

**Ministère des Enseignements
Secondaire Supérieur, et de
la Recherche Scientifique**

République du Mali

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2008-2009

N°

TITRE

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES
COMPORTEMENTALES DES ADOLESCENTS DU LYCEE
MONSEIGNEUR LUC AUGUST SANGARE DE BAMAKO
SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ET LES IST / VIH.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le / / 2008 devant le jury de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par **Mr Mamadou Yacouba KEITA**

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

Jury

Président : **Pr Amadou DIALLO**

Membre : **Dr Seydou DIARRA**

Co-directeur : **Dr Aboubacar Alassane Oumar**

Directeur de thèse : **Pr Soukalo DAO**

DEDICACES :

Je dédie ce modeste travail à :

- ALLÂH Le Tout-Puissant, Le Clément, Le Miséricordieux, qui m'a donné la bonne santé, la force et le courage de mener à bien ce travail au bout. Qu'ALLÂH accepte ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de ma foi en lui. Merci Seigneur !

-In memoriam: Feue DIABY Kadia

Chère grande mère, tu as tant souhaité me voir médecin un jour mais Dieu en a décidé autrement. Tu resteras toujours gravée dans ma mémoire car tes bénédictions et tes encouragements m'ont donnés la force d'aller au bout de mes études. Je penserai toujours à toi. Dors en paix.

-Mon père : KEÏTA Yacouba

Voilà le moment que tu as tant attendu avec patience. Tu t'es investi personnellement à mon éducation depuis mon enfance et tu as été pour moi un modèle de personnage pour ton travail, ton courage et ton pardon pour la vie humaine. Que ce modeste travail soit une récompense de tes nombreux sacrifices et t'apporte toute la satisfaction attendue. Que le Tout puissant me permette de m'inspirer de tes vertus en témoignage de ma reconnaissance. Longue vie, amen !

-Ma Mère : TRAORE Bana

Chère maman, tu m'as toujours conseillé et assisté dans les moments difficiles. Ta générosité, ta douceur, ta chaleur, ton amour, ton courage, ta modestie et ton humilité ont beaucoup contribué à la stabilisation de notre famille. Ce travail est l'aboutissement de toutes les souffrances que tu as enduré pour nous.

Qu'Allah le miséricordieux te donne longue vie. Amen !

-Mes frères et sœurs :

Rien ne vaut la chaleur familiale. Que notre famille se maintienne et demeure unie qu'à jamais. Votre soutien et votre assistance tout au long de ce difficile parcours m'ont été d'un réconfort inoubliable.

Que ce travail qui est aussi le votre, témoigne de toute mon affection.

-Ma femme : DOUMBIA Maïmouna

Tu as été toujours à mes côtés pendant les durs moments. Ton amour, ton courage et ta patience ont beaucoup contribué à la réalisation de ce travail. Enfin, ce travail m'offre l'occasion de te réitérer mon affection et mon profond attachement à toi.

Que Dieu nous donne une vie pleine de santé, d'amour et de sagesse.

-Mes filles : KEITA Aïchata Mamadou et KEITA Aminata Mamadou

Très chères petites filles, que ce travail soit pour vous un modèle de réussite, qu'il vous donne la force, la patience et le courage de persévérer dans vos vies.

REMERCIEMENTS :

Mes remerciements vont à :

- Toute la famille KEITA de Bamako-coura Bolibana pour vos soutiens et bénédictions. Ce travail est le votre.

- Mes grands frères : DOUMBIA Sidiki. A et SISSOKO Djoman et leur famille. Les mots me manquent pour vous témoigner l'amour et l'admiration que j'ai pour vous. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

- Mes amis du grin : Alhery, Djibril, Goulou, Kader, Hamalla, Moussa, Ahmed, Feu TRAORE Siprien, Feu BENGALY Youssouf et les autres.

Je n'oublierai jamais les moments partagés et les conseils prodigués.

Recevez ici ma sincère gratitude. Dormez en paix les amis décédés (amen).

- Ma grande mère BALLO : Ta tendresse, ta sagesse et tes bénédictions ont été un apport capital. Merci, que Dieu vous garde longtemps à nos côtés.

- Mon Tonton et homonyme : TRAORE Mamadou M

Ce n'est pas pour rien que nous portons le même prénom. Nous avons toujours été ensemble et nos chemins se sont toujours croisés. Ce travail est le tien, Merci.

- Mes cousins et cousines :

Je me garderai de citer des Noms de crainte d'en omettre. Ce travail est aussi le vôtre ; A vous tous et toutes ma grande tendresse et mon estime.

- Mes Tontons et Tantes :

Egalement je me réserve de citer des Noms. Merci pour tous vos conseils, vos encouragements et vos bénédictions pour la réalisation de ce travail.

- Mes amis et camarades : Dr SOUGANE, Dr Hanine, Dr Mamadou Zié, Dr Ousmane, Dr Yacouba, Dr Nouhoum, Dr Seydou, Dr Bintou, Dr Djénèbou, Dr TOURE, LT Drissa. En souvenir des durs moments passés ensemble.

- Mes frères Amadou et Ladjji pour leur soutien. A travers eux, mes remerciements à tous les frères et sœurs de Bamako-coura Bolibana.

-Au corps professoral de la F.M.POS :

Pour l'enseignement de qualité qu'ils nous ont dispensé. C'est le lieu et le moment pour moi d'exprimer toute ma reconnaissance et mon profond respect.

- Mes aînés et collègues de la Pédiatrie : Dr CISSE, Dr Sibiri, Dr Sall, Dr Bréhima, Mamoutou, KEÏTA, Singou, Cheick, DEMBELE, Katri, Mory, KASONGUE, Djénèba, Ballo, Dr Adja.

Pour vos précieux conseils et votre contribution non négligeable à l'élaboration de ce travail. Trouvez ici chers aînés et collègues les sentiments de ma profonde gratitude.

- Tout le personnel de la Pédiatrie du CHU de l'Hôpital Gabriel TOURE. Merci Pour votre collaboration ; ce travail est le vôtre.

- Tout le personnel de l'Infectiologie du CHU de l'Hôpital National du Point G : pour leur collaboration à la réalisation de ce travail. Veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude.

- L'administration du Lycée Luc August SANGARE de Bamako

Votre franche collaboration a été très déterminante pour la réalisation de ce modeste travail, je ne peux taire toute la disponibilité, la simplicité et la courtoisie dont j'ai joui durant l'enquête. Je vous souhaite beaucoup de succès dans vos différentes tâches, plein de joie dans vos foyers respectifs. Je remercie très particulièrement **Monsieur**

Haidara.

- Tout le corps professoral du Lycée Luc August SANGARE

Pour leur compréhension et leur disponibilité. Je vous dis merci à tous et à toutes.

- Tous les élèves du Lycée Luc August SANGARE de Bamako

Mes remerciements et encouragements ne suffiront peut être pas pour exprimer toute ma reconnaissance à votre endroit. Cette étude portait sur vos connaissances et comportements vis à vis de la planification familiale et des IST/VIH. Pour votre disponibilité, votre patience et votre curiosité je ne s'aurais assez vous remercier. Qu'ALLAH vous satisfasse.

-Je ne s'aurais terminé sincèrement sans remercier toutes les personnes de bonne volonté qui m'ont aidée de près ou de loin à la réussite de ce travail. Merci infiniment.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury, **Professeur Amadou DIALLO**

- ***Vice recteur de l'Université de Bamako,***
- ***Professeur de biologie animale à la FMPOS***

Cher maître, permettez nous de vous adresser nos sincères remerciements pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos occupations multiples. Homme de science, votre simplicité, vos grandes qualités humaines et vos enseignements lumières forcent l'admiration de tous. Veuillez accepter nos sincères reconnaissances et croire en l'expression de notre profond sentiment de respect.

A notre maître et juge, **Docteur Seydou DIARRA**

- **Candidat PhD en Anthropologie médicale à l'Université de Paris 8(France)**
- ***Spécialiste en anthropologie médicale, et santé publique***
- ***Assistant en santé publique à la FMPOS***
- ***Responsable des cours d'anthropologie médicale***

Cher maître, votre personne suscite admiration et respect, votre rigueur scientifique, votre humilité et vos riches expériences restent pour nous source d'inspiration. Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury. Soyez témoin de notre grande reconnaissance et de notre admiration. Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et codirecteur de thèse, **Docteur Aboubacar Alassane Oumar**

- **Candidat en DEA Pharmacologie Clinique à l'Université Catholique de Louvain (Belgique)**

- **Pharmacien biologiste du CENOU**

Cher maître, nous avons été impressionnés par votre courtoisie et votre grande disponibilité dès les premiers contacts que nous avons noués. Ce travail a été possible grâce à vos immenses contributions que nous ne pouvons taire. Votre méthode de travail, votre modestie et votre infatigabilité nous marquent à jamais. Cher maître, en cet instant solennel, soyez assuré que les mots nous manquent pour vous remercier davantage.

A notre maître et directeur de thèse, **Professeur Sounkalo DAO**

- **Maitre de conférences de maladies infectieuses à la FMPOS,**

- **Chercheur au SEREFO TB/VIH à la FMPOS**

Cher maître, en acceptant de travailler avec nous ; vous nous avez donné l'occasion de nous épanouir dans la quête du savoir mais également de profiter de vos enseignements si précieux, vos qualités humaines et votre souci du travail bien

accompli toutes choses qui font de vous un exemple. Trouvez ici, cher maître,
l'expression de notre admiration et de notre reconnaissance.

Liste des abréviations

AP	Avortement provoqué
APC	Avortement provoqué clandestin
ARV	Antirétroviraux
CDC	Centre de contrôle des maladies
COC	Contraceptifs oraux combinés
COP	Contraceptifs oraux progestatifs
CCV	Contraception chirurgicale volontaire
DEAP	Département d'épidémiologie des affections parasitaires
DUI	Dispositif intra utérin
EDSM III	Enquête démographique et de santé Mali
FNUAP	Fond des nations unies pour la population
HCNLS	Haut conseil national de lutte contre le SIDA
CCC	Communication pour le changement de comportement
IST	Infection sexuellement transmissible

LLAS	Lycée Luc August SANGARE
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des nations unies pour le SIDA
PF	Planification familiale
PRB	Population référence bureau
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome immunodéficitaire acquis
UNICEF	Fond des nations unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

Introduction.....	1
Objectif	4
Objectif général :	
Objectifs spécifiques :	
Généralités :	5
Adolescence :	5
1. Définition :	
2. Les différentes manifestations au cours de l'adolescence :	
Notion d'attitude et de comportement	10
1. Définition :	
2. Eléments caractéristiques :	
C. La planification familiale	12
1. Définition :	
2. Historique de la planification :	
3. Les méthodes contraceptives :	
3.1. Méthodes modernes :	
3.2. Les autres méthodes de contraception :	
3.2.1. Méthodes naturelles :	

3.2.2. Méthodes traditionnelles :	
4. Classification :	
4.1. Méthodes temporaires :	
4.2. Méthodes permanentes	
D. Les infections Sexuellement Transmissibles(IST)	20
1. Historique :	
2. Aspect Epidémiologique des IST :	
3. Caractères communs des IST :	
4. Facteurs responsables de la recrudescence des IST :	
5. Les différentes IST :	
6. Prise en charge des IST :	
6.1. Prévention primaire :	
6.2. Prévention secondaire :	
E. Infection à VIH/SIDA	28
1. Historique :	
2. Epidémiologie :	
3. Modes de transmissions :	
4. Répartition des VIH :	
F. Relations entre IST et VIH :	31
Méthodologie	32
Résultats :	38
Commentaires et discussions :	63
Conclusion et recommandations	73
Références bibliographiques	76
Fiche Signalétique	83
Questionnaire:	87

INTRODUCTION

L'adolescence est une période de développement de l'être humain qui commence avec la puberté et se termine avec la fin de la croissance. Ce passage très important de notre transformation, a été et continu d'être l'objet de nombreuses études et de recherches. Elle est caractérisée par le développement complet des organes sexuels, qui désormais peuvent fonctionner et l'apparition des caractères sexuels secondaires (poils, seins, modification de la voix, etc.). Il s'agit donc d'un phénomène psychosomatique qui permet à l'individu d'évoluer vers l'âge adulte et de mériter sa personnalité [35]. L'étape de l'adolescence au cours du processus de développement se construira grâce à l'interaction entre la maturation biologique et psychique et l'environnement socioculturel. Ainsi l'adolescence va remanier profondément sa vision du monde et ses relations avec tout ce qui l'entoure. Il élaborera sa propre personnalité, renforcera son nouveau mode d'expression et façonnera son caractère [41]. L'OMS situe l'adolescence entre 10 et 19 ans [35]. Les adolescents représentent le cinquième de la population mondiale et 85% d'entre eux vivent dans les pays en voie de développement [1]. En Afrique, les jeunes âgés de 10 à 19 ans étaient estimés à 16,56% de la population totale du continent en 1996, selon les prévisions démographiques ce taux atteindra 42,68% en 2015 soit 250 millions d'adolescents. Situé en Afrique subsaharienne, le Mali partage les mêmes réalités avec d'autres pays. En effet, selon EDSM-III, 46% de la population étaient âgés de moins de 15 ans. Les jeunes de 15 à 19 ans représentaient près de 20% de cette population [15]. La fin de la deuxième enquête démographique et de santé (EDSII) de 1996 a montré que 21,8% de la population est âgé de 10 à 19 ans [2]. Si les États et les Organisations Non Gouvernementales (ONG) fournissent des efforts louables pour endiguer les problèmes liés à la sexualité des adolescents ; force est de constater que

ces approches opérationnelles n'ont jusqu'à présent pas donné les résultats escomptés comme en témoignent les chiffres. Dans le monde, 15 millions (plus de 10%) d'enfants naissent de mères adolescentes. Dans les pays en voie de développement plus de 17% des enfants naissent de mères adolescentes [1]. Sur les 315 millions de cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) contractées dans le monde, 32% touchent les jeunes de moins de 20 ans [1] et occupent le 5^{ème} rang des causes entraînant perte d'année de vie productive dans les pays en voie de développement. Plus de la moitié des nouveaux cas d'infections à VIH sont recensées chez les 15 à 24 ans [35]. La nécessité de renforcer la communication pour le changement de comportement (CCC) en matière de santé reproductive demeure urgente au vu du comportement des adolescents dominés par l'impulsivité, l'instabilité, la propension au changement etc., souvent laissés à eux même dans des sociétés où modernité et tradition, richesse et pauvreté se côtoient. Ils en découlent ce qui suit :

Plusieurs études menées dans certains pays d'Afrique ont montré que dans beaucoup de cas les jeunes filles ont leur première relation sous la contrainte [18]. D'après une étude du Fond des Nations Unies pour la population (UNPFA) en 1992, 27% des adolescents déclarent avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans [33]. L'âge moyen au premier contact sexuel se situe à 13,53 plus ou moins 1,40 ans et 13,87 plus ou moins 1,83 ans respectivement chez les jeunes garçons et les jeunes filles selon TRAORE J.M [50] et FARIAH [18]. Au Cameroun, KAMTCHOUING et al. trouvaient que 41,7% des jeunes filles étaient sexuellement actives dont 55% avant l'âge de 18 ans. A 17 ans, 63% des garçons et 38% des filles ont une vie sexuellement active, contre 67% des garçons et 45% des filles à l'âge de 18 ans. Au Mali, 65% des jeunes ont leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans. Près de 20% des jeunes hommes ont eu plus de 3 partenaires sexuels dans les trois

derniers mois de l'année 2001(EDS-III). 88% des filles ont déjà changés de partenaire dans l'année à 17 ans contre 62% à 18 ans [15]. IL ressort de ces observations que pour beaucoup d'adolescents africains, l'initiation sexuelle se fait tôt ; alors que la plupart d'entre eux n'ont pas réussi d'éducation sexuelle et ne disposent pas suffisamment d'informations sur les grossesses précoces et les infections sexuellement transmissibles ainsi que sur les moyens de les éviter. Cette précocité des premières expériences sexuelles associée à la faible prévalence contraceptive, la fréquence et les complications des grossesses non désirées, les avortements provoqués, la prévalence des IST/VIH est autant de marqueurs de l'insuffisance à couvrir les besoins en santé reproductive dans les pays du Sud [47]. Or l'accès des adolescents à cette contraception est encore faible, barré par des obstacles d'ordre socioculturels, institutionnels, économiques et politiques. Les jeunes eux même n'osent pas se présenter dans les services de planification familiale, de peur du refus du personnel médical et d'une leçon de morale [41]. Tous ces problèmes de loin non exhaustifs, nous ont poussé, malgré l'existence de plusieurs études sur la sexualité des adolescents, à nous intéressé au sujet aux fins d'apporter notre contribution à la recherche de politique de planification familiale plus adaptée et des méthodes de lutte contre les IST/VIH adressées aux besoins des adolescents dans un pays en voie de développement comme le Mali.

OBJECTIFS

-Objectif général :

Étudier le comportement contraceptif et les connaissances en matière des IST/ VIH des élèves du lycée Luc August SANGARE.

-Objectifs spécifiques :

1. Déterminer le niveau d'information des adolescents en matière de planification familiale ;
2. Déterminer le niveau de connaissance des élèves sur les IST/ VIH ;
3. Identifier les sources d'informations des adolescents sur la planification familiale et les IST/ VIH ;
4. Décrire le comportement sexuel des élèves.

GENERALITES

A . L ' A D O L E S C E N C E :

1-Définition :

La définition de l'adolescence reste problématique. Etymologiquement c'est la période où l'on grandit, c'est l'âge qui succède à l'enfance et commence avec les premiers signes de la puberté. L'adolescence, selon l'OMS est la période qui va de 10 à 19 ans [35]. Elle commence à la puberté avec l'apparition des caractères sexuels secondaires et se termine avec la fin de la croissance. Si l'unanimité est presque faite par rapport à son début, la puberté connaît une bien difficile limitation de part les différences de coutumes, et traditions d'une zone à une autre. En somme il n'y a pas de définition en terme précis et universel.

Cependant les caractéristiques générales de l'adolescence sont partagées.

C'est une période qui se caractérise par :

- Une croissance et un développement physique rapide. L'individu passe du stade de la première apparition des caractères sexuels secondaires à celui de la maturité sexuelle ;
- Le processus psychologique et les mécanismes d'identification cessent d'être ceux d'un enfant pour devenir ceux d'un adulte ;
- Les premières expériences 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 comportements qui pourront rester ancrés toute la vie et provoquer des maladies qui apparaîtront des années plus tard.

