

## Planification familiale et IST/VIH : connaissances et pratiques des adolescents du lycée Monseigneur Luc Sangaré de Bamako

### Family planning and STI/HIV: knowledge and practices of adolescents in high school Monseigneur Luc Sangare in Bamako

Diarra Seydou<sup>1,3</sup>, Oumar AA<sup>1</sup>, Keita M<sup>1</sup>, Dembélé JP<sup>2</sup>, Fofana A<sup>2</sup>, Diallo A<sup>1</sup>, Dao S<sup>1,2</sup>

1 Faculté de Médecine et d'odontostomatologie de Bamako

2 Service de Maladies Infectieuses, CHU point G

3 Université de Paris 8, France

**Auteur correspondant :** Mr Seydou DIARRA, Assistant en anthropologie médicale, Université de Bamako, Candidat PhD en anthropologie médicale à l'université de Paris 8, France Tel 00223 20225277  
Email : diarraseyd2003@yahoo.fr

#### Résumé

Notre étude a porté sur 330 adolescents du Lycée Monseigneur Luc 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 dudit lycée sur la planification familiale et les connaissances sur les IST/VIH. Ont été inclus à cette étude les élèves des deux sexes inscrits pour l'année 2006-2007 et ayant donné leur consentement. Un questionnaire a été donné à chacun des participants afin de recueillir des informations sur la connaissance de la planification familiale et des IST/VIH. Nous avons constaté que la presque totalité des élèves avait déjà entendu 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 seringues souillées et 76,4% par voie sexuelle. L'utilisation du 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 plupart des adolescents n'ont pas eu recours aux préservatifs lors de leur premier rapport sexuel alors que 32,7% des élèves avaient un comportement à risque élevé.

**Mots clés :** Planning familial, IST, VIH, adolescents, Lycée, Bamako, Mali.

#### Summary

Our study included 330 adolescents School Monseigneur Luc Sangare in Bamako. This was a prospective cross-sectional study of three months from 02 January to 30 March 2007. The objective was to study the behavior of students said school on family planning and knowledge on STI/HIV. Were included in this study, male and female students enrolled for the 2006-2007 school years and who have given their consent. A questionnaire was given to each participant to gather information on the knowledge of family planning and STI/HIV. We found that almost all of the students had heard of family planning, or 99.4 %, 97.3 % associate the birth spacing. The best known contraceptive methods were condoms (97.9%), the pill (72.4 %). About STIs, HIV (99.7 %) and gonorrhea (46.1%) were the most cited, 83.3 % of students knew that HIV is transmitted through the use of syringes and 76.4 % sexually. The use of condoms (92.4 %) was the most common means of prevention. The main sources of information were the media and friends. The information did not come from parents. Despite their knowledge of STI/HIV, most teenagers do not use condoms during their first sexual intercourse while 32.7% of students had a high-risk behavior.

**Key words:** family planning, STI/ HIV, children, grammar school Bamako, Mali.

#### 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. Il est caractérisé 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 d'un phénomène psychosomatique qui permet à l'individu d'évoluer vers l'âge adulte et de « mériter » sa personnalité [1]. 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 [2]. L'OMS situe l'adolescence entre 10 et 19 ans [1]. Les adolescents représentent le cinquième de la population mondiale et 85% d'entre eux vivent dans les pays en voie de développement [3]. 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 [4]. 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 [3]. Sur les 315 millions de cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) contractées dans le monde, 32% touchent les jeunes de moins de 20 ans [3] et occupent le 5<sup>ème</sup> 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 [1]. 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-mêmes dans

