une réorganisation, il s'agit d'une « seconde naissance » d'un « second processus d'individualisation » qui renvoie aux premières expériences de la vie, mais leur donne une autre dimension. Cette dimension passe par des sentiments de négativité (deuil, dépréciation de soi, angoisse) jusqu'aux sentiments positifs (esprit d'indépendance, soif d'apprendre, confiance en soi, tendance à s'identifier à autrui).

2 – SITUATION DES ADOLESCENTS :

Depuis quelques décennies certains facteurs socioculturels ont donné lieu à de nouveau schéma du comportement chez les jeunes et les adolescents. Parmi ces facteurs nous pouvons citer :

- L'accroissement rapide la population ;
- L'urbanisation croissante et les déplacements des populations ;
- Les progrès rapides de la technologie dans le domaine de la communication qui font tomber les frontières culturelles ;
- L'augmentation sans cesse croissante du nombre d'adolescent et des jeunes célibataires ;
- L'apparition des règles à un très jeune âge ;
- Le déclin de l'autorité familiale par suite de la transformation des structures et des fonctions de la famille ;
- Les relations sexuelles précoces sans protection ;
- Le faible pouvoir d'achat des adolescents et des jeunes à cause du chômage.

Ces nouveaux types de comportement exposent les adolescents et les jeunes aux grossesses non désirées, aux accouchements précoces avec leur conséquences, aux avortements pratiqués clandestinement dans les conditions dangereuses, aux infections sexuellement transmissibles, à l'infection au VIH et à la consommation de drogues.

NOTION D'ATTITUDE ET LE COMPORTEMENT

1 – DEFINITION :

L'attitude peut être considérée comme la manière particulière qu'a une personne d'agir, de penser et de sentir. Elle détermine et oriente le comportement de l'individu ou des groupes d'individus l'attitude dépend de plusieurs facteurs mais aussi des conditions socio-économiques en dernière instance les attitudes constituent un objet d'étude centrale en psychologie sociale.

Tantôt, ce concept est utilisé pour exprimer la singularité d'une réaction (attitude d'un individu au cours de la discussion) tantôt, il exprime la réaction d'une collectivité. En fait il n'y a pas d'unanimité autour de la définition de la notion d'attitude.

Ainsi STECTZL.J. dans sa définition réduit l'attitude uniquement à une relation entre une personne et des objets ou des valeurs normales, quant à Maisonneuve. J il insiste sur l'aspect de l'attitude et sa tendance à l'action l'attitude apparaît ainsi comme une prédisposition à agir plutôt que des actions comme telles, elle oriente ainsi le comportement de l'individu dans une direction (par exemple être pour le planning justifie le fait d'adopter les méthodes).

2 – ELEMENTS CARACTERISTIQUES :

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

- L'aspect cognitif c'est à dire l'attitude vis à vis de quelques choses, ou d'un phénomène est fonction des connaissances et des informations qu'on a sur l'objet en question. C'est pourquoi l'attitude exprime en général des opinions individuelles ou collectives stéréotypées même figées (concept fixe). Par exemple un jeune peut refuser d'utiliser un préservatif parce qu'un autre a une idée négative sur le préservatif.
- L'aspect affectif ou émotionnel qu'explique la direction de l'attitude (pour ou contre). Ainsi on peut affirmer que l'attitude est aussi fonction des sentiments

qu'un sujet manifeste face à une situation ou une personne. C'est alors qu'une personne affirme avoir une haine contre quelque chose, il ne serait pas étonnant de voir ses proches refuser cette chose.

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

Ces différents aspects de l'attitude (le cognitif, l'affectif et la tendance à l'action) sont intimement liés et sont en interaction l'un et l'autre.

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

La constitution des attitudes se fait aussi par l'expérience propre du sujet cette expérience lui permet de tirer des leçons des épreuves vécues par lui-même et se fait une attitude vis à vis d'elle.

Étant acquise l'attitude est susceptible au changement et ce changement constitue un moyen approprié pour changer le comportement, car l'attitude détermine le comportement dans une mesure large. Il apparaît alors, à la lumière des caractéristiques de l'attitude que le changement d'attitude est une entreprise difficile.

Parmi les conditions préalables au changement d'attitude, nous avons la connaissance du groupe cible dont il faudrait l'analyse et la compréhension des besoins, des contraintes, des croyances ou représentations mentales du groupe dont on espère changer l'attitude.

Cependant, en dépit des liens entre attitude et comportement, il y a souvent divorce entre ces 2.

Ce manque de cohésion pourrait s'expliquer par le fait que plusieurs attitudes influencent un comportement donné. C'est ainsi que le fait d'avoir une attitude

négative, par exemple sur le condom et utiliser le condom peut exister, ce contraste peut être le fait de plusieurs situations.

En se résumant on peut affirmer qu'à travers ses caractéristiques l'attitude est la manière particulière qu'une personne a (ou un groupe de personnes) d'agir, de penser, de sentir. Il est certes vrai bien qu'il n'y a pas toujours une relation de détermination entre attitude et comportement cependant en général les attitudes sous entendent des comportements. C'est pourquoi on ne tarde pas d'affirmer que la connaissance des attitudes permet une certaine prévision des types de conduite, de comportement d'une personne ou d'un groupe de personne donné.

PLANIFICATION FAMILIAL (49, 56)

1 – DEFINITION :

La planification familiale se définit comme étant « l'utilisation de diverses méthodes de régulation de la fécondité destinées à aider les individus ou les couples à atteindre certains objectifs : éviter les naissances non désirées, déterminer volontairement le nombre de naissance, l'espacement des grossesses et l'espacement des naissances selon l'âge des parents ».

Elle peut comporter un certain nombre d'activité allant de la planification des naissances et du traitement de la stérilité à l'éducation sexuelle, aux conseils matrimoniaux et même aux conseils génétiques.

2 – HISTORIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE : (41)

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

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

Article 3 :

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

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

Article 4 :

« Seront puni des même peines la vente, la mise en vente ou l'offre publique des remèdes secrets jouissant des vertus spécifiques préventives de la grossesse ».

Et plus loin la loi ajoute que ces peines seront portées au double si le délit a été commis par un mineur. La France a adopté cette politique pro nataliste pour compenser ses pertes en vie humaine au lendemain de la 1ère guerre mondiale 1914 – 1918 (environ 1.000.000 de personnes).

Malgré l'existence de cette loi, il faut noter que face à une demande qui existait déjà à cette époque la planification familiale avait été introduite de façon clandestine au Mali vers 1960 (41).

A ce propos, le Dr Faran SAMAKE écrivait en 1974 ceci « l'introduction du planning familial au Mali est récente. Elle date de l'indépendance en 1960 les rares médecins qui le pratiquaient le faisaient à leurs corps défendant, en violation de la législation en vigueur et dans des buts lucratifs .A La suite des rapports favorables des hauts fonctionnaires... le Gouvernement accepte le projet de planification familiale en 1972 (45).

Les principales étapes :

- Le 28 Juin 1972, le Gouvernement Malien pour la 1ère fois en AOF adopta le projet d'ordonnance de la planification familiale dans un cadre strictement sanitaire lié à la protection maternelle et infantile.
- En Mars – Avril 1973 : le 1er séminaire inter – africain sur l'éducation sexuelle a été organisé à l'Ecole de Médecine de Bamako.
- En 1973 a eu lieu le 1er séminaire inter – syndical sur la planification familiale à Bamako.

- En 1973, le Gouvernement décide d'étendre les activités du planning aux centres de SMI de Bamako et des autres capitales régionales.
- En Avril-Mai 1974 une mission conjointe gouvernement/FNUAP/UNICEF/OMS à Bamako établit un plan d'action s'étalant sur 5 ans, la même année le Mali souscrit à la déclaration du Bucharest (Roumanie) celle -ci stipulait le droit à la planification familiale.
- En Novembre 1974, une requête du gouvernement fut adressée au FNUAP pour un projet de développement d'un programme national de santé familiale au Mali.
- En Décembre 1974, s'est tenu le congrès constitutif national des femmes du Mali qu'a recommandé :
 - ❖ La diffusion de l'éducation sexuelle dans les écoles à partir de la 7ème année
 - ❖ L'extension de la planification familiale au Mali
- L'arrêté n°795/MSP/CAB du 19 mars 1975 a créé la division de la santé rattachée à la direction Nationale de la Santé Publique. Cette division remplace l'ancienne section d'hygiène de la maternité de l'enfance rattaché à la division de la médecine socio – préventive.
- Le Mali souscrit en 1978 à la déclaration d'Almata (URSS) qui stipulait que la planification familiale est un composante des soins de santé primaires (SSP).
- La création de la DSF devient effective en 1980 en devenant la division de la santé familiale et commentaire (DSFC). Elle abrite depuis 1981 le programme national materno -infantile et de la planification familiale.

3 – METHODES CONTRACEPTIVES

3-1- Abstinence :

Le meilleur moyen de prévenir la grossesse et les MST. L'abstinence ne nuit pas à la santé des jeunes hommes, ni à celle des jeunes femmes (36).

3-2- Méthodes de barrière :

– Le préservatif : (Condom)

Très ancien, il existe de nos jours sous la forme de plastic (Latex) .D'une longueur de 18 cm et d'un diamètre de 35 cm son utilisation nécessite des règles précises : le placer sur le pénis en érection et le dérouler, laisser un espace, entre le gland et le fond du préservatif afin de recueillir le sperme, utiliser un préservatif pour un rapport sexuel.

Il a un taux d'efficacité de 98% environ. Il est très efficace dans les préventions des IST. SIDA. Mais il peut glisser ou se détériorer pendant l'acte sexuel.

– Le Diaphragme et le cap cervical :

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

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

– Les spermicides vaginaux et les mousses spermicides :

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

Il est inadéquat de faire une toilette vaginale à l'eau savonneuse surtout dans les 3h qui suivent l'acte sexuel. Pendant l'utilisation d'un spermicide, éviter l'utilisation concomitante d'autre ovules.

Les spermicides contribuent à la protection contre les IST – SIDA et le cancer du col. En cas d'utilisation correcte, leur taux d'efficacité est de 79 – 150 .

Les méthodes de barrières peuvent être utilisées combinées ou elles seules ou associées avec un contraceptif autre qu'une méthode de barrière (pilule) (34).

3-3- Les contraceptifs oraux :

– Les contraceptifs oraux combinés (COC)

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

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

– Les pilules progestatives (PP)

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

3-4- Les injectables et les implants :

– Les injectables :

Leur mécanisme d'action est le suivant :

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

- Atrophie de l'endomètre.

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

- Les implants : (Norplant)

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

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

3-5- Le Dispositif intra -utérin (DIU)

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

Les effets contraceptifs du DIU sont :

- Accélération de péristaltisme tubaire
- Le stérilet en contact de la muqueuse interne favorise la libération de prostaglandine qui a une action inhibitrice sur le corps jaune qui est indispensable au développement de l'œuf.

En plus le cuivre contenu dans le DIU a une action sur la glaire cervicale en le rendant hostile à l'ascension des spermatozoïdes, son taux d'efficacité est de 54-99%.

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

3-6- Les méthodes chirurgicales :

– Contraception chirurgicales volontaire (CCV)

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

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

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

3-7- Méthodes Naturelles :

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

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

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

– Le Coït interrompu

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

- La méthode de température :

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

Elle suppose qu'il n'y a qu'une seule ovulation par cycle et que la courbe thermique soit bien précise et interprétable. Certaines femmes, telles que celles ayant une ovulation irrégulière, une maladie métabolique ou qui travaillent la nuit ne peuvent l'utiliser.

- La méthode d'abstinence périodique

➤ La méthode d'OGINO – KNAUS

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

Cas d'un cycle irrégulier

Exemple : Cycle court : 24 jours

Cycle long : 35 jours

Ainsi on aura :

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

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

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

➤ La méthode de la glaire cervicale ou méthode de BILLINGS

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

- Méthodes traditionnelles

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

4 – CLASSIFICATION

La classification suivante est adoptée au Mali.

4-1- Méthodes temporaires :

- De courte durée :

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

- De longue durée

- Les implants
- Les DIU actifs

4-2- Méthodes permanentes

- Ligature des trompes
- Vasectomie (25)

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

1 – DEFINITION :

Autrement appelées maladies vénériennes à cause de vénus (déesse de l'amour) qui leur donna son nom cette dénomination a tendance à être abandonnée au profit de maladie sexuellement transmissible (MST). Selon vénus on appelle maladie vénériennes les maladies transmises lors de rapports sexuels. Cette définition paraît de nos jours restrictive. A cet effet, les MST englobent non seulement celles anciennement appelées vénériennes « liées directement et exclusivement à la copulation et à l'union des sexes » (Larousse) mais aussi à d'autres affections dont la transmission se fait pas d'autres voies en dehors de la voie sexuelle (transfusion sanguine, transplacentaire) (38). Actuellement le terme MST est abandonné au profit d'IST comme la recommande l'OMS.

2 – LES DIFFERENTES I.S.T

2-1-Syphilis :

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

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

- Epidémiologie

D'après l'OMS, il y aurait environ 65 millions de cas de syphilis dans le monde. Des dizaines de milliers d'individus vont mourir de cette maladie jusqu'au XIX^{ème} siècle en l'absence de thérapeutique vraiment efficace. Dans plus de 95 % la contamination est sexuelle les contaminations non vénériennes sont rares.

Le nombre de cas ne cesse d'augmenter d'années en d'années.

- Agent causal :

Il s'agit de bactéries spiralées, mobiles à division transversale, le *tréponema pallidum* est de forme hélicoïdal, à une longueur de 8M à 14 M, une largeur de 0,15 à 0,20M ; la largeur et la profondeur des spires (0,8 à 1M) sont égales et constantes tout le long du corps spirochetien.

Cette bactérie est mise en évidence par l'examen au microscope.

4-2- Gonococcie

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

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

- Epidémiologie

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

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

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

- Agent causal

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

4-3- IST à chlamydia

- Epidémiologie

La prévalence des infections génitales à chlamydia chez les femmes enceintes en milieu urbain – Africain varie de 5,3 à 13 % les chlamydiae constituent la 2ème cause d'urétrite chez l'homme dans les pays en voie de développement. 20 à 50 % des salpingites en Afrique chez les femmes des villes âgées de 15 à 45 ans sont dus aux chlamydiae.

- Agent causal

les chlamydiae sont des bactéries immobiles à gram négatif et sont cellulaires obligatoires.

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

4-4 - Chancre mou

- Epidémiologie

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

b - Agent causal

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

4-5- Affections à trichomonas vaginalis

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

4-6- Affections à candida Albicans :

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

5 – Autres

On peut retenir d'autres beaucoup moins fréquentes :

- Affection à *Mycoplasme*
- Affection à *Gardenella vaginalis*
- Donovanose due à *Calymatobacterum granulomatis*
- Maladie de Nicolas – Favre due au chlamydiae
- Herpès génital due à *Herpès simplex*
- condylome (crête de coq) due à un virus du groupe des *Papillomavirus*
- affection à morpion due au *Phthirus pubis*
- hépatite virale B.

COMPORTEMENT INFLUENÇANT LES MST :

Etant donné que le principal mode de transmission de MST est la voie sexuelle, les facteurs suivants augmentent le risque d'infection :

- un changement récent de partenaire
- avoir plus d'un (e) partenaire sexuel (le)
- Avoir un partenaire ou une partenaire ayant d'autres partenaires
- Avoir des rapports avec des partenaires « occasionnels » ou des rapports avec des prostituées
- Continuer d'avoir des relations sexuelles alors qu'on présente les symptômes d'une IST
- Dans le cas où on souffre d'un IST, ne pas informer ses partenaires qu'ils doivent se faire soigner le fait de ne pas se servir d'un préservatif dans l'une ou l'autre de ces situations expose les partenaires à un risque d'infection très élevé .

SIDA

1- DEFINITION :

Ethymologiquement SIDA signifie syndrome d'immunodéficience acquise. Il est dû au virus de l'immunodéficience humaine HIV .Il existe deux serotypes responsable de l'infection chez l'homme ;VIH1 etVIH2.Ce sont des virus a ARN dimerise de forme sphérique de 80nm de diamètre enveloppés comme les autres rétrovirus. Le VIH possède une activité enzymatique transcriptase inverse lui permettant de transcrire son ARN en ADN_b proviral et de l'intégrer à l'ADN du génome des cellules hôtes.

2-HISTORIQUE :

Le premier sérum positif pour VIH a été reconnu en 1958.En 1977 les premiers cas vraisemblables, reconnus à posteriori aux USA.

Les premières infections opportunistes (pneumocystose et de Kaposi) ont été découvertes en 1981 chez des homosexuels américains. Une première définition du SIDA a été donné en 1982.

1983 : Identification du virus VIH1

1985 : Sérologie VIH

1986 : Identification du virus VIH2

1993 : Classification CDC

1995 : Développement des bithérapies et de la mesure de la charge virale

1996 : Développement des trithérapies

3- EPIDEMIOLOGIE :

- l'infection est pandémique sur tout le globe. Elle est due quasi-exclusivement à VIH1,VIH2 représentant moins de 1% des infections (limitées a l'Afrique de l'ouest).

- A la fin 1999 selon l'OMS 34,3 millions de personnes vivaient dans le monde avec le VIH/SIDA dont la majorité en Afrique subsaharienne(24,5 millions soit plus de 70%). L'Afrique est donc le continent le plus touche.

- La pandémie a gagne plus tardivement l'Asie mais l'infection s'y répand plus vite que sur les autres continents.

- Le nombre de patients infectées par VIH a triplé ces dix dernières années.

