

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

République du MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T.B

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



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

(FMOS)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

N°.....

THEME

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES
DES ADOLESCENTES EN MILIEU SCOLAIRE
SUR L'UTILISATION DE LA PILLULE
CONTRACEPTIVE D'URGENCE DANS LA
COMMUNE URBAINE DE KATI**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 18 /12 /2024

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : Mme. Téné KEITA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr Tioukani Augustin THERA (Professeur)

Directrice : Mme. THERA Aminata KOUMA (Maitre-Assistant)

Co-directeur : M. Souleymane SIDIBE (Maitre-assistant)

Membre : M. Drissa KONE (Gynécologue)



DEDICACES

DEDICACE

➤ **A mon frère ADRAHAMANE KEITA**

Tu as été pour moi plus qu'un frère. C'est grâce à tes soutiens moraux et matériels que j'ai pu mener à bien mon étude universitaire. Ton souci premier a toujours été ma réussite. Tes sages conseils et encouragement m'ont permis de réaliser ce travail, sache que je suis très fière de toi. Je prie Dieu qu'il t'accorde une longue vie et une très bonne santé afin que tu puisses jouir du fruit de notre travail. Je te dédie ce travail, il est le vôtre ! Merci !



REMMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

➤ Au nom d'ALLAH

Le Tout-Puissant, Créateur des cieux et de la terre, le très clément. Merci de m'avoir accordé la vie, le savoir et la patience de terminer l'une des tâches importantes de ma vie. Garde nous sous votre protection divine et oriente nous sur le bon chemin.

➤ A mon défunt père Fodé KEITA

Ce travail est le couronnement de ton soutien inconditionnel, pour m'avoir accompagné et soutenu pendant ces nombreuses années d'étude. Tu m'as toujours appris à me battre telle une tigresse et tu es l'essence qui m'anime et qui me pousse à dépasser mes limites. Ton souhait ardent était d'avoir un médecin dans la famille, à travers ces mots, je te réitère mon engagement ardent que ce n'est que le début de mon parcours académique. Sans toi c'est sûr je n'y serais jamais arrivée. J'aurais aimé ta présence pour couronner ensemble ce moment, hélas tu es parti très tôt en accomplissant l'appel d'Allah. Merci pour ton amour et les valeurs que tu m'as transmis. Que le bon Dieu te réserve le paradis.

➤ A ma défunte mère Fatoumata COULIBALY

T'es parti très tôt suite à une longue maladie. Depuis ce jour, j'ai nourri la volonté de sauver des vies. Certes je n'ai pas eu l'occasion de profiter de toi au maximum mais sache que de là où t'es, ta fille te remercie pour l'éducation transmise. Puisse Allah te garder au paradis.

➤ A mes sœurs : kadidia et Aminata KEITA

Pour l'esprit de famille que vous avez su privilégier en toute circonstance, vos encouragements et vos conseils. Ce travail vous est dédié entièrement. Merci surtout pour l'amour et le bonheur que vous m'apportez au quotidien. Tous ensemble unis, nous prospérons.

➤ **A toute la Famille KEITA**

Je vous remercie tous pour votre accompagnement et votre soutien indéfectible.
Ce travail est le vôtre !

➤ **A mon chers et tendre époux : Dr Cissé Albakaye SEMBER**

Merci d'avoir été cette personne qui a donné une orientation à mon voile. Tu as apporté une influence positive dans ma vie. Tu as guidé mes choix et tu m'as toujours soutenue malgré les difficultés. Ce travail est le nôtre. Puisse Allah bénisse notre couple.

➤ **A mes amis et compagnons du point g : Aminata Koné, Kadiatou Berthé, Anna Sidibé, Hammady Sissoko, Lassy Kamia, Moussa fouré, Fatoumata Dramé, Mariko.**

Vous avez été plus que des amis pour moi, vous êtes ma famille. Je vous remercie d'avoir partagé avec moi ces moments difficiles. A tous les moments qu'on a passés ensemble, à tous nos souvenirs ! Je vous souhaite à tous une vie pleine de bonheur, santé, longévité et de prospérité. Qu'Allah vous bénisse.

➤ **A Moussa Marie Coulibaly**

Tu as toujours été présent quand j'avais besoin de toi. Je ne pourrai jamais te remercier assez. Reçoit par ce travail, la preuve de ma grande affection. Que Dieu te bénisse pour tout ce que tu as fait pour moi.

➤ **A mes enseignants : Diawarra et Djibril Camara**

Merci pour l'enseignement de qualité que vous m'avez ligué. Je vous remercie pour tous. Qu'Allah vous récompense.

➤ **A tous les médecins du CHU BSS de Kati :**

Pr Thera Aminata Kouma, Dr Guindo Boubakary, Dr Diarra Bouroulaye, Dr Diaby Moctar, Dr Drissa Koné, Dr Seko Dembélé, Dr Ibrahima Koné, Dr Kone Mamadou, Dr Cheick O keita, Dr Sagara.

Je tiens à vous remercier du fond du cœur pour l'encadrement que vous m'avez appris. Ce fut un réel plaisir d'avoir été votre élève. Je vous suis reconnaissante pour l'encadrement reçu. Qu'Allah vous donne longue vie.