2. les différentes manifestations au cours de l'adolescence :

2.1. La puberté et les changements corporels :

Processus biologique, la puberté constitue selon Freud non un éveil mais un réveil sexuel et que les vicissitudes de l'adolescence dépendent très largement des expériences de la première enfance. La puberté Etymologiquement correspond à l'apparition de la pilosité pubienne. Elle peut se définir comme l'ensemble des modifications sexuelles, morphologiques, biologiques et psychologiques qui concourent à la transformation de l'enfant à l'âge adulte. Elle a eu plusieurs classifications mais la plus utilisée est celle de **TANNER**. D'une manière générale la puberté se divise en :

La Période pré pubertaire (10-12 ans pour la fille et 12-14 pour le garçon) qui se caractérise par une croissance rapide 6-14 cm, qui allonge la taille surtout par les membres inférieurs et augmente l'envergure.

La puberté proprement dite est généralement située à l'apparition des premières règles (ménarche) et des premières émissions spermatiques, ces éjaculations étant spontanées ou provoquées par la masturbation. Les caractères sexuels primaires se modifient : développement de la verge et des testicules, horizontalisation de la vulve, développement des grandes et des petites lèvres ainsi que du clitoris. Mais l'essentiel porte sur les caractères sexuels secondaires avec en particulier les modifications de la pilosité qui ont donné à la puberté son nom : apparition poils pubiens en losange chez le garçon, en triangle chez la fille, puis axillaire et plus tard la barbe chez l'adolescent. Le développement des seins apparaît tôt chez la fillette, le larynx change de forme, les cordes vocales s'allongent ou raccourcissent et la voie mue. Le développement des muscles, la

répartition des graisses sous cutanées, de la pilosité achèvent le morphotype et vont accentuer la différenciation sexuelle qui représente biologiquement l'essentiel de la mutation pubertaire avec pour conséquence l'aptitude de procréation. Pendant un certain temps en effet les éjaculations restent stériles et les ménarches ne correspondent pas à la production d'ovules murs et fécondables ; Il existe une extrême variabilité individuelle quand à l'âge d'apparition de la puberté ; la chronologie moyenne se situerait à 11-12 ans pour les ménarches et 13 ans pour la première éjaculation. Cependant les premiers signes peuvent apparaître précocement (8 ans pour les filles et 10 ans pour les garçons). Contrairement à l'opinion courante, le climat et la race joueraient un rôle à peu près nul, à l'opposé des facteurs d'environnements socio-économiques, alimentaires et culturels. On signale généralement l'apparition de plus en plus précoce de la puberté dans les pays industrialisés et les milieux aisés depuis quelques décennies. Cette métamorphose somatique se fait en ordre dispersé, avec des périodes de dysharmonie corporelle (les dystrophies pubertaires) de perturbations psychomotrices et un bouleversement du schéma corporel. Une certaine instabilité neurovégétative est possible avec passage d'une prédominance vagale à une prédominance sympathique. L'accroissement de la sécrétion sébacée, provoque souvent l'acné bien connue de cet âge boutonneux. Empêtré dans son corps transformé et ses nouvelles virtualités le sujet entre dans l'âge d'inquiétude de l'adolescence qui succède à la sécurité de la phase de latence et à la maturité infantile. Cette fois le corps est inéluctablement sexué. Les manifestations de la physiologie génitale peuvent susciter des sentiments de honte, de culpabilité, provoquer des attitudes de refus ou au contraire apporter une satisfaction allant jusqu'à la jubilation. Les premières règles sont souvent

accueillies avec angoisse, mais aussi avec la joie de voir commencer une vie de femme et la possibilité d'être mère à son tour. Certaines filles refusent cet avènement et des tableaux pathologiques extrêmes comme « l'anorexie mentale » illustre la possibilité d'aménorrhée psychogène. Le garçon pourra voir dans ses premières éjaculations une souillure, une impureté, une menace, une promotion et un acquis flatteur.

Selon **KESTEMBERG** « quelle que soit en elle-même l'importance des modifications endocriniennes, ce qui joue un rôle déterminant c'est la modification de l'image fantastique que l'adolescent a de son propre corps, sa survalorisation, son rejet, sa négation... » [28]. C'est en partant de cette hypothèse que nous allons nous étendre sur les modifications hormonales qui, certes, ont une importance non moindre.

2.2. Le processus psycho sexuel de l'adolescence :

Le développement psycho sexuel au cours de l'adolescence se fait dans un certain ordre permettant de décrire des phases plus ou moins distinctes. Selon **P. BLOS** on distingue 5 phases : la pré adolescence, la première adolescence, l'adolescence proprement dite, l'adolescence tardive et la post adolescence. On ne peut guère donner de chronologie, la statistique moyenne de ces phases, ni leur durées approximatives, cela étant très variable pour chaque sujet. Par contre elles existeraient toujours même si elles paraissent escamotées. A chaque phase est dévolue :

- Des pulsions partielles de la sexualité infantile du pré génitalité à l'arrière plan de la primauté génitale ;
- Résolution du problème de la bisexualité par des partenaires de même sexe,

- Rupture des liens objectaux primitifs avec les parents ;
- Découverte de l'objet hétérosexuel ;
- Aménagement des résidus oedipiens ;

Intégration des complexes entre moi et pulsion. Chaque individu subit plus ou moins complètement les transformations psychiques essentielles de ces phases et à l'issue du processus de l'adolescence seront intégrés les nouveaux acquis et les bases anciennes ce qui assure une continuité de l'expérience du moi et l'émergence d'un sentiment de soi stable : sentiment d'identité.

2.3. Les manifestations socioculturelles de l'adolescence :

Les données socioculturelles sont d'un poids très lourd dans l'éducation sexuelle de l'enfant et même dans la santé de l'individu. D'après **ARNOLD VAN GENNEP** « les rites de passage chez les peuples primitifs permettaient l'accession à la majorité sociale, sans ce passage l'individu reste et demeure enfant quel qu'en soit son statut biologique » [23]. L'adolescence serait donc une période contre nature au cours de laquelle le sujet pubère doit refouler ses pulsions sexuelles pour intérioriser l'essentiel d'une culture et la pérenniser. Certains facteurs socioculturels ont donné lieu à de nouveaux schémas de comportement chez les jeunes et les adolescents :

- L'urbanisation ;
- L'accroissement de la population ;
- Les médias ;
- Le déclin de l'autorité familiale par suite de la transformation des structures et des fonctions de la famille ;
- Les relations sexuelles précoces non protégées ;
- La pauvreté.

B. NOTION D'ATTITUDE ET COMPORTEMENT

1. DÉFINITION :

L'attitude peut être considérée comme la manière particulière qui permet à 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 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 morales ; quand à **MAISONNEUVE J**, il insiste sur l'aspect affectif 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 le comportement de l'individu dans une direction (par exemple être pour la PF justifie le fait d'adopter les méthodes).

2. ÉLÉMENTS CARACTÉRISTIQUES :

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

- L'aspect cognitif c'est-à-dire l'attitude vis à vis de quelque chose, 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 générale des opinions individuelles ou collectives stéréotypées, même figées (conception 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 qui 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 à une personne. C'est alors qu'une personne affirmant avoir une haine pour quelque chose, il ne serait pas étonnant de voir ses proches réfuter 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 en général. Ces différents aspects de l'attitude (le cognitif, l'affectif et la tendance à action) sont intimement liés et sont en interaction l'un et l'autre. Ainsi, celui qui a des informations sur une chose doit en principe adopter une attitude positive face à cette chose. Force est de constater qu'à partir de ces différents exemples que l'attitude est fonction des besoins et des situations. L'attitude est donc un produit de la socialisation, elle est 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. étant acquise, l'attitude est susceptible au changement et ce changement constitue un moyen approprié pour modifier le comportement, car l'attitude détermine le comportement dans une large mesure. 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, donc 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 deux. 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 préservatif et utiliser souvent le préservatif peut exister. Ce contraste peut être le fait de plusieurs situations. En se résumant, on peut affirmer qu'à travers ces 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 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. Les changements d'attitude et de comportement sont étroitement liés, parce qu'une nouvelle attitude implique un certain changement de comportement.

C. LA PLANIFICATION FAMILIALE :

1. DÉFINITION :

La PF 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 des naissances, l'espacement des grossesses et l'époque 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 :

La contraception est devenue une nécessité à partir du moment où l'homéostasie naturelle à la reproduction a été rompue par les progrès des conditions hygiéniques et médicales. La mortalité infantile, la mortalité puerpérale et gravidique ont fortement diminué. La fécondité s'est maintenue et même prolongée du fait de la plus grande espérance de vie. C'est vers 1780 que **MALTHUS** émit la prophétie encore, célèbre, par la quelle il annonçait que la population mondiale se développerait au point que l'homme finirait par disparaître faute de nourriture. Ce point de vue est bien partagé par certaines grandes puissances mais nous sommes loin de cela pour le moment. La contraception a existé depuis longtemps dans toutes les sociétés. Dans les milieux à niveau socio économique élevé, on s'intéressait à la limitation des naissances il y a longtemps. Pourtant il faut arriver à la période consécutive à la première guerre mondiale pour voir s'épanouir des méthodes contraceptives. Ce fut surtout en Allemagne et en Angleterre qu'on vit se réaliser de plus en plus l'espoir de trouver une méthode permettant de maintenir la famille dans les limites. Il faut mentionner ici l'œuvre des pionniers comme **MAGNUS HIERSCHFELD** en Allemagne et **WEATHERHEAD** en Angleterre. [37]. En dépit de sa nécessité qui s'imposait la PF a eu des opposants : les églises refusèrent toute contraception, puis certaines autorisèrent l'abstinence périodique. C'est après la deuxième guerre mondiale que la contraception fut considérée d'une façon positive.

- **Cas du Mali**

L'introduction de la planification dans notre pays remonte à l'indépendance mais c'est en 1972 qu'à la suite des rapports favorables des hauts fonctionnaires que le gouvernement accepta le projet de PF. [43].

▪ **Quelques étapes**

En mars- avril 1973, le premier séminaire interafricain sur l'éducation sexuelle a été organisé à l'école de Médecine.

En mai 1973, a eu lieu le premier séminaire intersyndical sur la PF à Bamako.

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 de BUCAREST (Roumanie). Celle-ci stipulait le droit à la PF. En décembre 1974 s'est tenu le congrès constitutif de l'UN FM qui a recommandé : La diffusion de l'éducation sexuelle dans les écoles à partir de la 7ème année. Le Mali a souscrit en 1978 à la déclaration d'ALMATA (URSS) qui stipulait que la PF est une composante des soins de santé primaires. Et depuis 1981 le programme national de la santé maternelle et infantile et de la PF existait.

3. LES MÉTHODES CONTRACEPTIVES :

3.1. Méthodes modernes :

3.1.1. Pilules Progestatives :

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

3.1.2. Contraceptifs oraux Combinés : (C.O.C)

Ils sont très efficaces en cas d'utilisation correct ; leur taux d'efficacité est de 83 à 99,9%. Ils atténuent aussi la dysménorrhée et entraînent des cycles réguliers,

diminuent l'abondance de l'hémorragie menstruelle, fournissent une protection contre les maladies inflammatoires pelviennes ; leurs effets secondaires mineurs sont peu courants. Mais, ils ne protègent pas contre les IST-VIH.

3.1.3. 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 (Levonorgestrol) inséré en sous cutané à la face interne du 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-VIH.

3.1.4. Les Injectables :

Leur mécanisme d'action est le suivant :

- inhibition partielle de l'ovulation,
- épaissement de la glaire cervicale,
- atrophie de l'endomètre. Ils sont très efficaces (99% d'efficacité) avec 2 à 3 mois de durée d'action. Ils ne protègent malheureusement pas contre les IST-VIH et ont des effets secondaires (métrorragie, dysménorrhée, spotting).

▪ 3.1.5. Le dispositif intra utérin : (D.I.U)

- C'est une méthode très ancienne. Les DIU sont très variables dans leur forme et leur composition faite de cuivre ou de progestérone. Les effets contraceptifs du DIU sont :
- accélération du péristaltisme tubaire ;
- le stérilet au contact de la muqueuse utérine 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 la rendant hostile à l'ascension des spermatozoïdes. Son taux d'efficacité est de 94 à 99%. Ses contre indications sont : infection de l'appareil génital (vaginite, cervicite,...) existence de fibrome, de cardiopathie, de polype endocavitaire, de malformation ; sensibilité au cuivre. Il présente également de nombreux inconvénients parmi lesquels le non protection contre les IST-VIH.

3.1.6. Le préservatif : (condom)

Très ancien, il existe de nos jours sous la forme de plastique (latex). Son utilisation correcte 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. Il doit être hermétique. Il a un taux d'efficacité de 98% environ. Il est très efficace dans la prévention des IST/VIH. Mais il peut glisser ou se détériorer pendant l'acte sexuel.

3.1.7. Le Diaphragme et le cape cervicale :

Son efficacité augmente lorsque son utilisation va de paire avec un programme d'instruction, un ajustement soigneux. Pour une efficacité maximale, il est recommandé d'utiliser un agent spermicide à l'intérieur du diaphragme.

3.1. 8. Les spermicides vaginaux et les mousses spermicides :

Ce sont des produits chimiques qui associent un agent tensioactif à un agent bactéricide. Ils sont placés 10 minutes avant les rapports sexuels dans le vagin. Chaque nouvel acte nécessite l'utilisation d'un autre spermicide. Leur action dure 3 heures. Il est inadéquat de faire une toilette vaginale à l'eau savonneuse surtout dans les 3 heures qui suivent l'acte sexuel.

Pendant l'utilisation du spermicide, éviter l'utilisation concomitante d'autres ovules.
Les spermicides contribuent à la protection contre les IST-VIH. En cas d'utilisation correcte, leur taux d'efficacité est de 79 à 100%.

3.1.9. La contraception chirurgicale volontaire : (CCV)

C'est une méthode irréversible, définitive, peu coûteuse et très appropriée par les couples qui ont déjà le nombre d'enfants qu'ils désirent. Son taux d'efficacité est supérieur à 99%. Mais ne protège pas contre les IST-VIH. C'est une méthode qui nécessite des conseils approfondis et aussi le consentement éclairé du bénéficiaire.

3.2. Les autres méthodes de contraception :

3.2.1. Méthodes naturelles :

3.2.1. a. Méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée : (MAMA)

Elle est efficace lorsque l'allaitement est fait exclusivement au sein et à tout moment. Elle est d'autant plus efficace lorsque la nourrice fait une aménorrhée pendant les 6 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 pas à la maman une protection contre les IST-VIH.

3.2.1. B. 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.

3.2.1. C. La méthode de la température :

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

3.2.1. D. 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^e jour après l'apparition des règles. Ainsi 4 jours avant l'ovulation et 4 jours après l'ovulation constituent théoriquement la période féconde.

Cas particulier d'un cycle irrégulier :

Exemple :

Cycle plus court : 24 jours

Cycle plus long : 35 jours

Ainsi on aura :

* $24 - 14 = 10$, donc théoriquement le 10^e jour correspond à l'ovulation dans le cycle court.

* $35 - 14 = 21$, donc le 21^e jour correspond à l'ovulation pour le cycle le plus long. De ce fait, la période féconde sera du 10^e jour au 21^e jour. Si l'on considère que la contraception doit se faire 4 jours avant et 4 jours après l'ovulation, elle se fera ainsi pour ce cycle irrégulier du 6^e jour au 25^e 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%.

3.2.2. Méthodes traditionnelles :

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

4. CLASSIFICATION :

La classification suivante est adoptée au Mali :

4.1. Méthodes temporaires :

a. De courte durée

- les méthodes naturelles ;
- la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée ;
- les condoms ;
- les spermicides ;
- les diaphragmes ;
- capes cervicales ;
- contraceptifs oraux combinés (COC) ;
- contraceptifs oraux progestatifs (COP) ;
- injectables.

b. De longue durée

- les implants ;
- les dispositifs intra utérin (DIU) actifs.

4.2. Méthodes permanentes :

- ligature des trompes ;
- la vasectomie.

D. LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) :

1. HISTORIQUE :

Les IST sont des infections connues depuis l'antiquité. En effet elles ont de tout temps préoccupé les responsables de toutes les sociétés en matière de santé et de salubrité. Ainsi **Moïse**, dans le Lévitique, chapitre VI, en décrivant la *blennorragie* instituait déjà la notion de prophylaxie dans les termes suivants : « celui qui éprouve un écoulement de semence est impur et cette immondicité sera reconnue lorsqu'à chaque moment, une humeur impure s'attachera à sa personne. Tous les lits où il dormira et tous les endroits où il sera assis seront impurs. Si quelques Hommes touchent son lit, il lavera ses habits et n'étant pas lui même lavé dans l'eau, il demeurera impur jusqu'au soir. Celui qui aura touché la chair de cet homme lavera ses vêtements et sera impur jusqu'au soir ».

2. ASPECT ÉPIDEMIOLOGIQUE DES IST :

Les IST constituent un réel problème majeur de santé publique. Elles sont toutes causées par le même comportement sexuel à risque : multi partenariat sexuel, rapports sexuels non protégés. En 1995, l'OMS évaluait à plus de 330 millions les nouveaux cas d'IST guérissables à travers le monde (*Gonorrhée*, infection à *chlamydia*, *syphilis*, *trichomonas*).

Le taux de transmission d'une maladie se définit comme le nombre de nouveaux cas à partir d'un malade reconnu. Il permet d'évaluer le bénéfice de la prévention. Environ 1 million d'infections sexuellement transmissibles apparaissent chaque jour. Chaque année, plus d'un adolescent sur 20 contractent une IST guérissable

(infections virales exclues). Sur les 330 millions d'IST contractées dans le monde chaque année, quelques 150 millions touchent des jeunes âgés de moins de 25 ans et 100 millions de jeunes âgés de moins de 20 ans. Le taux de prévalence des IST semble être plus élevé dans les pays en voie de développement. Et parmi les régions en voie de développement, les IST semblent être plus répandues en Afrique qu'en Asie ou en Amérique Latine. Ainsi en 1995, le nombre de cas, d'IST guérissables chez l'adulte était approximativement de 14 millions, 36 millions, 65 millions respectivement en Amérique du Nord, Amérique Latine et en Afrique.