- En 1999 le VIH/SIDA était en Afrique la première cause de morbidité (19,9%) avant le paludisme, les infections respiratoires basses, et les diarrhées alors que pour le monde entier il n'arrive qu'en deuxième position après les infections respiratoires aiguës basses.

Dans le monde ,il y a eu en 1999 15000 nouvelles infections par le VIH par jour dont plus de 95% dans les pays en développement. La majorité des cas (13000) concernent des sujets jeunes ages de 15 a49 ans. Il y a autant de femmes contaminées que d'hommes.

En 1999 dans le monde 2,8 millions de personnes sont mortes de SIDA qui a été la quatrième cause de mortalité (4,8%) après les maladies cardiaques, ischémiques, cérébro-vasculaires et les infections respiratoires aiguës basses.

Il est prévu une diminution de l'espérance de vie à la naissance pouvant atteindre 30 ans chez les enfants nés en l'an 2000 dans les pays à forte prévalence du VIH d'Afrique centrale et de l'Est.

EPIDEMIOLOGIE DU VIH/SIDA DANS LE MONDE CHIFFRES ESTIMES POUR FIN 1999 PAR L'OMS

Tableau 1 :

	Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA en 1999	Enfant <15 ans vivant avec le VIH/SIDA en 1999	Adultes et enfants morts par VIH/SIDA jusqu'en 1999	Adultes et enfants nouvellement infectés en 1999
Afrique sub-saharienne	24,5 millions	1 million	14,8 millions	4 millions
Asie sud et sud-Est	5,6 millions	200000	2,6 millions	800000
Amérique latine	1,3 million	28000	460000	150000
Amérique du Nord	900000	11000	470000	45000
Asie de L'Est et Pacifique	530000	5200	52000	120000
Europe de L'Ouest	520000	4100	210000	30000
Europe de l'Est et Asie centrale	420000	15000	21000	130000
Caraïbes	360000	9600	210000	60000
Afrique du Nord et Moyen Orient	220000	8000	70000	20000
Australie et Nouvelle Zélande	15000	<200	<6600	500
Total	34,3 millions	1,3 million	18,8 millions	5,4 millions

Tableau 2 :

	Prévalence du VIH/SIDA chez les adultes de 15-49ans	%de femmes chez les VIH/SIDA	Principales modes de transmission du VIH/SIDA
Afrique sub sahara	3-5,7%	55%	hétéro
Asie sud et sud Est	0,54%	15%	Hetero, DIV
Amérique latine	0,43%	25%	Homo,DIV,Hetero
Amérique du Nord	0,51%	20%	Homo,DIV,hetero
Asie-Est- pacifique	0,01%	13%	DIV,hetero,homo
Europe Ouest	0,21%	25%	Homo,DIV
Europe-Est et Asie-centrale	0,21%	25%	DIV
Caraïbes	2,11%	15%	Hetero,homo
Afrique Nord et Moyen orient	0,12%	20%	Hetero,DIV
Australie et Nouvelle zélande	0,13%	10%	homo
TOTAL	1,07%	47%	DIV=drogue IV

4-MODE DE TRANSMISSION :

Le réservoir du virus est strictement humain :Il s'agit des sujets séropositifs asymptomatiques ou symptomatiques.

La transmission se fait essentiellement par le sang et ses dérivés (risque avec sang contaminé >90% ; risque a 1/1000000 avec le sang contrôle) , par voie sexuelle (risque 0,1 a 1% selon le type de rapport sexuel), par les aiguilles chez les toxicomanes (risque 0,5 a 1% alors qu'il est de 20 a 40% pour l'hépatite B) et de la mère séropositive au nouveau-né (risque 30 a 50%). Les groupes exposés a un ou plusieurs modes de contamination sont dits à risque.

Les personnels de santé peuvent être contaminés par piqûres accidentelles (récapuchonnage des aiguilles), coupure ,projection sur les muqueuses ou sur une plaie .Le taux de transmission après piqûre est inférieur a 0,5%. Un traitement par l'AZT dès la contamination n'évite pas toujours la séroconversion. Le risque de transmission d'un soignant a un patient est faible mais non négligeable en particulier pour les dentistes.

TABLEAU RECAPUTILATIF

Tableau 3

Voie de transmission	Groupes à risque
	Transfusés
Sang et dérivés	Hemophiles
	Heroinomanes
	Prostituées
	Homosexuels
Sexuelles	Conjoint de séropositif
	Sujet à partenaires sexuels multiples
Contact mère enfant et allaitement	Nouveau-ne de mère séropositive
Transplacentaire	
Transcutanée	
Conjonctivale	Personnel de santé
Tissulaire	Greffes Transplantées

5- LIEN ENTRE LES IST ET LE SIDA :

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

Ces IST peuvent accroître la transmission du VIH pour deux raisons :

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

permettre au VIH de pénétrer dans le corps .Les maladies qui provoquent une inflammation du vagin ou de l'urètre sont beaucoup plus répandues que les maladies causant des ulcérations génitales et il se peut par conséquent qu'elles contribuent dans une large mesure à la transmission du VIH .

Alors que l'infection au VIH ne peut être guérie, il est possible de traiter de façon adéquate les IST rapidement et a bon prix. Compte tenu des liens entre ces maladies il devient alors important d'intervenir sur les IST. L'expérience récente de MWANZA en Tanzanie a d'ailleurs démontre très clairement qu'une amélioration des capacités de prise en charge des IST au niveau des structures des soins de santé primaires permettait de diminuer l'incidence des cas d'infection au VIH de plus de 40% [24].

6-PRISE EN CHARGE DES IST :

=> Prévention primaire :

- Individuelle :

Une intervention sur les comportements est possible par :

- *L'intermédiaire du système de santé , l'école, les associations, les médias .
- *L'utilisation du préservatif .
- *L'utilisation des microbicides (chlorure de benzalkonium , monoxynol) .
- *La réduction du nombre de partenaires sexuels .
- *La notification et traitement des partenaires sexuels a partir du malade .
- *L'éducation sexuelle dans les écoles .
- *Le traitement précoce des IST .
- *Le dépistage et traitement des autres IST devant un cas (sérologie VIH, BW)

- Institutionnelle :

Elle vise à modifier les conditions sociales favorisant les IST .

- * Contrôle sanitaire ou interdiction de la prostitution .
- * Isolement des sujets infectés .
- * Déclaration obligatoire, recherche des partenaires potentiellement contaminés .
- * Dépistage systématique : sérologie de la syphilis et du VIH lors des mariages, chez les femmes enceintes, chez les groupes à risques .
- * Soutien financier pour abaisser le prix des préservatifs et des médicaments essentiels pour le traitement des IST .
- * Création du travail pour les femmes seules ,réinsertion des prostituées .
- * Education des femmes .
- * Lutte contre le déséquilibre des proportions Homme –Femme en milieu urbain.
- * Adaptation des schémas thérapeutiques standardisés à la prévalence des résistances aux antibiotiques .
- * Vaccination contre le VHB.

- Prévention secondaire :

le traitement précoce des IST a pour but :

- faire disparaître les symptômes,
- diminuer la transmission,
- éviter les complications et les séquelles,
- diminuer la transmission du VIH.

III- METHODOLOGIE :

1- Cadre de l'étude

La région de Sikasso est située au sud du territoire national. C'est la 3e région administrative. Elle est limitée au nord par la région de Segou, au nord-ouest par la région de Koulikoro ,au sud par la RCI ,au Sud-ouest par la Guinée Conakry et à l'est par le Burkina-Faso .

Elle est composée de 7 cercles, 46 arrondissements,425 secteurs de développement,1821 villages. Elle couvre une superficie de 76480 Km(soit 5.7 %du territoire national).La population est estimée a 445412 hbts composée de Senoufo, Minianka, Bamanan, et Peulh dont 48.6%d'hommes et 51.4% de femmes. Les principales religions sont :l'islam ,le christianisme et l'animisme .Le climat de la région s'étend en exclusivité sur une zone sub-humide occupant une zone comprise entre les isoyetes 750mm au nord et 1400mm au Sud. Cette zone sub-humide se subdivise en deux ensembles climatiques :

-la zone soudanienne humide couvre le nord de la région entre les isoyetes 750mm au nord et 1159mm au sud. Il y pleut d'avril à octobre et elle reçoit 300mm d'eau en 75 jours de pluie .La moyenne annuelle de température est de 27 degrés celcius .Elle comporte de plus en plus de vent et se compose de trois saisons :

- .une saison sèche et chaude (Fevrier-Avril)
- .une saison fraîche et sèche (Decembre-janvier)
- .Une saison pluvieuse et humide(MAI-OCTOBRE)

-la zone guinéenne occupe les 2/3 de la région entre les isoyetes 1159mm au nord et 1400mm au sud. Les pluies s'étendent d'Avril à Octobre et la moyenne mensuelle dépasse 250 mm (JUILLET-SEPTEMBRE) La moyenne annuelle de température est de 27 degrés

La végétation se compose de forets claires, de savane serrée arbustive et herbeuse et de galerie forestière. Il existe 4 axes routiers bitumés qui traversent la région :

- .l'axe Zegoua-Bamako
- .l'axe Koury-Koutiala-Segou

.l'axe Koury-Kimparana-San

.l'axe Sikasso-Koutiala-Kimparana

La ville compte 4 lycées (dont un seul fonctionnel au cours de l'année scolaire 1999/2000) ; 3 écoles professionnelles :

CTM (Collège Technique Moderne) ;

IFP(Institut de Formation Professionnelle)

EIPC(Ecole des Infirmiers du Premier Cycle)

Plus d'une vingtaine d'écoles fondamentales de la première à la neuvième.

On note aussi l'existence de radio privées véhiculant des messages d'IEC de santé.

2- Population d'étude

La population visée est l'ensemble des adolescents de 10 à 19 ans de la ville de Sikasso

3- Critère de l'étude

⇒ Critères d'inclusion

- Tout adolescent de 10 à 19 ans fréquentant un établissement de Sikasso depuis plus d'un an.
- Tout adolescent non scolarisé de 10 à 19 ans résidant à Sikasso depuis un an et plus d'un an.

⇒ Critères de non-inclusion

- Tout adolescent n'ayant pas vécu au moins 1 an à Sikasso.
- Tout adolescent ayant refusé de donner son consentement.

4-Type d'étude :

Il s'agira d'une enquête transversale .

5- Période d'étude

Début mars à juin 2001

6- Echantillonnage

Il s'agit d'une enquête en population au sein de la population adolescente.

Nous avons procédé à un sondage en grappe suivant la méthodologie préconisée par l'OMS dans le cadre de l'évaluation de la couverture vaccinale. Les unités statistiques sont regroupées en ensemble de 7 appelé grappe. L'effectif cumulé de l'ensemble de la population au sein de laquelle a lieu l'étude étant connu on cherche la moyenne de cette population, ainsi un intervalle de 1 à cette moyenne appelée intervalle d'échantillonnage constitué. ainsi à partir de la table de hasard le premier site est tiré de façon à être compris dans l'intervalle de sondage. Le tirage des autres sites se fait en ajoutant à chaque site précédent la moyenne de la population d'étude.

C'est de cette manière que 30 grappes de 7 adolescents scolarisés et 30 grappes de 7 adolescents non scolarisés ont été tirés soit un total de 210 scolarisés et 210 non scolarisés.

7- Technique et instrument de collecte

Un questionnaire semi-structuré a été élaboré et administré à tout adolescent inclus dans l'étude suivant son consentement.

Définitions opératoires

- adolescent : tout sujet âgé de 10 à 19 ans,
- adolescent scolarisé : tout sujet âgé de 10 à 19 ans fréquentant un établissement scolaire au moment de l'enquête ou ne fréquentant plus un établissement scolaire mais ayant atteint le niveau 7^{ème} année de l'école fondamentale ou plus.
- Adolescent non scolarisé : tout sujet ne fréquentant plus un établissement scolaire et n'ayant jamais dépassé le niveau 6^{ème} année de l'école fondamentale.

8- Plan d'analyse

les données ont été saisies et analysées sur Epi-info. Des taux conformément aux objectifs de l'étude ont été estimés dans chacun des groupes scolarisés et non scolarisés. Nous avons procédé aux comparaisons entre les différents taux. Le test de Khi2 a été utilisé et les valeurs ont été significatives pour un $p < 0,05$.

Répartition de population estimée de la commune de Sikasso par quartier

Table de hasard : 1802

Moyenne : 4045,2

Intervalle de sondage]1-4045,2[

Tableau 4 : répartition des grappes selon les quartiers de la ville

QUARTIERS	POPULATION ESTIMEE EN 2000			EFFECTIF CUMULE
	H	F	T	
Bougoula-Ville	3794	3810	7605	7605**
Fama	1510	1521	3031	10636*
Natien	929	870	1799	12435
Kaboïla I	1568	1658	3226	15661*
Kaboïla II	2847	2807	5654	21315*
Mancourani I	4953	4917	9870	31185***
Mancourani II	2090	2132	4221	35406*
Hamdallaye	6018	5884	11902	47308***
Médine	6595	6405	13000	60308***
Lafiabougou	1065	978	2043	62351
Quartier résidentiel	716	614	1330	63681*
Sanoubougou I	8097	7640	15737	79418****
Sanoubougou II	6086	5893	11979	91397***
Boulla-Hameau	2000	1922	3922	95319*
Sabalibougou	539	562	1101	96420
Wayerma I	5359	5265	10625	107045***
Wayerma extension	5260	5098	10357	117402**
Mamassoni	1981	1973	3954	121356*
Total	61407	59949	121356	