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES ADOLESCENTES EN MILIEU SCOLAIRE
SUR L'UTILISATION DE LA PILLULE CONTRACEPTIVE D'URGENCE DANS LA COMMUNE
URBAINE DE KATI**

➤ **A Toutes les Sages-femmes et Infirmières du CHU BSS Kati :**

Recevez mes salutations les plus distingués. Je vous remercie pour tout.

➤ **A mes collègues du CHU BSS de Kati :**

Pour tous ces moments passés ensemble, je vous remercie et vous souhaite courage et persévérance.



**HOMMAGE AUX
MEMBRES DU JURY**

**HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY
A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :**

Pr Tioukani Augustin THERA

- Professeur à la FMOS,
- Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU du Point G,
- Ancien faisant fonction d'interne des Hôpitaux de Lyon(France),
- Président de la commission médicale au CHU du Point G,
- Secrétaire général de la société Malienne de gynécologie obstétrique,
- Membre de la société Malienne, Africaine et Française de gynécologie obstétrique.

Honorable Maitre,

Nous avons été fascinés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de Présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Vos travaux tant dans l'enseignement supérieur que dans la pratique hospitalière font de vous un maitre de référence.

Convaincu que vous êtes un modèle d'intellectuel et de cadre pour notre pays, recevez l'expression de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous prête une longue vie.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Dr THERA Aminata KOUMA

- Chef de service de gynécologie-obstétrique du CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati,
- Maître de Conférences de gynécologie et d'obstétrique à la FMOS,
- Praticienne gynécologue obstétricienne au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati,
- Membre de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO),
- Ancienne secrétaire général adjointe de la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO).

Cher maître,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. La spontanéité avec laquelle vous nous avez accueillies dans votre service nous a profondément touchées.

Durant notre stage effectué auprès de vous, nous avons pu apprécier et admirer le maître que vous êtes et nous ne cesserons jamais d'imiter votre compétence, vos qualités scientifiques et humaines.

Votre rigueur, votre disponibilité, votre souci du travail bien fait et votre faculté d'écoute a forcé notre admiration. Vous êtes notre modèle d'inspiration. Nous sommes fières d'être compté parmi vos disciples.

Soyez rassurée Honorable maître, de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur SIDIBE Souleymane

- Spécialiste en médecine de famille/ médecine communautaire ;
- Maître-assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie ;
- Membre du Bureau de recherche de la faculté de médecine ;
- Vice-président du Réseau des Médecins de Familles et Communautaires (REMEFAC) ;
- Chargé de la santé de la reproduction au CSCOM-U de Banconi.

Cher Maître,

Vous nous faites un insigne honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Toujours disponible, vous avez été pour nous un bon guide, c'est le moment de le dire vous êtes un exemple à suivre, et c'est un honneur pour nous de vous voir siéger dans notre jury.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de simplicité et de rigueur.

Trouvez ici, l'expression de notre sincère remerciement.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur KONE Drissa

- Spécialiste en Gynécologie obstétrique,
- Praticien au CHU Pr Bocar Sidiki Sall de Kati.

Chers Maitre,

Les mots nous manquent pour exprimer le sentiment qui nous anime après ces moments passés auprès de vous. Merci pour l'accueil aimable et bienveillant que vous m'avez réservé à chaque fois.

C'est pour moi un honneur de vous siéger parmi le jury de cette thèse.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.



ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS :

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

CIP : Contraceptifs injectable combiné

COC : Contraceptifs oraux combinés

COP : Contraceptifs oraux progestatifs

CU : Contraception d'urgence

DIU : Dispositifs intra utérin

DMTK : Diango Magassi Tounkara de kati

EDSM : Enquête démographique de santé au Mali

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LMSK : Lycée Mamby Sidibé de kati

LNG : Levonorgestrel

LPRIMO : Lycée privé moderne de kati

OMS : Organisation mondiale de la santé

PCU : Pilule contraceptive d'urgence

PF : Planification familiale

PNP : Politiques normes et procédures

PRFI : Pays a revenue faible et intermédiaire

SSP : Soins de santé primaire

UPA : Ulipristal acétate

URSS : Union des Républiques Socialistes Soviétiques

VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome de l'Immunodéficience acquise



**LISTE DES TABLEAUX ET
FIGURES**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Méthode de contraception naturelle [25].....	16
Tableau II: Méthodes contraceptives traditionnelles : [25].....	18
Tableau III : contraception hormonale [9].....	20
Tableau IV: Les contraceptions locales [25]	22
Tableau V : Contraception d'urgence [12].....	28
Tableau VI: Répartition selon la tranche d'âge.	36
Tableau VII: Répartition selon les établissements fréquentés par les adolescents	Erreur ! Signet non défini.
Tableau VIII: Répartition selon l'âge des 1 ^{er} Menstruation	36
Tableau IX : Répartition des adolescentes selon la régularité du cycle menstruel.....	37
Tableau X: Répartition des adolescentes selon l'existence d'un partenaire. ...	37
Tableau XI : Répartition selon les adolescentes qui ont eu des rapports sexuels.	38
Tableau XII: Répartition selon celles qui étaient protégées lors du 1 ^{er} rapport sexuel	38
Tableau XIII: Répartition des adolescentes en fonction de la notion d'antécédent de grossesse.	39
Tableau XIV: Répartition des adolescentes qui ont des antécédents d'avortement	39
Tableau XV: Répartition selon la connaissance des moyens de prévention contre les grossesses non désirées.....	40
Tableau XVI: Répartition selon la connaissance des adolescentes sur les méthodes contraceptives	40
Tableau XVII : Répartition selon les principales sources d'information des adolescentes sur la PCU	Erreur ! Signet non défini.