3. CARACTÈRES COMMUNS DES IST :

- Les IST ont souvent une incubation longue avec une possibilité de contamination alors qu'il n'y a pas de symptômes.
- Elles n'affectent que l'homme ou la femme : il n'y a pas de réservoir animal.
- Le réservoir est surtout constitué de femmes asymptomatiques et de groupe à risque : prostituées, homosexuels.
- Leur transmission se fait exclusivement par voie sexuelle à l'exception du VIH, du virus de l'hépatite B, du *gonocoque* et du *chlamydiae* chez l'enfant.
- Elles touchent des adolescents et des adultes (surtout célibataires) des milieux pauvres, en milieux urbains, habitant les pays en voie de développement.
- Les comportements influencent fortement sur leur transmission. Leur association est très fréquente, d'où la rechercher systématiquement.

4. FACTEURS RESPONSABLES DE LA RECRUESCENCE DES IST :

Ces facteurs ont été définis par l'OMS et sont d'ordre démographique ; médical ; socio-économique ; et culturel qui méritent une attention particulière. En effet, divers changements d'attitudes culturellement déterminés en rendant toutes sortes

d'activités possibles ont contribué à accroître l'exposition aux stimuli sexuels pendant que la tolérance accrue à l'égard des comportements a entraîné une liberté des mœurs. Ainsi le libertinage sexuel étendu à la pluralité des partenaires est devenu une norme dans certains groupes. Ajouter à cela l'expansion de la scolarisation exposant de nombreux adolescents à l'influence d'un environnement urbain où ils ne sont pas soumis à celle de leurs parents et levant ainsi les inhibitions, qui pesaient sur une expression plus libre de leur sexualité, encore plus importante est l'insuffisance d'éducation sexuelle ainsi que le stigmate attaché aux IST c'est-à-dire la honte et le caractère tabou.

5. LES DIFFÉRENTES IST :

5.1. LA GONOCOCCIE :

Le mot *gonorrhée* est d'origine grecque. Il est de **GALIEN** et signifie écoulement de semence. Plus tard **RABELAIS** lui donnait le nom de « chaude pissé ».

Agent causal :

Découvert en 1879 par **Albert NEISSER** dans le pus urétral et oculaire, il lui donna par la suite le nom de *Neisseria gonorrhée*. Il se présente sous forme de diplocoque Gram négatif en grain de café. Il est fragile et sensible aux variations de température et de PH. Il est très souvent associé à *Chlamydia trachomatis*, à *Candida albicans*, au *Trichomonas vaginalis* et au *Mycoplasme*.

Epidémiologie :

La blennorragie est une maladie très répandue. Elle est la principale cause d'urétrite chez l'homme dans les pays en développement. Le risque de contracter une gonococcie est de 30 à 40% pour un homme sain par des rapports sexuels vaginaux. Le taux annuel de nouveaux cas de *gonorrhée* dans les grandes villes Africaines varie de 3000 à 10 000 par 100 000 habitants c'est-à-dire jusqu'à une

personne sur 10. Par comparaison, aux Etats Unis l'incidence annuelle de *gonorrhée* était de 233 pour 100 000 habitants en 1991 ; et en Suède elle était de 30 pour 100 000 habitants en 1987.

5.2. INFECTIONS À CHLAMYDIA TRACHOMATIS :

Agent causal :

Les *chlamydias* sont des minuscules bactéries sphériques de 300 pm de diamètre. Ce sont des parasites intracellulaires obligatoires ayant beaucoup d'affinité pour les cellules de revêtement cylindrique où elles trouvent des sites d'attachement. La *chlamydia* comprennent deux espèces caractéristiques : *C. trachomatis* et *C. psittacci* aux quelles on peut ajouter récemment *C. pneumoniae* (ancienne souche TWAR). Seul *C. trachomatis* est responsable d'infections uro-génitales.

Epidémiologie :

Dans les pays en voie de développement, les *chlamydias* représentent avec les gonocoques, les principales causes d'urétrite chez l'homme. Ils sont fréquemment retrouvés au cours de la gonococcie. La prévalence des infections génitales à *chlamydiae* chez les femmes enceintes en milieu urbain africain varie de 6,3 à 13%.

5.3. INFECTIONS GÉNITALES À MYCOPLASME :

Agent causal :

Les mycoplasmes sont des procaryotes (protistes sans membrane nucléaire). Ce sont des bactéries sans paroi, ce qui a pour conséquence une insensibilité totale à tous les antibiotiques qui agissent sur la synthèse de la paroi bactérienne. Ils sont sensibles aux variations de l'environnement. Il existe plus de 80 espèces dont une dizaine isolée dans les cavités naturelles de l'homme parmi lesquelles quatre sont pathogènes pour l'homme : *Mycoplasma pneumoniae*, *M. hominis*, *M. genitalium*

et *Uréaplasma urealyticum*. D'autres espèces sont de simples commensaux des voies génitales.

- **Epidémiologie** :

M. hominis, *M. genitalium* et *U. urealyticum* sont des commensaux opportunistes des voies génitales basses chez l'homme. Leur augmentation en nombre entraîne un déséquilibre de la flore commensale ce qui explique leur pathogénicité pour l'homme. *U. urealyticum* est retrouvé dans 15 à 20% des *urétrites non gonococciques* et il est isolé 2 à 3 fois plus fréquemment chez l'homme que chez la femme. Aux Etats-Unis on évalue à plus de 2,5 millions le nombre d'hommes touché annuellement par la maladie.

5.4. INFECTIONS GÉNITALES À TRICHOMONAS VAGINALIS :

- **Agent causal** :

C'est un protozoaire eucaryote mesurant 7 à 23 µm de long sur 5 à 12 µm de large. Il possède 5 flagelles lui permettant son déplacement.

- **Epidémiologie** :

Reconnue par l'OMS en 1954 comme IST, cette infection uro-génitale représente 15% des urétrites non gonococciques. On estime à 180 millions le nombre de cas annuels dans le monde.

5. 5. INFECTIONS À TREPONEMA PALLIDUM :

La syphilis est une maladie infectieuse très contagieuse, transmise en général par les rapports sexuels. C'est une affection remarquable par la diversité de ses manifestations cliniques et son aptitude à demeurer latente pendant des années.

- **Agent causal** :

T. pallidum agent responsable de la syphilis est une bactérie mobile non cultivable dont le réservoir est humain. En fait il existe des tréponématoses non vénériennes dues à *T. pertenue* et à *T. caratea* morphologiquement identiques à *T. pallidum*, responsable du pian et de la pinta. *T. pallidum* est fragile et est rapidement détruit s'il n'y a pas d'humidité. Il est très sensible aux antiseptiques dont le savon. Il est détruit lors de la conservation du sang à des températures inférieures à 4° c.

- **Epidémiologie** :

La transmission est soit vénérienne ; soit par transfusion de sang d'un patient atteint de syphilis primo secondaire ou en période d'incubation ; elle est soit verticale, transplacentaire (syphilis congénitale). La prévalence des sérologies positives de la syphilis chez les femmes enceintes en milieu urbain africain va de 0,9 à 17,5%. Le risque de contracter la syphilis par un rapport sexuel avec un sujet infecté est inférieur à 30% ; 20 à 40% des syphilis primaires et secondaires non traitées évoluent vers la forme tertiaire avec un taux de mortalité de 20%.

5. 6. LE CHANCRE MOU :

- **Agent causal** :

C'est un bacille Gram négatif auto inoculable, à bouts arrondis : *Haemophilus ducreyi*. Il est responsable d'ulcérations nécrotiques douloureuses des organes génitaux et d'adénopathies inguinales inflammatoires.

- **Epidémiologie** :

La contamination est sexuelle. Elle se fait souvent à partir des prostituées en milieu défavorisé. Très fréquent dans les pays en voie de développement, il représente 60% des ulcérations génitales dans certains pays d'Afrique.

5.7. LES AUTRES IST :

Les autres agents pathogènes courants, responsables d'IST :

a. Bactérie :

- *Calymmatobacterium granulomatis* responsable de la donovanose.

b. Virus :

- VIH agent pathogène du SIDA ;
- *Papillomavirus* responsable de végétations vénériennes, de cancers épithéliaux génitaux et anaux, de papillomes laryngés de l'enfant ;
- *Herpes simplex* responsable d'herpes génital ;
- Virus de l'hépatite B.

c. Champignon

Candida albicans responsable de balanite, de balano-posthite, de vulvo-vaginite.

6. PRISE EN CHARGE DES IST :

6.1. PREVENTION PRIMAIRE :

a. Individuelle :

Elle nécessite une intervention sur les comportements, intervention possible par :

- l'intermédiaire du système de santé, l'école, les associations et les médias ;
- l'utilisation de préservatifs et de virucides ;
- la réduction du nombre de partenaire sexuelle ;
- la notification et le traitement des partenaires sexuelles à partir du malade ;
- le dépistage et le traitement des autres IST devant un cas ;
- le traitement précoce des IST et l'éducation sexuelle dans les écoles.

b. Institutionnelle :

Elle doit viser la modification des conditions sociales favorisant les IST :

- contrôle sanitaire ou interdiction de la prostitution ;

- isolement des sujets infectés ;
- déclaration obligatoire, recherche des partenaires potentiellement contaminés ;
- dépistages systématiques : sérologie de la *syphilis* et des VIH lors du mariage, chez les groupes à risque ;
- soutien financier pour abaisser le prix des préservatifs et des médicaments essentiels pour le traitement des IST ;
- création de travail pour les femmes seules, réinsertion des prostituées ;
- éducation des femmes ;
- lutte contre le déséquilibre de proportion homme/femme en milieu urbain ;
- adaptation des schémas thérapeutiques standardisés à la prévalence des résistances aux antibiotiques ;
- vaccination HVB.

6.2. PRÉVENTION SECONDAIRE :

Le but du traitement précoce des IST est :

- de faire disparaître les symptômes ;
- d'éviter des complications et des séquelles ;
- de diminuer le risque de transmission du VIH. Actuellement on dispose de plusieurs médicaments pour le traitement efficace des IST.

E. INFECTIONS À VIH/SIDA :

1. HISTORIQUE :

L'histoire du SIDA débute en juin 1981. Mais les premiers cas d'infection à VIH, diagnostiqués rétrospectivement, remontent au début des années 1960 ; et l'épidémie actuelle s'est probablement développée à bas bruit durant les années 1970. En 1981,

les épidémiologistes du centre de lutte contre les maladies (CDC), basé à Atlanta, aux Etats-Unis inquiets d'une demande anormalement élevée de Pentamidine, découvrent, après enquête, une épidémie de pneumopathie à *Pneumocystis jirovecii* chez des adultes dont le trait commun est l'homosexualité et qui étaient antérieurement sains. Plus tard dans la même population d'homosexuels la survenue d'autres manifestations d'immunodéficience, ainsi que de sarcomes de Kaposi est décrite. Un déficit de l'immunité cellulaire est mis en évidence chez ces malades et la maladie prend son nom définitif de SIDA. [43]. L'affection est ensuite décrite en Europe, d'autres groupes à risque identifiés (transfusés et toxicomanes par voie veineuse). Par la suite, elle est rapportée en Haïti et en Afrique Centrale. En 1983, un virus est identifié par les virologistes Français puis Américains, virus qui, après quelques événements fâcheux, prend le nom de virus de l'immunodéficience humaine. En 1986, un deuxième virus est cultivé à partir de patients originaires d'Afrique de l'Ouest, le VIH2. [43].

2. EPIDEMIOLOGIE :

On estime à 33,2 millions [30,6 millions-36,1millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde en 2007, soit 16% de moins que l'estimation de 39,5 millions [34,7millions-47,1millions] publiée en 2006 (ONUSIDA/OMS, 2006). L'Afrique sub saharienne reste la région du monde la plus touchée par l'épidémie du Sida. Plus de deux tiers (68%) de toutes les personnes infectées par le VIH vivent dans cette région. On estime que 1,7millions [1,4 millions-2,4 millions] de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2007, ce qui porte à 22,5millions [20,9 millions-24,3 millions] le nombre total de personnes vivant avec le virus.

En Amérique du nord, Europe occidentale et Europe centrale quelques 2,1 millions [1,1 millions-3,0 millions] de personnes vivent avec le VIH en Amérique du nord et en Europe occidentale et centrale en 2007, y compris les 78000 [19000-86000] qui ont

contracté une infection à VIH au cours de l'année écoulée.

En Asie, on estime que 4,9 millions [3,7 millions-6,7 millions] de personnes vivent avec le VIH en 2007, y compris les 440000 [210000-1,0 millions] de personnes qui ont été nouvellement infectées au cours de l'année écoulée.

Le Mali comme tous les autres pays d'Afrique de l'Ouest est concerné par l'épidémie du VIH qui sévit dans le monde.

▪ **Cas du Mali**

Au Mali en 1985 le premier cas de VIH a été diagnostiqué chez un malade à l'Hôpital Gabriel Touré. Le taux de prévalence du Mali en 2006 est de 1,3% [16]. De 1985 à 2002, on avait estimé à 10304 les cas cumulatifs ; 170000 PVVIH et 45000 orphelins. Ce taux était faible par rapport à celui de l'Afrique subsaharienne [40]. Sur le plan institutionnel, les avancées sont marquées par la création du HCNLS doté d'un secrétariat exécutif, l'adoption de la déclaration de politique nationale de lutte contre le SIDA ainsi que des engagements internationaux et nationaux (la déclaration d'Abuja, les OMD et la session spéciale des nations unies sur le VIH/SIDA, l'initiative 3X5 d'accès aux ARV de l'OMS, la déclaration de politique de lutte contre le VIH/SIDA adapté au Mali en AVRIL 2004 etc.). Dès lors, le nombre de cas de VIH au Mali suit une courbe ascendante [39].

3. MODES DE TRANSMISSION :

Le VIH a été isolé dans le sperme, le sang, les ganglions, les sécrétions vaginales, le liquide céphalo-rachidien, la salive, l'urine, les larmes, le lait maternel, le plasma des personnes atteintes. Mais il n'a pas été rapporté de transmission par les larmes, la salive, les objets au contact des micro-organismes pathogènes et dans l'entourage du sujet séropositif ou atteint du VIH (par les contacts familiaux non sexuels). En effet pour qu'il y ait transmission, il faut une porte d'entrée et une charge virale importante

pour la contamination. Cette transmission peut se faire par :

- **Voie sexuelle :**

C'est le mode le plus fréquent de dissémination. Il met en cause les rapports homosexuels ou hétérosexuels. Chez les hétérosexuels, le risque de transmission lors d'un seul rapport est faible (0,2% contre 30% par exemple pour le gonocoque). Sans pour autant oublier qu'un seul rapport sexuel peut être contaminant. Certains facteurs accroissent le risque de transmission du VIH, entre autre la pratique de la sodomie, si la partenaire est séropositive ; les rapports sexuels pendant la période des règles si la femme est séropositive, les antécédents d'IST.

- **Voie parentérale :**

Par transfusion de sang ou dérivés sanguins contaminés, inoculation parentérale par du matériel souillé, par une plaie cutanéomuqueuse.

- **Voie verticale (materno-foetale) :**

Surtout en fin de grossesse et au moment de l'accouchement.

4. RÉPARTITION DES VIH :

Le VIH 1 provient de presque toutes les régions du monde alors que le VIH2 provient de façon exclusive de l'Afrique de l'Ouest et dans de rares pays d'Afrique Centrale. Le VIH 1 a une prévalence surtout élevée en Afrique Centrale et de l'Est tandis que le VIH2 a une prévalence élevée en Afrique de l'Ouest. [43].

F. RELATIONS ENTRE IST ET VIH :

Les IST/VIH sont toutes causées par le même comportement sexuel à risque : multi partenariat sexuel, rapports sexuels non protégés. Depuis l'avènement du VIH, il est unanimement admis que la lutte contre cette « peste des temps modernes » passe

par une prise en charge adéquate des IST. Ces IST augmentent le risque de transmission du VIH pour deux raisons majeures :

- Les IST ulcératives ouvrent une porte directe au VIH dans le système sanguin de la personne infectée ;
- Dans tous les cas, ces IST 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 permettant au VIH de pénétrer dans le corps. En effet, les simulations fondées sur les données d'une cohorte de 10 000 habitants du Sud-ouest Ougandais semblent indiquer que plus de 85% des infections à VIH survenues durant les dix premières années de l'épidémie (1980 - 1990) pourraient être imputables aux IST.[3]. Selon l'un des scénarios envisagés, la probabilité de contamination était 2 et 10 fois plus importante respectivement en présence d'une IST non ulcérée (*Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasme...*) ou ulcérée (Syphilis, Chancre mou, Lymphogranulomatose, Donovanose). [3].

METHODOLOGIE

1. Cadre de l'étude :

Notre étude a été effectuée au lycée Monseigneur Luc August SANGARE. C'est un établissement d'enseignement secondaire général de la Rive gauche du District de Bamako qui fût crée le 1^{er} Octobre 1999 par l'arrêté N° 040635 du 29/03/2004. Il a ouvert ses portes le 14 Octobre 2000.

Il est situé en Commune II du District de Bamako. Ces limites sont :

A l'Est, l'immeuble Kola CISSE dit « djinè »

A l'Ouest, la fondation santé partage Bernard DUFLO et l'alliance pour la démocratie et le progrès (ADP).

Au Nord, la Rue qui mène au complexe sportif Sidi Mohamed dit « Man »

Et au Sud, la station totale.

La capacité d'accueil est de 1620 élèves ; l'effectif actuel est respectivement 1600 élèves pour 52 professeurs dont 48 hommes et 4 femmes. Le personnel de l'administration se chiffre à 11. Les élèves sont repartis entre 17 salles ordinaires et 4 salles spécialisées dont 6 classes pour les 10^{ème} années ; 5 classes pour les 11^{ème} années ; 16 classes pour les terminales et deux sections lettres et sciences.

2. Période de l'étude :

L'étude a duré trois (3) mois allant du 02 Janvier au 30 Mars 2007, la période où nous étions disponibles pour mener à bien l'enquête, mais nécessaire pour la collecte du plus grand nombre d'échantillon.

3. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale prospective portant sur les connaissances, attitudes et pratiques des élèves du lycée Monseigneur Luc August SANGARE, sur la

planification familiale et les IST/VIH afin de trouver des voies et moyens nécessaire à l'adoption de solution à ces problèmes.