des sociétés où modernité et tradition, richesse et pauvreté, se côtoient. Plusieurs études menées dans certains pays d'Afrique ont montré que, dans beaucoup des cas, les jeunes filles ont leur première relation sous la contrainte [5]. D'après une étude du Fond des Nations Unies pour la population (UNPFA) effectuée en 1992, 27% des adolescents déclarent avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans [6]. 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 [7] et FARIAH [5]. 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 changé de partenaire dans l'année à 17 ans contre 62% à 18 ans [4]. 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 l'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 provoquées, la prévalence des IST/VIH sont autant de marqueurs de l'insuffisance à couvrir les besoins en santé reproductive dans les pays du Sud [8]. Or l'accès des adolescents à cette contraception est encore faible, barré par des obstacles d'ordres socioculturels, institutionnels, économiques et politiques. Les jeunes n'osent pas se présenter dans les services de planification familiale, de peur du refus du personnel médical et d'une leçon de morale [2]. Tous ces problèmes, de loin non exhaustifs, nous ont conduit, malgré

l'existence de plusieurs études sur la sexualité des adolescents, à nous intéresser 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. Le but de cette étude était d'étudier le comportement contraceptif et les connaissances en matière des IST/VIH des élèves du lycée Luc SANGARE.

### MÉTHODOLOGIE

Notre étude a été effectuée au lycée Monseigneur Luc SANGARE. C'est un établissement d'enseignement secondaire général de la rive gauche du district de Bamako qui fut créé le 1<sup>er</sup> 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 : à l'est, l'immeuble Kola CISSE dit « djinè », à 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 individus. Les élèves sont repartis entre 17 salles de classe et 4 salles spécialisées dont 6 classes pour les 10<sup>ème</sup> années ; 5 classes pour les 11<sup>ème</sup> années ; 16 classes pour les terminales et deux sections lettres et sciences. 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. Il s'agissait d'une étude transversale prospective portant sur les connaissances, attitudes et pratiques des élèves du lycée Monseigneur Luc SANGARE, sur la planification familiale et les IST/VIH afin de

trouver des voies et moyens nécessaires à l'adoption de solution à ces problèmes. Il s'agissait de l'ensemble des élèves du lycée Monseigneur Luc SANGARE de sexe masculin ou féminin, âgés de 12 à 18 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<sup>e</sup>, 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> années. Les critères d'inclusion ont porté sur les élèves des deux sexes inscrits pour l'année scolaire 2006-2007. Recensés et ayant donné leur consentement éclairé, ils ont participé à l'étude. Ont été exclus de l'étude tous les élèves non inscrits audit lycée pour l'année scolaire 2006-2007 et ceux ayant refusé de participer à l'étude. Les données sont collectées sur le support des données à l'aide d'un questionnaire administré aux élèves 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. La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule suivante :

$$N = \frac{\sum^2 \alpha x PQ}{I^2 \square}$$

N : Taille de l'échantillon P : Connaissance des lycées étudiés (80%) selon Sidibé et al.2006 [9] Q : 1-p=0,7 I : 5%  $\sum = 1,96$  pour  $\alpha = 0,05$  La taille minimale  $n = 322,69 \approx 330$

Les variables mesurées ont été 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) et les variables quantitatives (l'âge des premiers rapports sexuels, le nombre de partenaire sexuel).

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%.

Définition opérationnelle

<i>Groupe A</i>	<b>Groupe B</b>
Location	Electricité
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 latrine.

-**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 intéressé dans ce chapitre c'est le niveau de vie de la famille dont l'élève est originaire (Bamako, hors de Bamako)

#### **Le comportement sexuel**

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

#### **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'entrevue qui nous avait été accordée au cours de la semaine culturelle du lycée, certains élèves et membres de l'administration avaient reçu des préservatifs.

#### **Résultats-Discussion**

Nous avons réalisé une étude transversale prospective et descriptive qui s'est déroulée du 02

**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 :

janvier au 30 mars 2007. Cette étude portant sur 330 élèves du lycée Monseigneur Luc SANGARE de Bamako nous a permis de mieux appréhender les caractéristiques socio démographiques, les connaissances, les comportements des élèves (jeunes scolaires) sur la planification familiale et les IST/VIH. L'enquête s'est 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. 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.