Tableau XVIII : Répartition des adolescentes qui reçoivent les conseils des parents sur la sexualité.	41
Tableau XIX : Répartition selon les méthodes de contraception utilisées.....	43
Tableau XX : Répartition des adolescentes sur la continuité d'utilisation de leur méthode contraceptive.	43
Tableau XXI : Répartition des adolescentes sur la prise de décision pour l'utilisation de la PCU après un rapport non protégé.....	44
Tableau XXII : Répartition selon la connaissance des adolescentes sur les effets secondaires de la PCU.....	44
Tableau XXIII: Répartition sur l'avis des adolescentes par rapport à l'utilisation de la PCU en milieu scolaire.....	45
Tableau XXIV: Répartition des adolescentes sur leurs impressions sur le prix de la PCU en pharmacie.....	46
Tableau XXV : Répartition selon les besoins des adolescentes en matière de contraception	47

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Les étapes de la fécondation. [16]..... 9

Figure 2: La migration et la nidation de l'embryon. [17]..... 10

Figure 3: Les méthodes de contraception. 14

**Figure 4: Répartition des adolescentes selon leurs habitudes à discuter de
la contraception. 41**

**Figure 5: Répartition selon celles qui utilisent une méthode de
planification. 42**

**Figure 6: Répartitions des adolescentes selon la vente libre de PCU en
pharmacie..... 45**

Figure 7: Répartition selon les canaux d'information des adolescentes..... 46



TABLE DES MATIERES

SOMMAIRES

DEDICACE	III
REMERCIEMENTS	V
HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY	IX
LISTE DES ABREVIATIONS	XIV
I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	4
III. GENERALITES	6
IV. MATERIEL ET METHODES.....	32
V. RESULTATS.....	36
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	49
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	56
V. REFERENCES	60
VI. ANNEXES	65



INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

Les Politiques normes et procédures du Mali définissent la planification familiale (PF) comme l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non, mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu. La PF vise également la prévention et la prise en charge des cas d'infertilité. [1]

Au Mali, la PF comprend un ensemble de mesures et de moyens de maîtrise de la fécondité, d'éducation et de prise en charge des affections de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles et juvéniles notamment celles liées aux infections sexuellement transmissible, au virus de l'immunodéficience humaine et du syndrome de l'immunodéficience acquise (IST /VIH/SIDA), aux grossesses non désirées, aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel.[1]

En 2019, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI), 21 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans tombaient enceintes chaque année, et environ 50 % de ces grossesses étaient non désirées. Quelque 12 millions d'entre elles ont mis au monde des enfants. [2,3]

D'après les données pour 2019, 55 % des grossesses non désirées chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans se terminent par un avortement, qui, dans les PRFI, est souvent pratiqué dans des conditions dangereuses. [2]

En Afrique de l'ouest, entre 2015-2019 il y a eu au total 19 900 000 grossesses/an. Parmi celles-ci, 6 490 000 grossesses n'était pas désirées et 2 740 000 se sont terminées par un avortement. [4]

Au Mali, plus d'un tiers des adolescentes de 15-19ans (36%) ont déjà commencé leur vie féconde, et 30% sont déjà mère. [5]

La prévalence des méthodes modernes chez l'ensemble des adolescentes était de 16,2% et de 34% chez les femmes non en union et sexuellement actives ; 44,8% des adolescentes en union (15-24 ans) ont un besoin non satisfait de planification familiale ; et 16,5% des adolescentes en union utilisent une méthode moderne de planification familiale. [1]

La grossesse chez les adolescentes est un phénomène mondial dont les causes sont clairement connues et dont les répercussions sanitaires, sociales et économiques sont graves surtout dans les pays en de développement. [6]

Depuis la conférence du Caire en 1994, les gouvernements ont défini un nouvel agenda pour promouvoir la santé de la reproduction avec un accent particulier sur l'accès aux services de contraception et à l'information. Mais en dépit de cette disposition, les données statistiques sur les avortements sont toujours à la hausse. [4]

Face à cette situation d'avortement ; l'OMS a suggéré l'usage de la pilule de contraception d'urgence (PCU) et son intégration dans les programmes nationaux de santé dans la quête de l'atteinte des objectifs de développement durable. [4]

La contraception d'urgence (CU) permet de prévenir 95% des grossesses lorsqu'elle est prise dans les 5 jours suivant un rapport sexuel. On peut y recourir dans les situations suivantes : rapports sexuels non protégés, craintes d'un échec possible de la contraception, usage incorrect des contraceptifs et agression sexuelle ou viol en l'absence de couverture contraceptive [7].