*= grappe

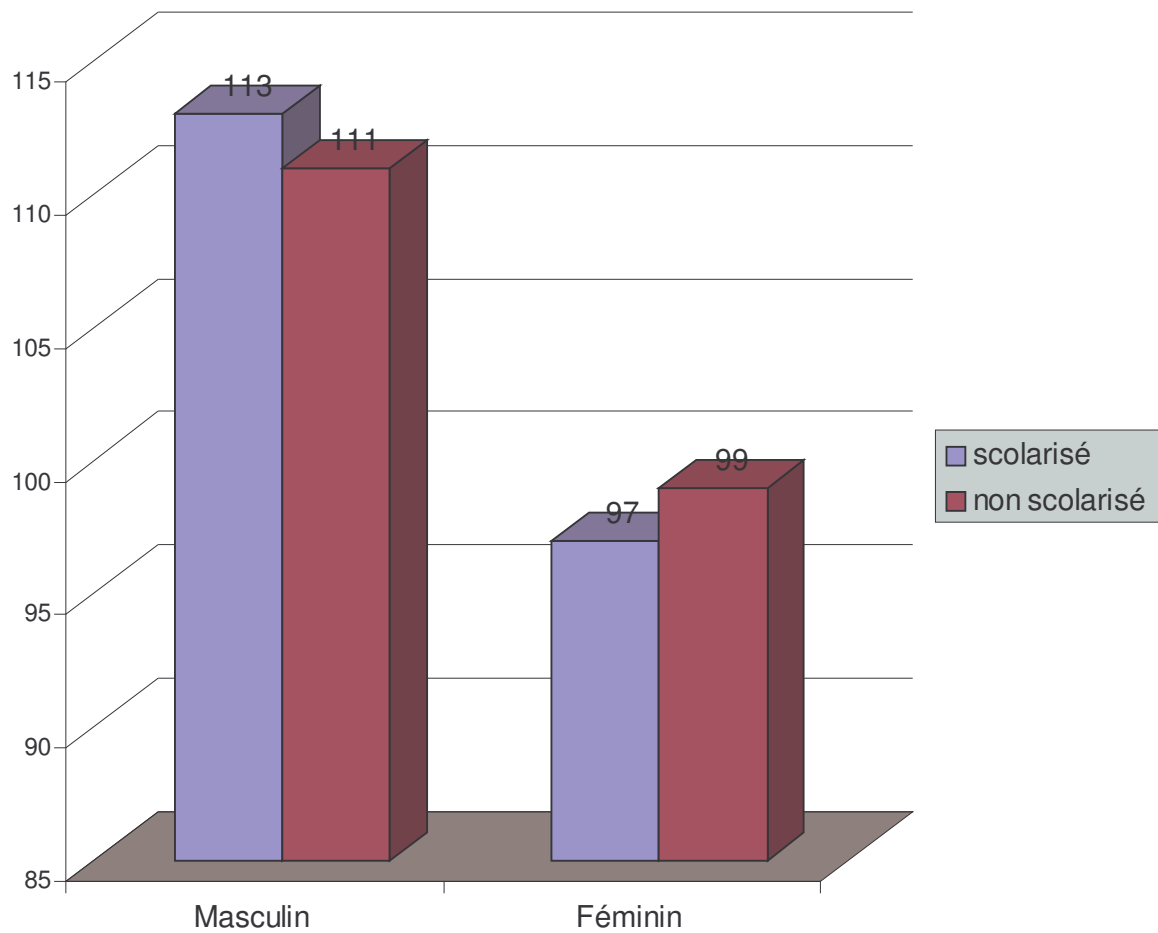
IV- RESULTATS

1- Résultats descriptifs

Tableau I : Répartition des adolescents selon les tranches d'âge

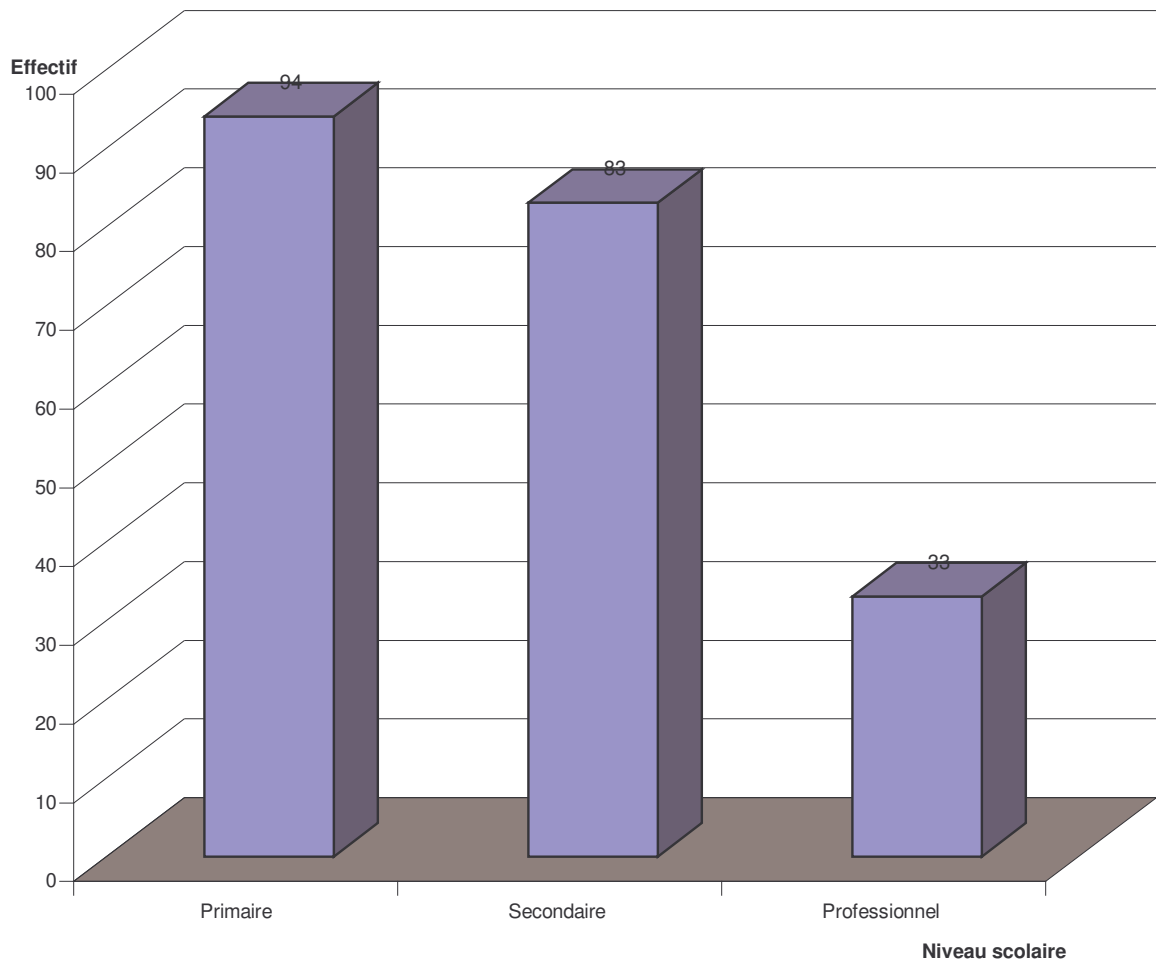
Tranches d'âge (année)	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
[10-15]	40	19,1	46	22
[16-19]	170	80,9	164	78
Total	210	100	210	100

Graphique I : Répartition des adolescents selon le sexe



Dans les deux cas plus de 50% des adolescents sont des garçons.

Graphique II: Répartition des adolescents selon le niveau scolaire



44,8% des instruits sont dans les écoles fondamentales

Tableau II : Répartition des adolescents non scolarisés selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ouvrier	113	53,8
Ménagère	30	14,3
Commerçant	42	20
Sans profession	25	11,9
Total	210	100

53,8% des adolescents non instruits étaient représentés par des ouvriers

Graphique III : Répartition des adolescents selon la résidence

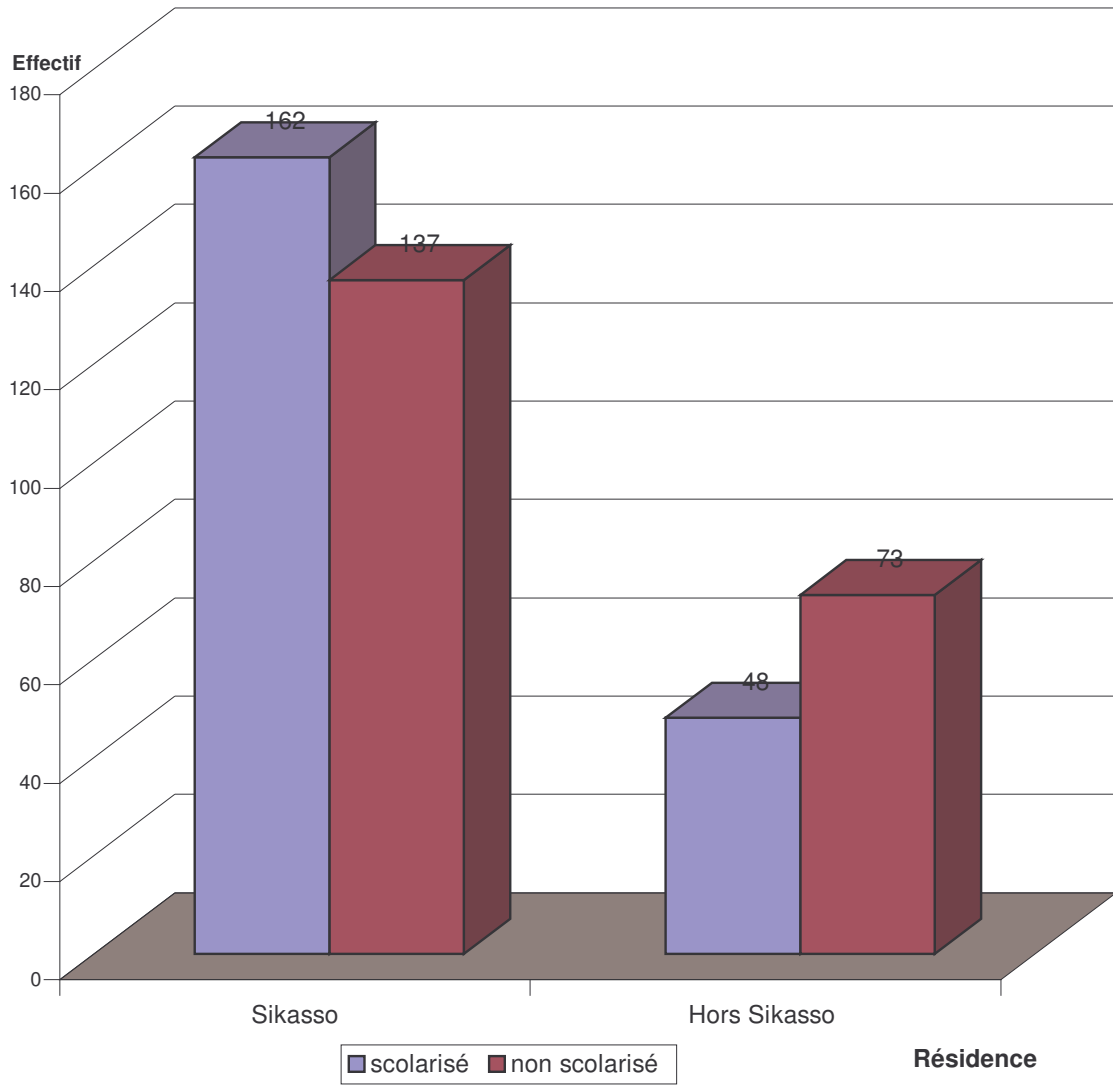


Tableau III : Répartition des adolescents selon les ethnies

Ethnie	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Sénoufo	63	30	80	38,1
Bamanan	41	19,5	37	17,6
Minianka	22	10,5	12	5,7
Soninké	10	4,8	9	4,3
Peuhl	27	12,9	22	10,5
Sonrhäï	17	8,1	5	2,4
Tamasheq	4	1,9	3	1,4
Malinké	5	2,4	3	1,4
Autres*	21	10	39	18,6
Total	210	100	210	100

*= bozo, dogon, gana, tagoua

Tableau IV : Répartition des adolescents selon la profession du père

Profession du père	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	82	39	23	11
Commerçant	39	18,6	47	22,4
Eleveur	4	1,9	6	2,9
Artisan	16	7,6	37	17,6
Cultivateur	42	20	58	27,6
Ouvrier	26	12,4	39	18,6
Autres	1	0,5	0	0
Total	210	100	210	100

Chez les scolaires 39% des pères étaient des fonctionnaires, contre 11% chez les non scolaires.

Chez les non scolaires 27% des pères étaient des cultivateurs contre 20% chez les scolaires.

Tableau V : Répartition des adolescents selon le niveau de scolarisation du père

Niveau scolarisation père	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Aucun	114	54,3	175	83,3
Primaire	19	9	18	8,6
Secondaire	48	22,9	17	8,1
Supérieur	29	13,8	0	0
Total	210	100	210	100

Les pères analphabètes étaient de 54,3% chez les scolarisés contre 83,3% chez les non scolarisés.

Tableau VI : Répartition des adolescents selon la profession de la mère

Profession mère	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Ménagère	141	67,1	161	76,7
Commerçante	34	16,2	41	19,5
Artisane	2	1	4	1,9
Fonctionnaire	33	15,7	4	1,9
Total	210	100	210	100

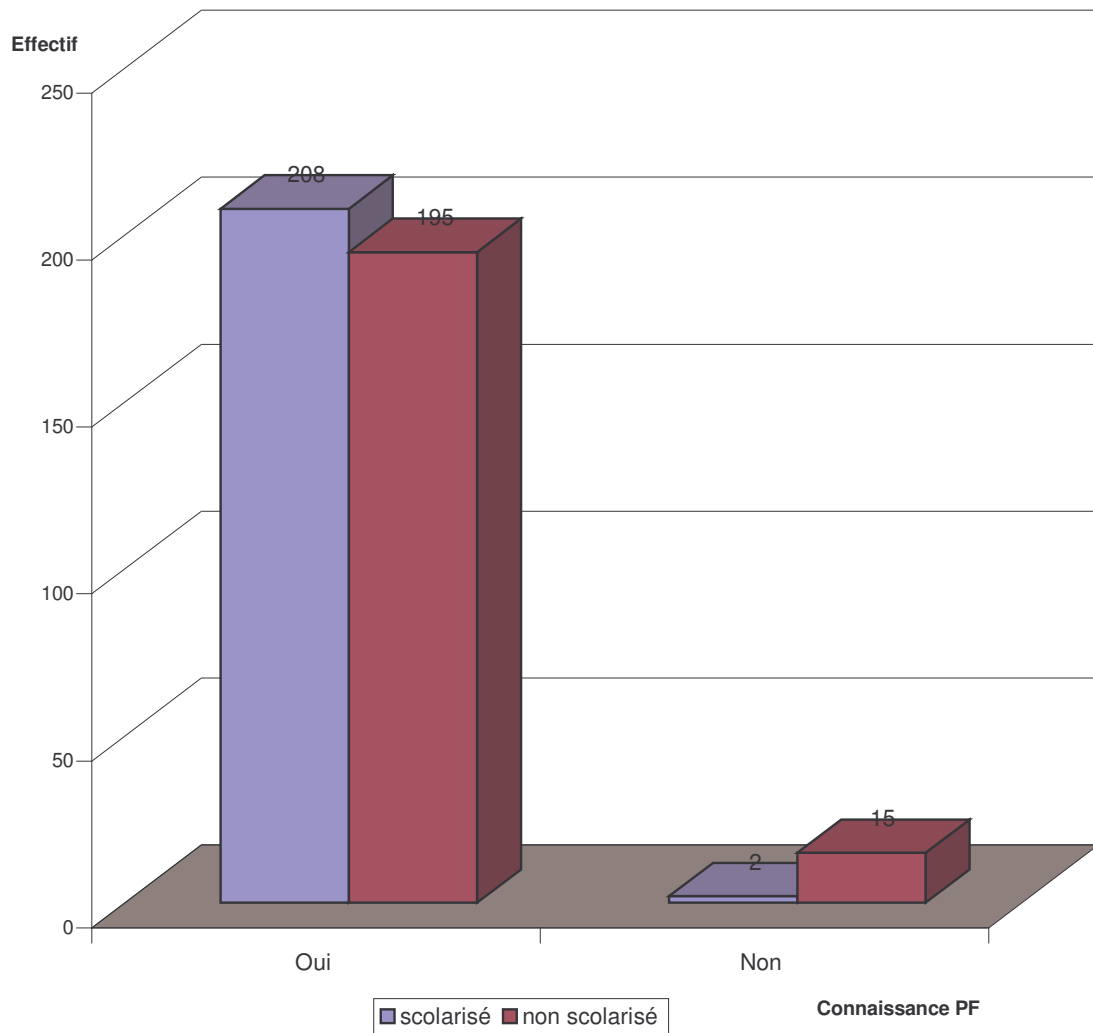
67,1% des mères étaient ménagères chez les scolarisés contre 76,7% chez les non scolarisés.

Tableau VII : Répartition des adolescents selon le type d'habitat

Type de maison	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Banco	68	32,4	93	44,3
Semi-dur	80	38,1	89	42,4
Dur	62	2,5	28	13,3
Total	210	100	210	100

38,1% des parents des scolarisés avaient des maisons en banco contre 42,4% chez les parents des non scolarisés.

Graphique IV : Répartition des adolescents selon la connaissance du PF



208 adolescents soit 99% des scolarisés ont déjà entendu parler du PF contre 195 adolescents non scolarisés soit 92,9%.

Tableau VIII : Répartition des adolescents selon les sources d'information sur le planning familial (PF)

Sources d'information	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Télévision	167	80,3	145	74,4
Radio	137	65,9	103	52,8
Agents socio-sanitaires	35	16,8	42	21,5
Presse écrite	3	1,4	0	0
Conférence débat	57	27,4	41	21
Enseignants	46	22,1	4	2,1
Parents/Amis	13	6,3	18	9,2
ONG	8	3,8	4	2,1

Les principales sources d'information pour le PF ont été chez les scolaires : télévision (80,3%), radio (65,9%), conférence débat (27,4%).

Chez les non scolarisés : télévision (74,4%), radio (52,8%), Santé/Hôpital (21,5%).

Tableau IX : Répartition des adolescents selon le sens donné à la planification familiale

Planning familial	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Espacement naissance	149	71,6	120	61,5
Santé mère	19	9,1	32	16,4
Moins de dépense	27	13	34	17,4
Meilleure éducation	3	1,4	0	0
Autres*	10	4,8	9	4,6

*= meilleure santé pour les enfants

71,6% des scolarisés assimilent le PF à l'espacement des naissances contre 61,5% chez les non scolaires.

Graphique V : Répartition des adolescents selon la connaissance des méthodes contraceptives