La majorité des élèves concernés par notre étude résidaient en Commune I et II, soit respectivement 43,6% et 40,9%. Cette situation s'expliquait par la position géographique de l'établissement qui se situe à la limite entre ces deux communes. Les autres (les Communes III et IV) se partagent 15,4% de l'effectif. Le sexe féminin était le plus représenté dans notre étude avec 195 filles, malgré le faible taux de scolarisation des filles ; ce qui dégage 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<sup>ème</sup> année était la plus représentée, soit 66,3%, ensuite vient la 11<sup>ème</sup> avec 17,0% et la 10<sup>ème</sup> avec 16,7%. L'âge moyen de nos élèves était de 17,21 ans, conforme aux résultats de MAÏGA à Sikasso (17,25 ans) [10], de SANGARE à Bamako (17,5 ans) [11]. 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% [11]. 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% [4]. Cependant, il faut signaler que toutes les autres ethnies du pays sont représentées ; ce qui met 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 [11]. 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 SANGARE en (2003) qui trouvait 46,8% [11]. Les élèves avaient entendu parler de planification familiale dans 99,4% et seulement 0,6% n'avait pas entendu parler de planification familiale. Ce résultat

était proche de celui qui est trouvé par SIDIBE et *al.*, soit 99,7% [9] et dépassait celui de FAYE au Sénégal qui avait mis en évidence 81% [12]. 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.* [9] 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 le plus dans les campagnes de sensibilisation. Ils sont 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 par 0,6% des enquêtés seulement. 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, 16,9% seulement 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%, suivies de la religion, de la coutume, de la peur de grossir et d'autres raisons comme (« je n'aime pas », « pas avant de se marier » et « ma préoccupation » de maintenant). 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 [13].

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 [13]. 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 [14] dont 37,9% des élèves proposaient 3 ans et SANGARE [11] 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 de l'ordre de 1,5%. Le pourcentage des élèves enquêtés, informés du recours à la pratique abortive des adolescents, était 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 conduisent 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. Cela est un scandale [2]. Interdit par la loi dans la plupart 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 [2]. En Éthiopie, 54% des décès maternels sont liés à l'avortement provoqué clandestin [2]. Au Nigeria, 51% des décès maternels qui ont lieu à Lagos sont causés par les avortements [2]. 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 [15]. 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% étaient contre. Nos résultats sont dépassés par ceux de SANGARE [11] 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%. 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%. [9]. LUDOVIC et *al.* dans leur étude de groupes menées au Burkina-Faso, au Mali et au Niger, en 1997 [16]. Par contre, au Sénégal, FAYE avait trouvé la syphilis en tête, suivis du VIH et de la gonococcie [12]. 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'herpe 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 [11] et 99,6% de celui de BERTHE [14] 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 vivant 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 ait entendu parler d'IST/VIH, peu de ces adolescents connaissaient au moins une manière d'éviter la transmission du VIH par voie sexuelle [15]. Dans leur études, LOUIS et GRESENGUEL [17], IMPERATO [18] 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. 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

connaissaient le sida, dans 90,6% des cas. Parmi les élèves, qui ne croyaient pas en l'existence du 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 qui est trouvé par SANGARE [11] 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'informations. 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 [11].

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 [11] ainsi que BERTHE [14]. Dans son étude, SANGARE [11] 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 partie 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 [11], BERTHE [14], SANGHO et al[19], et TOURE et al[20]. 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. NDIAYE et al[21], ont trouvé que 40% des lycéens utilisent le préservatif lors des rapports sexuels. 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<sup>ème</sup> place aussi bien pour la PF que pour les IST/VIH ; venaient ensuite les ami(e)s avec 84,5% et 70,0% ; les journaux occupaient le 4<sup>ème</sup> rang pour la PF avec 48,8% ; et pour les IST/VIH, ils occupaient le 5<sup>ème</sup> rang avec 52,8% derrière les centres de santé avec 54,5%. Comparé à d'autres études SIDIBE et al. [9], SANGARE [11], BERTHE [14], on remarque qu'à part la conférence, les médias constituent la source primordiale d'information des adolescents suivis, selon le milieu d'enquête, de l'école, des frères et sœurs et des parents. SIDIBE et al.