4. Population Cible :

Il s'agissait de l'ensemble des élèves du lycée Monseigneur Luc August SANGARE de sexe masculin ou féminin, âgés de 12 à 25 ans inscrits pour l'année scolaire en cours (2006-2007) et présents en classe au moment du recrutement. Il s'élève à 330 enquêtés dont 195 filles et 135 garçons repartis entre les 10^e, 11^e et 12^e années.

4 1. Critères d'inclusion :

Les élèves des deux sexes inscrits pour l'année scolaire 2006- 2007, recensés et ayant donné leur consentement éclairé ont participé à l'étude.

4 2. Critères de non inclusion :

Seront exclus de l'étude tous les élèves non inscrits au dit lycée pour l'année scolaire 2006- 2007 et ceux ayant refusé de participer à l'étude.

.Collecte des données :

Le support des données a été un questionnaire administré à l'élève au moment de l'enquête. Le questionnaire comportait quatre parties : L'identification de l'élève ; la connaissance en matière de PF ; la connaissance en matière d'IST/VIH ; la recherche du comportement à risque.

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

5. Echantillonnage :

Il est calculé selon la formule suivante :

$$N = \frac{\sum^2 \alpha x P Q}{I^2}$$

N : Taille de l'échantillon

P : Connaissance des lycées étudiés (80%) selon Sidibé et al.2006

Q : 1-p=0,7

I : 5%

$\sum = 1,96$ pour $\alpha=0,05$ La taille minimale $n=322,69 \approx 330$

5.1 Les variables mesurées :

5.1.1 Les variables qualitatives : Le niveau scolaire, les types de contraceptifs utilisés, la résidence des parents, antécédents d'interruption volontaire de la grossesse, la connaissance sur la planification, les IST/VIH.

5.1.2 Les variables quantitatives :

L'âge des premiers rapports sexuels, le nombre de partenaire sexuel

5.2 Techniques de mesure des variables :

Tous les sujets ayant donné leur consentement ont répondu à toutes les questions mentionnées sur les fiches d'enquêtes.

5.3 Analyse et saisie des données :

Les données seront saisies et analysées sur le logiciel Epi-info version 6.04d de l'OMS/CDC Atlanta. Khi deux, le test exact de Fisher et l'odd ratio seront utilisés pour la comparaison avec un seuil de signification fixe à 5%.

5.4 Définition opérationnelle :

5.4.1 Niveau de vie : Nous l'avons classé en quatre (4) catégories selon « les biens » des parents. Cela à défaut d'avoir le revenu exact par famille. Pour ce faire, nous avons procédé à la division des biens en deux groupes A et B :

<i>Groupe A</i>	Groupe B
Location	électricité
Latrines	Réfrigérateur
Puits	Voiture
WC	Moto
Robinet	

Quatre (4) stades de niveau de vie ont été dégagés de ce regroupement, il s'agit :

-**Niveau 0** : Niveau très faible, représenté par tout ménage qui se trouve en location et ne possédant qu'un puits et une latrines.

-**Niveau 1** : Niveau faible, représenté par ce qui regroupe les éléments du niveau 0 avec au moins deux (2) éléments du groupe A.

-**Niveau 2** : Niveau moyen, représenté par les familles qui regroupent les éléments du groupe 1 avec au plus deux (2) éléments du groupe B.

-**Niveau 3** : Niveau bon, représenté par les familles qui regroupent les éléments du niveau 1 avec au moins trois (3) éléments du groupe B.

Ce qui nous a intéressés dans ce chapitre c'est le niveau de vie de la famille dont l'élève est originaire (Bamako, hors de Bamako)

5.4.2 Le comportement sexuel :

Dans le sous chapitre « discussion avec les partenaires sexuels », ont été considérés comme partenaire sexuel les élèves qui avaient un ou des copains ou une ou des copines avec lesquels ils avaient des rapports sexuels.

6. Aspects éthiques :

Avant le début de l'enquête, d'amples informations ont été fournies aux élèves et à l'administration scolaire sur les objectifs et la confidentialité de l'entretien. Nous avons reçu l'autorisation de l'administration et le consentement éclairé verbal de chaque élève. Au cours de l'interview les zones d'ombres identifiées étaient éclairées à la fin du questionnaire.

Les problèmes de santé révélés avaient été signalés dans un centre de santé pour la prise en charge.

Lors de l'entrevu qui nous avait été accordé au cours de la semaine culturelle du lycée, certains élèves et membres de l'administration avaient reçu des préservatifs.

7. Chronogramme des activités :

Année	2007												2008											
	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	
Recherche bibliographique	x																							
Rédaction de Protocole et fiche d'enquête	x																							
Enquête proprement dite	x	x	x																					
Rédaction des Généralités				x	x	x	x	x																
Analyse des Données									x	x	x	x												
Corrections du Jury													x	x	x	x	x	x	x					
Soutenance																			x	x	x	x	x	

Résultats

1. Résultat descriptif :

1.1 Renseignements généraux :

Tableau I : Répartition des élèves selon la Commune de résidence.

Commune	Effectif	Pourcentage
I	144	43,6
II	135	40,9
III	46	13,9
IV	5	1,5
TOTAL	330	100

Les Communes I et II étaient les plus représentées avec respectivement 43,6% et 40,9%.

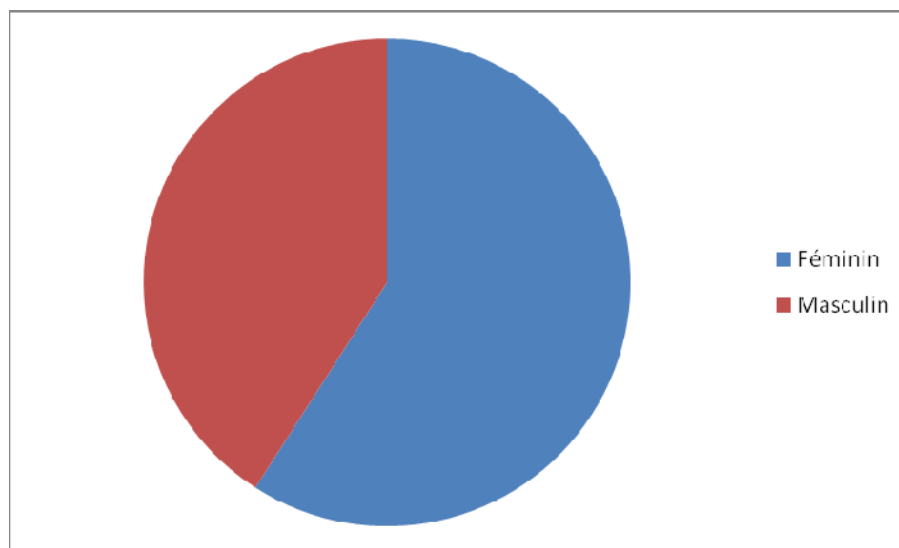


Figure 1 : Répartition des élèves selon le sexe.

Les filles étaient majoritaires dans l'échantillon : 59,1% contre 40,9% pour les garçons, avec un sexe ratio de 0,69.

Tableau II : Répartition des élèves selon la classe.

Classe	Effectif	Pourcentage
12 ^{ème}	219	66,3
11 ^{ème}	56	17,0
10 ^{ème}	55	16,7
TOTAL	330	100

La classe de 12^{ème} était la classe majoritaire de l'échantillon, soit 66,3%.

Tableau III: Répartition des élèves selon les tranches d'âges.

Tranches d'âges	Effectif	Pourcentage
18 – 19ans	175	53,0
15 – 17ans	118	35,8
20 ans et plus	37	11,2
TOTAL	330	100

La majorité des élèves avait un âge compris entre 18 -19 ans, soit 53,0%.

Tableau IV : Répartition des élèves selon la résidence des parents.

Résidence	Effectif	Pourcentage
Bamako	273	82,7
Koulikoro	15	4,6
Kayes	14	4,3
Sikasso	8	2,4
Ségou	8	2,4
Mopti	5	1,5
Gao	3	0,9
Tombouctou	2	0,6
Kidal	2	0,6
TOTAL	330	100

La majorité des parents d'élèves résidaient à Bamako, soit 82,7%.

Tableau V : Répartition des élèves selon leur ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	154	46,7
Malinké	37	11,2
Sarakolé	36	10,9
Peulh	35	10,6
Sonrhaï	15	4,5
Senoufo	15	4,5
Dogon	14	4,2
Tamasheq	9	2,7
Autres*	8	2,4
Minianka	7	2,1
TOTAL	330	100

Autres *: Bobo, Kassonke, Mossi, Bozo.

L'Ethnie Bambara était majoritaire dans l'échantillon, soit 46,7%.

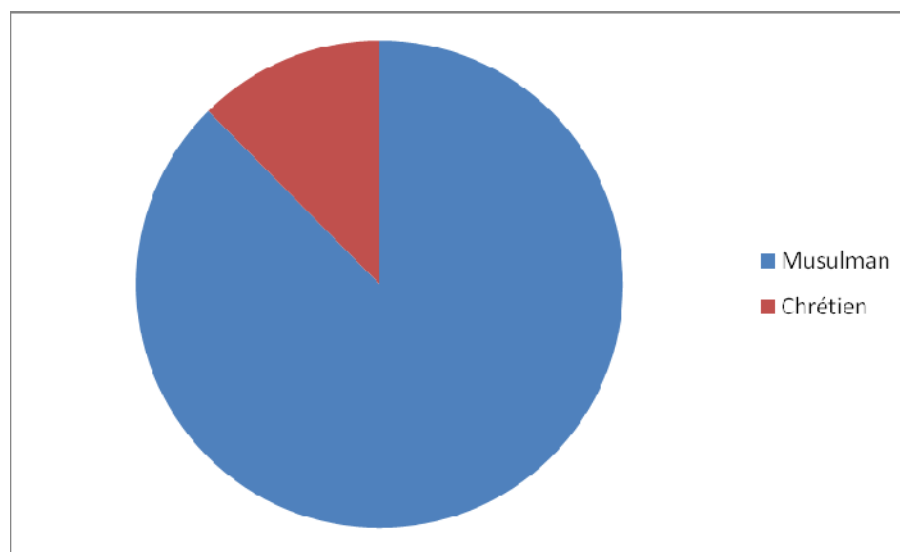


Figure 2 : Répartition des élèves selon la religion.

La religion Musulmane était majoritaire, soit 87,6%.

Tableau VI: Répartition des élèves selon la profession du père

<i>Profession du père</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Fonctionnaire	198	60,0
Commerçant	96	29,1
Artisan	29	8,8
Cultivateur	7	2,1
TOTAL	330	100

La majorité des élèves avaient des pères fonctionnaires, soit 60,0%.

Tableau VII: Répartition des élèves selon le niveau de scolarisation du père.

<i>Niveau de scolarisation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Supérieur	139	42,1
Secondaire	69	20,9
Non scolarisé	67	20,3
Primaire	36	10,9
Medersa	13	3,9
Alphabétisé	06	1,8
TOTAL	330	100

Les pères avec un niveau supérieur étaient majoritaire, soit 42,1%.

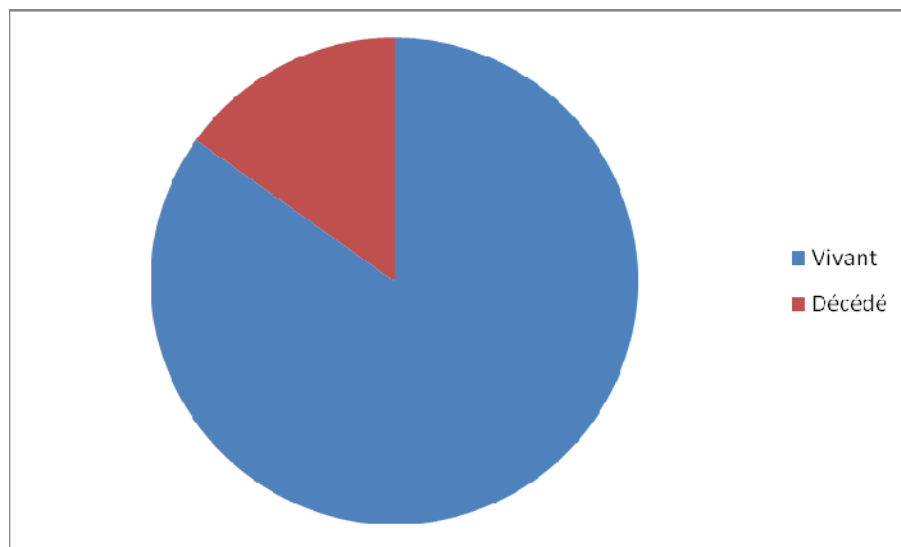


Figure 3 : Répartition des élèves selon le statut du père

La majorité des pères étaient vivants, soit 84,8%.

Tableau VIII: Répartition des élèves selon la profession de la mère.

Profession de la mère	Effectif	Pourcentage
Ménagère	181	54,8
Fonctionnaire	110	33,3
Commerçante	37	11,2
Artisane	2	0,6
TOTAL	330	100

La majeure partie des femmes étaient ménagères, soit 54,8%.

Tableau IX : Répartition des élèves selon le niveau de scolarisation de la mère.

Niveau de scolarisation	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	128	38,8
Secondaire	89	27,0
Primaire	55	16,7
Supérieur	46	13,9
Medersa (niveau primaire)	12	3,6
TOTAL	330	100

Dans notre échantillon 16,7% des mères avaient atteint le niveau primaire.

Tableau X: Répartition des élèves selon le niveau de vie des parents.

Niveau de vie des parents	Effectif	Pourcentage
Bon	193	58,5
Moyen	110	33,3
Faible	16	4,9
Très faible	11	3,3
TOTAL	330	100

Selon notre classification 58,5% des parents avaient un niveau de vie bon.

Connaissance en matière de planification familiale (PF)

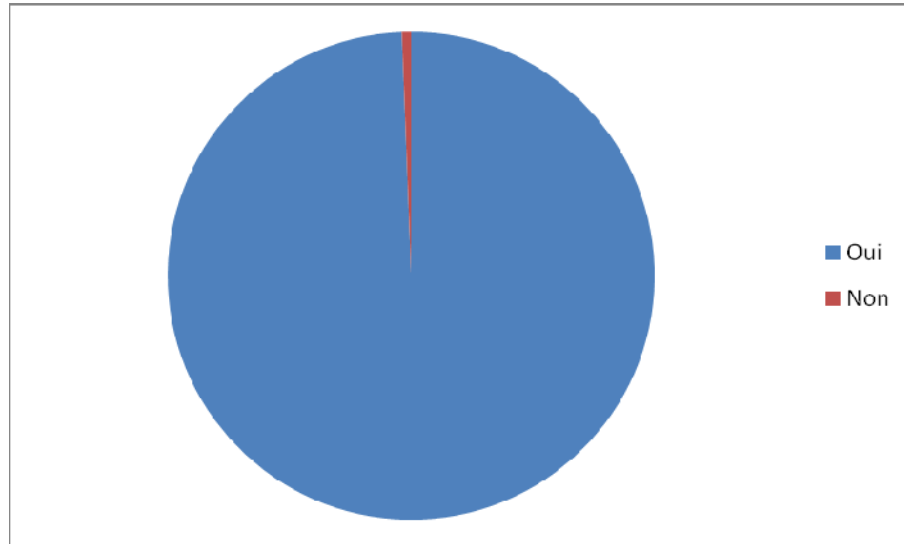


Figure 4 : Répartition des élèves selon qu'ils aient entendu parler de planification familiale.

La presque totalité des élèves avaient entendu parler de planification familiale soit 99,4%.

Tableau XI : Répartition des élèves selon le sens donné à la planification familiale.

Sens donné à la Planification	Effectif (n=330)	Pourcentage
Espacement des naissances	321	97,3
Santé de la mère	316	95,8
Moins de naissance	241	73,0
Meilleure éducation	206	62,4
Santé de l'enfant	156	47,3
Moins de dépense	144	43,6
Famille heureuse	125	37,9
Autres	01	0,3

Le sens donné à la planification familiale par les élèves enquêtés était dans la majorité des cas : l'espacement des naissances et la santé de la mère soit respectivement 97,3% et 95,8%.

Tableau XII: Répartition des élèves en fonction des méthodes contraceptives.

Méthodes contraceptives	Effectif (n=330)	Pourcentage
Préservatif	323	97,9
Pilule	239	72,4
Contraceptif injectable	70	21,2
Allaitement maternel	45	13,6
Dispositif intra-utérin	26	7,9
Spermicide	26	7,9
Norplant	20	6,1
Méthode traditionnelle	2	0,6
Ne sait pas	2	0,6

Le préservatif était le moyen contraceptif le plus connu, soit 97,9% ; la méthode traditionnelle était la moins citée avec 0,6%.

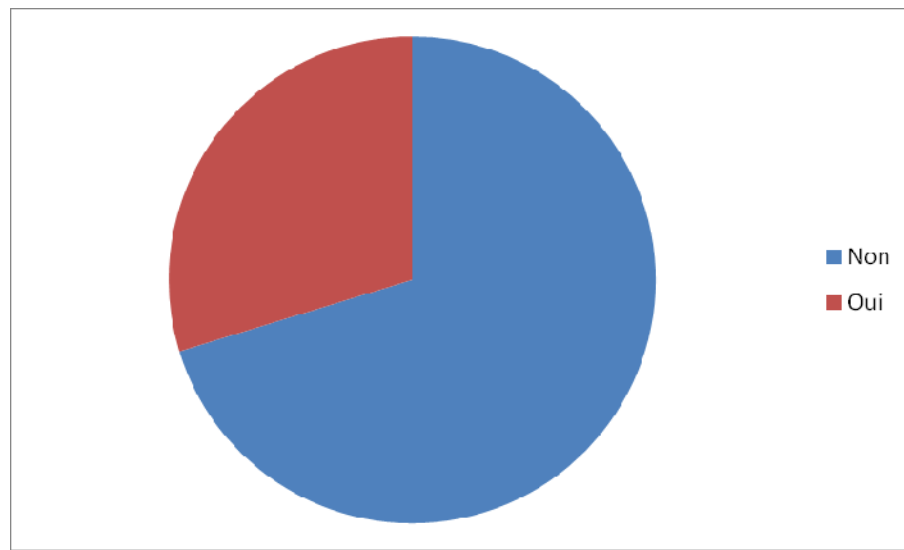


Figure 5 : Répartition des élèves selon qu'ils ont déjà utilisé une méthode contraceptive.