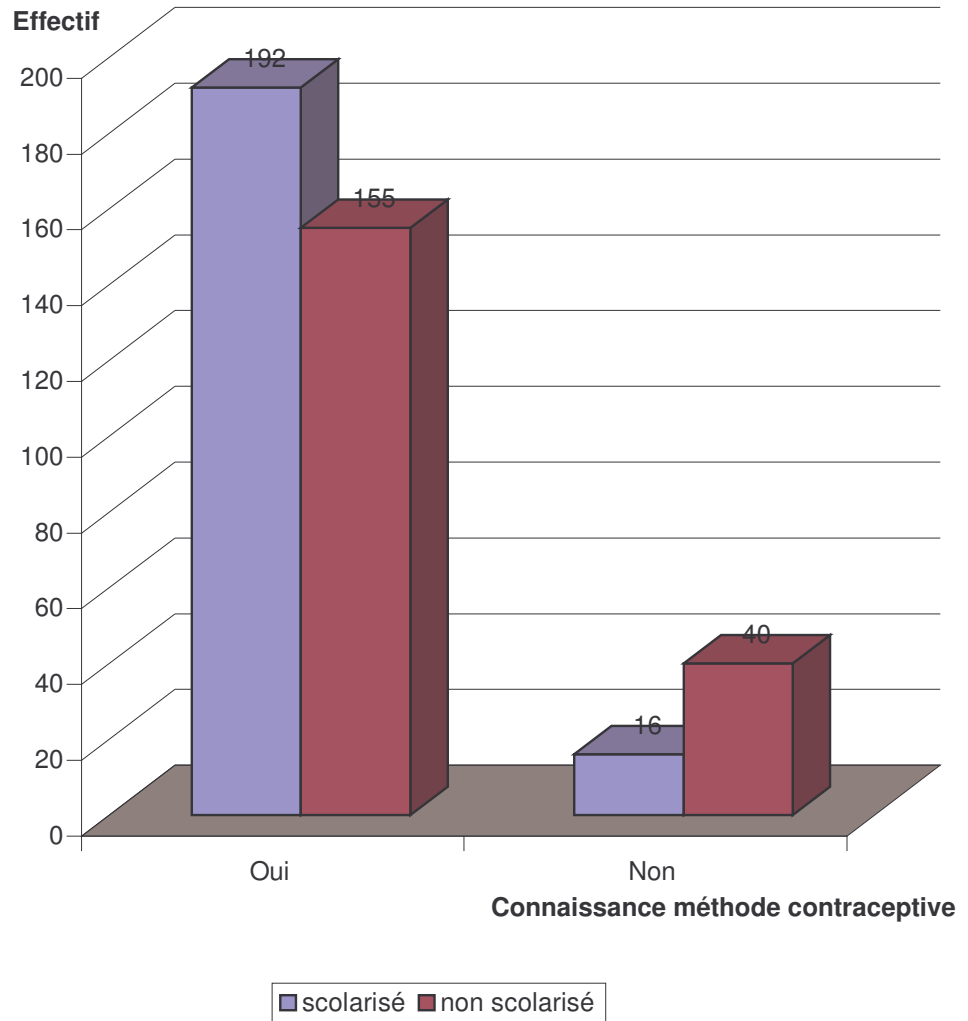


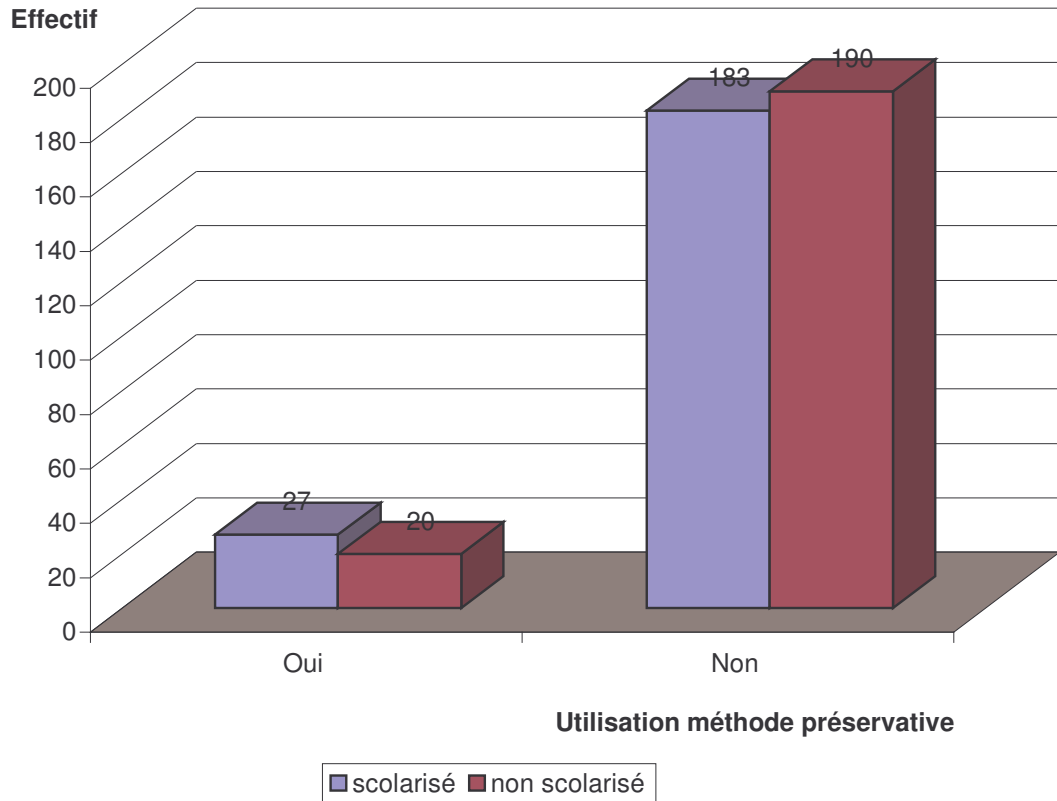
Tableau X : Répartition des adolescents selon les méthodes contraceptives connues

Méthodes contraceptives connues	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Pilule	190	99	151	97,4
Allaitement maternel	2	1	1	0,6
Spermicide	22	11,5	12	7,7
Injectable	133	69	150	64,5
Préservatif	138	71,9	108	69,7
Traditionnel	38	19,8	34	21,9
DIU	42	21,9	20	12,9
Autres*	18	9	7	4,2

*=Norplant

Les méthodes contraceptives les plus connues chez les scolarisés ont été : pilule (99%), préservatif (71,9%), injectable (69%) ; contre 97,4% pour la pilule, 69,7% pour le préservatif et 64,5% pour l'injectable chez les non scolarisés.

Graphique VI : Répartition des adolescents selon l'utilisation d'une méthode contraceptive



Sur 210 scolaires 190 avaient utilisé une méthode contraceptive.

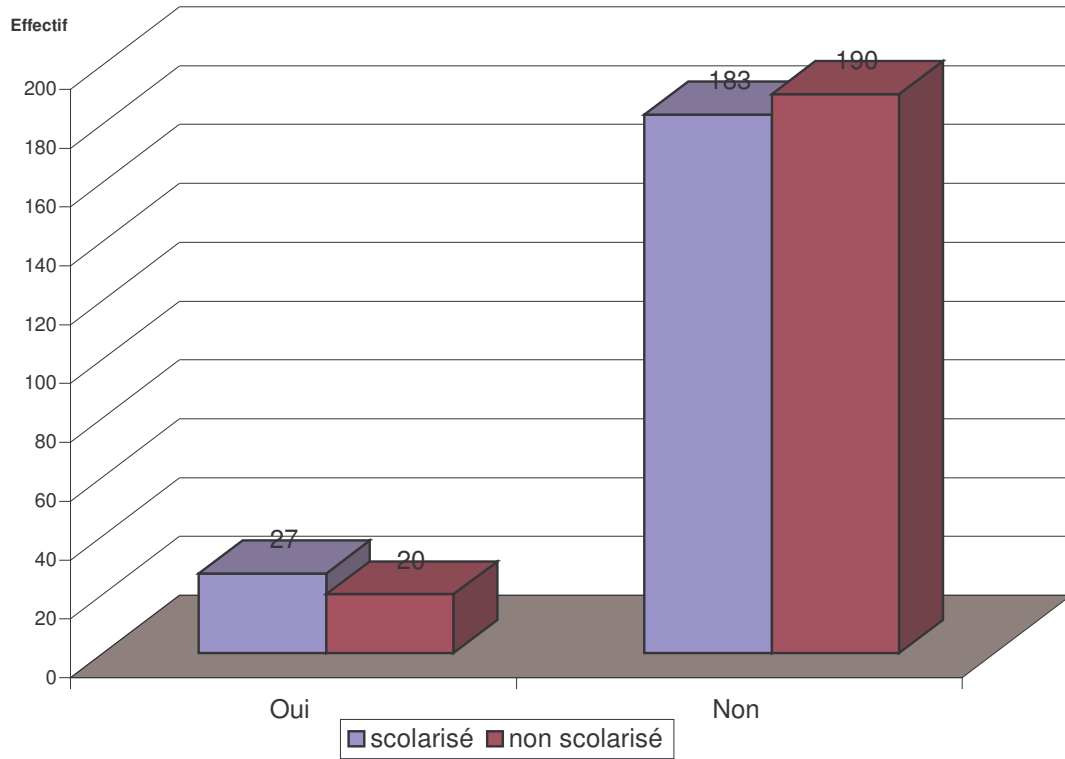
Sur 210 non scolaires 109 avaient utilisé

Tableau XI : Répartition des adolescents en fonction de la méthode contraceptive utilisée

Méthode contraceptive utilisée	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Pilule	27	22,7	26	23,9
Spermicide	1	0,8	0	0
Injectable	6	5	7	6,4
DIU	1	0,8	0	
Préservatif	81	68,1	69	63,3
Norplant	3	2,1	3	2,8
Traditionnel	0	0	4	3,7
Total	119	100	109	100

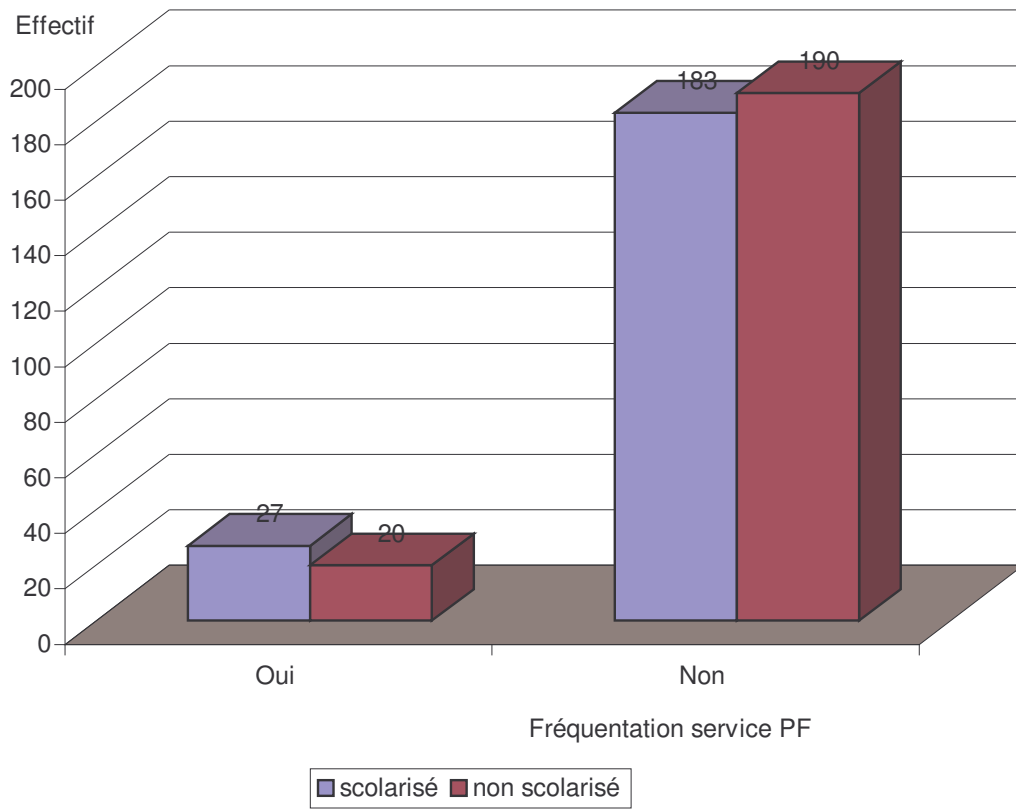
La méthode la plus utilisée a été le préservatif avec 68,1% chez les scolarisés contre 63,3% chez les non scolarisés.

Graphique VII : Répartition des adolescents selon la connaissance d'un service de prestation de planning familial



73,3% des scolarisés savaient qu'il existe des services de PF contre 59% chez les non scolarisés.

Graphique VIII : Répartition des adolescents selon la fréquentation des services de planning familial



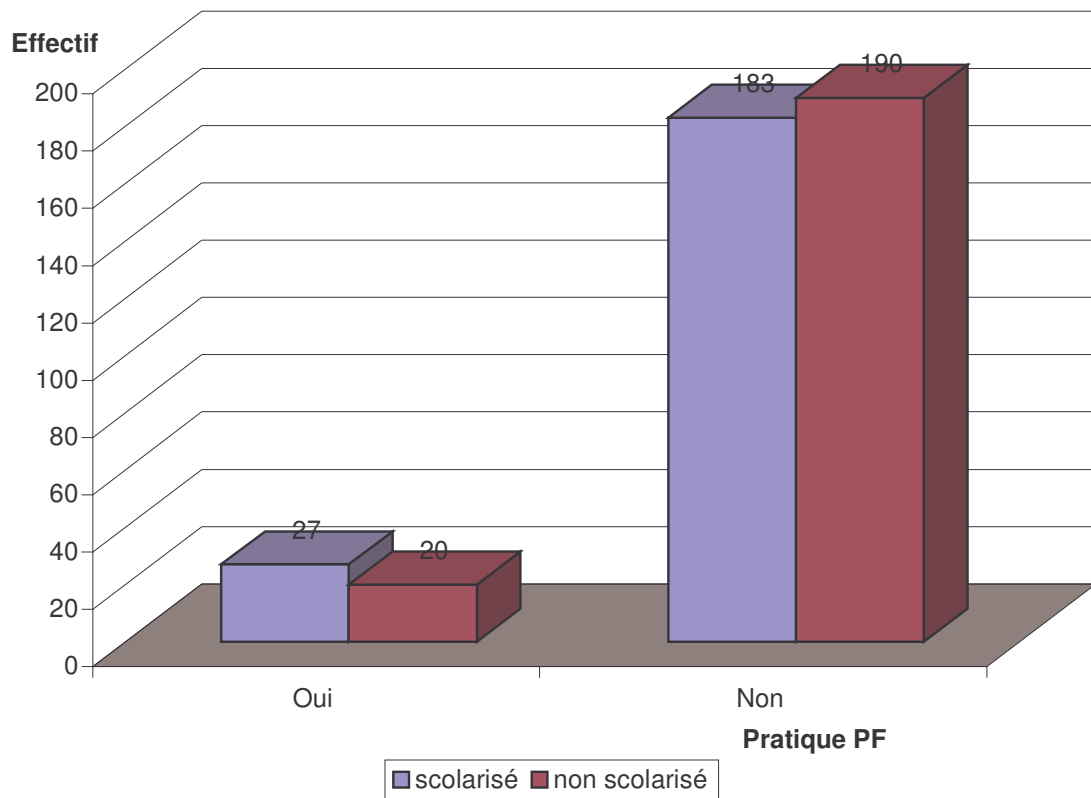
17,9% des scolarisés ont fréquenté le service de PF contre 21,8% chez les non scolarisés.

Tableau XII : Répartition des adolescents selon les raisons de la non fréquentation des services de PF

Raisons de la non fréquentation des services PF	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Coutume	2	1,6	2	2
Religion	8	6,2	4	4
Pas besoin	51	39,5	38	38
Mauvais accueil	17	13,2	12	12
Célibataire	13	10,1	10	10
Femme mariée	7	5,4	9	9
Honte	2	1,6	6	6
Destinée aux femmes	18	14	11	11
Sont Jeunes	4	3,1	1	1
Pas de temps	2	1,6	1	1
Information déjà existant	2	1,6	4	4
Pour PF	3	2,3	2	2
Total	129	100	100	100

La raison la plus évoquée a été le non besoin du service du PF chez les scolarisés et les non scolarisés avec respectivement 39,5% et 38%.

Graphique IX : Répartition des adolescents selon la pratique du PF



87,1% des scolarisés ne pratiquaient le PF contre 90,5% chez les non scolarisés.

Tableau XIII : Répartition des adolescents selon les raisons de la non pratique du PF

Raisons de la non pratique du PF	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Coutume	1	0,5	6	3,2
Religion	7	3,8	8	4,2
Effet secondaire	28	15,4	23	12,1
Ne sait pas	5	2,7	20	10,5
Célibataire	52	28,6	56	29,5
Pour les mères	14	7,7	12	6,3
Jeune	16	8,8	10	5,3
Pour femme	24	13,2	28	14,7
Vierge	14	7,7	9	4,7
Pas de raison	6	3,3	5	2,6
Pas besoin	11	6	11	5,8
Fidèle	1	0,5	0	0
Ne fréquente pas les filles	2	1,1	0	0
Maîtrise personnelle	1	0,5	0	0
Total	182	100	190	100

28,6% des scolarisés ont évoqué comme raison le célibataire contre 29,5% chez les non scolarisés

Tableau XIV : Répartition des adolescents selon la connaissance et les différents types de IST

Connaissance type IST	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Gonococcie	169	80,5	147	70
Syphilis	95	45,2	58	27,6
Trichomonas	29	13,8	13	6,2
SIDA	199	94,8	193	91,9
Ecoulement vaginal	5	2,4	4	1,9
Chancre mou	43	20,5	14	6,7

Tous les adolescents ont entendu parler du IST/SIDA (100%).

Tableau XV : Répartition des adolescents en fonction du nombre de IST cité

Nombre IST cité	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
1	37	17,6	65	31
2	62	29,7	82	39,1
3	67	32	52	24,8
4	42	18,1	10	4,8
5	2	1	1	0,5
Total	210	100	210	100

82,4% des scolaires connaissent au moins deux IST contre 69% chez les non scolaires.

Tableau XVI : Répartition des adolescents selon les moyens de transmission cités

Moyens de transmission	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Rapport sexuel	209	99,5	210	100
Transfusion sanguine	144	68,6	81	38,6
Mère/enfant	157	74,8	88	41,9
Seringue souillée	209	99,5	197	93,8
Salive	1	0,5	0	0

Tous les adolescents connaissent au moins une voie de transmission des IST/SIDA (100%).

Les voies de transmission les plus connues étaient : les rapports sexuels 99,5% chez les scolaires contre 100% chez les non scolaires.

Tableau XVII : Répartition des adolescents en fonction du nombre de moyens de transmission cités

Nombre cités	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
1	1	0,5	11	5,3
2	34	16,3	80	38,1
3	49	23,4	71	33,8
4	124	59,4	48	22,9
5	1	0,5	0	0
Total	209	100	210	100

99,5% des scolaires connaissent au moins deux voies de transmissions contre 94,7% chez les non scolaires.

Tableau XVIII : Répartition des adolescents selon les connaissances des moyens de réduction de la transmission des IST/SIDA

Moyens réduction	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Limiter le nombre de partenaire	149	71	118	56,2
S'abstenir des rapports sexuels	141	67,1	114	54,3
Choisir un partenaire non infecté	4	1,9	4	1,9
Utiliser un préservatif	196	93,3	188	89,5
Traiter précocement les IST	82	39	46	21,9

L'utilisation du préservatif était le moyen de réduction de transmission le plus cité 93,3% chez les scolaires contre 89,5% chez les non scolarisés.

Tableau XIX : Répartition des adolescents selon le nombre de moyen de réduction de la transmission des IST/SIDA

Nombre de moyen de réduction	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
1	62	29,5	27	12,9
2	73	34,8	67	31,9
3	42	20	55	26,2
4	29	13,8	59	28,1
5	4	1,9	2	1
Total	210	100	210	100

Tableau XX : Répartition des adolescents selon les principales sources d'informations sur IST/SIDA

Sources informations	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Ecole	199	94,8	22	10,5
Conférence-débat	168	80	33	15,7
Média	195	92,9	191	91
Parents/amis	18	8,9	16	7,6
ONG	25	11,9	27	12,9
Pair éducateur	91	43,3	88	41,9
Publicité-affiche	0	0	5	2,4
Centre de santé	51	24,5	118	56,7

Tableau XXI : Répartition des adolescents sur l'existence du SIDA

Existence du SIDA	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	173	82,4	129	61,4
Non	19	9	52	24,8
Ne sait pas	18	8,6	29	13,8
Total	210	100	210	100

82,4% des scolaires croient au SIDA contre 61,4% chez les non scolarisés.