Les adolescentes en milieu scolaire sont particulièrement concernées par ce fléau car la grossesse à l'adolescence peut avoir un retentissement négatives non seulement sur le plan éducatifs (abandon scolaire) mais peut également atteindre les dimensions physiques et affectives des adolescentes voir jusqu'au rejet des parents et de l'enfant en cause conduisant le plus souvent aux pratiques d'avortement clandestins qui peuvent se compliquer de décès [8].

Devant cette problématique qui handicape les adolescentes, nous avons entrepris cette étude afin d'évaluer leurs connaissances sur leur santé sexuelle dans le but de réduire les grossesses non désirées et les interruptions volontaires de grossesse ainsi que les morbidités et les mortalités qui y sont associées.

1.1. Question de recherche

- Qu'en est-il de l'utilisation des PCU en milieu scolaire ?
- Les jeunes filles ont – elles accès au PCU ?

1.2. Hypothèse de recherche

- Les adolescents en milieu scolaire n'utilisent la PCU après un risque parce qu'elles n'ont pas assez d'information.

II. OBJECTIFS :

Objectif général :

- Décrire les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescentes sur l'utilisation des pilules contraceptives d'urgence en milieu scolaire.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer les habitudes sexuelles des adolescentes ;
- Préciser la fréquence d'utilisation de la pilule d'urgence par les adolescentes;
- Rapporter les connaissances des adolescentes sur les effets de la contraception d'urgence ;
- Lister les besoins des adolescentes en matière de contraception.



GENERALITES

III. GENERALITES :

1.3. Définitions des termes et concepts :

1.3.1. Planification familiale :

Selon l'OMS, la planification familiale est l'ensemble des mesures et méthodes que les hommes et les femmes prennent ou utilisent pour éviter des grossesses non désirées et organiser la venue des enfants quand ils le désirent. Elle leur permet d'avoir des enfants au moment où ils le décident, d'avoir juste le nombre d'enfant qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soins, d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants [9].

1.3.2. Contraception :

C'est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non, mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu [10].

1.3.3. Contraception d'urgence :

Elle est la dénomination internationale de l'Organisation Mondiale pour la Santé de ce qui était appelé autrefois «contraception du lendemain» ou « contraception post-coïtale » [11].

Elle désigne les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse non prévue après un rapport non ou mal protégé (échec ou usage défectueux d'une méthode contraceptive comme l'oubli de la pilule ou la déchirure d'un préservatif). [12]

La contraception d'urgence hormonale est une méthode de rattrapage qui ne vise pas à être utilisée de façon régulière, notamment en raison du risque d'échec plus élevé que les contraceptions régulières. [12]

Cette méthode contraceptive, est comme son nom l'indique particulière, elle doit rester une méthode d'exception et non une méthode contraceptive de routine [11].

1.4 Rappel

physiologique

a- La fécondation :

[16]

Dans l'espèce humaine, la fécondation résulte de la fusion entre un spermatozoïde et un ovocyte après leur rencontre qui a lieu dans l'appareil génital féminin, au niveau de la jonction isthmo-ampullaire de la trompe de Fallope. Avant la rencontre des gamètes, indispensable à la survenue de la fécondation, les spermatozoïdes ont un long trajet à parcourir depuis la lumière des tubes séminifères. Pendant ce trajet ils acquièrent leur mobilité, mais ils sont rendus inaptes à la fécondation (décapacitation) au cours de leur transit épидидymaire. Au décours du rapport sexuel, au moment de l'éjaculation, 2 à 5 cm³ de sperme sont déposés dans les voies génitales de la femme soit 100 à 200 millions de spermatozoïdes, dont une partie à proximité de l'orifice externe du col de l'utérus

Au niveau du col : Quelques jours avant l'ovulation, les glandes cervicales (de l'endocol) sécrètent une glaire cervicale muqueuse. Cette glaire protège les spermatozoïdes situés à l'orifice externe du col de l'acidité vaginale et facilite la migration des spermatozoïdes qui se déplacent du fait de leur mobilité propre (flagelle). La migration sera d'autant facilitée que la glaire aura une viscosité faible.

Dans la cavité utérine : Les spermatozoïdes qui ont franchi le canal cervical se déplacent à la surface de l'endomètre dans le mucus sécrété par les glandes endométriales. C'est pendant ce transit utérin que les spermatozoïdes acquièrent leur propriété fécondante (capacitation). Une partie d'entre eux (quelques milliers) atteignent l'orifice interne des trompes. Certains atteindront ainsi la région du 1/3 externe de la trompe située du même côté que celui de l'ovaire où s'est produit l'ovulation, c'est là qu'ils pourront rencontrer l'ovule capté par le pavillon. La rencontre se déroule en plusieurs phases :

- La dissociation des cellules de la corona radiata laisse les spermatozoïdes entrer en contact avec la zone pellucide.
- La dissolution de la zone pellucide vient après la dissolution des cellules de la corona radiata.

Ces deux phénomènes semblent liés à l'activité enzymatique de la tête des spermatozoïdes: la réaction acrosomique qui libère plusieurs types d'enzyme (une hyaluronidase, des enzymes protéolytiques...).