La majorité des élèves n'avaient pas utilisé de méthode contraceptive, soit 70,3%

Tableau XIII: Répartition des élèves qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive selon le type utilisé.

Type de contraceptif utilisé	Effectif	Pourcentage
Préservatif	33	56,9
Pilule	13	22,4
Confiance	8	13,8
Contraceptif injectable	4	6,9
TOTAL	58	100

Le préservatif était le moyen contraceptif le plus utilisé par les élèves, soit 56,9%.

Tableau XIV : Répartition des élèves en fonction des principales sources d'informations sur la planification familiale.

<i>Sources d'informations</i>	<i>Effectif (n=330)</i>	Pourcentage
Télévision	315	95,5
Radio	309	93,6
Amis /Amies	279	84,5
Journaux	161	48,8
Centre de santé	150	45,5
Frères et Sœurs	113	34,2
Ecole	103	31,2
Conférence	96	29,1
Mère	51	15,5
Père	32	9,7
Autres (Internet)	01	0,3

La principale source d'information sur la planification familiale était respectivement la télévision et la radio, soit : 95,5% et 93,6%.

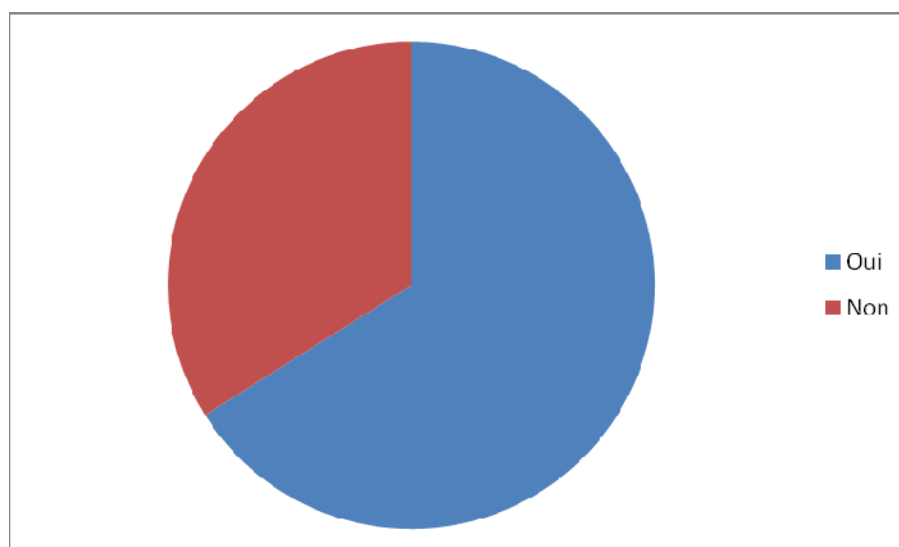


Figure 6 : Répartition des élèves Selon la connaissance de l'existence des services de prestation de planification familiale.

Dans notre échantillon 66,1% des élèves connaissaient l'existence de ces services.

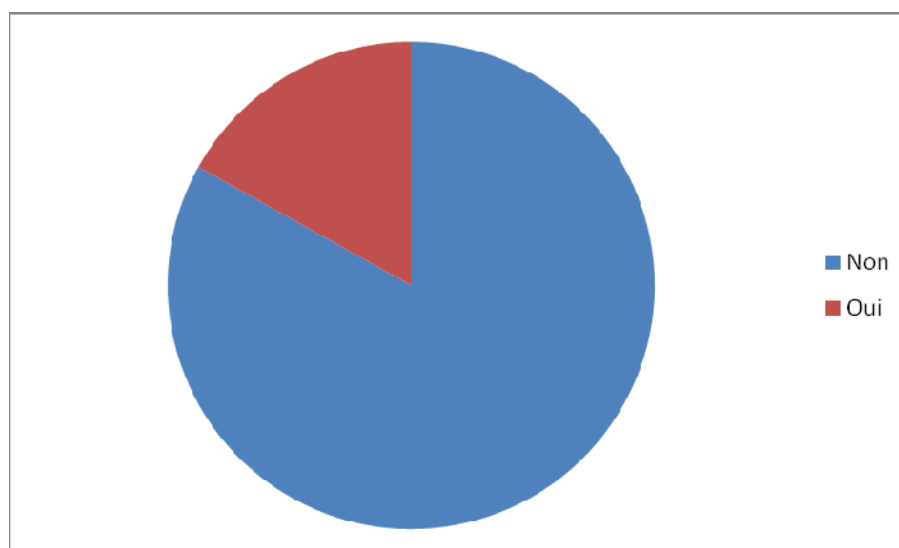


Figure 7: Répartition des élèves selon qu'ils ont fréquenté les services de prestation de planification familiale.

Les élèves qui étaient au courant de l'existence des services de prestation de planification familiale ; et qui avaient fréquenté ces services étaient 16,9%.

Tableau XV : Répartition des élèves en fonction des raisons pour lesquelles ils n'ont pas fréquenté les services de prestation de planification familiale.

<i>Les raisons</i>	<i>Effectif (n=162)</i>	Pourcentage
Pas besoin	103	63,6
Religion	28	17,3
Coutume	15	9,2
Peur de grossir	13	8,0
Autres*	3	1,9

Autres*(je n'aime pas, pas avant de se marier, ma préoccupation)

La raison de non fréquentation des services de prestation de planification familiale la plus évoquée était : « pas besoin », avec 63,6%.

Tableau XVI : Répartition des élèves selon l'intervalle inter génésique souhaité.

<i>Intervalle inter génésique (en année)</i>	Effectif	Pourcentage
1	3	0,9
2	140	42,4
3	145	43,9
4	27	8,2
5	14	4,2
6	1	0,3
TOTAL	330	100

L'intervalle inter génésique prédominant était 3 et 2 ans, soit respectivement 43,9% et 42,4%.

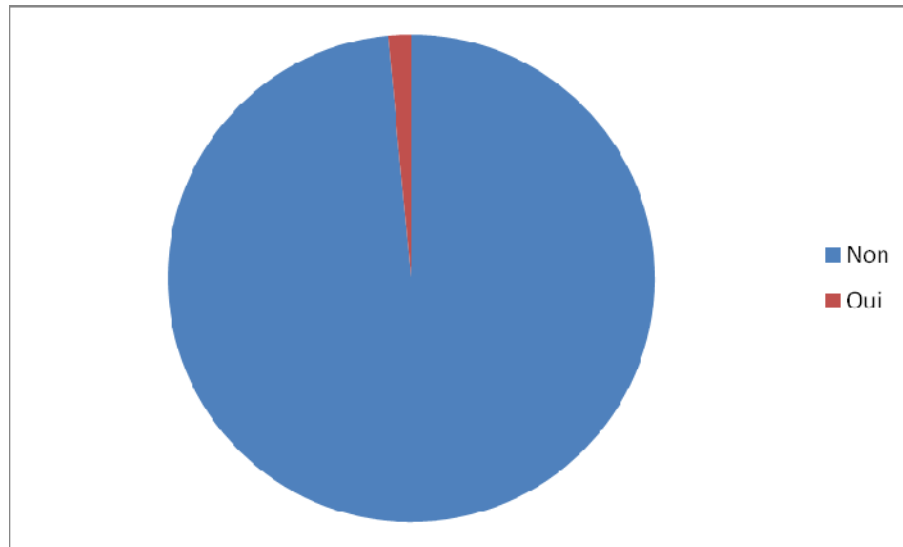


Figure 8 : Répartition des élèves selon qu'ils ont déjà fait un avortement provoqué (AP).

Les élèves qui affirmaient avoir fait un avortement provoqué étaient 1,5%.

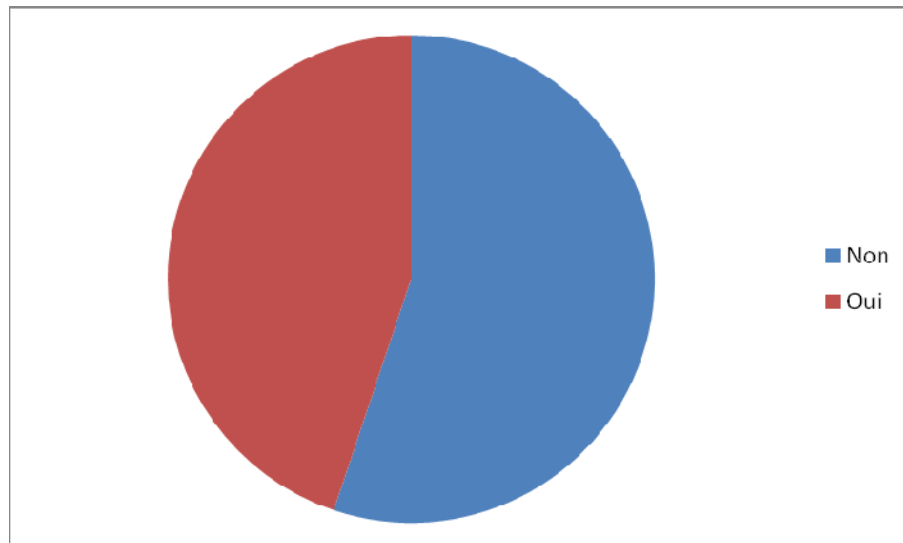


Figure 9 : Répartition des élèves selon qu'ils sont au courant des pratiques d'avortements par les adolescents.

Les élèves qui n'étaient pas au courant des pratiques d'avortement par les adolescents étaient majoritaires, avec 55,2%.

Tableau XVII : Répartition des élèves selon les risques d'avortements provoqués cités.

<i>Risques d'avortements cités</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
Mort	294	89,1
Stérilité	23	7,0
Infections urinaires	5	1,5
Hémorragie	5	1,5
Métrorragies	3	0,9

La mort était le risque le plus cité par les élèves, avec 89,1%.

Tableau XVIII : Répartition des élèves selon leur opinion sur les avortements provoqués.

<i>Opinion sur les avortements provoqués</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
Désapprouve	271	82,1
Pas de réponse	43	13,1
Approuve	16	4,8
TOTAL	330	100

La majorité des élèves désapprouvaient l'avortement provoqué, soit 82,1%.

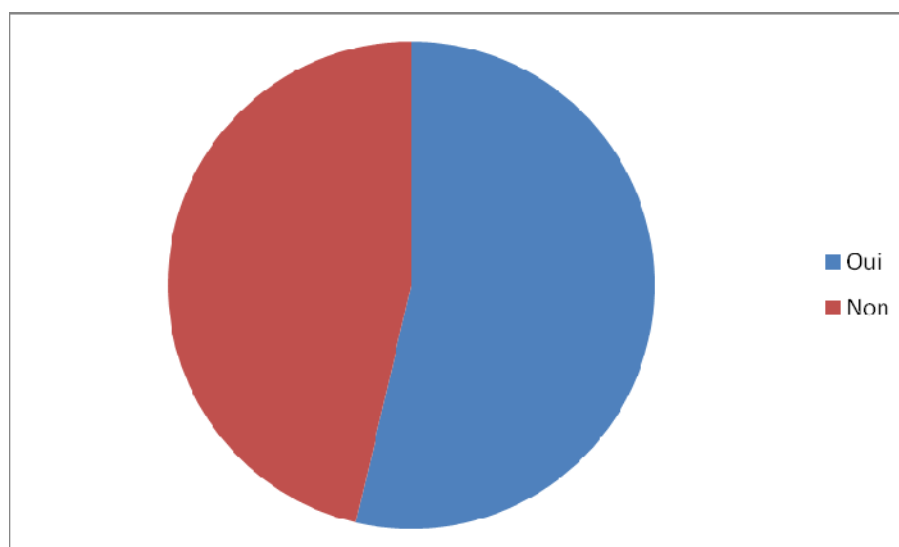


Figure 10: Répartition des élèves selon l'opinion sur la planification familiale.

Un peu plus de la moitié des élèves étaient pour la planification, soit 53,6%.

Tableau XIX : Répartition des élèves qui sont contre la planification familiale selon les raisons avancées.

Raisons	Effectif (n=153)	Pourcentage
Effets secondaires	100	65,4
Religion	40	26,1
Coutume	11	7,2
Autres (obésité, par peur)	2	1,3
TOTAL	153	100

Plus de la moitié des élèves avançaient comme raison les effets secondaires, soit 65,4%.

1.3. Connaissance en matière d'IST/SIDA

Tableau XX : Répartition des élèves en fonction des IST cités.

IST	Effectif (n= 330)	Pourcentage
VIH	329	99,7
Gonococcie	152	46,1
Trichomonas vaginalis	114	34,5
Syphilis	55	16,7
Chancre mou	29	8,8
Autres (chlamydia, herpes génital)	2	0,6

Le VIH était l'IST la plus citée par les élèves, avec 99,7%

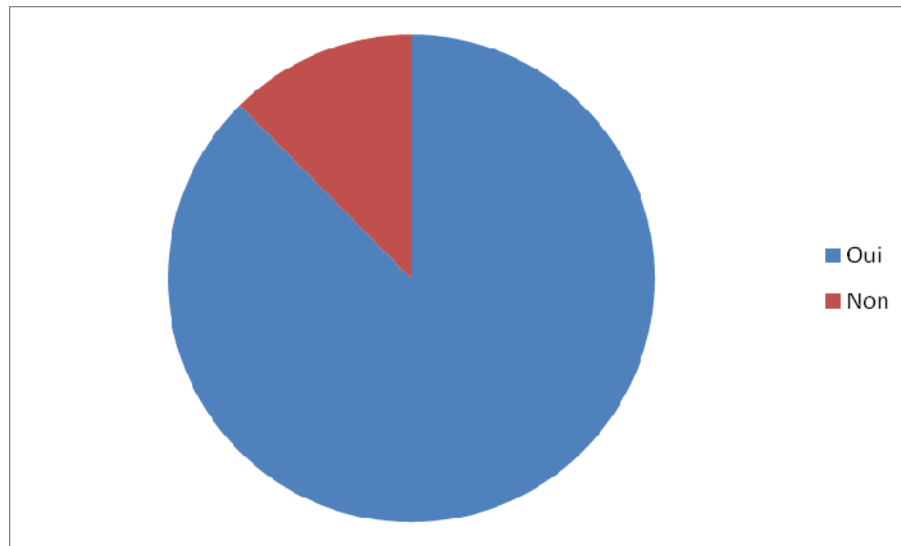


Figure 11: Répartition des élèves selon leur connaissance des voies de transmission du VIH.

La majorité des élèves avaient connaissance des voies de transmission du VIH, soit 87,6%.

Tableau XXI : Répartition des élèves selon les voies de transmission du VIH.

<i>Voies de transmission du VIH</i>	<i>Effectif (n=330)</i>	Pourcentage
Rapport sexuel avec une personne infectée	252	76,4
Usage de seringues souillées	275	83,3
Transfusion avec du sang infecté	184	55,8
De la mère au fœtus	129	39,1
Autres (excision, lame, ciseaux)	6	1,8

L'usage de seringues souillées et le rapport sexuel avec une personne infectée étaient les voies de transmission du VIH les plus citées, soit respectivement 83,3% et 76,4%.

Tableau XXII : Répartition des élèves selon les moyens cités pour la réduction de la transmission du VIH par voie sexuelle.

<i>Moyens cités (prévention)</i>	<i>Effectif (n= 330)</i>	Pourcentage
Utiliser les préservatifs	305	92,4
Limiter le nombre de partenaire	218	66,1
S'abstenir de rapports sexuels	139	42,1
Choisir un partenaire non infecté	124	37,6
Traiter précocement les IST	86	26,1
Autres (fidélité)	2	0,6

La majorité des élèves avaient cités comme moyen, l'utilisation des préservatifs, soit 92,4%.

Tableau XXIII : Répartition des élèves selon leurs principales sources d'informations sur les IST/VIH.

<i>Sources d'informations</i>	<i>Effectif (n=330)</i>	Pourcentage
Télévision	316	95,8
Radio	315	95,5
Amis/Amies	231	70,0
Centre de santé	180	54,5
Journaux	174	52,8
Ecole	126	38,2
Conférence	107	32,4
Frères/Sœurs	99	30,0
Mère	49	14,8
Père	39	11,8

La télévision et la radio étaient les sources d'informations sur les IST/VIH les plus évoquées, soit respectivement 95,8% et 95,5%.

Tableau XXIV : Répartition des élèves selon leur opinion sur la possibilité d'être infecté par le virus du VIH sans avoir les symptômes de la maladie.

<i>Opinion</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
Oui	144	43,6
Non	133	40,3
Ne sait pas	53	16,1
TOTAL	330	100

Les élèves qui pensaient ; qu'il était possible d'être infecté par le virus du VIH sans en avoir les symptômes de la maladie étaient 43,6%.

Tableau XXV : Répartition des élèves selon leur croyance à l'existence du Sida.

<i>Croyance au Sida</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
Oui	299	90,6
Non	26	7,9
Ne sait pas	5	1,5
TOTAL	330	100

La majorité des élèves croyaient à l'existence du Sida, soit 90,6%.

Tableau XXVI : Répartition des élèves qui ne croient pas au Sida selon les raisons avancées.

<i>Raisons</i>	<i>Effectif (n=26)</i>	Pourcentage
Je ne crois pas	17	65,4
Imagination des blancs	4	15,4
Ne sait pas	3	11,5
Je n'ai pas vu un sidéen	2	7,7
TOTAL	26	100

Parmi les raisons de non croyance au Sida, le motif prédominant était : « je ne crois pas », soit 65,4%.

Tableau XXVII : Répartition des élèves selon la possibilité d'avoir une IST sans manifester les signes.

<i>IST sans signes</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
Ne sait pas	127	38,5
Non	113	34,2
Oui	90	27,3
TOTAL	330	100

Les élèves qui affirmaient ne pas savoir, comment peut-on avoir une IST sans manifester les signes étaient 38,5%.

Tableau XXVIII : Répartition des élèves selon le fait qu'une personne qui a une IST ne peut pas avoir le VIH.

<i>IST sans VIH</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
Ne sait pas	168	51,0
Oui	81	24,5
Non	81	24,5
TOTAL	330	100

Un peu plus de la moitié des élèves affirmaient ne pas savoir qu'une personne qui a une IST ne pouvait pas avoir le VIH, soit 51,0%.