Tableau XXII : Répartition des adolescents sur les raisons de la non existence du SIDA

Raison de la non existence du SIDA	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Jamais vu	11	52,4	25	43,9
Invention	2	9,5	8	14
Pour décourager	0	0	2	3,5
C'est pas vrai	2	9,5	8	14
Empêcher de courir plusieurs femmes	0	0	2	3,5
Pas de raison	0	0	2	3,5
Pas convaincu	2	9,5	4	7
Autres*	3	14,3	1	1,7

*= traitement traditionnel

Tableau XXIII : Répartition des adolescents selon le fait qu'on peut avoir une IST sans manifester les signes

IST sans signes	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	138	65,7	61	29
Non	52	24,8	108	51,4
Ne sait pas	20	9,5	41	19,5
Total	210	100	210	100

65,7% des scolaires pensent qu'on peut avoir une MST sans manifester les signes contre 29% chez les non scolarisés.

Tableau XXIV : Répartition des adolescents selon le fait qu'une personne qui a une IST ne peut pas avoir le SIDA

Quelqu'un qui a une IST ne peut pas avoir SIDA	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	44	21	48	22,9
Non	132	62,9	114	54,4
Ne sait pas	34	16,2	48	22,9
Total	210	100	210	100

62,9% des adolescents scolarisés pensent qu'une personne qui a IST peut avoir le SIDA contre 54,4% chez les non scolarisés.

Tableau XXV : Répartition des adolescents selon le fait qu'on peut guérir du SIDA si on soigne

On peut guérir SIDA si on soigne tôt	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	28	13,3	70	33,3
Non	177	84,3	126	60
Ne sait pas	5	2,4	14	6,7
Total	210	100	210	100

13,3% seulement pensent qu'on peut guérir du SIDA si on soigne tôt chez les scolarisés contre 33,3% chez les non scolarisés.

Tableau XXVI : Répartition des adolescents selon le fait que plusieurs partenaires sexuels augmentent le risque d'attraper le IST/SIDA

Risque d'attraper IST/SIDA avec plusieurs partenaires sexuels	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	204	97,1	191	93,8
Non	6	2,9	16	5,2
Ne sait pas	0	0	2	1
Total	210	100	210	100

Tableau XXVII : Répartition des adolescents selon le faite que l'utilisation du condom diminue les risques de IST/SIDA

Diminution risque IST/SIDA par condom	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	209	99,5	197	93,8
Non	1	0,5	11	5,2
Ne sait pas	0	0	2	1
Total	210	100	210	100

La plupart des adolescents de notre échantillon savent que l'utilisation du condom diminue les risques d'attraper les IST/SIDA (99,5%) des scolarisés contre 93,8% des non scolarisés.

Tableau XXVIII : Répartition des adolescents selon le faite d'avoir déjà utiliser un préservatif

Utilisation préservatif	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	122	58,1	130	61,9
Non	88	41,9	80	38,1
Total	210	100	210	100

58,1% des scolarisés ont déjà utilisé un préservatif contre 61,5% chez les non scolarisés.

Tableau XXIX : Répartition des adolescents selon la raison de la non utilisation du préservatif.

Raison non utilisation préservatif	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Jamais de rapport	31	35,2	22	27,5
Ne veut pas	2	2,3	3	3,8
Pas de bêtises	1	1,1	1	1,3
Pas besoin	4	4,5	9	11,3
Pas de goût	2	2,3	6	7,5
Fidèle	10	11,4	4	5
Pour les hommes	18	20,5	17	21,3
Pas de raison	4	4,5	6	7,5
Est sous contraceptif	10	11,4	8	10
Pas venu en tête	1	1,1	3	3,8
Ne fréquente pas les filles	1	1,1	1	1,3
Religion	4	4,5	0	0
Total	88	100	80	100

Tableau XXX : Répartition des adolescents selon les raisons pour lesquels un homme doit porter un préservatif

Raison de port d'un préservatif	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Eviter les IST/SIDA	196	93,3	203	96,7
Eviter les grossesses	0	0	0	0
Ne sait pas	0	0	1	0,4
Eviter IST/SIDA et grossesses	14	6,7	6	2,9
Total	210	100	210	100

Tableau XXXI : Répartition des adolescents selon les raisons pour lesquels une femme doit utiliser un moyen de contraception.

Raison utilisation contraceptif	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Eviter les IST/SIDA	16	7,6	16	7,6
Eviter les grossesses	11	5,2	23	11
Ne sait pas	1	0,5	0	0
Eviter IST/SIDA et grossesses	182	86,7	171	81,4
Total	210	100	210	100

86,7% des adolescents scolarisés pensent qu'une femme doit porter un moyen de contraception pour éviter les IST/SIDA et grossesse contre 81,4% chez les non scolarisés.

Tableau XXXII : Répartition des adolescents selon qu'il y ait un partenaire sexuel et qu'il y a discuté de comportement sexuel

Comportement	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Ont un partenaire sexuel	166	79	156	74,3
Sexualité	23	13,9	4	2,6
Méthode de PF	20	12	8	5,1
Utilisation de préservatif	87	52,4	79	50,6

79% des scolarisés ont un partenaire sexuel contre 74,3% chez les non scolarisés.

52,4% des scolarisés n'ont discuté avec leur partenaire que l'utilisation du préservatif contre 50,6% chez les non scolarisés.

Tableau XXXIII : Répartition des adolescents selon le faite qu'ils ont eu un rapport sexuel et les moments de port et de retrait d'un préservatif

Moment port et retrait préservatif	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Ont eu un rapport sexuel	169	80,5	175	83,3
1 ^{er} rapport sexuel utilisation préservatif	16	9,5	16	9,1
Sait quand porter un préservatif	195	92,9	177	84,3
Sait quand enlever un préservatif	191	91	158	75,2

Tableau XXXIV : Répartition des adolescents selon leur attitude face aux rapports sexuels occasionnels et le nombre de partenaires sexuels

Attitudes	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Utilisation préservatif même si opposition	176	83,8	133	63,3
Rapports sexuels occasionnels	134	63,8	153	72,9
Utilisation préservatif au cours	5	3,7	3	2
Plus de 2 partenaires sexuels	125	59,7	140	66,6

Tableau XXXV : Répartition des adolescents selon l'âge du premier rapport sexuel

Age premier rapport	Scolarisés		Non scolarisés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
[10-15[128	75,7	111	63,5
[15-19]	28	16,6	20	11,4
Ne se rappelle pas	13	7,7	44	25,1
Total	169	100	175	100

75,7% des adolescents scolarisés ont eu leur premier rapport sexuel dans l'intervalle [10-15[ans contre 63,5% pour les non scolarisés de la même tranche d'âge.

7,7% des scolarisés ne se rappellent pas de l'âge de leur premier rapport sexuel contre 25,1% pour les non scolarisés.

2- Résultats analytiques

Tableau XXXVI : Connaissance en matière de PF

Sens PF Statut	Espacent naissance	Santé mère	Moins de naissance	Famille heureuse	Autres	Total
Scolarisés	149 (74,5%)	19 (9,5%)	27 (13,5%)	3 (1,5%)	2 (1%)	200
Non scolarisés	120 (64,17%)	32 (17,11%)	34 (18,18%)	0 (0%)	1 (0,53%)	187

Tableau XXXVII : Répartition des adolescents selon le sens donné à la PF en fonction de la tranche d'âge

Sens PF Tranche d'âge		Espacent naissance	Santé mère	Moins de naissance	Famille heureuse	Autres	Total
Scolarisés	[10-15]	20 (60,6%)	5 (15,2%)	5 (15,2%)	2 (6%)	1 (3%)	33 (16,5%)
	[16-19]	129 (77,2%)	14 (8,4%)	22 (13,2%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)	167 (83,5%)
	Total	149 (74,5%)	19 (9,5%)	27 (13,5%)	3 (1,5%)	2 (1%)	200 (100%)
Non scolarisés	[10-15]	16 (51,61%)	8 (25,8%)	6 (19,4%)	0 (0%)	1 (3,2%)	31 (16,6%)
	[16-19]	104 (66,7%)	24 (15,4%)	28 (17,9%)	0 (0%)	0 (0%)	156 (83,4%)
	Total	120 (64,2%)	32 (17,1%)	34 (18,2%)	0 (0%)	1 (0,5%)	187 (100%)

$$\chi^2=5,02$$

$$p=0,08$$

Tableau XXXVIII : Répartition des adolescents selon le sens donné à la PF en fonction du sexe

Sens PF		Espacent naissance	Santé mère	Moins de naissance	Famille heureuse	Autres	Total
Sexe							
Scolarisés	Masculin	77 (72,6%)	9 (8,5%)	18 (17%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	106 (53%)
	Féminin	72 (76,6%)	10 (10,6%)	9 (9,6%)	2 (2,1%)	1 (1%)	94 (47%)
	Total	149 (74,5%)	19 (9,5%)	27 (13,5%)	3 (1,5%)	2 (1%)	200 (100%)
Non scolarisés	Masculin	59 (60,2%)	20 (20,4%)	19 (19,4%)	0 (0%)	0 (0%)	98 (52,4%)
	Féminin	61 (68,5%)	12 (13,5%)	15 (16,8%)	0 (0%)	1 (1,1%)	89 (47,6%)
	Total	120 (64,2%)	32 (17,1%)	34 (18,2%)	0 (0%)	1 (0,5%)	187 (100%)

$$\chi^2=2,38$$

$$p=0,30$$

Tableau XXXIX : Connaissance méthodes contraceptives

Méthodes contraceptives Statut	Pilule	Maman	Spermicide	Injectable	Préservatif	Traditionnel	DIU	Autres
Scolaires	190 (90,48%)	2 (0,95%)	22 (10,48%)	133 (63,33%)	138 (65,71%)	38 (18,10%)	42 (20%)	18 (8,57%)
Non scolaires	151 (72%)	1 (0,48%)	12 (5,71%)	100 (47,62%)	108 (51,43%)	34 (16,20%)	20 (9,52%)	7 (3,33%)

Tableau XL : Répartition des adolescents selon les méthodes contraceptives cités en fonction des tranches d'âge

Méthode PF		Pilule	Maman	Spermicide	Injectable	Préservatif	Traditionnel	DIU	Autres
Tranche d'âge									
Scolarisés	[10-15]	26 (13,7%)	0 (0%)	1 (4,5%)	11 (8,3%)	15 (10,9%)	0 (0%)	1 (2,4%)	0 (0%)
	[16-19]	164 (86,3%)	2 (100%)	21 (95,4%)	122 (91,7%)	123 (89,1%)	38 (100%)	41 (97,6%)	18 (100%)
	Total	190 (100%)	2 (100%)	22 (100%)	133 (100%)	138 (100%)	38 (100%)	42 (100%)	18 (100%)
Non scolarisés	[10-15]	13 (8,6%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (6%)	9 (8,3%)	3 (8,8%)	2 (10%)	1 (14,3%)
	[16-19]	138 (91,4%)	1 (100%)	12 (100%)	94 (94%)	99 (91,7%)	31 (91,2%)	18 (90%)	6 (85,7%)
	Total	151 (100%)	1 (100%)	12 (100%)	100 (100%)	108 (100%)	74 (100%)	20 (100%)	7 (100%)

 $\chi^2=6,82$

p=0,14

Tableau XLI : Répartition des adolescents selon les méthodes contraceptives cités en fonction du sexe

Méthode PF Sexe		Pilule	Maman	Spermicide	Injectable	Préservatif	Traditionnel	DIU	Autres
		Scolarisés	Masculin	102 (53,7%)	2 (100%)	8 (36,4%)	69 (51,9%)	76 (55,1%)	17 (44%)
Féminin	88 (46,3%)		0 (0%)	14 (63,6%)	64 (48,1%)	62 (44,9%)	21 (66%)	28 (66,7%)	14 (77,8%)
Total	190 (100%)		2 (100%)	32 (100%)	133 (100%)	138 (100%)	38 (100%)	42 (100%)	18 (100%)
Non scolarisés	Masculin	76 (50,3%)	1 (100%)	2 (16,7%)	42 (42%)	57 (52,8%)	15 (44,1%)	4 (20%)	1 (14,3%)
	Féminin	75 (49,7%)	0 (0%)	10 (83,3%)	58 (58%)	51 (47,2%)	19 (55,9%)	16 (80%)	6 (85,7%)
	Total	151 (100%)	1(100%))	12 (100%)	100 (100%)	108 (100%)	34 (100%)	20 (100%)	7 (100%)

$$\chi^2=19,79$$

$$p=0,0013$$

Tableau XLII : Répartition des adolescents selon la méthodes contraceptive utilisée en fonction de la tranche d'âge

Méthode PF		Pilule	Spermicide	Injectable	Traditionnel	Préservatifs	DIU	Autres
Tranche d'âge								
Scolarisés	[10-15]	2 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (66,6%)	0 (0%)	6 (5%)
	[16-19]	25 (22,1%)	1 (0,9%)	6 (5,3%)	1 (0,9%)	77 (68,1%)	3 (2,6%)	113 (95%)
	Total	27 (22,6%)	1 (0,8%)	6 (5%)	1 (0,8%)	81 (68,1%)	3 (2,5%)	119 (100%)
Non scolarisés	[10-15]	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (60%)	1 (20%)	5 (4,6%)
	[16-19]	25 (24%)	0 (0%)	7 (6,7%)	0 (0%)	66 (63,4%)	6 (5,8%)	104 (95,4%)
	Total	26 (23,9%)	0 (0%)	7 (6,4%)	0 (0%)	69 (63,3%)	7 (6,4%)	109 (100%)

$\chi^2=0,08$

$p=0,77$

Tableau XLIII : Répartition des adolescents selon la méthodes contraceptive utilisée en fonction du sexe

Méthode PF		Pilule	Spermicide	Injectable	Traditionnel	Préservatif	DIU	Autres
Sexe								
Scolarisés	Masculin	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	63 (100%)	0 (0%)	63 (52,9%)
	Féminin	27 (49,1%)	1 (1,8%)	6 (10,9%)	1 (1,8%)	18 (32,7%)	3 (5,4%)	55 (46,2%)
	Total	27 (22,7%)	1 (0,8%)	6 (5%)	1 (0,8%)	81 (68,1%)	3 (2,5%)	119 (100%)
Non scolarisés	Masculin	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	51 (100%)	0 (0%)	51 (46,8%)
	Féminin	26 (44,8%)	0 (0%)	7 (12,1%)	0 (0%)	18 (31%)	7 (12,1%)	58 (53,2%)
	Total	26 (23,8%)	0 (0%)	7 (6,4%)	0 (0%)	69 (63,3%)	7 (6,4%)	109 (100%)

$$\chi^2=129,77$$

$$p=10^{-7}$$

Tableau XLIV Répartition des adolescents selon les IST citées en fonction du statut.

IST citées Statut	Gonococcie	Syphilis	Trichomonas	SIDA	Écoulement vaginal	Chancre mou
Scolaires	165 (80,42%)	95 (42,24%)	29 (13,81%)	199 (94,76%)	5 (2,38%)	43 (20,48%)
Non scolaires	147 (70%)	58 (27,62%)	13 (6,2%)	193 (92%)	4 (1,9%)	14 (6,66%)

Tableau XLV : Répartition des adolescents selon les MST cités en fonction de la tranche d'âge

IST		Gonococcie	Syphilis	Trichomonas	SIDA	Écoulement vaginal	Chancre mou
Tranche d'âge							
Scolarisés	[10-15]	16 (9,5%)	4 (4,2%)	1 (3,5%)	37 (18,6%)	0 (0%)	1 (2,3%)
	[16-19]	153 (90,5%)	91 (95,8%)	28 (96,8%)	162 (81,4%)	5 (100%)	42 (97,7%)
	Total	169 (100%)	95 (100%)	29 (100%)	199 (100%)	5 (100%)	43 (100%)
Non scolarisés	[10-15]	11 (7,5%)	4 (6,9%)	1 (7,7%)	44 (22,8%)	0 (0%)	0 (0%)
	[16-19]	136 (92,5%)	54 (93,1%)	12 (92,3%)	149 (77,2%)	4 (100%)	14 (100%)
	Total	147 (100%)	58 (100%)	13 (100%)	193 (100%)	4 (100%)	14 (100%)

$$\chi^2=48,29$$

$$p=10^{-8}$$

Tableau XLVI : Répartition des adolescents selon les MST cités en fonction du sexe

IST		Gonococcie	Syphilis	Trichomonas	SIDA	Écoulement vaginal	Chancre mou
Sexe							
Scolarisés	Masculin	96 (56,8%)	63 (66,3%)	0 (0%)	104 (52,3%)	3 (60%)	28 (65,1%)
	Féminin	73 (43,2%)	32 (33,7%)	29 (100%)	95 (47,7%)	2 (40%)	15 (34,4%)
	Total	169 (100%)	95 (100%)	29 (100%)	199 (100%)	5 (100%)	43 (100%)
Non scolarisés	Masculin	88 (59,9%)	42 (72,4%)	0 (0%)	103 (53,4%)	0 (0%)	10 (71,4%)
	Féminin	59 (40,1%)	16 (27,6%)	13 (100%)	90 (46,6%)	4 (100%)	4 (28,6%)
	Total	147 (100%)	58 (100%)	13 (100%)	193 (100%)	4 (100%)	14 (100%)

$$\chi^2=64,89$$

$$p=10^{-8}$$

Tableau XLVII: Répartition des adolescents selon les voies de transmissions des IST/SIDA en fonction du statut.