- Un spermatozoïde pénètre enfin dans l'ovocyte, les autres perdent alors contact avec la zone pellucide puis dégèneront. Le spermatozoïde se retrouve alors dans l'espace péri vitellin au contact direct de la membrane plasmique ovocytaire avec laquelle il fusionne. La fusion du spermatozoïde induit une libération de calcium à partir du réticulum endoplasmique lisse ovocytaire. Ces vagues calciques se propagent à l'ensemble de la cellule et provoquent l'activation de l'ovocyte qui incorpore le spermatozoïde, réalise la réaction corticale et achève sa deuxième division de méiose. Il s'ensuit la formation des pronoyaux mâle et femelle qui se rapprochent et migrent au centre de l'œuf. La réunion de ces deux matériels génétiques (amphimixie) marque la fin de la fécondation et le début du développement embryonnaire.

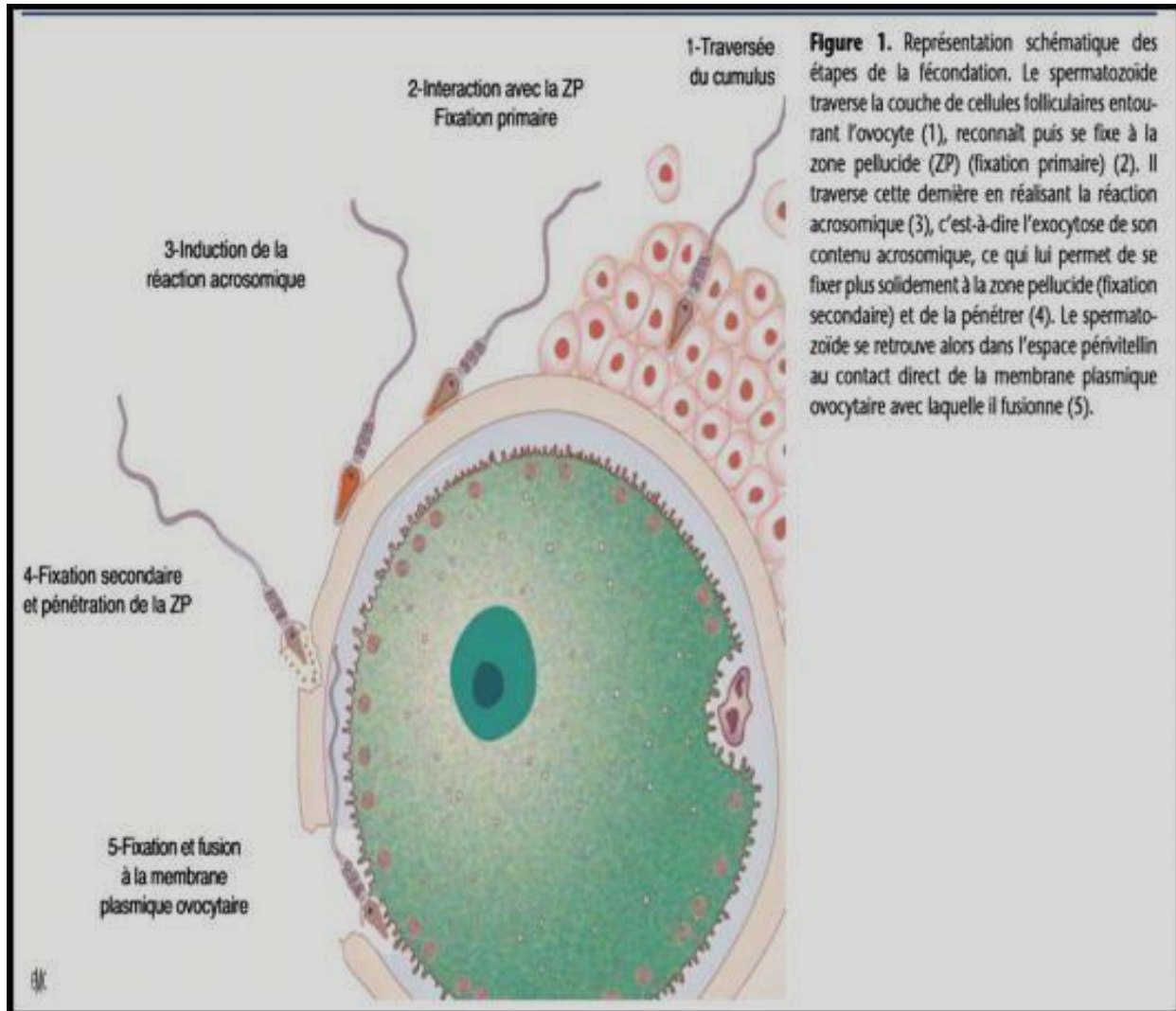


Figure 1: Les étapes de la fécondation. [16]

b- La nidation : [16]

Après plusieurs divisions, la cellule œuf est devenue un embryon qui correspond à un amas cellulaire qui migre dans la trompe utérine vers la cavité utérine. 6 à 8 jours après la fécondation, l'embryon arrive dans l'utérus. Il se fixe sur la muqueuse utérine puis pénètre à l'intérieur de celle-ci et entre en contact avec les vaisseaux sanguins de la mère, c'est la nidation. En cas de fécondation, survient la production d'une hormone spécifique de la grossesse : l'HCG. Cette hormone permet de maintenir la production des autres hormones et donc de garder l'endomètre intact pour que le futur embryon s'y « installe ».