Tableau XXIX : Répartition des élèves selon que le traitement précoce peut guérir un malade du VIH.

<i>Guérir du VIH</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
Ne sait pas	164	49,7
Non	87	26,4
Oui	79	23,9
TOTAL	330	100

Les élèves qui ne savaient pas que le traitement précoce ne pouvait pas guérir un malade du VIH étaient 49,7%.

Tableau XXX : Répartition des élèves selon qu'ils pensent que plus on a de partenaires sexuels, plus grand est le risque d'attraper une IST/VIH.

<i>IST/VIH</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
Oui	137	41,5
Ne sait pas	117	35,5
Non	76	23,0
TOTAL	330	100

Les élèves qui pensaient que plus on a de partenaires sexuels, plus le risque d'attraper une IST/VIH était grand, soit 41,5%.

Tableau XXXI : Répartition des élèves selon qu'ils pensent que l'utilisation du préservatif diminue le risque de transmission du VIH.

<i>Le préservatif diminue le risque d'attraper le VIH</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
Oui	301	91,3
Non	15	4,5
Ne sait pas	14	4,2
TOTAL	330	100

La majorité des élèves pensaient que l'utilisation du préservatif diminuait le risque de transmission du VIH, soit 91,3%.

Tableau XXXII : Répartition des élèves selon le moment de porter un préservatif.

<i>Moment de porter</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
Avant l'acte sexuel	274	83,0
Ne sait pas	47	14,3
Pendant l'érection	9	2,7
TOTAL	330	100

Avant l'acte sexuel était le moment majoritairement indiqué par les élèves, soit 83,0%.

Tableau XXXIII : Répartition des élèves selon qu'ils ont déjà utilisé un préservatif.

<i>Préservatif</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
Oui	187	56,7
Non	142	43,0
Ne sait pas	1	0,3
TOTAL	330	100

Les élèves qui avaient déjà utilisé un préservatif étaient 56,7%.

Tableau XXXIV : Répartition des élèves selon les raisons de non utilisation du préservatif.

<i>Les raisons</i>	<i>Effectif (n=142)</i>	Pourcentage
Pas besoin	88	62,0
Je ne crois pas	17	12,0
Je n'ai pas l'âge	15	10,6
Je n'ai pas eu l'occasion	9	6,3
Moins de sentiment	7	4,9
Fidélité	4	2,8
Virginité	2	1,4
TOTAL	142	100

Les raisons de non utilisation du préservatif étaient diverses, mais la raison « pas besoin » était la plus évoquée avec 62,0%.

Tableau XXXV : Répartition des élèves selon l'intérêt pour un homme de porter un préservatif pendant les rapports sexuels.

<i>Intérêt de porter</i>	<i>Effectif (n=330)</i>	Pourcentage
Eviter les IST/VIH	272	82,4
Eviter les grossesses	251	76,1
Ne sait pas	48	14,5
Autres (éviter les maladies)	1	0,3

Les élèves qui avançaient comme l'intérêt de porter le préservatif l'éviction des IST/VIH étaient 82,4%.

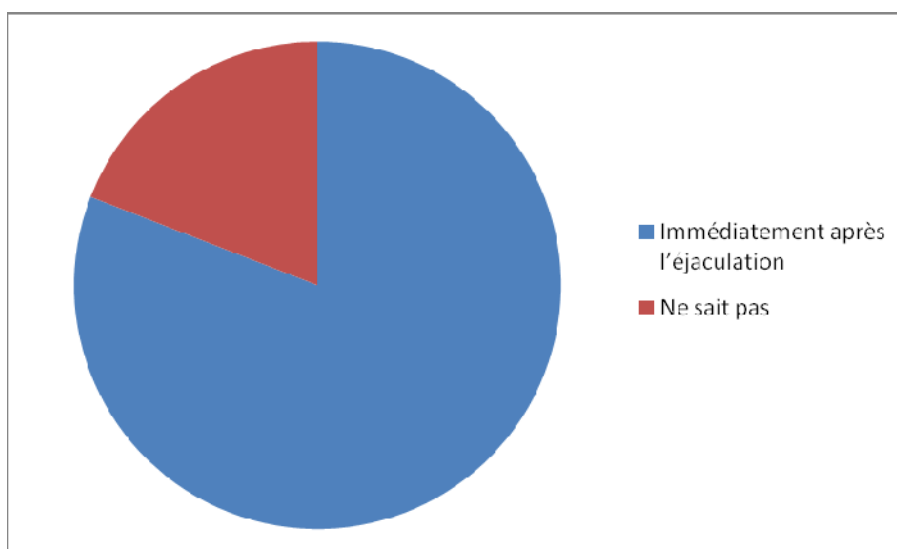


Figure 12 : Répartition des élèves selon le moment d'enlever un préservatif. Immédiatement après l'éjaculation était majoritaire avec 80,9%.

Tableau XXXVI : Répartition des élèves selon l'intérêt pour une femme de porter un moyen contraceptif pendant les rapports sexuels.

Intérêt	Effectif (n=330)	Pourcentage
Eviter les IST/VIH	259	78,5
Eviter les grossesses	253	76,7
Ne sait pas	48	14,5

La majorité des élèves avaient avancé comme intérêt l'éviction des IST/VIH et des grossesses, soit respectivement 78,5% et 76,7%.

Tableau XXXVII : Répartition des élèves selon la source d'approvisionnement en méthodes contraceptives.

Sources d'approvisionnements	Effectif (n=330)	Pourcentage
Pharmacie	234	70,9
Centre de santé	217	65,8
Boutique	123	37,3
Ne sait pas	29	8,8
Autres (amis, CSCOM)	26	7,9

La pharmacie était la source d'approvisionnement la plus citée, avec 70,9%.

1.4. Comportement sexuel :

Tableau XXXVIII : Répartition des élèves selon l'existence d'un partenaire sexuel pendant l'enquête.

<i>Partenaire sexuel</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
Oui	223	67,6
Non	92	27,9
Pas de réponse	15	4,5
TOTAL	330	100

La majorité des élèves avaient un partenaire sexuel pendant l'enquête, soit 67,6%.

Tableau XXXIX : Répartition des élèves selon la communication avec le partenaire sexuel.

<i>Communication</i>	<i>Effectif (n=330)</i>	Pourcentage
Utilisation du préservatif	200	60,6
Sexualité en général	175	53,0
Méthodes de PF	146	44,2
Méthodes Traditionnelles	14	4,2

La communication entre partenaires sexuels portait essentiellement sur l'utilisation du préservatif et la sexualité en générale, soit respectivement 60,6% et 53,0%.

Tableau XL : Répartition des élèves ayant déjà eu des rapports sexuels pendant l'enquête.

<i>Rapport sexuel</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
Oui	219	66,4
Non	107	32,4
Pas de réponse	4	1,2
TOTAL	330	100

La majorité des élèves avaient déjà eu des rapports sexuels pendant l'enquête, soit 66,4%.

Tableau XLI : Répartition des élèves en fonction de leur âge au premier rapport sexuel.

<i>Age au premier rapport</i>	<i>Effectif (n=219)</i>	Pourcentage
16 ans	80	36,5
17 ans	29	13,3
Je ne me rappelle pas	28	12,8
15 ans	27	12,3
18 ans	19	8,7
Pas de réponse	16	7,3
14 ans	13	5,9
19 ans	4	1,8
20 ans	3	1,4
TOTAL	219	100

Les élèves qui avaient fait leur premier rapport à 16 ans étaient 36,5%.

Tableau XLII : Répartition des élèves selon l'usage du préservatif au premier rapport sexuel.

<i>Utilisation</i>	<i>Effectif (n=219)</i>	Pourcentage
Non	157	71,7
Oui	60	27,4
Pas de réponse	2	0,9
TOTAL	219	100

Les élèves qui n'avaient pas utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel étaient majoritaires, soit 71,7%.

Tableau XLIII : Répartition des élèves selon l'utilisation du préservatif même si le partenaire s'y oppose.

<i>Préservatif même si le partenaire s'y oppose</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
Oui	224	67,9
Non	58	17,6
Pas de réponse	48	14,5
TOTAL	330	100

La majorité des élèves ne voulaient pas faire un rapport sexuel sans utilisation du préservatif même si le partenaire s'y oppose, soit 67,9%.

Tableau XLIV : Répartition des élèves selon qu'ils ont eu des rapports avec des partenaires sexuels occasionnels.

<i>Rapports avec partenaires sexuels occasionnels</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
Non	268	81,2
Oui	58	17,6
Pas de réponse	4	1,2
TOTAL	330	100

Les élèves qui n'avaient pas eu des rapports avec des partenaires sexuels occasionnels étaient majoritaires dans l'échantillon, soit 81,2%.

Tableau XLV : Répartition des élèves selon l'utilisation du préservatif lors des rapports avec des partenaires sexuels occasionnels.

<i>Utilisation du préservatif</i>	<i>Effectif (n=58)</i>	Pourcentage
Toujours	50	86,2
Parfois	5	8,6
Pas de réponse	2	3,5
Jamais	1	1,7
TOTAL	58	100

La majorité des élèves qui avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels avaient toujours utilisé un préservatif, soit 86,2% et seulement 1,7% des élèves n'avaient pas utilisé un préservatif.

Tableau XLVI : Répartition des élèves selon le nombre de partenaires sexuels.

<i>Nombre</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
1	135	40,9
2	74	22,5
0	54	16,4
3	37	11,2
4	14	4,2
5	8	2,4
6	4	1,2
7	2	0,6
8	2	0,6
TOTAL	330	100

Les adolescents ayant un seul partenaire sexuel était majoritaire, soit 40,9%.

Commentaires et discussions

1. Méthodologie :

Nous avons réalisé une étude transversale prospective et descriptive qui s'est déroulée du 02 janvier au 30 mars 2007.

Cette étude portant sur 330 élèves du lycée Monseigneur Luc August Sangaré de Bamako nous a permis de mieux appréhender les caractéristiques socio démographiques, les connaissances, les comportements des jeunes scolaires sur la planification familiale et les IST/VIH.

L'enquête s'est donc déroulée dans cet établissement ; un questionnaire individuel a été administré aux élèves consentant et répondant à nos critères d'inclusion.

Les autorités scolaires étaient informées et rassurées au préalable et il n'y a pas eu d'incident majeur pouvant réellement nuire à la conduite de ce travail.

Chaque questionnaire comprenait quatre (4) volets :

- les caractéristiques sociodémographiques ;
- les connaissances sur la planification familiale ;
- les connaissances sur les IST/VIH ;
- le comportement sexuel.

2. caractères socio démographiques

La majorité des élèves concernés par notre étude résidaient en Commune I et II soit respectivement 43,6% et 40,9%. Cela s'expliquait par la situation géographique de l'établissement pratiquement à la limite entre ces deux Communes. Les autres (la Commune III et IV) se partagent 15,4% de l'effectif. Le sexe féminin était le plus représenté dans notre étude avec 195 filles et cela malgré le faible taux de scolarisation des filles, dégageant un sex ratio de 0,69. Pour ne pas perturber les cours, les questionnaires étaient remplis pendant les heures creuses, et les filles, par leur plus

grande disponibilité, leur patience et leur curiosité qui dépassaient celle des garçons, se sont retrouvées plus nombreuses. La 12^{ème} année était la plus représentée soit 66,3%, ensuite vient la 11^{ème} avec 17,0% et la 10^{ème} avec 16,7%. L'âge moyen de nos élèves était de 17,21 ans conformes aux résultats de MAÏGA à Sikasso (17,25 ans) [30], SANGARE à Bamako (17,5 ans) [43]. Ceci peut s'expliquer par l'âge d'inscription à l'école au Mali qui est de 7 ans révolu. Les parents d'élèves résidant à Bamako étaient majoritaires avec 79,5%. Ce résultat est conforme à celui de SANGARE qui avait trouvé 78,2%. [43].

Les élèves bambara étaient les plus représentés avec 46,7% ; suivis des Malinkés avec 11,2%. Cela reflète en réalité la prédominance de l'ethnie Bambara dans notre pays qui est de 32,0%. [15]. Cependant, il faut signaler que toutes les autres ethnies du pays sont représentées, mettant en évidence le caractère de métropole de la capitale et du coup, la diversité ethnique du Mali. Les musulmans représentaient 87,6% de l'échantillon contre 12,4% de chrétiens. Les pères d'élèves étaient des fonctionnaires dans 60,0% des cas et parmi eux 42,1% avaient un niveau d'étude supérieur et 20,9% un niveau d'étude secondaire.

Ce résultat est proche de celui de SANGARE en 2003. [43]. Les pères d'élèves étaient vivants dans 84,8%. Quant aux mères d'élèves, 16,7% avaient un niveau primaire et 54,8% étaient des ménagères. Plus de la moitié des parents avaient un bon niveau de vie avec 58,5% selon notre classification comme pour confirmer le caractère privé de l'établissement. Ce résultat dépassait celui de Sangaré en 2003 qui trouvait 46,8% [43]; et proche de celui de Berthe qui avait trouvé 57,1% en 2000 [6].

3. connaissance sur la planification familiale (PF) :

Les élèves avaient entendu parler de planification familiale dans 99,4%, seulement 0,6% n'avait pas entendu parler de planification familiale. Ce résultat était proche de celui

trouvé par SIDIBE et al soit 99,7% [40] et dépassait celui de FAYE au Sénégal qui avait mis en évidence 81% [19]. La PF était associée à l'espacement des naissances dans 97,3%, suivis de ceux qui la ramenaient à la bonne santé de la mère 95,8% et à moins de naissance 73,0%. Quant aux méthodes contraceptives citées, le préservatif venait au premier rang avec 97,9% des élèves, suivi de la pilule avec 72,4% quels que soient le sexe et l'âge. SIDIBE et al [40] trouvaient pour le préservatif et la pilule respectivement 96,9% et 91,6%. Ces résultats pouvaient s'expliquer par le fait que ces deux moyens de contraception étaient ceux dont on parle de plus dans les campagnes de sensibilisation, de loin les plus vulgarisés et les plus disponibles (pharmacies, centres de santé, boutiques, distributions gratuites, etc.). La connaissance de l'allaitement maternel était de 13,6% et on remarquait que les méthodes traditionnelles étaient mal connues, citées seulement par 0,6% des enquêtés. Parmi les enquêtés qui avaient déjà utilisé une méthode contraceptive, 56,9% avaient utilisé le préservatif. C'est dire combien cette méthode était populaire. Certaines filles ne connaissaient pas l'existence du préservatif féminin. La connaissance de l'existence des services de prestation de planification familiale était de 66,1% ; et parmi ces élèves seulement 16,9% les avaient fréquentés. Parmi les raisons de non fréquentation des services de prestation de PF de notre étude, figurait en tête « pas besoin » 63,6%, suivis de la religion, la coutume, la peur de grossir et d'autres raisons comme (je n'aime pas, pas avant de se marier et ma préoccupation). Autant d'informations qui prouvent à suffisance le faible niveau de sensibilisation des jeunes. Beaucoup d'entre eux pensent ne pas avoir besoin de ces informations précieuses ou ne se sentent pas concernés. Souvent, ils ont peur ou ont honte d'y aller à cause du mauvais fonctionnement ou du manque de personnel jeune et ouvert à tous dans les services de santé reproductive. Au Ghana, les agents de planification familiale disaient que leurs services étaient exclusivement réservés aux personnes mariées [49].

Au Vietnam, des jeunes femmes avaient honte d'aller aux services de planification familiale, parce qu'elles étaient supposées vierges au moment du mariage et que la fréquentation des services de PF prouvait qu'elles étaient sexuellement actives et que s'abstenir alors de la contraception était un signe de fidélité et de confiance [49]. Pour connaître l'intervalle intergénéral souhaité par les adolescents, nous avons posé la question suivante : Selon vous, combien de temps une femme qui a un bébé devrait-elle attendre avant d'en avoir un autre ? Les élèves enquêtés proposaient trois (3) ans en majorité, soit 43,9%. Ce résultat est légèrement supérieur à celui de BERTHE [6] dont 37,9% des élèves proposaient 3 ans et SANGARE [43] avec 40,9% des enquêtés qui proposaient ce même intervalle de 3 ans. Seulement Dans notre échantillon les filles (nombre=195) qui affirmaient avoir pratiqué un avortement provoqué étaient seulement 1,5%. Les élèves enquêtés étant au courant des pratiques d'avortement par les adolescents étaient de 44,8%. Ces résultats confirment le tabou autour de cette question. Peu de ressources, trop d'enfants, grossesses illégitimes, grossesses par suite de viol, d'incestes, rapports sexuels forcés dans le cadre du mariage arrangé par la famille, sont les raisons qui poussent les jeunes filles et les femmes même mariées, à avorter mais aussi parce que les services de planification familiale et l'information sur les méthodes sont insuffisantes, et que le personnel refuse de les servir. Ce qu'il faut dire, est un scandale. [41]. Interdit par la loi dans la plus part des pays, les statistiques sur l'avortement provoqué manquent. Selon une étude menée en Côte d'Ivoire, 22% des décès maternels sont provoqués par les avortements provoqués clandestins [41]. En Ethiopie, 54% des décès maternels sont liés à l'avortement provoqué clandestin [41]. Au Nigeria, 51% des décès maternels qui ont lieu à Lagos sont causés par les avortements. [41]. Dans une étude réalisée par la population référence bureau dans 11 pays d'Afrique subsaharienne, les auteurs ont trouvé que 38 à 68% des femmes requérant des services

hospitaliers à cause de complications des suites d'un avortement, étaient des adolescentes [46]. Plus de la moitié des élèves enquêtés désapprouvaient l'avortement provoqué soit 82,1%. La planification familiale était approuvée par 53,6% et 46,4% était contre. Nos résultats sont dépassés par ceux de SANGARE [43] qui avait trouvé en 2003 que 97,6% des élèves désapprouvaient l'avortement provoqué et que 91,7% étaient pour la planification familiale. Parmi les élèves qui étaient contre la planification familiale, les effets secondaires, la religion, la coutume étaient les raisons avancées avec respectivement 65,4%, 26,1%, et 7,2%.