trouvaient 96,3% pour les médias, 72,4% pour les ami(e)s et 19,6% pour les parents [9]. FAYE avait, au contraire, trouvé l'ordre suivant : les médias, l'école, le centre de conseil pour adolescent [12]. 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 ni occulter, ni accepter l'existence d'une barrière entre eux et leurs enfants en ce qui concerne ce sujet. Il en est un impératif pour eux d'informer leurs enfants sur la contraception et 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 » [7]. 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 [14] avait trouvé 93,3% pour la boutique, 89,6% pour la pharmacie et 18,8% pour le centre de santé. 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 [14]. SANTE QUEBEC avait trouvé 90% de discussion sur la sexualité, en général, 87% sur les méthodes de PF, 78% sur l'utilisation du préservatif [8]. 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 la conjointe que l'acte sexuel se fait souvent par désir et non par obligation. Cette situation est expliquée par la forte domination des médias 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.* [22] 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.* [9]. Au Zimbabwe, l'âge au premier rapport sexuel se situait à 9 ans [23], au Burkina Faso vers 15 ans [23], au Niger vers 12 ans [23]. 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) [1]. 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 [9]. BERTHE [14] 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 qui est trouvé par SANGARE [11] (23,1%) et proche de celui de BERTHE [14] 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 [24] trouvait 60% de comportement à risque élevé dans son étude. Dans notre étude, ce comportement à risque élevé était de 32,7%. Ainsi SANGARE [11] et BERTHE [14] ont trouvé respectivement 67,2% et 8% de comportement à risque élevé. SANGHO et *al.*, ont trouvé un comportement à risque élevé chez les lycéennes à Bamako (70,3%)[19]. Ce risque est d'autant plus important que l'utilisation du préservatif est faible.

### Conclusion

La majorité des élèves enquêtés avait entendu parler de planification familiale. Cette connaissance de la planification familiale n'influçait pas leur comportement. Ainsi, les élèves enquêtés connaissaient l'existence des services de prestation de planification familiale dans la majorité des cas. 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 à l'existence du sida et affirmaient connaître les voies de transmission du VIH. Les sources d'informations étaient représentées par la télévision et la radio avec pour la planification familiale. Les élèves qui avaient déjà eu des rapports sexuels pendant l'enquête étaient 66,4% et 71,7% de ces élèves n'avaient pas utilisé de préservatif à leur premier rapport sexuel. Notre étude a montré que la sexualité des adolescents était précoce et à risque élevé, ce qui les expose aux IST/VIH/sida. Nous recommandons une augmentation de la sensibilisation en milieu scolaire.

**Remerciements**

Nous remercions la direction, le corps professoral et tous les élèves du lycée Monseigneur Luc Sangaré de Bamako pour leur contribution à la réalisation de cette étude.