Voies de transmission Statut	Rapport sexuel	Transfusion sanguine	Mère/Enfant	Seringues souillées	Salives
Scolaires	209 (99,52%)	144 (68,57%)	157 (74,76%)	209 (99,52%)	1 (0,48%)
Non scolaires	210 (100%)	81 (38,57%)	88 (41,9%)	197 (93,80%)	0 (0%)

Tableau XLVIII : Répartition des adolescents selon les voies de transmission des MST/SIDA en fonction de l'âge

Voies de transmission Tranche d'âge		Rapport sexuel	Transfusion sanguine	Mère/enfant	Seringue souillées	Salive
Scolarisés	[10-15]	40 (19,1%)	10 (6,9%)	21 (13,38%)	39 (18,66%)	0
	[16-19]	169 (80,9%)	134 (93%)	136 (86,62%)	170 (81,34%)	1 (100%)
	Total	209 (100%)	144	157	209	1
Non scolarisés	[10-15]	46 (21,9%)	5 (6,17%)	6 (6,82%)	38 (19,29%)	0
	[16-19]	164 (78,1%)	76 (53,83%)	82 (93,18%)	159 (80,71%)	0
	Total	210 (100%)	81	88	197	0

$\chi^2=28,36$

$p=0,000003$

Tableau XLIX: Répartition des adolescents selon le faite qu'on peut avoir un IST/SIDA sans manifester les signes selon l'âge

IST/SIDA sans signes		Oui	Non	NSP	Total
Tranche d'âge					
Scolarisés	[10-15]	13 (32,5%)	13 (32,5%)	14 (35%)	40 (19,05%)
	[16-19]	125 (73,53%)	39 (22,94%)	6 (3,53%)	170 (80,95%)
	Total	138 (65,71%)	52 (24,76%)	20 (5,52%)	210 (100%)
Non scolarisés	[10-15]	8 (17,39%)	23 (50%)	15 (32,60%)	46 (21,90%)
	[16-19]	53 (32,31%)	85 (51,83%)	26 (15,85%)	164 (78,1%)
	Total	61 (29,05%)	108 (51,43%)	41 (19,52%)	210 (100%)

$\chi^2=39,88$

$p=10^{-8}$

Tableau L: Répartition des adolescents selon le faite qu'on peut avoir un IST/SIDA sans manifester les signes selon le sexe

IST/SIDA sans signes		Oui	Non	NSP	Total
Sexe					
Scolarisés	Masculin	76 (67,86%)	27 (21,10%)	9 (8,04%)	112 (53,3%)
	Féminin	62 (63,27%)	25 (25,51%)	11 (11,22%)	58 (46,66%)
	Total	138 (65,71%)	52 (24,76%)	20 (5,52%)	210 (100%)
Non scolarisés	Masculin	34 (30,63%)	52 (48,85%)	25 (22,52%)	111 (52,85%)
	Féminin	27 (27,27%)	56 (56,56%)	16 (16,16%)	99 (47,14%)
	Total	61 (29,05%)	108 (51,43%)	41 (19,52%)	210 (100%)

$\chi^2=1,24$

$p=0,26$

Tableau LI : Répartition des adolescents selon le faite qu'une personne qui a IST ne peut pas avoir SIDA en fonction de l'âge

Tranche d'âge		IST sans SIDA			Total
		Oui	Non	NSP	
Scolarisés	[10-15]	9 (22,5%)	16 (40%)	15 (37,5%)	40 (19,05%)
	[16-19]	35 (20,59%)	116 (68,24%)	19 (11,18%)	170 (80,95%)
	Total	44 (20,55%)	132 (62,85%)	34 (16,20%)	210 (100%)
Non scolarisés	[10-15]	13 (28,26%)	15 (32,61%)	18 (39,13%)	46 (21,90%)
	[16-19]	35 (21,34%)	99 (60,36%)	30 (18,29%)	164 (78,10%)
	Total	48 (22,86%)	114 (54,29%)	48 (22,86%)	210 (100%)

 $\chi^2=6,48$
 $p=0,01$

Tableau LII : Répartition des adolescents selon le faite qu'une personne qui a un IST peut avoir SIDA en fonction du sexe

Sexe		IST sans SIDA			Total
		Oui	Non	NSP	
Scolarisés	Masculin	27 (24,11%)	71 (63,39%)	14 (12,5%)	112 (53,3%)
	Féminin	17 (17,35%)	61 (62,24%)	20 (20,41%)	98 (46,5%)
	Total	44 (20,95%)	132 (62,86%)	34 (16,2%)	210 (100%)
Non scolarisés	Masculin	23 (20,72%)	66 (59,46%)	22 (18,82%)	111 (52,86%)
	Féminin	25 (25,25%)	48 (48,48%)	26 (26,26%)	99 (47,14%)
	Total	48 (22,86%)	144 (54,29%)	48 (22,85%)	210 (100%)

 $\chi^2=0,05$
 $p=0,82$

Tableau LIII : Répartition des adolescents selon le faite qu'on peut guérir du SIDA si on soigne tôt en fonction de l'âge

Tranche d'âge		Guérison SIDA			Total
		Oui	Non	NSP	
Scolarisés	[10-15]	10 (25%)	25 (62,5%)	5 (12,5%)	40 (19,05%)
	[16-19]	18 (10,59%)	152 (89,41%)	0 (0%)	170 (80,95%)
	Total	28 (13,33%)	177 (84,28%)	5 (2,38%)	210 (100%)
Non scolarisés	[10-15]	21 (46,65%)	18 (39,13%)	7 (15,22%)	46 (21,9%)
	[16-19]	49 (29,88%)	108 (65,85%)	7 (42,7%)	164 (78,1%)
	Total	70 (33,33%)	126 (60%)	14 (6,66)	210 (100%)

 $\chi^2=14,97$
 $p=0,0001$

Tableau LIV : Répartition des adolescents selon le faite qu'on peut guérir du SIDA si on soigne tôt en fonction du sexe

Tranche d'âge \ Guérison SIDA		Oui	Non	NSP	Total
		Scolarisés	Masculin	14 (12,5%)	96 (85,71%)
	Féminin	14 (14,25%)	81 (85,71%)	3 (3,06%)	98 (46,66%)
	Total	28 (13,3%)	177 (82,65%)	5 (2,38%)	210 (100%)
Non scolarisés	Masculin	39 (35,13%)	67 (60,36%)	5 (4,5%)	111 (52,86%)
	Féminin	31 (31,31%)	59 (59,59%)	9 (9,9%)	99 (47,14%)
	Total	70 (33,33%)	126 (60%)	14 (6,65%)	210 (100%)

$\chi^2=2,11$

$p=0,34$

Tableau LV : Répartition des adolescents selon le faite qu'on peut guérir du SIDA si on soigne tôt en fonction du statut

Statut \ Guérison SIDA	Oui	Non	NSP	Total
	Scolaires	28 (13,33%)	177 (84,28%)	5 (2,38%)
Non scolaires	70 (33,33%)	126 (60%)	14 (6,67%)	210 (100%)

Tableau LVI : Répartition des adolescents selon le fait que plusieurs partenaires sexuels augmente le risque d'attraper une IST/SIDA en fonction de l'âge

Tranche d'âge \ Risque IST/SIDA		Oui	Non	NSP	Total
		Scolarisés	[10-15]	38 (95%)	2 (5%)
	[16-19]	166 (97,65%)	4 (2,35%)	0	170 (80,95%)
	Total	204 (97,14%)	6 (2,85%)	0	210 (100%)
Non scolarisés	[10-15]	40 (87%)	5 (10,86%)	1 (2,17%)	46 (21,90%)
	[16-19]	151 (92,07%)	11 (6,71%)	2 (1,22%)	164 (78,1%)
	Total	191 (91%)	16 (7,62%)	3 (1,43%)	210 (100%)

$\chi^2=1,87$

$p=0,17$

Tableau LVII : Répartition des adolescents selon le faite que plusieurs partenaires sexuels augmentent le risque d'attraper une IST/SIDA en fonction du sexe

Sexe		Risque IST/SIDA		NSP	Total
		Oui	Non		
Scolarisés	Masculin	107 (95,53%)	5 (4,46%)	0	112 (52,33%)
	Féminin	97 (98,9%)	1 (1,02%)	0	98 (46,66%)
	Total	204 (97,14%)	6 (2,86%)	0	210 (100%)
Non scolarisés	Masculin	100 (90,1%)	9 (8,1%)	2 (1,8%)	111 (52,86%)
	Féminin	91 (91,91%)	7 (7,7%)	1 (1,01)	99 (47,14%)
	Total	191 (91%)	16 (7,62%)	3 (1,43%)	210 (100%)

$\chi^2=1,06$

$p=0,30$

Tableau LVIII : Répartition des adolescents selon le faite que l'utilisation du condom diminue les risques d'attraper une IST/SIDA en fonction de l'âge

Tranche d'âge		Utilisation condom		NSP	Total
		Oui	Non		
Scolarisés	[10-15]	40 (100%)	0	0	40 (19,05%)
	[16-19]	169 (99,4%)	1 (0,58%)	0	170 (80,95%)
	Total	209 (99,52%)	1 (0,48%)	0	210 (100%)
Non scolarisés	[10-15]	39 (84,8%)	5 (10,87%)	2 (4,34%)	46 (21,9%)
	[16-19]	158 (96,34%)	6 (3,66%)	0	164 (78,1%)
	Total	197 (93,81%)	11 (5,24%)	2 (0,95%)	210 (100%)

$\chi^2=3,58$

$p=0,05$

Tableau LIX : Répartition des adolescents selon le faite que l'utilisation du condom diminue le risque d'attraper une IST/SIDA en fonction du sexe

Utilisation condom		Oui	Non	NSP	Total
Scolarisés	Masculin	112 (100%)	0	0	112 (53,33%)
	Féminin	97 (98,98%)	1 (1,05%)	0	98 (46,66%)
	Total	209 (99,52%)	1 (0,48%)	0	210 (100%)
Non scolarisés	Masculin	107 (96,39%)	4 (3,60%)	0	111 (52,86%)
	Féminin	90 (90,90%)	7 (7,7%)	2 (2,2%)	99 (47,14%)
	Total	197 (93,81%)	11 (5,24%)	2 (0,95%)	210 (100%)

$\chi^2=0,15$

$p=1,99$

Tableau LX : Répartition des adolescents selon le faite qu'ils aient un partenaire sexuel selon le statut

Partenaire sexuel	Oui	Non	NSP	Total
Scolaires	166 (79,04%)	44 (20,95%)	0 (0%)	210 (100%)
Non scolaires	156 (74,3%)	53 (25,24%)	1 (0,47%)	210 (100%)

Tableau LXI1 : Répartition des adolescents selon qu'ils aient un partenaire sexuel selon l'âge

Existence partenaire		Oui	Non	PDR	Total
Scolarisés	[10-15]	14 (35%)	26 (65%)	0	40 (19,05%)
	[16-19]	152 (89,4%)	18 (10,58%)	0	170 (80,95%)
	Total	166 (79,04%)	44 (20,95%)	0	210 (100%)
Non scolarisés	[10-15]	14 (30,43%)	32 (69,56%)	0	46 (21,9%)
	[16-19]	142 (86,58%)	21 (12,80%)	1 (0,61%)	164 (78,1%)
	Total	156 (74,28%)	53 (25,24%)	1 (0,48%)	210 (100%)

$\chi^2=129,77$

$p=10^{-7}$

Tableau LXII : Répartition des adolescents selon qu'ils aient un partenaire sexuel selon le sexe

Existence partenaire Tranche d'âge		Oui	Non	PDR	Total
		Scolarisés	Masculin	92 (82,14%)	20 (17,86%)
	Féminin	74 (75,51%)	24 (24,49%)	0	98 (46,67%)
	Total	166 (79,05%)	44 (20,95%)	0	210 (100%)
Non	Masculin	78 (70,27%)	33 (29,73%)	0	111 (52,85%)
scolarisés	Féminin	78 (78,78%)	20 (20,2%)	1 (1,01%)	99 (47,14%)
	Total	156 (74,28%)	53 (25,24%)	1 (0,48%)	210 (100%)

$\chi^2=0,10$

$p=0,74$

Tableau LXIII : Répartition des adolescents selon le faite qu'ils aient un partenaire sexuel selon la résidence

Existence partenaire Résidence		Oui	Non	PDR	Total
		Scolarisés	Sikasso	124 (76,54%)	32 (23,46%)
	Hors Sikasso	42 (87,5%)	6 (12,5%)	0	48 (22,86%)
	Total	166 (79,05%)	44 (20,95%)	0	210 (100%)
Non	Sikasso	108 (78,83%)	28 (20,43%)	1 (0,73%)	137 (65,24%)
scolarisés	Hors Sikasso	48 (65,75%)	25 (34,25%)	0	73 (34,76%)
	Total	156 (74,28%)	53 (25,24%)	1 (0,48%)	210 (100%)

$\chi^2=1,36$

$p=0,24$

Tableau LXIV: Répartition des adolescents selon le faite qu'ils aient eu des rapports sexuels en fonction de l'âge

Rapport sexuel		Oui	Non	PDR	Total
Tranche d'âge					
Scolarisés	[10-15]	15 (37,5%)	25 (52,5%)	0	40 (19,05%)
	[16-19]	154 (90,59%)	16 (9,41%)	0	170 (80,95%)
	Total	169 (80,48%)	41 (19,52%)	0	210 (100%)
Non scolarisés	[10-15]	21 (45,65%)	25 (54,34%)	0	46 (21,9%)
	[16-19]	154 (73,9%)	9 (5,48%)	1 (0,61%)	164 (78,1%)
	Total	175 (83,33%)	34 (16,19%)	1 (0,47%)	210 (100%)

$\chi^2=129,77$

$p=10^{-7}$

Tableau LXV : Répartition des adolescents selon le faite qu'ils aient déjà des rapports sexuels en fonction du sexe

Rapport sexuel		Oui	Non	NSP	Total
Sexe					
Scolarisés	Masculin	95 (84,82%)	17 (15,18%)	0	112 (53,33%)
	Féminin	74 (75,51%)	24 (24,49%)	0	98 (46,66%)
	Total	169 (80,48%)	41 (19,52%)	0	210 (100%)
Non scolarisés	Masculin	97 (87,38%)	14 (12,61%)	0	111 (52,86%)
	Féminin	78 (78,7%)	20 (20,2%)	1 (1,1%)	99 (47,14%)
	Total	175 (83,33%)	34 (16,19%)	1 (0,47%)	210 (100%)

$\chi^2=5,19$

$p=0,02$

Tableau LXVI : Répartition des adolescents selon qu'ils aient déjà des rapports sexuels en fonction de la résidence

Rapport sexuel		Oui	Non	PDR	Total
Résidence					
Scolarisés	Sikasso	126 (77,77%)	36 (22,22%)	0	162 (77,14)
	Hors Sikasso	43 (89,58%)	5 (10,41%)	0	48 (22,86%)
	Total	169 (80,47%)	41 (19,52%)	0	210 (100%)
Non scolarisés	Sikasso	113 (82,48%)	23 (16,78%)	1 (0,73%)	137 (65,24%)
	Hors Sikasso	62 (84,93%)	11 (15,07%)	0	73 (34,76%)
	Total	175 (83,33%)	34 (16,19%)	1 (0,47%)	210 (100%)

Tableau LXVII: Répartition des adolescents selon le faite qu'ils aient des rapports sexuels occasionnels en fonction de l'âge

Rapport sexuel occasionnel		Oui	Non	PDR	Total
Tranche d'âge					
Scolarisés	[10-15]	5 (12,5%)	35 (87,50%)	0	40 (19,05%)
	[16-19]	129 (75,88%)	41 (24,12%)	0	170 (80,95%)
	Total	134 (63,81%)	76 (36,19%)	0	210 (100%)
Non scolarisés	[10-15]	16 (34,78%)	30 (65,22%)	0	46 (21,9%)
	[16-19]	137 (83,53%)	25 (15,24%)	2 (1,22%)	164 (78,1%)
	Total	153 (72,86%)	55 (26,19%)	2 (0,95%)	210 (100%)

$$\chi^2=129,77$$

$$p=10^{-7}$$

Tableau LXVIII: Répartition des adolescents selon le faite qu'ils aient eu des rapports sexuels occasionnels selon le sexe

Rapport sexuel occasionnel		Oui	Non	NSP	Total
Tranche d'âge					
Scolarisés	Masculin	78 (69,64%)	34 (30,36%)	0	112 (53,33%)
	Féminin	56 (57,14%)	42 (42,86%)	0	98 (46,67%)
	Total	134 (63,80%)	76 (36,19%)	0	210 (100%)
Non scolarisés	Masculin	88 (79,28%)	22 (19,82%)	1 (0,90%)	111 (52,85%)
	Féminin	65 (65,65%)	33 (33,33%)	1 (1,01%)	99 (47,14%)
	Total	153 (72,86%)	55 (26,9%)	2 (0,95%)	210 (100%)

$\chi^2=8,23$

p=0,004

Tableau LXIX : Répartition des adolescents selon le nombre de partenaires sexuels en fonction de l'âge