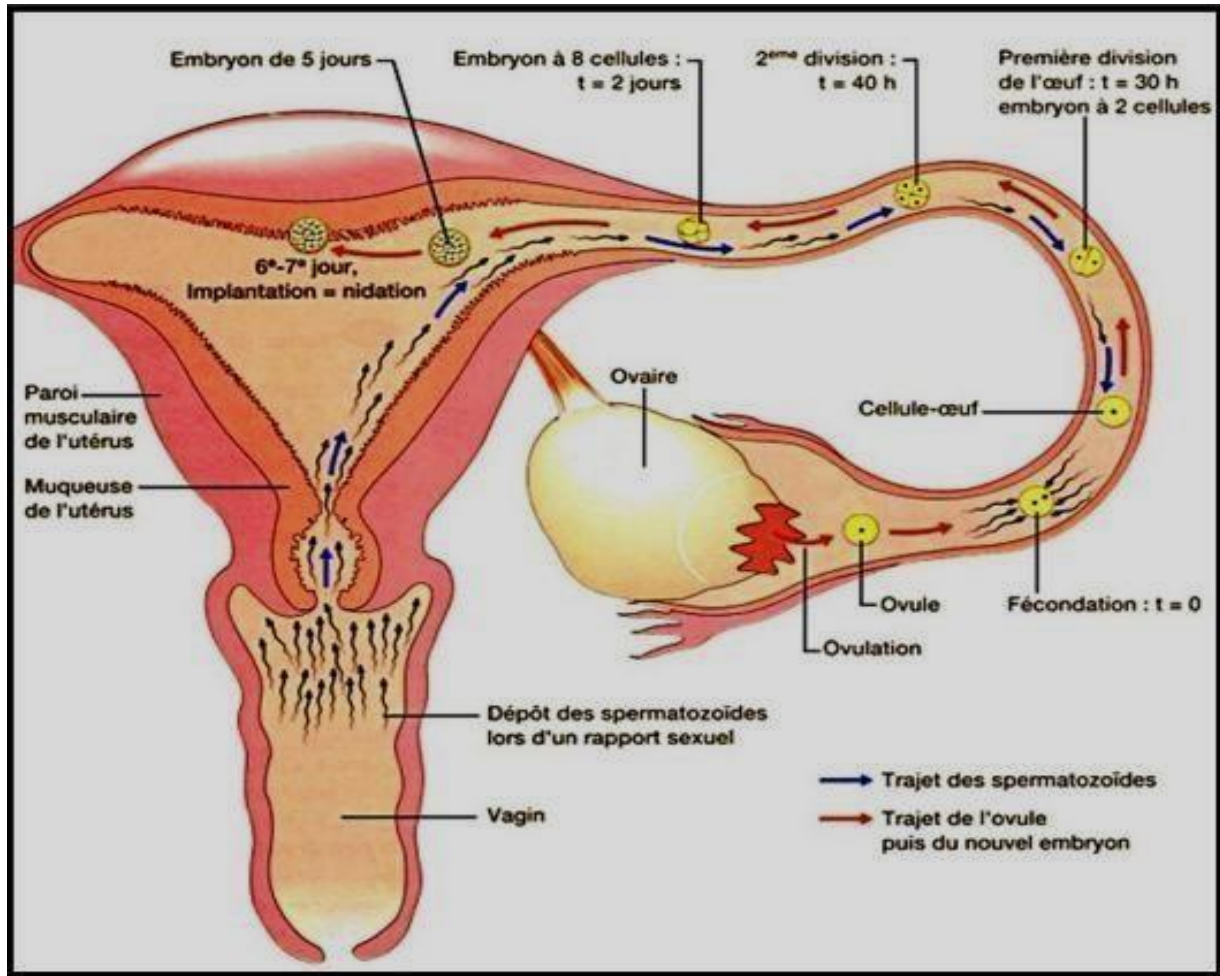


Figure 2: La migration et la nidation de l'embryon. [17]

1.5. Historique de la contraception :

1.5.1 Dans le monde :

Les premières actions en faveur des femmes remontent à 1970 à Bucarest où il était question de croissance démographique et de libération de la femme et la première conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes qui s'est tenue à Mexico en 1975, aboutissant à la proclamation de l'année internationale de la femme (1976-1985).

L'idée de la planification familiale a officiellement vu le jour dans le monde en septembre 1978 à Alma Ata (URSS) lors de la réunion mondiale sur les problèmes de santé des populations. À cette réunion, il a été élaboré un programme de santé pour tous d'ici l'an

2000. Cette politique était basée sur les Soins de Santé Primaires (SSP)

La plupart des pays du monde ont adhéré à ce concept de SSP ou la santé avait une note pluridisciplinaire, la PF étant la quatrième composante des SSP (soins de santé primaires) [18].

L'histoire de la contraception n'est en dehors des moyens employés, qu'une illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée toujours présents dans la société ou chez l'individu lui-même : le conservatisme ou le changement ; la tradition ou le progrès ; la foi ou la raison [19].