**Références**

- 1. 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, Genève 1994. PAS/DSF/OMS ; Genève ; septembre 1993 ; 43p.
- 2. SOW. F, CODOU. B.** Notre corps notre santé. La santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne - Paris, l'harmattan, 2004 ; 364p.
- 3. AKOTO E.M., TAMBASHE B.O., AMOUZOU J.A., TAMEKO D.T.** « Sexualité, contraception et fécondité des adolescents au Burkina Faso », Projet régional santé familiale et prévention du SIDA, (SFPS), septembre 2000 ; 60p.
- 4. EDSM III** - Enquête démographique et de santé Mali III, Rapport juin 2001, 450 p.
- [5]. FARIAH I** Etude du développement pubertaire et des comportements sexuels des garçons en milieu scolaire Bamakois. [Thèse] Médecine, Université de Bamako 1998, n°27, 129 p.
- 6. 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.
- 7. TRAORE J. M.,** Etude du développement pubertaire et du comportement sexuel des filles en milieu scolaire Bamakois. [Thèse] Médecine, Université de Bamako, 1998, n°26, 135 p.
- 8. SANTE QUEBEC.** Enquête Québécoise sur les facteurs de risque associés au SIDA et aux autres MST : La population des 15-29 ans. Québec. Ministère de la santé et des services sociaux 1991. Tome 1: 130-150
- 9. SIDIBE T., SANGHO H., TRAORE M. S. et al.** Connaissances et pratiques des élèves d'un lycée de Bamako en matière de contraception et prévention des IST/SIDA. *Mali Med* 2006, n°1 : 39-42.
- [10]. 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] Médecine, université de Bamako, 2001, n°79, 55 p.
- 11. SANGARE A. K.** Connaissances, attitudes et pratiques des scolaires de trois lycées de Bamako en matière de planning familiale et des IST/SIDA. [Thèse] Médecine, université de Bamako, 2003, n°6, 162 p.
- 12. 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-Guédiawaye. [Mémoire] Maîtrise, université Cheikh Anta Diop, Dakar, septembre 2005, 73 p.

- 13. GOLIBER T.J.** Population et santé de la reproduction en Afrique subsaharienne. Edition française, octobre 1998, vol. 52, n°4, 42 p.
- 14. BERTHE B. B.,** Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée ASKIA MOHAMED en matière de PF, de MST et du SIDA. [Thèse] Médecine, université de Bamako, 2000 ; n°47, 147 p.
- 15. 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), 2004 44 p.
- 16. HERVE L.L., TOKINDANG J., FARIAH I.** Connaissance et attitudes des étudiants de la FMPOS de Bamako en matière de PF et MST/SIDA. Population Council, 4 avril 1997 : 5-19.
- 17. GRESENGUEL G., DANAGORO J. P., VAHITO M. D., GEORGE A. J., BELEC L., SOMSE P.,** Connaissances, attitudes sur le SIDA. *Méd Afri Noire*, 1989 (1) : 48-53.
- 18. IMPERATO A. M.,** Acquired immunodeficiency syndrome and suburban adolescents: Knowledge, behaviour and risks. *Journal of community Health*, 1996, 21(5) : 329-47.
- [19]. SANGHO H., SIDIBE KEITA A., KONDE A., et al.** Connaissances, attitudes et pratiques sur les IST/VIH/Sida chez les lycéennes à Bamako. *Mali Med* 2012 ;27(3) :11-16.
- 20. TOURE B, KOFFI K, KOUASSI-GOHO V,** et al. [\[Awareness, attitudes, and practices of secondary school students in relation to HIV/AIDS in Abidjan, Ivory Coast\]](#). *Med Trop* 2005 ;65(4):346-8.
- 21. NDIAYE P, ABDALLAHI EL HO, DIEDHIOU A, TAL-DIA A, LEMORT JP.** [\[Evaluation of condom use among students of the El Mina middle school in Nouakchott in the Islamic Republic of Mauritania\]](#). *Sante* 2005;15(3):189-94.
- 22. KAMTCHOUING P., TAKOUGANG I., NGOH N., YAKAM I.,** La sexualité des adolescents en milieu scolaire à Yaoundé (Cameroun). *Contraception-Fertilité-Sexualité*, 1997, 25(1) : 789-801.
- [23]. Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** Besoins sanitaires des adolescents, séries de rapports techniques n°609, 1977, 54 p.
- 24. CISSE A.,** Connaissance et comportement sexuel des jeunes de 15-29 ans sur les MST- SIDA à Bamako. [Thèse] Médecine, université de Laval, Québec. Décembre 1993, 83 p.