Nombre partenaire		Pas de partenaire	Un seul partenaire	Deux et plus	Total
Tranche d'âge					
Scolarisés	[10-15]	26 (65%)	9 (22,5%)	5 (12,5%)	40 (19%)
	[16-19]	14 (8,23%)	21 (18,35%)	135 (79,41%)	170 (80,95%)
	Total	40 (19,05%)	30 (14,29%)	140 (66,6%)	210 (100%)
Non scolarisés	[10-15]	25 (54,35%)	4 (8,7%)	17 (36,95%)	46 (21,90%)
	[16-19]	9 (5,49%)	18 (10,97%)	137 (83,53%)	164 (78,1%)
	Total	34 (16,19%)	22 (10,47%)	154 (73,3%)	210 (100%)

Tableau LXX : Répartition des adolescents selon le nombre de partenaires sexuels en fonction du sexe

Nombre partenaire		Pas de partenaire	Un seul partenaire	Deux et plus	Total
Sexe					
Scolarisés	Masculin	17 (15,17%)	11 (9,82%)	84 (75%)	112 (53,33%)
	Féminin	23 (23,47%)	19 (19,38%)	56 (57,14%)	98 (46,66%)
	Total	40 (19,04%)	30 (14,28%)	140 (66,6%)	210 (100%)
Non scolarisés	Masculin	14 (12,61%)	10 (9,01%)	87 (78,37%)	111 (52,85%)
	Féminin	20 (20,20%)	12 (12,12%)	67 (67,67%)	99 (47,14%)
	Total	34 (16,19%)	22 (10,47%)	154 (73,3%)	210 (100%)

Tableau LXXI : Répartition des adolescents selon le nombre de partenaires sexuels en fonction de la résidence

Nombre partenaire		Pas de	Un seul	Deux et plus	Total
Résidence		partenaire	partenaire		
Scolarisés	Sikasso	35 (21,6%)	27 (16,7%)	100 (61,73%)	162 (77,4%)
	Hors Sikasso	5 (10,41%)	3 (6,2%)	40 (83,3%)	48 (22,85%)
	Total	40 (19,04%)	30 (14,28%)	140 (66,6%)	210 (100%)
Non scolarisés	Sikasso	23 (16,79%)	18 (13,14%)	95 (69,34%)	137 (65,23%)
	Hors Sikasso	11 (15,07%)	4 (5,48%)	58 (79,45%)	73 (34,76%)
	Total	34 (16,19%)	22 (10,47%)	154 (73,3%)	210 (100%)

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Sur la méthodologie

L'objectif de notre étude était de faire une étude comparative des connaissances en matières de PF et IST/SIDA et leur comportement sexuel de tous les adolescents scolarisés et non scolarisés de la région de Sikasso, se situant dans la tranche d'âge 10-19 ans selon l'OMS. Mais compte tenu de plusieurs facteurs entre autres la limitation de nos moyens matériels et financiers, nous avons choisi un échantillon représentatif de tous les âges cibles de notre population d'étude dans la commune de Sikasso.

L'échantillonnage s'est effectué selon la méthode de l'OMS préconisé dans l'évaluation de la couverture vaccinale et de ce faite après le recensement de tous les quartiers de la commune nous avons procédé à un système de grappes et chaque grappe contient 7 adolescents soit un total de 60 grappes dont 30 pour les scolarisés et 30 pour les non scolarisés.

Le choix de Sikasso est surtout dû au faite de la prévalence élevée de cette ville en matière de VIH/SIDA et surtout de sa situation géographique, ville frontalière avec des pays à forte prévalence à VIH (Côte d'Ivoire, Burkina-Faso).

A noter que l'étude devrait se dérouler de février à juin 2001, mais compte tenu de la décharge de ceux qui devraient nous appuyer dans la réalisation de ce travail, l'étude n'a pu commencer effectivement qu'en fin mars 2001.

Sur le terrain la difficulté majeure rencontrée était la perception qui se faisait, les non scolarisés des questions se rapportant sur la sexualité, et pour les scolarisés nous étions obligé de traduire certains question en bambara pour une meilleure compréhension.

2- Profil des enquêtés

Sur les 420 adolescents de notre population d'étude 210 étaient des scolarisés et 210 des non scolarisé conformément à nos objectifs. Sur les 210 de part et d'autre 80,9%

des scolarisés étaient de la tranche d'âge 16-19 ans contre 78% chez les non scolarisés.

53,8% des scolaires étaient des garçons contre 52,9% chez les non scolaires, ce qui s'explique par le fait que nous n'avons pas établi d'équité entre le genre garçon/fille.

Chez les scolaires 44,8% fréquentaient une école fondamentale, cela est dû au fait qu'au Mali l'âge de recrutement se situe à 7 ans.

Chez les non scolaires 53,8% étaient représentés par des ouvriers.

77,1% des adolescents scolarisés résidaient à Sikasso contre 65,2% chez les non scolarisés, cela s'explique par le fait que Sikasso étant la capitale régionale abrite en plus des écoles professionnelles et représente un centre d'intérêt pour les non scolaires venant des villages.

Chez les scolaires 30% étaient représentés par des sénoufo, 19,5% des bambara et 12,9% des peulh contre 38,1% de sénoufo, 17,6% de bambara, 18,6% des autres chez les non scolaires.

39% des pères des scolaires étaient des fonctionnaires, 20% des cultivateurs, 22,4% des commerçants, 18,6% des ouvriers.

La majorité des pères sont analphabètes soit 54,3% chez les scolaires contre 83,3% chez les non scolaires.

Quant aux mères 67,1% étaient des ménagères chez les scolaires contre 76,7% chez les non scolaires.

38,1% des scolaires habitaient des maisons en sémi-dure contre 42,4% chez les non scolaires.

Les moyens de locomotion les plus utilisés ont été : la moto, la bicyclette, la voiture, la charrette et cela dans les deux cas.

Dans les deux cas presque la majorité des parents de nos adolescents possède au moins une radio.

3- Connaissance en matière de PF

3-1- Sens donné au PF

Dans les deux cas la très grande majorité des adolescents ont entendu parler de PF avec 99% chez les scolaires contre 92,9% chez les non scolaires. Le fait d'être scolaire a une influence sur le sens donné à la PF ($p=0,019$). Ces résultats sont comparables à ceux menés en Haïti en 1994 où 98% des enquêtés de 16-19 ans ont déjà entendu parler de PF, quant à son sens 71,6% des scolaires l'assimilent à l'espacement des naissances contre 61,5% chez les non scolaires ensuite la santé de la mère 13% contre 16,4%. Moins de dépenses 9,1% contre 16,4%. Nos résultats sont comparables à ceux de Lys H L et col [47] qui dans leur étude réalisée à la FMPOS en 1997 trouvaient 93% pour l'espacement des naissances, 32% pour la santé de la mère.

Au cours de notre étude 60,6% des scolaires de la tranche d'âge (10-15 ans) assimilent le PF à l'espacement des naissances contre 77,24% pour la tranche d'âge (16-19 ans). L'âge n'a pas d'influence sur le sens de la PF ($p=0,30$).

Chez les garçons 72,64% des scolaires l'assimilent à l'espacement des naissances contre 60,2% chez les non scolaires.

Chez les filles 76,60% des scolaires contre 68,54% chez les non scolaires ($p=0,08$). Par rapport au sens, le sexe n'a pas une influence sur le sens.

3-2- Méthodes de contraception citées

92,2% des scolaires connaissent au moins une méthode contraceptive contre 79,5% chez les non scolaires. Les méthodes contraceptives les plus citées sont : la pilule 99% contre 97,4%, le préservatif 71,9% contre 79,7%, l'injectable 69% contre 64,5% chez les non scolaires. La scolarisation n'a pas d'impact sur la méthode contraceptive citée ($p=0,57$). Cette relative connaissance de la pilule et du préservatif a été retrouvée dans d'autres études : Lys M et al [47] en 1995, Cherenfant M et al en 1996 [] en Haïti 46,3% des filles scolarisées ont cité la pilule contre 49,67% chez les non scolarisés. Ces résultats sont similaires à ceux de Kane [44] à Banjul dans son étude, la méthode contraceptive la plus citée était la pilule 95%. Seul le sexe a une influence sur la méthode contraceptive citée ($p=0,0013$).

3-3- Utilisation des méthodes contraceptives

Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives est moyen dans notre échantillon. Cet taux est de 52,2% chez les scolaires contre 55,9% chez les non scolaires. La scolarisation n'a pas d'impact sur l'utilisation de méthode contraceptive. Ces taux sont également retrouvés dans d'autres études. Ainsi Lys et al [47] ont trouvé que 50% des étudiants utilisaient une méthode contraceptive.

D'autres études ont trouvé des taux faibles comme celle de l'enquête démographique et de santé menée au Nigeria en 1999 (16%).

Les méthodes contraceptives les plus utilisées sont chez les scolaires le préservatif 68,1%, la pilule 22,7%, chez les non scolaires le préservatif 63,3%, la pilule 23,9%. Les filles utilisaient plus de méthode contraceptives que les garçons, le sexe a une influence sur la méthode contraceptive utilisée ($p < 0,05$). Ces résultats sont supérieurs à ceux de l'EDSN [27] qui trouvait 17% pour la pilule, 8% pour le préservatif.

Au Nigeria en 1997, Amazigo [3] trouvait dans son étude que 15% des lycéennes utilisent le préservatif et 1% la pilule.

3-4- Sources d'information du PF

Au cours de notre étude les principales sources d'information citées sont :

- chez les scolaires : la télévision 80,3%, la radio 65,9%, les centres de santé/hôpitaux 27,4%,
- chez les non scolaires : la télévision 74,4%, la radio 52,8%, les centres de santé/hôpitaux 21,5%.

Ailleurs d'autres études effectuées ont trouvé des résultats similaires, c'est le cas de l'étude de Lys et al [47] avec 71,8% pour les médias et celle de Manhart L et al [14] au Burkina-Faso, Mali, Niger qui ont trouvé les mêmes résultats.

3-5- Connaissances des services de prestation du PF

73,3% des scolaires savent qu'il existe des services de prestation de PF contre 59% pour les non scolaires mais 17,5% seulement des scolaires ont fréquenté ces services contre 21,8% pour les non scolaires.

Les raisons les plus évoquées pour la non fréquentation de ces services étaient pour les scolaires : pas besoin 39,5%, destiné aux femmes 14%, accueil 13,2%. Par contre pour les non scolaires : pas besoin 38%, accueil 12%, destiné aux femmes 10%.

3-6- Pratique du PF

87,1% des scolaires ne pratiquent pas le PF contre 90,5% des non scolaires. Les raisons évoquées pour la non pratique étaient chez les scolaires : célibataires 28,6%, effets secondaires 15,4%, pour femme 13,2%. Pour les non scolaires : célibataires 29,5%, pour femme 14,7%, effet secondaires 10,9%.

4- Connaissances IST/SIDA

4-1- IST citées

Dans notre étude tous les adolescents ont entendu parlé d'IST (100%). Des résultats similaires trouvés par Kane et al [44] ont montré que 87% des hommes célibataires de 14-24 ans ont déjà entendu parler d'IST.

Les IST les plus connues étaient le SIDA avec 94,8% chez les scolarisés contre 91,9% pour les non scolarisés, la gonococcie 80,5%, contre 70%, la syphilis 45,2% contre 27,6%. La scolarisation a un impact sur les IST cités ($p=0,0016$).

Djiré et al [20] ont trouvé les mêmes résultats avec respectivement comme IST citées : le SIDA, la gonococcie, la syphilis.

Quant à Lys et al [47] ils ont respectivement 96% pour le SIDA, 95% pour la gonococcie, la syphilis 88%.

Dans l'étude de Kaseule et al [45] 80% pouvait citer une IST.

Dans l'étude de Cayemittes et al [13] 98% des enquêtés ont déjà entendu parler de SIDA.

Au cours de l'EDSM II 1995-1996 [27] 96% des hommes de 15-59 ans avaient déjà entendu parler de SIDA. Le statut, le sexe, l'âge ont une influence sur les IST citées ($p < 0,05$; $p < 0,05$; $p < 0,05$).

4-2- Connaissance des voies de transmission

La totalité des adolescents de notre échantillon connaissent au moins une voie de transmission. Les voies de transmission les plus citées ont : le rapport sexuel 95,5% chez les scolarisés contre 100% chez les non scolarisés, les seringues souillées 99,5% contre 93,8%, mère/enfant 74,8% contre 41,9%. La scolarisation a une influence sur la connaissance des voies de transmission ($p = < 0,05$).

Cayemittes et al [13] dans une étude effectuée en Haïti en 1994 ont eu respectivement 89% pour le rapport sexuel, 75% mère/enfant, transfusion sanguine 20%. Le sexe, l'âge ont une influence sur la connaissance des voies de transmission ($p < 0,05$; $p < 0,05$).

4-3- Moyens cités pour prévenir le SIDA par voie sexuelle :

Comme moyens de prévention du SIDA par voie sexuelle les moyens les plus cités ont été : utilisation du préservatif avec 93,3% chez les scolarisés contre 89,5% pour les non scolarisés, la réduction du nombre de partenaires 71% contre 56,2%, l'abstinence 67,1% contre 54,3%.

Des résultats similaires ont été trouvés par Lys et al [47] avec 89% pour le préservatif, l'abstinence 54% et la réduction du nombre de partenaire 35%.

4-4- Sources d'information IST/SIDA

Chez les scolarisés les sources les plus citées ont été : 94,8% pour l'école, 92,9% pour les médias, les conférences débats 80%.

Chez les non scolarisés 91% pour les médias, les centres de santé/hôpitaux 56,7%, les pairs éducateurs 41,9%.

4-5- Connaissance relative par rapport aux IST/SIDA

82,4% des scolaires croient à l'existence du SIDA contre 61,4% pour les non scolaires.

Les raisons les plus avancées pour la non croyance ont été : jamais vu 52,4% contre 43,9% ; se traite traditionnellement 9,5% contre 14%.

65,7% des scolaires pensent qu'on peut avoir une IST sans manifester les signes contre 54,4% pour les non scolaires.

84,3% des scolaires savent qu'on peut pas guérir de SIDA même si on soigne tôt contre 60% pour les non scolaires.

97,1% des scolaires savent que le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels augmentent les risques d'attraper une IST/SIDA contre 93,8% pour les non scolaires. La scolarisation a un impact sur les connaissances relatives des IST/SIDA ($p < 0,05$).

Amazigo et al [3] dans leur étude ont trouvé que 50-60% de leurs enquêtés étaient du fait que la multiplicité des partenaires sexuels pourraient être source d'IST/SIDA.

4-6- Connaissance relative des méthodes contraceptives

99,5% des scolaires savent que l'utilisation du préservatif diminue les risques d'IST/SIDA contre 93,8% chez les non scolaires.

Lys et al [47] dans leur étude trouvaient que 12% utilisent le préservatif pour se protéger des IST/SIDA, 84% pour éviter les grossesses et IST/SIDA à la fois.

52,1% des scolaires ont déjà utilisé le préservatif, contre 61,9% chez les non scolaires, 93,3% des scolaires pensent qu'un homme doit porter un préservatif pour éviter les IST/SIDA contre 96,7% pour les non scolaires.

Pour les femmes 86,7% des scolaires pensent que c'est pour éviter les IST/SIDA et la grossesse à la fois contre 81,4% pour les non scolaires.

Dans l'étude de Cissé [17] 54% utilisent le préservatif par peur d'IST, 40% lors des changements de comportement.

5- Comportement sexuel

Au cours de notre étude 79% des scolaires ont présentement un partenaire sexuel contre 74,3% chez les non scolaires. Seul 13,9% des scolaires ont parlé avec leur partenaire de sexualité contre 2,6% chez les non scolaires, 12% des scolaires de méthode de PF contre 5,1%, 52,4% des scolaires de l'utilisation du préservatif contre 50,6% chez les non scolaires.

89,4% des scolaires de la tranche d'âge 16-19 ans ont un partenaire sexuel contre 86,58% des non scolaires pour la même tranche d'âge. L'âge a un impact sur le fait d'avoir un partenaire sexuel ($p < 0,05$).

En dehors de l'utilisation de préservatif ces résultats sont inférieurs à ceux de Cissé [17] qui trouvaient respectivement 66% pour la sexualité, 56% de méthode PF, 51% de l'utilisation du préservatif.

80,5% des scolaires ont eu des relations sexuelles, contre 83,3% pour les non scolaires. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Kamtchouing et al [43] qui ont trouvé que 52% des élèves affirment avoir eu des relations sexuelles.

Seulement 9,5% des scolaires ont utilisé au cours de leur premier rapport sexuel un préservatif contre 9,1% pour les non scolaires.

92,9% des scolaires savent quand porter un préservatif et 91% savent quand l'enlever contre 84,3% chez les non scolaires.

Aloys [2] dans son étude trouvait que 25,2% ont eu des rapports sexuels à un âge inférieur ou égal à 15 ans. Seul l'âge a une influence sur le fait d'avoir des rapports sexuels ($p < 0,05$).

En 1993 Jenkins [42] dans son étude trouvait que l'âge du 1^{er} rapport était de 11 ans. Nos résultats sont loin de ceux de Ellen Weiss et al [28] qui ont trouvé que 58% ont eu des rapports sexuels avant leur première règle.

83,8% des scolaires affirment qu'ils utiliseront un préservatif même si leur partenaire s'y oppose contre 63,3% pour les non scolaires.

72,9% des scolaires ont eu des rapports sexuels occasionnels contre 63,8% pour les non scolaires mais seulement 3,7% des scolaires avaient utilisé un préservatif au cours de ce rapport sexuel occasionnel contre 2% pour les non scolaires.

En nous référant à la définition du comportement à risque selon l'OMS : 59,7% des adolescents avaient plus de 2 partenaires sexuels donc un comportement à risque contre 66,6% pour les non scolaires.

Ces résultats sont similaires à ceux de Sacko [54] trouve 54,4% de comportement à risque.