- Contraception d'urgence : [11]

Les premières références à la contraception post-coïtale ont été retrouvées sur des papyrus égyptiens datant de 1500 av J.C. Il s'agissait de préparations médicinales sous forme de concoctions ou de passoire agissant comme agents spermicides. Le développement des méthodes de contraception d'urgence existant actuellement remonte aux années vingt, où des chercheurs ont montré, pour la première fois, que des extraits ovarien ostrogéniques pouvaient interférer négativement sur le développement de la grossesse chez les mammifères. Il a fallu attendre les années soixante pour que soient réalisés les premiers essais humains d'administration post-coïtale de fortes doses d'estrogènes. Le premier cas clinique d'utilisation rapporté, concernait une adolescente hollandaise de treize ans victime d'un viol. Durant cette même période s'est développée parallèlement aux Etats Unis une méthode alliant de fortes doses d'estrogènes, d'éthinylestradiol et de diéthylstilbestrol.

En 1972, le Canadien Albert YUZPE a commencé ses expérimentations cliniques sur les traitements combinés estroprogestatifs, en partant de l'observation qu'une dose unique de 100 Ug (microgrammes) d'estrogènes couplés à 1 mg de norgestrel induisait des transformations endométriales incompatibles avec une implantation de l'œuf. Cette méthode appelée « méthode YUZPE » a alors remplacé les formules à hautes doses d'estrogènes, qui furent abandonnées à cause des effets secondaires importants dont elles étaient responsables, et également des cas rapportés

d'adénomes et d'adénocarcinomes du vagin survenus chez les filles de femme ayant été traitées pour des menaces de fausse couche au diéthylstilbestrol.

1.5.2 Au Mali :

Les sociétés traditionnelles ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique culturel, économique et spirituel. Une nombreuse progéniture est source à la fois de richesse (maximum de bras valides pour augmenter la production) et de bénédiction divine. La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme [18]. Malgré le comportement pronataliste, les maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances : c'est ainsi qu'après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant un certain temps. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement [20].

La méthode d'urgence utilisé dans la société africaine était le coït-interrompu autrement appelé « fochi li ». On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs comme le « tafo ». La fréquence de ces pratiques serait en diminution notamment dans le milieu urbain [18].

La planification familiale a débuté par la création de façon informelle de l'association Malienne pour la protection et la promotion de la famille (AMPPF), organisation non gouvernementale à but non lucratif en 1971 [18].

En 1994 avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Egypte), les gouvernements dont celui du Mali se sont engagés à agir dans le domaine de la santé de la reproduction, engagement réitéré lors de la 4ème conférence mondiale sur les femmes à Beijing (Chine) en septembre 1995.

En juin 1995 a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle et infantile et planning familial

De mars à avril 1973 : le 1er séminaire interafricain sur l'éducation sexuelle a été organisé à l'Ecole de Médecine de Bamako [20].

Depuis cette période, les initiatives se sont multipliées pour obtenir une plus grande adhésion des populations locales tant dans le secteur étatique que dans le secteur des ONG [18].

En décembre 1974, s'est tenu le congrès constitutif de l'union nationale des femmes du Mali qui a recommandé, la diffusion de l'éducation sexuelle dans les écoles à partir de la classe de 7ème année, et l'extension de la planification familiale au Mali [22].

Le concept malien en matière de planning a évolué, allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuelle qui donne un droit égal de liberté, dignité entre homme et femme en matière de santé de la reproduction/ planification familiale : « loi N°02-044 du 24 Juin 2002 portant santé de la reproduction qui reconnaît et renforce amplement les droits des femmes en matière de santé de la reproduction/ planification familiale » [23].

1.6 Les méthodes contraceptives : [24]



Figure 3: Les méthodes de contraception.

En pratique, on distingue actuellement quatre (4) grands modes de contraception selon le procédé auquel ils font appel :

- Ceux qui bloquent l'ovulation.
- Ceux qui bloquent la spermatogénèse (stade expérimental).
- Ceux qui font obstacle à la fécondation (abstention périodique, coït interrompu, préservatif, méthode Ogino Knaus).
- Ceux qui font obstacle à la nidation de l'œuf.

Pour trois (3) types de méthodes contraceptives :

- Méthode naturelle,
Méthode traditionnelle.
- Méthode moderne

1.6.1 Planification familiale naturelle :

La Planification Familiale Naturelle concerne diverses méthodes, visant à prévenir la grossesse, fondée sur l'identification des jours féconds d'une femme. Pour toutes les méthodes naturelles, on prévient la grossesse en évitant les rapports sexuels non protégés pendant les jours féconds. Parfois les méthodes naturelles sont appelées les méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité [24].

Tableau I: Méthode de contraception naturelle [25].