4. Connaissance en matière d'IST/VIH :

Le VIH est l'infection sexuellement transmissible la plus connue ; il était cité par 99,7%, suivi de la gonococcie 46,1%. Cette tendance d'une bonne connaissance du VIH comme infection sexuellement transmissible chez les jeunes se rencontre partout. SIDIBE et al avaient trouvé 97,5% de leurs élèves enquêtés qui l'avaient cité suivi de la gonococcie 45%. [40]. LUDOVIC et al dans leur étude de groupes menées au Burkina-Faso, Mali et Niger en 1997) [26]. FAYE au Sénégal par contre avait trouvé la syphilis en tête suivie du VIH et de la gonococcie. [19]. Ces résultats montrent l'impact des grandes campagnes de sensibilisation et d'information. Mais le drame de cette grande connaissance du VIH est le fait que la plupart des autres infections sexuellement transmissibles, en réalité plus courantes, sont peu connues des jeunes. Plusieurs études ont montré que ces infections sexuellement transmissibles font le lit du VIH, c'est pourquoi il est très important qu'elles soient connues de tous. La troisième infection sexuellement transmissible de notre enquête était le *trichomonas vaginalis* soit 34,5% ; ensuite vient la syphilis, soit 16,7% ; le chancre mou, soit 8,8% ; et les autres IST 0,6% notamment (Chlamydia, et l'herpes génital). Par rapport aux voies de transmission du VIH ; les élèves qui pensaient connaître ces voies étaient majoritaires avec 87,6%. Pour la prévention du VIH transmis

par voie sexuelle, 92,4% proposaient le préservatif. Cette bonne connaissance des voies de transmission du VIH a été retrouvée Dans beaucoup d'autres études : 99,5% de l'échantillon de SANGARE [43] et 99,6% de celui de BERTHE [6] affirmaient connaître ces voies. Cependant, il faut noter que les enquêtés concernés par ces études sont des élèves résidant en majorité dans la capitale et que cela ne devrait pas faire oublier les nombreux adolescents, qui vivent dans les zones rurales, qui ne sont pas forcément au même niveau d'information que leurs collègues citadins et scolarisés. Ainsi, dans l'étude menée par la population référence bureau (PRB) en 1999, les auteurs affirmaient que malgré qu'un grand nombre d'adolescents aient entendu parler d'IST/VIH, peu de ces adolescents connaissaient au moins une manière d'éviter la transmission du VIH par voie sexuelle. [46]. Dans leur études, LOUIS et GRESENGUEL [24], IMPERATO [27] affirmaient que certains de leurs répondants croyaient que le VIH pouvait être transmis par les baisers, les piqûres des moustiques ou par une simple visite de routine chez le médecin. Notre étude n'a pas trouvé de résultats similaires.

5. Attitudes et comportements en matière d'IST/VIH :

Nos élèves enquêtés pensaient qu'on pouvait être infecté par le virus du VIH sans en avoir les symptômes de la maladie dans 43,6% des cas ; les élèves croyaient au SIDA dans 90,6% des cas. Parmi les élèves qui ne croyaient pas au SIDA, 65,4% avaient comme argument : « je ne crois pas ». Les élèves qui n'avaient jamais vu un sidéen étaient de 7,7%. Ce résultat est en deçà de celui trouvé par SANGARE [43] qui était de 66,1%. Cela pousse à aller au delà de la simple information en proposant à des malades volontaires de déclarer publiquement leur séropositivité afin de remédier à ces croyances négatives et dangereuses. Les élèves enquêtés qui pensaient qu'on pouvait avoir une IST sans manifester les signes étaient respectivement 27,3% ; 34,2% s'opposaient à cette affirmation et 38,5% ne savaient pas ; c'est dire que nos enquêtés ont besoin

d'information. Les élèves enquêtés pensaient qu'une personne qui a une IST ne pouvait pas avoir le VIH dans 24,5% des cas ; 23,9% pensaient que le traitement précoce pouvait guérir du VIH.

Les élèves enquêtés pensaient que plus on avait de partenaires sexuels, plus grand était le risque d'attraper une IST/VIH dans 41,5% des cas. Parmi eux 91,3% pensaient que l'utilisation du préservatif diminuait le risque de transmission du VIH.

Cependant 56,7% des élèves enquêtés n'avaient jamais utilisé le préservatif. SANGARE avait trouvé des chiffres comparables. [43].

Les raisons de non utilisation du préservatif pour l'ensemble des enquêtés étaient :

- Pas besoin (62,0%)
- Ne crois pas (12,0%)
- Pas l'âge (10,6%)
- Pas eu l'occasion (6,3%)
- Moins de sentiments (4,9%)
- Fidélité (2,8%)
- Virginité (1,4%)

Des résultats comparables avaient été trouvés par SANGARE [43] ainsi que BERTHE [6]. Dans son étude, SANGARE [43] avait 31% de ses enquêtés qui affirmaient avoir utilisé une méthode contraceptive, alors que 42,6% des élèves affirmaient avoir utilisé le préservatif. Il expliquait ce résultat paradoxal par le fait que les campagnes autour du préservatif étaient beaucoup plus axées sur le rôle protecteur et non contraceptif de ce dernier faisant que pour beaucoup de jeunes le préservatif ne faisait pas partir des contraceptifs. Dans notre étude 29,7% des élèves enquêtés affirmaient avoir utilisé une méthode contraceptive contre 56,7% qui avaient utilisé le préservatif. C'est dire que cet écart s'est beaucoup réduit, en tout cas dans notre étude. S'agissant de l'intérêt de

l'utilisation du préservatif au cours d'un rapport sexuel pour l'homme, 82,4% des élèves enquêtés pensaient que c'est pour éviter les IST/VIH ; et 78,5% des enquêtés pensaient qu'une femme doit porter un moyen contraceptif pendant les rapports sexuels pour éviter les IST/VIH. Des résultats comparables avaient été trouvés par SANGARE [43] et BERTHE [6]. Les élèves pensaient que le préservatif doit être porté avant l'acte sexuel dans 83,0% ; et 80,9% affirmaient qu'il doit être enlevé immédiatement après l'acte sexuel.

6. Sources d'informations :

La source d'information citée par les élèves enquêtés en premier lieu était la télévision avec respectivement 95,5% pour la PF et 95,8% pour les IST/VIH ; La radio avec 93,6% et 95,5% occupait la 2^{ème} place aussi bien pour la PF que pour les IST/VIH ; venait ensuite les ami(e)s avec 84,5% et 70,0% ; les journaux occupaient le 4^{ème} rang pour la PF avec 48,8% ; et pour les IST/VIH ils occupaient le 5^{ème} rang avec 52,8% derrière les centres de santé avec 54,5%. Comparé à d'autres études Sidibé et al [40], Sangaré [43], Berthe [6], on remarque sans tergiversation qu'à part la conférence les médias constituent la source primordiale d'information des adolescents suivi selon le milieu d'enquête de l'école, les frères et sœurs et les parents. SIDIBE et al trouvaient 96,3% pour les médias, 72,4% pour les ami(e) s et 19,6% pour les parents. [40]. FAYE avait au contraire trouvé l'ordre suivant : les médias, l'école, le centre de conseil pour adolescent. [19]. Il ressort de ces études et de bien d'autres que la sexualité est un sujet dont peu de parents en parlent à leurs enfants et les pères en particulier. Ceci est d'autant plus grave si l'on sait que 60,0% des pères d'élèves de notre étude sont des fonctionnaires et 42,1% avaient atteint le niveau supérieur. Les parents, premiers acteurs de l'éducation des enfants, ne doivent pas occulter ni accepter l'existence d'une barrière entre eux et leurs enfants en ce qui concerne ce thème. Il en est un impératif pour eux d'informer

leurs enfants sur la contraception et le fléau du siècle que constitue le SIDA. Cela rentre dans le cadre des recommandations de l'UNICEF : « tous les enfants ont droit à l'éducation, à la santé et à la protection ». [50]. Les élèves enquêtés s'approvisionnent en méthode contraceptive dans les pharmacies dans 70,9% ; les centres de santé dans 65,8% ; et les boutiques dans 37,3%. BERTHE [6] avait trouvé 93,3% pour la boutique ; 89,6% pour la pharmacie ; et 18,8% pour le centre de santé.

7. Le comportement sexuel :

Les élèves affirmaient avoir un partenaire sexuel pendant l'enquête dans 67,6%. Ils discutaient avec leur partenaire de sexualité en général dans 53,0% ; la méthode de planification familiale dans 44,2% ; l'utilisation du préservatif dans 60,6% ; et les méthodes traditionnelles dans 4,2%. BERTHE trouvait 28,6% de discussion sur la sexualité en général ; 29,3% sur la planification familiale ; 70,7% sur l'utilisation du préservatif [6]. SANTE QUEBEC avait trouvé 90% de discussion sur la sexualité en général ; 87% sur les méthodes de PF ; 78% sur l'utilisation du préservatif. [47]. La moyenne communication entre partenaires sexuels, dans notre étude s'expliquait par le fait que les questions de sexualité cessent d'être un tabou, mais également par le fait que pour beaucoup d'adolescentes le partenaire sexuel est obligé de discuter avec cette dernière et que l'acte sexuel se fait souvent par désir et non par obligation, une situation expliquée par la forte domination des medias dans notre société actuelle.

Les élèves qui affirmaient avoir déjà eu des rapports sexuels au moment de l'enquête étaient de 66,4% contre 32,4%. Parmi les élèves sexuellement actifs de l'échantillon ; Ceux qui avaient eu leur premier rapport sexuel à partir de 15 ans étaient majoritaires avec 74,0%. Dans le network 2000, les auteurs indiquent qu'au Chili des études menées ont trouvé que 1/3 des adolescents ont eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans [34]. KAMTCHOUING et al [29] ont trouvé que 56% de leur échantillon ont eu leur premier

rapport sexuel avant 15 ans. Il se situait entre 15 et 17 ans pour SIDIBE et al. [40]. Au Zimbabwe, l'âge au premier rapport sexuel se situait à 9 ans [36], Burkina Faso vers 15 ans [36], Niger 12 ans. [36]. Au Sénégal 27% des adolescents déclaraient avoir eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans en 1992, selon une étude du Fond des Nations Unies pour le Développement (UNFPA) [35]. Parmi les élèves sexuellement actifs 27,4% avaient utilisé un préservatif au cours de leur premier rapport sexuel, contre 71,7%. Dans l'étude de SIDIBE et al 74,3% des élèves n'avaient pas utilisé de préservatif au premier rapport sexuel [40]. BERTHE [6] trouvait 76,3% pour la même question. C'est dire combien ces populations sont exposées, surtout les adolescentes dont le risque d'attraper une IST/VIH est plus élevé en cas de rapports non protégés. Les élèves enquêtés étaient prêts à utiliser un préservatif même si le partenaire s'y opposait dans 67,9%. Ce résultat dépasse largement celui trouvé par SANGARE [43] qui était de 23,1% et proche de celui de BERTHE [6] qui avait trouvé 86,2%. Dans notre échantillon les élèves avaient eu des rapports avec des partenaires sexuels occasionnels dans 17,6% et Seulement 1,7% d'entre eux n'avaient jamais utilisé de préservatif au cours de ces rapports. Cela soulève encore le problème du risque encouru. Le comportement à risque : Un comportement à risque faible suppose le fait d'avoir des relations sexuelles avec un(e) seul(e) partenaire et avoir des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire est un comportement à risque élevé. Cela sans tenir compte du port du préservatif. CISSE [10] trouvait 60% de comportement à risque élevé dans son étude. Dans notre étude, ce comportement à risque élevé était de 32,7%. Ainsi SANGARE [43] et BERTHE [6] ont trouvé respectivement 67,2% et 8% de comportement à risque élevé.

Conclusion et recommandations :

1. Conclusion :

Au terme de cette étude qui a concerné le comportement et l'attitude des adolescents, du lycée LUC AUGUST SANGARE de Bamako, en matière de planification familiale et d'IST/VIH :

- La majorité des élèves enquêtés avaient entendu parler de planification familiale dans 99,4%. Cette connaissance de la planification familiale n'influçait pas leur comportement. Ainsi sur 66,1% des élèves enquêtés qui connaissaient l'existence des services de prestation de planification familiale ; c'est surtout 16,9% qui avaient fréquenté ces services.
- On note une bonne connaissance des élèves surtout sur le plan de la transmission et de la prévention des IST/VIH. Les élèves enquêtés croyaient au SIDA dans 90,6% et 87,6% des élèves affirmaient connaître les voies de transmission du VIH.
- Les sources d'informations étaient représentées par la télévision et la radio avec respectivement 95,5% et 93,6% pour la planification familiale ; 95,8% et 95,5% pour les IST/VIH.
- Les élèves qui avaient déjà eu des rapports sexuels pendant l'enquête étaient 66,4% ; et 71,7% de ses élèves n'avaient pas utilisé de préservatif à leur premier rapport sexuel. Les élèves utilisaient parfois le préservatif au cours des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels dans 8,6% ; et 1,7% n'avait jamais utilisé de préservatif.

2. Recommandations

A la lumière de nos résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

- **Aux autorités Nationales et Internationales :**
 - Reconnaître le droit des jeunes en matière de santé reproductive ;
 - Renforcer et encourager les cours d'éducation à la vie sexuelle et familiale dans les établissements scolaires ;
 - Etendre et accroître les centres d'écoute, d'orientation et de conseil pour jeunes ;
 - Introduire et encourager la communication entre les jeunes et leurs parents dans les programmes de planning familial ;
 - Développer la formation et la recherche en matière de santé reproductive ;
 - Mettre en place une structure d'évaluation, de vérification et de réorientation des structures existantes ;
 - Encourager la lutte contre certaines pratiques traditionnelles néfastes.
- **Aux personnels de santé et aux ONG :**
 - Encourager et renforcer la fréquentation des centres de conseil surtout par les jeunes ;
 - Accentuer les campagnes de sensibilisation sur les IST/VIH et la PF surtout dans tous les lieux de regroupement de jeunes ;
 - Prendre en compte les idées des jeunes et faire participer les adolescents à la rédaction des programmes de santé reproductive.
- **Aux parents d'adolescents et aux leaders communautaires (religieux, coutumiers, et communicateurs traditionnels) :**
 - Accepter les réalités de l'heure en matière de santé reproductive ;
 - Accepter de percer le tabou en matière de sexualité ;

- Concilier les rapports entre les valeurs traditionnelles, la religion et la culture d'une part et les pratiques sexuelles et les besoins en santé reproductive des adolescents d'autre part ; Sensibiliser et encourager les parents à discuter avec leurs enfants des questions relatives à la santé reproductive ;
- **Aux adolescents :**
 - Avoir un comportement sexuel irréprochable ;
 - Faire un dépistage précoce et un traitement approprié des épisodes d'IST ;
 - Prendre conscience du danger que constituent les IST/VIH ;
 - Participer et faire participer ces pairs aux séances d'éducation pour la santé partout (école, lieux de loisir...).

Références- Bibliographiques :

1. AKOTO E.M., TAMBASHE B.O., AMOUZOU J.A., TAMEKO D.T, (2000)

« Sexualité, contraception et fécondité des adolescents au Burkina Faso », Projet régional santé familiale et prévention du SIDA, (SFPS), septembre 2000 ; 60p.

2. ANNABEL DEGREES DU LOÛ, BENOÎT FERRY

Sexualité et procréation confrontées au sida dans les pays du sud, Paris : IRD, CEPED, 2006 ; 273 p.

3. ANONYME

Controlling sexually transmitted diseases.

Population Reports. June 1993; 3p.

4. ARROYO J., LEVY J., PILOTE F.

Contraception, fertilité, sexualité, 1991 – 1998 ; 26(3) : 234-2392.

5. BABIN L et al

Reproductive tract infections and abortion among adolescent girls in rural Nigeria. Lancet, 1995 ; 345(4): 300-304.

6. BERTHE B. B.

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée ASKIA MOHAMED en matière de PF, de MST et du SIDA.

Thèse Méd. BKO : Université du Mali, FMPOS, 2000 ; N°47,147p- Annexes.

7. BLE DESIRE BENJAMIN

Association entre MST et le niveau d'immunosuppression (baisse des CD4 et baisse du ratio CD4/CD8) chez les consultants du dispensaire anti - vénérien (DAV) de l'institut National d'Hygiène (INHP) de Treichville (Abidjan / RCI).

Thèse Pharm. BKO 1997 ; N°28,122P.

8. BITTERA. R

Le centre de lutte contre les MST de Dakar.

Thèse Méd. Dakar 1981 ; N° 118, 118p.

9. BLOS P.

Les adolescents (on adolescent 1962) vol.1, 1971 ; 282p.

10. CISSE A.

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

Thèse Méd. Laval – Québec. Décembre 1993 ; 83p.

11. CHOQUET M, LEDOUX S.

Adolescents - Enquête Nationale - Analyse et prospective-France 1994 ; 344p.

12. CHOQUET M, LEDOUX S, HEDE MENKE

Santé des adolescents. Approche longitudinale des consommations de drogues et des troubles somatiques et psychosomatiques. IMSERM - 1988 ; 141p.

13. DESMOND COHEN

Sida, éducation, Afrique subsaharienne

Le secteur éducatif face à l'épidémie du VIH en Afrique subsaharienne, New York ; PNUD 2000 ; N°14, 4p.

14. DICKO. F

Connaissances sanitaires des enfants scolarisés. Cas des élèves de 6^{ème} année du District de Bamako

Thèse Méd. BKO : Université du Mali, FMPOS 1999 ; N°57,171p.

15. EDSM III - Enquête démographique et de santé Mali III

Rapport juin 2001 ; 450p.

16. EDSIV- Enquête démographique et de santé Mali IV.

Rapport Décembre 2006 ; 410p.

17. ETCHEPARE M, ETCHEPARE C

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

Endo. Edition - Dakar 1993.

18. FARIAH.I

Etude du développement pubertaire et des comportements sexuels des garçons en milieu scolaire Bamakois. Thèse Méd. BKO 1998 ; N°27, 129p.

19. FAYE. M

Connaissance, attitudes et pratiques en matière de santé de la reproduction des adolescent(e)s du centre de dépistage anonyme et gratuit CDVAA) de Pikine - Guediawaye. Mémoire de Maîtrise, Université Cheick Anta Diop, Dakar ; Septembre 2005 ; 73p.

20. FOCUS : ENCYCLOPEDIE DE LA SEXUALITE

1974 ; Editions universitaires. BORDAS – PARIS ; ISBN 2.04.005888.5 ; 549p.

21. FORUM AFRICAIN sur la santé reproductive des adolescents

20 – 24 janvier 1997 ; Addis Abeba – Ethiopie.