Les garçons scolaires avaient plus de comportement à risque 73% que les filles scolarisées 57,2%.

Chez les scolaires 77,8% de ceux qui résident à Sikasso avaient eu des rapports sexuels contre 82,5% chez les non scolaires.

VI- CONCLUSION RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

Au terme de notre étude les constats suivants ont été dégagés. Que ce soit chez les scolarisés ou les non scolarisés, ils ont une connaissance assez approfondie sur le PF. Ils l'assimilent dans leur grande majorité à l'espacement des naissances (71,6% contre 61,5% pour les non scolaires) et la scolarisation aussi a son importance quand au sens du PF car les scolarisés connaissent mieux que les non scolarisés ($p < 0,05$).

Les adolescents dans leur très grande majorité connaissent au moins une méthode contraceptive. Les méthodes contraceptives les plus connues sont : la pilule 99% contre 97,4% ; le préservatif 71,9% contre 69,7% ; l'injectable 69% contre 64,5%. Les filles connaissent plus de méthodes contraceptives que les garçons ($p < 0,05$).

Le fait d'être scolarisé n'a pas une grande influence sur la méthode citée ($p = 0,57$).

Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives était moyen 52,2% contre 55,9%. Les méthodes contraceptives les plus utilisées sont : le préservatif 68,1% contre 63,3%, la pilule 22,7% contre 23,9%. Seul le sexe a une influence sur la méthode contraceptive utilisée ($p < 0,05$).

En matière de PF les sources d'information les plus citées : les médias, les centres de santé/hôpitaux. La majorité des adolescents savent qu'il existe des services de prestation du PF (73,3% contre 59%) mais la fréquentation de ces services laisse à désirer (17,9% contre 21,8%). La très grande majorité des adolescents ne pratique pas de PF (87,1% contre 0,5%) et que les raisons les plus avancées sont : le fait d'être célibataire (28,6% contre 29,5%), les effets secondaires (15,4% contre 10,9%), pour femme (13,2% contre 14,7%).

A la fin de l'étude nous pouvons dire qu'en matière de PF la scolarisation a un impact très faible sur les connaissances en matière de PF et que c'est surtout l'âge (10-15 ans) on a 60,5% contre 51,6% pour la tranche d'âge (16-19 ans chez les scolaires et 77,2% contre 66,3% chez les non scolaires pour les mêmes tranches d'âge.

En matière d'IST/SIDA tous les adolescents de notre échantillon ont déjà entendu parler d'IST. L'IST la plus connue était le SIDA avec 98,8% contre 91,9%, ensuite la gonococcie 80,5% contre 70%, la syphilis 45,2% contre 27,6%. Le statut, le sexe, l'âge ont une influence sur les IST citées ($p < 0,05$; $p < 0,05$; $p < 0,05$).

Les voies de transmission citées sont : rapport sexuel, seringue souillée, la voie verticale. Le statut, le sexe, l'âge ont également un impact sur la connaissance des voies de transmission ($p < 0,05$; $p < 0,05$; $p < 0,05$).

Le port de préservatif, la réduction du nombre de partenaire, l'abstinence étaient les moyens de prévention les plus cités dans les deux cas.

Les sources d'information les plus citées sont : l'école, les médias, les conférences débats, les centres de santé/hôpitaux, les pairs éducateurs.

Nous avons observé que 82,4% des scolaires croyaient au SIDA contre 61,4% chez les non scolaires.

La majorité des scolaires savent qu'on peut avoir une IST sans signes 65,7% contre un nombre faible chez les non scolaires (29%).

Beaucoup savent que le SIDA ne se guérit pas même si on soigne tôt (84,3% contre 60%).

Tous les adolescents sont conscients du fait que la multiplicité du nombre de partenaire accroît le risque d'attraper une IST/SIDA et que l'utilisation du préservatif diminue le risque d'IST/SIDA.

En matière d'IST/SIDA la scolarisation a une importance fondamentale car en plus des mêmes sources d'information sur les IST/SIDA que les non scolaires, les scolaires reçoivent chaque année des cours sur le VIH/SIDA ($p < 0,05$).

La très grande majorité des adolescents ont un partenaire sexuel (79% contre 74,3%) et que très peu d'entre eux discutent de sexualité, de méthode de PF, d'utilisation de préservatif. Les non scolaires ont eu plus de relations sexuelles que les scolaires (83,3% contre 80,5%), très peu ont utilisé un préservatif au cours de ce rapport sexuel ; la majorité a eu des rapports sexuels à un âge inférieur ou égal à 15 ans. Seul l'âge a une influence sur le fait d'avoir des rapports sexuels ($p < 0,05$).

Beaucoup ont eu des relations sexuelles occasionnelles (72,9% contre 63,8%) et que très peu ont utilisé un préservatif au cours de ces rapports sexuels occasionnels 3,7% contre 2%. La très grande majorité présente des comportements à risque 59,7% contre 66,6%.

En matière de sexualité en dépit des connaissances qu'ont ces adolescents sur les IST/SIDA, beaucoup présentent un comportement à risque et la scolarisation n'a pas assez d'influence sur la sexualité.

2- RECOMMANDATIONS

⇒ **Aux autorités socio-sanitaires, politiques et les ONG**

- Renforcer les campagnes de sensibilisation sur le SIDA déjà existant dans les écoles ;
- Faire la relation existant entre le PF et IST/SIDA au cours des campagnes de sensibilisation ;
- Continuer à renforcer les actions des PF dans la lutte contre les IST/SIDA ;
- Créer des structures de prise en charge des adolescents à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Renforcer les capacités des prestataires de santé dans le domaine de la santé de la reproduction ;
- Renforcer les campagnes de sensibilisation à l'endroit des adolescentes non scolarisée ;
- Accentuer les campagnes de sensibilisation sur le PF, les IST/SIDA dans les établissements en organisant des conférences débats ;

⇒ **Aux parents**

- Discuter des questions relatives à la sexualité, à la PF et aux IST/SIDA avec les adolescents ;
- Encourager les jeunes à fréquenter les centres déjà existant ;

⇒ Aux adolescents

- Participer pleinement aux campagnes déjà existant
- Fréquenter les centres de prise en charge des adolescents en matière de santé de la reproduction
- Mise en place des informations reçues.

VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- ALOYS I.

Psycho-social and health consequences of adolescent pregnancies among out of school adolescent girls in four rural communities in Kenya.

Center for Africa family studies (CAFS) research report (1) 1995.

2- ACHARD B, COHEN J.

ABC des techniques de planification familiale.

Masson 1979 : 4262-4265.

3- AMAZIGO U, SILVA N, AUFMAN J, OBIKERE D.

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

Perspective international sur le PF 1997 (spécial) : 20-50.

4- ANDERSON R M et al.

The spread of HIV1 in Africa: sexual contact patterns and the predicted demographic impact of AIDS.

Nature 1991; 352: 581-589.

5- ANONYME

Controlling sexually transmitted diseases.

Population reports, 1993, 3.

6- ANONYME

Entre nous.

Le magazine européen de santé reproductive

1997 ; 36-37 : 2-11.

7- ASHRAF L, BECKER St.

Husband wife communication about family planning and contraceptive use in Kenya.

International family planning perspectives 1997; 23 (1).

8- AZELMAT M, AYAD et HOUSNI E.A.

Enquête du panel sur la population et la santé (EPPS) 1995.

Ministère de la santé publique, Rabat (Maroc) et Macrointernational calvertoin, Md, USA, 1996.

9- BABIN et al.

Reproduction tract injections and abortion among adolescent girls in rural Nigeria.

Lancet 1995; 345 (4): 300-304.

10- BERTHE B. B.

Connaissance attitude pratique des adolescents du lycée Askia Mohamed en matière de planning familial, MAST-SIDA 1999-2000.

11- BLE D.B.

Association entre MST et le niveau d'immunosuppression (baisse de CD4 et baisse du ration CD4/CD8) chez les consultants du dispensaire anti-vénérien (DAV) de l'institut national d'hygiène (INHP) de Treicheville (Abidjan/RCI).

12- BLE DSOE et al.

Constructing natural fertility. The use of western contraceptive technologies in rural Gambia.

Population and development review 1994; 20: 81-114.

13- CAYEMITTES M et al.

Enquêtes mortalité, morbidité et utilisation des services, EMMUS II 1994-1995.

Institut Haïtien de l'enfance, Peton ville, Haïti et macrointernation Calverton, Md, USA 1995.

14- CERPOD

Etude régional sur la santé de la reproduction des adolescents dans le Sahel .

« focus groups » et interview individuelle au Burkina-Fasso, Mali, Niger.

15- CERPOD, INSAH.

Les jeunes en danger dans le Sahel : résultat d'une étude de 5 pays de l'Afrique de l'ouest, Décembre 1996.

16- CHOQUE M, LEROUX S.

Adolescents. Enquête nationale, analyses et perspectives, France 1994 ; 344p.

17- CISSE A .

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

Mémoire, Québec, 1993.

18- DIABATE, DIALLO F.S et al.

Connaissance attitude pratique de la PF en zone rurale au Mali.

Med Afr Noire 1997 ; 44 (6) : 317-319.

19- DIALLO B.

Connaissance attitude pratique des adolescents du centre Mabilé en matière de PF, MST-SIDA, 1999-2000.

20- DJIRE M, GUEYE, KONATE M K, SOME S.O.

Santé de la reproduction au Sahel, les jeunes en danger. Résultat d'une étude dans cinq pays de l'Afrique de l'Ouest.

CERPOD-1996, 47p.

21- DIRECTION NATIONALE DE STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE

Enquête démographique et de santé au Mali. 1995-1996.

22- DIRECTION NATIONALE DE STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE

Recensement administratif 1997.

23- DIRECTION NATIONALE DE STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE

Recensement administratif 1998.

**24- DIRECTION NATIONALE DE STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE,
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA**

Prise en charge syndromique des MST.

Manuel d'appui, 1997 : 4-8.

25- DSFC

Politique et normes des services de santé de la reproduction et PF, février 1996.

26- DRAME S.

Opinion des habitants d'une zone péri-urbaine de Bamako sur les activités IEC en matière de SMI/PF.

Mémoire, 1988.

27- DIRECTION NATIONALE DE STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE

Enquête démographique et de santé au Mali, 1995 ; 6819-6821 : 375p.

28- ELLEN W, WHALAN D, GEETA R.

Vulnérabilité et opportunités : les adolescents et le VIH/SIDA dans le monde en développement. Constatation de programme de recherche sur les femmes et le SIDA.

International center of research an women, 1717 Massachusettes, Washington, DC20036.

29- ETCHEPARE M, ETCHEPARE C.

SIDA en Afrique. Bilan d'une décennie, analyse par pays.

Endo-Edition, Dakar 1993.

30- FARAGUEDEL MB, TRAORE B.

Projet de recherche opérationnelle en matière d'étude diagnostique. Synthèse de travaux de recherche.

CERPOD 1994 ; 17 : 26p.

31- DICKO F.

Connaissances sanitaires des enfants scolarisés : cas des élèves de 6^{ème} année du district de Bamako.

Thèse Med, Bamako, 1999.

32- FELTON G.M.

Female adolescent contraceptive. Use or monuse at firts and most recent coitus.

Public Health Nursing 1996; 13: 223-30.

33- FERSON C, LAURENTS BA.

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

Centre de Médecine préventive, Nancy, France, 1993.

34- FHI.

La deuxième décennie du SIDA.

Net Nort FHI, 8 (3), 1993.

35- FNUAP, OMS

Entre nous.

Le magazine européen de santé reproductive, 1997, 36-37 : 7.

36- FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, PROJET FOCUS ON YOUNG ADULT

Santé reproductive des jeunes adultes: contraception, grossesse et MST.

Série de mise à jour de la technologie contraceptive, 1998, 4-5 : 44-57.

37- GRACIANSKY P.

Que sais-je les maladies sexuellement transmissibles.
Paris 1984, 4994.

38- GOITA S.

Etude épidémio-clinique des MST dans la région de Mopti 1996-1997.
Thèse Med, Bamako, 1998, N°50.

39- GOVINDASAMY P, MALHOTRA A.

“Women’s position and family planning in Egypt.
Studies in family planning 1956; 27: 328-340.

40- HENSHAW S.K.

Induced abortion: a world review, 1990.
Family planning perspectives 1999; 22: 76-89.

41- HERVE L.L, ELIE B.

Une revue du secteur adolescents et jeunes au Mali.
Population Council 1995 : 3-10.

42- JENKINS C :

The national sex and reproduction research team women and the risk of AIDS : a study of sexual and reproductive knowledge and behavior in Papua New Guinea (les femmes et le risque du SIDA : étude des connaissances et du comportement sexuel et reproducteur en Papouasie nouvelle Guinée).
Women and AIDS program research report serie, Washington, International center for research on women, 1995.

43- KAMTCHOUING P, TAKOUGANG I, NGOH W, YAKAM I.

La sexualité des adolescents en milieu scolaire à Yaoundé (Cameroun)
Contraception-Fertilité-Sexualité 1991 ; 25 (10) : 798-801.

44- KANE TT, BYSSCHER R, TUNDE TT.

Grossesses de l'adolescente et contracepton dans l'agglomération de Banjul.
Pop Sahel 1990 ; 13 : 28-34.

**45- KASEULE J , M'BIZVO M.T, GUPTAV, FUSAKANIKO S, MWATEBAR,
MPANGU-SHUMBUSHOW, KINOTI S.H, PADACHY J.**

Zimbabwean teenagers knowledge of AIDS and other sexually transmitted disease.
East African medical journal periodique 1997; 74 (2): 76-86.

46- LEDESERT M, DESMARTIN V.R, BOULAHTOUF H.

Observation régional de la santé.
Languedoc, France, 1996.

47- LYS H.L, TOKINDANG J, FARIAH J.

Connaissances et attitudes des étudiants de la FMPOS de Bamako en matière de PF, MST-SIDA.
Population Council 1997, Mali, 30p.

48- MAIGA S.

Contribution à l'étude de PF auprès des utilisations du centre de santé de la commune VI.
Thèse Med, Bamako, 1996, N°52.

49- MANUILA L, MANUILA A, NICOULIN M.

Dictionnaire medical.
5ème edit, Mason (Paris), 1992, 470p.

50- OMS

La grossesse et l'avortement pendant l'adolescence.
Rapport d'une réunion d'experts OMS, série rapport technique 1975 ; 583 ; 10p.

51- POPULATION ACTION INTERNATIONAL

Contraceptive choice : Worlwide acces to family planning.
Washington DC, 1999.

52- PT PIOTROV V et al.

“Mass media family planning promotion in three Nigerian cities”.
Studies in family planning 1999; 21: 265-274.

53- ROSS JA., MANDLIN W.P.

“Family planning program. Efforts and results, 1972; 94.
Studies in family planning 1996; 27: 137-147.

54- SACKO D.

Connaissance, attitude pratique des adolescents du lycée BA Aminata DIALLO en matière de PF, MST-SIDA, 1999-2000.

55- SAMAKE F.

Lettre adressée à l’ambassadeur du Mali au Ghana.
30 octobre 1974, 1.

56- SANGO S.

Contribution à l’étude de la PF dans la commune IV du District de Bamako.
Thèse Med, Bamako ; 1996, N°32.

57- SCHENSUL S.G, SCHENSUL J, SEEBULUK S, BHOWAN U, PRAKESH ANKHOJEE J, RAGOBOUR S, KOYE KWAT B.L, AFFOCK S.

Young women work and AIDS related risk behavior in Mauritius (les jeunes femmes, le travail et le comportement à risqué du SIDA à Maurice).
Women and AIDS program research report series : Washington International center for research on women 1994.

58- SENDOROWITZ J.

Thematic evaluation on adolescent reproductive health.
Global report submitted to UNFPA Unpublished report 1996.

59- SICARD J.M, KANON S, OUEDRAGO L.A, CHIROU J.P.

Evaluation du comportement sexuel et de connaissances sur le SIDA en milieu scolaire au Burkina-Faso.

Ann Soc Belge Med Trop 1992 ; 72 (1).

60- TESTA, CROCHET M, EUSTACHE L, OUBDA D, OUEDRAGO C.

Enquête sur les connaissances, attitudes pratiques et croyances sur le SIDA chez les chauffeurs routiers du Burkina-Faso.

Cahiers Santé 1992 ; 2 : 330-334.

**61- TOMIRO J, BANGORO F, MBUAGBA W.J.J, BOURGEVIS A, AGBOR E.D,
NGOLLE M.E.**

Syphilis and HIV séroprévalence among hospital attendors in the south west Cameroon.

Projet PRESICA, Yaoundé Cameroun.

Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, Abidjan 1997, 249p.

62- TRAORE S.

Contribution à l'étude des MST dans le District de Bamako.

Thèse Pharm, Bamako, 1985, N°8.

63- UNITED NATIONS

Report of the international conference on population and development

Cairo 1995; New York.

64- WILSON D.J, LAVELLE S, HOOD R.

Health knowledge and belief as predictors of intended condom use among Zimbabwean adolescents in probation fremand homes.

AIDS care "JC a 10s, 2 (3) 367-74. Affiliation: psychology departement university.

Cahier santé 1990 ; 1 : 59-67.

**65- WILSON D.J, MASTER Mc, ARMSTRONG M, MAGUNJE N, CHIMHIMA T,
WEISS E, ROO GUPTA G.**

Intergenerational communication in the family implication for developing STD/VIH prevention strategies adolescents in Zimbabwe.

Communication entre les générations dans la famille : implication pour l'élaboration de stratégie de prévention de MST/VIH pour les adolescents au Zimbabwe.

Women and AIDS program research report series : Washington International center for research on women, 1995.