22. FNUAP - OMS

Entre nous. Le magazine Européen de la santé reproductive, FNUAP Décembre 1997; N°36-37, 7p.

23. GENNEP. A .V

Les rites de passage ,1981 ; 288p

24. GRESENGUEL G., DANAGORO J.P. VAHITO M.D., GEORGE A.J., BELEC L, SOMSE P.

Connaissances, attitudes sur le SIDA. Médecine Afrique noire, N°1, janvier 1989 ; 48-53p.

25. HILTABIDDLE S.J.

Adolescent condom use, the health belief model, and the prevention of sexuality transmitted disease.

Journal of Obstetric, Gynaecologic, & Neonatal Nursing, 1996; 25 (1): 61-6.

26. HERVE L.L., TOKINDANG J., FARIAH I.

Connaissance et attitudes des étudiants de la FMPOS de BKO en matière de PF et MST/SIDA. Population Council, 4 avril 1997 : 5-19.

27. IMPERATO A.M.

Acquired immunodeficiency syndrome and suburban adolescents: Knowledge, behaviour and risks. Journal of community Health, 1996; 21(5) 329-47.

28. KESTEMBERG E, LYS HL, TOKINDANG J, FARIAH I

Connaissance et attitude des étudiants de la FMPOS de Bamako en matière de PF, MST/SIDA. Population Council - 1997; Mali, 25-40p.

29. KAMTCHOUING P, TAKOUGANG I, NGOH N, YAKAM I.

La sexualité des adolescents en milieu scolaire à Yaoundé (Cameroun). Contraception - Fertilité – Sexualité ; 1991- 1997 ; N° 25 : 789-801.

30. MAÏGA O.L.

Connaissance, attitude et comportements sexuels en matière de MST/SIDA en milieu scolaire : l'école normale secondaire de Bougouni et le lycée Monseigneur de Mont clos de Sikasso.

Thèse Méd. BKO : Université du Mali, FMPOS, 2001 ; N°79, 55p- Annexes.

31. MANIULA L, MANIULA A, NICOULIN M

Dictionnaire médical ; Masson (Paris), 1992 ; 5e édition complétée, 480p.

32. MARIE LAURE DE NORAY, OUMAR MAÏGA

Jeunesse condition de vie à Bamako. Donniya, 2002 ; 110p.

33. Ministère de la santé, santé et population région de Dakar ; résultats de l'enquête Sénégalais sur les indicateurs de santé du Sénégal (ESIS), Direction des études, de la recherche et de la formation (DERF). Service d'étude et de recherche pour le développement en Afrique, Juillet 2000 : 78 - 92.

34. NETWORK, les parents de demain, vol 9 N°4, Octobre 1994 ; 8-15p.

35. Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Comportement sexuel et procréation et santé des adolescents : de la recherche à l'action. La méthode de la recherche narrative.

OMS, Genève1994. PAS/DSF/OMS ; Genève ; septembre1993 ; 43p.

36. Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Besoins sanitaires des adolescents, séries de rapports techniques N°609 ,1977 ; 54p.

37. OMS

Besoins sanitaires des adolescents : Rapport d'un comité d'experts.

Série de rapport technique N°6091, 1997 ; 10p.

38. OUEDRAGO A, LORENZ N, ZINA Y.

Sexualité et SIDA en milieu scolaire à Ouagadougou (1989) ; résultats préliminaires, Burkina Faso, Ministère de la santé et l'action sociale. 43p.

39. Présidence de la République

Haut conseil national de lutte contre le VIH/SIDA

Secrétariat exécutif. Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2006 – 2010 vol1, juillet 2006 ; 7p.

40. SIDIBE .T, Sangho H, et al.

Connaissances et pratiques des élèves d'un lycée de Bamako en matière de contraception et prévention des IST/SIDA. Mali médical 2006 ; N°1 : 39-42.

41. SOW. F, CODOU. B

Notre corps notre santé

La santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne - Paris, l'harmattan, 2004 ; 364p.

42. SAMAKE F

Lettre adressée à l'ambassadeur du Mali au Ghana, 30 Octobre 1974 ; 1p.

43. SANGARE A. K.

Connaissances, attitudes et pratiques des scolaires de trois lycées de Bamako en matière de planning familiale et des IST/SIDA.

Thèse Med - BKO : Université du Mali, FMPOS, 2003; N°6, 162p.

44. SANGO S.

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

Thèse Méd. – BKO : Université du Mali, FMPOS, 1999 ; N°32, 73p.

45. SANOGO S. A.

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes en matière d'IST/SIDA en milieu scolaire dans le district de Bamako.

Thèse Méd.- BKO : Université du Mali, FMPOS, 2001; 55p - Annexes.

46. SANTE DE LA REPRODUCTION, données statistiques, Afrique subsaharienne avant 1999

La jeunesse en Afrique subsaharienne : Données graphiques sur la sexualité et la santé de la reproduction / Population Référence Bureau (PRB) ,2001; 44P: ill. ; 28cm.

47. SANTE QUEBEC

Enquête Québécoise sur les facteurs de risque associés au SIDA et aux autres MST : La population des 15-29 ans. (1991) Tome I: 130-150.

48. THE NEW OURS BODIES, OURSELVES

THE Boston women's health book collective. II.

RA778. N67 1984 ISBN 0-671-46087-00-671-46088-9(pbk): 220-324.

49. THOMAS J GOLIBER

Population référence bureau (PRB)

Population et santé de la reproduction en Afrique subsaharienne. Edition française, octobre 1998 ; vol.52, N°4, 42p.

50. TRAORE J.M.

Etude du développement pubertaire et du comportement sexuel des filles en milieu scolaire Bamakois.

Thèse Med.- BKO : Université du Mali, FMPOS, 1998 ; N°26, 135p- Annexes.

51. TRAORE SEKOU

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

Thèse Pharm.- BKO : Université du Mali, FMPOS, 1985 ; 50p-Annexes.

52. UNICEF, Bureau régionale pour l'Afrique de l'ouest et du centre, Abidjan, « Atelier régionale sur les droits de participation et de développement des adolescents », 31 Octobre au 03 Novembre 2000 Dakar, Sénégal Mars 2001 ; 73p.

FICHE SIGNALETIQUE :

Nom : KEÏTA

Prénom : Mamadou Yacouba

Tel: 00223 66988476

E-mail: Keita mamadouy @ yahoo.Fr

Titre de la thèse : Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescents du Lycée Monseigneur Luc August SANGARE de Bamako sur la planification familiale et les IST/VIH.

Année Universitaire : 2008-2009

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie(F.M.POS).

Secteurs d'intérêt : Santé publique ; Maladies infectieuses

Résumé :

Notre étude a porté sur 330 adolescents du Lycée Monseigneur Luc August Sangaré de Bamako.IL s'agissait d'une étude transversale prospective de 3 mois allant du 02 janvier au 30 Mars 2007.L'objectif général était d'étudier le comportement des élèves du Lycée Monseigneur Luc August Sangaré sur la planification familiale et les connaissances sur les IST/VIH.

Méthodologie :

L'étude a été menée au lycée Monseigneur Luc August Sangaré de Bamako .Elle a porté sur 330 adolescents ; et on été inclus à cette étude les élèves des deux sexes inscrits pour l'année 2006-2007 et ayant donné leur consentements .Un questionnaire a été donnée à chacun des participants afin de recueillir des informations sur la connaissance de la planification familiale et des IST /VIH.

Résultats :

Nous avons constaté que la presque totalité des élèves avaient déjà entendus parler de la planification familiale soit 99,4% ; 97,3% l'associent à l'espacement de naissance. Les méthodes contraceptives les plus connues étaient le préservatif 97,9% ; la pilule 72,4%. Quant aux IST, le VIH 99,7% et la gonococcie 46,1% ont été les plus cités ; 83,3% des élèves savaient que le VIH se transmet par l'usage de seringue souillées et 76,4% par voie sexuelle.

L'utilisation de préservatif 92,4% a été le moyen de prévention le plus répandu.

Les principales sources d'information ont été les médias et les amis. L'information ne venait pas des parents. Malgré leur connaissance sur les IST-VIH, la plus part des adolescents n'ont pas eu recours aux préservatifs lors de leur premier rapport sexuel ; 32,7% des élèves avaient un comportement à risque élevé.

Mots clés : Adolescents, CAP, IST, VIH, Lycée Monseigneur Luc August Sangaré Bamako Mali.

Identification sheet

Name: KEÏTA

First Name: Mamadou Yacouba

Phone number: 00223 66988476

E- mail: Keita mamadouy @ yahoo.fr

Thesis title: Teenagers' knowledge, attitudes and behavioural practices about family planning and STI/HIV in Monsignor Luc August SANGARE secondary school of Bamako

Year of defending: 2008-2009

Presentation town: Bamako

Origin country: Mali

Deposit place: Library of the faculty of medicine, pharmacy and odonto-stomatology

Focus sector: Public health, infectious diseases

Summary:

Our study is focus on 330 teenagers at the secondary school of Monsignor Luc August Sangaré. It talked about a transversal and prospective study of three months; from January 2nd to March 30th 2007. The general aim was to study the behaviour of pupils at Lycee Mon Seigneur Luc August Sangare about familial planning and knowledge on STI/HIV subject.

Methodology:

The study have been realised in lycee Monsignor Luc August Sangare of Bamako. It was focus on 330 teenagers. Pupils of both sexes who were inscribed in this school for the year 2006-2007 and who have accepted it have been included in this study. We gave a questionnaire to all the participants to gather information about the knowledge of familial planning and STI/HIV.

Result: we have noticed that 99, 4% of the pupils have already heard about familial planning. 97, 3% of them associated it to the planning at birth gap. The most known contraceptive method was the condom 97, 9% and pill 72, 4%.

Concerning the STI, HIV 99, 7 and gonococci 46, 1 are the most cited. 83, 3% knew that HIV transmits by using soiled syringe and 76, 4% by sexual voice.

The using of condom 92, 4% appear to be the most widespread prevention mean.

The main sources of information were Medias and friends and not parents. Despite their knowledge about STI/HIV most of teenagers have not used condom during their first sexual relations. 32, 7% of pupils had a risky behaviour.

Key words: teenagers, CAP, STI/ HIV, grammar school Monsignor Luc August Sangare Bamako Mali.

QUESTIONNAIRE SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES ADOLESCENTS DU LYCEE MONSEIGNEUR LUC AUGUST SANGARE DE BAMAKO SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ET LES IST/VIH DES ELEVES.

Introduction

« Bonjour Mademoiselle/Monsieur ! Nous menons une étude auprès des élèves du lycée Luc August SANGARE de Bamako, portant sur **la planification et les connaissances sur les IST /VIH** des élèves Etude transversale prospective et descriptive, afin de trouver des voies et moyens nécessaires à l'adoption de solutions à ces problèmes. Il ne s'agit pas d'une évaluation ; nous voudrions, avec votre permission, vous poser quelques questions. Nous tenons à vous préciser que cet entretien est strictement confidentiel et votre nom ne sera pas mentionné ».

Merci de votre collaboration !

Fiche d'enquête

I- Renseignements généraux

Numéro du questionnaire / __/ __/ __/

Elève enquêté

Commune : / __/ 1 à 6 commune 7 hors de Bamako

Classe : / __/

Age (en année) / __/ __/

Résidence des parents / __/ 1=Kayes 2=Kkoro 3=Sikasso 4=Ségou 5=Mopti 6=Tbtou
7=Gao 8=Kidal 9=Bamako

Ethnie / __/ 1=Bambara 2=Sarakolé 3=Malinké 4=Peulh 5=Sonrhai 6=Senoufo
7=Minianka 8=Tamasheq 9=Dogon

Autres à préciser.....

Religion / __/ 1=Musulmane 2=Chrétienne 3=Animiste 4=Athée

Autres à préciser.....

Profession du père / __/ 1=commerçant 2=artisan 3=fonctionnaire 4=cultivateur

Autres à préciser.....

Niveau de scolarisation du père / __/ 1=non scolarisé 2=primaire 3=secondaire
4=supérieur 5=medersa 6=Alphabétisé

Statut du père / __/ 1=vivant 2=DCD

Profession de la mère / __/ 1=ménagère 2=commerçante 3=fonctionnaire artisan
5=autres à préciser.....

Niveau de scolarisation de la mère / __/ 1=non scolarisé 2=primaire 3=secondaire
4=supérieur 5=medersa

Niveau de vie des parents 1=Oui 2=Non 3=pas de réponse

Electricité / __/

Télévision / __/

Robinet / __/

Radio / __/

Réfrigérateur / __/

Voiture / __/

Location / __/

W-C / __/

Latrines / __/

Puits / __/

Moto / __/

Autres à préciser.....

II- Connaissance en matière de planification familiale Oui=1 Non=2

Avez-vous déjà entendu parler de planification familiale ? / __/

Si oui, quel est son sens ?

Espacement des naissances / __/

Santé de la mère / __/

Santé de l'enfant / __/

Moins de naissance / __/

Moins de dépense / __/

Famille heureuse / __/

Meilleure éducation des enfants / __/

Autres à préciser.....

Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ?

Pilule / __/

Préservatif / __/

Spermicide / __/

Norplant / __/

Dispositif intra-utérin / __/

Contraceptif injectable / __/

Allaitement maternel / __/

Méthode traditionnelle à préciser.....

Ne sais pas / __/

Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive ? / __/

Si oui lesquelles.....

Quelles sont principales sources d'information sur la planification familiale ?

Ecole / __/

Centre de santé/ Hôpital / __/

Conférence / __/

Radio / __/

Télévision / __/

Journaux / __/

Père / __/

Mère / __/

Frères/ sœurs / __/

Amis/amies / __/

Autres à préciser.....

Ne sais pas / __/

Savez-vous qu'il existe des services de prestation de planification familiale ? / __/

Si oui, avez-vous déjà fréquenté ces services ? / __/

Si non, pourquoi ?

Coutume / __/

Religion / __/

Pas besoin / __/

Peur de grossir / __/

Autres à préciser.....

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

Intervalle en année / __/ __/

Avez-vous déjà fait un avortement provoqué ? / __/

Etes-vous au courant des pratiques d'avortement par les adolescents ? / __/

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

.....

Quelle est votre opinion sur les avortements provoqués ?

Approuve / __/

Désapprouve / __/

Pas de réponse / __/

Personnellement êtes-vous pour la planification familiale ? / __/

Si non quelle est la principale raison ?

Coutume / __/

Religion / __/

Effets secondaires / __/

Autres à préciser.....

III- Connaissance en matière d'IST/VIH

Quelles sont les IST que vous connaissez ?

Gonococcie / __/

Syphilis / __/

Trichomonas vaginalis / __/

VIH / __/

Chancres mou / __/

Autres à préciser.....

Connaissez-vous les voies de transmission du VIH ? / __/

Si oui, quelles sont les voies de transmission du VIH ?

Rapport sexuel avec une personne infectée / __/

Transfusion avec du sang infecté / __/

De la mère au fœtus / __/

Usage de seringues souillées / __/

Autres à préciser.....

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

Limiter le nombre de partenaire / __/

S'abstenir de rapports sexuels / __/

Choisir un partenaire non infecté / __/

Utiliser les préservatifs / __/

Traiter précocement les IST / __/

Ne sais pas / __/

Autres à préciser.....

Quelles sont les principales sources d'information sur les IST/VIH ?

Ecole / __/

Centre de santé/ hôpital / __/

Conférence / __/

Radio / __/

Télévision / __/

Journaux / __/

Père / __/

Mère / __/

Frères/ sœurs / __/

Amis/amies / __/

Autres à préciser.....

Ne sais pas / __/

Peut-on être infecté par le virus du VIH sans en avoir les symptômes de la maladie ? /

__/ 1=oui 2=non 3=ne sais pas

Croyez-vous à l'existence du SIDA ? / __/

Si non, pourquoi ?.....

Peut-on avoir une IST sans manifester les signes ? / __/

Une personne qui a une IST ne peut pas avoir le VIH ? / __/

Peut-on guérir du VIH si on se fait soigner tôt ? / __/

Plus on a de partenaires sexuels, plus grand est le risque d'attraper une IST/VIH ? / __/

L'utilisation du condom diminue les risques de transmission du VIH ? / __/

A quel moment doit-on porter un préservatif ?

Pendant l'érection / __/

Avant l'acte sexuel / __/

Autres à préciser.....

Ne sais pas / __/

Avez-vous déjà utilisé un préservatif ? / __/

Si non pourquoi ?

.....

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

Eviter les IST/VIH / __/

Eviter les grossesses / __/

Ne sais pas / __/

Autres à préciser.....

A quel moment doit-on enlever un préservatif ?

Immédiatement après l'éjaculation / __/

Ne sais pas / __/

Autres à préciser.....

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

Eviter les IST/VIH / __/

Eviter les grossesses / __/

Ne sais pas / __/

Autres à préciser.....

Quelles sont vos sources d'approvisionnement en méthodes contraceptives que vous connaissez ?

Centre de santé/ Hôpital / __/

Pharmacie / __/

Boutique / __/

Ne sais pas / __/

Autres à préciser.....

IV- Comportement sexuel

Avez-vous présentement un partenaire sexuel ? / __/

Oui=1 Non=2 Pas de réponse=3

Si oui, vous est-il arrivé de parler avec votre partenaire de ?

Sexualité en général / __/

Méthode de planification familiale / __/

Utilisation du préservatif / __/

Méthodes traditionnelles / __/

Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? / __/

Si oui, quel âge aviez-vous pour la première fois ? / __/

Age en année / __/

Je ne me rappelle pas / __/

Pas de réponse / __/

A cette occasion, avez-vous utilisé un préservatif ? / __/

Etes-vous prête à utiliser un préservatif même si votre partenaire s'y oppose ? / __/

Avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ? / __/

Si oui, avez-vous utilisé un préservatif ? / __/

Toujours / __/

Parfois / __/

Jamais / __/

Pas de réponse / __/

Si parfois, avez-vous fait un avortement ? / __/

Combien de partenaire sexuel avez-vous jusqu'à ce jour ?

Nombre / __/

Je ne me rappelle pas / __/

Pas de réponse / __/

SERMENT D'HIPPOCRATE

- ❖ *En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- ❖ *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*
- ❖ *Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- ❖ *Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*
- ❖ *Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.*
- ❖ *Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*
- ❖ *Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- ❖ *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*
- ❖ *Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

Je le jure !