TYPE	Description	Mécanisme	Avantage/inconvénients
La méthode de la glaire cervicale (Billings ovulations)	basée sur l'auto observation des changements cycliques de la glaire cervicale	On observe que la glaire cervicale est opaque et trouble, floconneuse ou épaisse, semblable au blanc d'œuf frais	Apprendre à prédire et à déceler le moment de l'ovulation et la période féconde
Le coït interrompu	Méthode contraceptive du retrait pendant le rapport sexuel.	Retrait (interruption du rapport puis éjaculation en dehors du vagin)	Efficacité faible ; Taux d'échec > 2 0% année femme ;
OGINO-KNAUS	Méthode de contraception naturelle par abstinence périodique pendant les jours féconds.	Evite la grossesse par abstinence du rapport sexuel aux alentours de l'ovulation (c'est-à-dire 03 jours avant et après)	Maitrise du cycle menstruel difficile L'indice de Pearl= 15%
La méthode du collier de perle	Méthode de contraception naturelle basée sur le décompte des colliers de différente couleur.	Consiste à éviter les rapports lors de la période à risque	Aide à la maitrise des cycles(le jour ; la durée des règles) Efficace si bien réalisée
La courbe de température	Méthode naturelle se basant sur l'élévation de la température corporelle engendrée par le pic de LH durant la période ovulatoire.	Abstinence périodique pendant la période de pique fébrile (ovulatoire)	Nécessité de prise de température (rectale) quotidienne avant le lever du lit ; Interprétation erronée si travail de nuit ou infection ;

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES ADOLESCENTES EN MILIEU SCOLAIRE
SUR L'UTILISATION DE LA PILLULE CONTRACEPTIVE D'URGENCE DANS LA COMMUNE
URBAINE DE KATI**

MAMA (Méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée)	Consiste à utiliser l'allaitement au comme méthode temporaire de contraception	Evite la grossesse par absence d'ovulation par chute de FSH pendant l'allaitement maternel.	Efficace+++ (si aménorrhée, allaitement exclusif) Economique Renforce le lien entre mère enfant
---	--	--	---

1.6.2 Méthodes Traditionnelles :

On se sert dans le monde entier d'un grand nombre de plantes et d'autre des substances pour empêcher la contraception. Le recours fréquent à ces méthodes, prouve qu'elles sont capables de régler leur fécondité et qu'ils ont depuis longtemps découvert les avantages de cette régulation. La vitesse à laquelle la modernisation, l'urbanisation et les changements sociaux se sont produits en Afrique, fait qu'il est difficile de déterminer la manière dont les méthodes traditionnelles les plus courantes de régulation de la fécondité sont encore utilisées [26].

Tableau II: Méthodes contraceptives traditionnelles : [25]

TYPE	DESCRIPTION
TAFO	Il s'agit d'une ceinture mystique à multiples nœuds produite par le guérisseur. Il aurait un pouvoir contraceptif de durée illimitée tant qu'elle serait portée à la ceinture ou de durée liée aux nombres de nœuds
La toile d'araignée	Dispositif opaque, issu du tissage de l'araignée que les femmes enduit de beurre de karité pour obstruer le col.
SOKOLON TIGI YIRI	Un petit arbre qui pousse sur les ordures. Une graine avalée correspond à une année de contraception.
L'huile extraite des graines de BUCHHOLZIA MACROPHYLLA	Est censée avoir un effet oestrogénique et est utilisée par les femmes du Zaïre pour réduire les règles
LES GRAINES DE BANFORA, PLANTE AU BURKINA	Les graines ont des actions spermicides. Les agents actifs de la plupart de ces plantes utilisées pour réguler la fécondité ne sont pas identifiés. Ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils sont sans effet.
LA COMBRETODENDION AFRICANUM	Utilisé en Côte d'Ivoire pour la contraception. Il a pour effet d'empêcher la nidation chez les rats

1.6.3 Contraception moderne :

a- Méthode hormonale :

Les contraceptifs hormonaux constituent les méthodes non chirurgicales les plus populaires et les plus efficaces au monde pour l'espacement des naissances et la régulation de la fécondité. Les contraceptifs hormonaux sont des composés synthétiques destinés à ressembler aux hormones naturelles présentes dans le corps de la femme. Ces hormones, l'œstrogène et la progestérone sont essentielles au fonctionnement du cycle menstruel, et donc à l'ovulation qui permettra, elle, la fécondation [27].

b- Mécanisme d'action des contraceptifs hormonaux : [9]

Ils agissent sur trois verrous :

- Le verrou cervical en épaississant la glaire cervicale, la rendant ainsi impropre à l'ascension des spermatozoïdes ;
 - Le verrou utérin par atrophie de l'endomètre, le rendant impropre à la nidation ;
 - Et le blocage de l'ovulation
- c- Voies d'administration :**
- Voie orale, injectable (**IM**), ou en Implant (**SC**)

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES ADOLESCENTES EN MILIEU SCOLAIRE
SUR L'UTILISATION DE LA PILLULE CONTRACEPTIVE D'URGENCE DANS LA COMMUNE
URBAINE DE KATI**

Tableau III : contraception hormonale [9]

Type	Description	Avantages	Contre-indications
C.O.C (contraceptifs oraux combinés)	Ce sont des pilules qui contiennent un œstrogène(Ethynilestradiol) associé à une progestérone (Noréthistérone).	Très efficace si utilisation correcte (IP : 0,8-1%) Abordable Pratique et facile PCU	Grossesse confirmée Allaitement Trouble thromboembolique Insuffisance : Rein, foie, cœur Etc.
C.O.P (contraceptifs oraux progestatifs)	Ce sont des contraceptifs hormonaux uniquement dosés d'un progestatif seul	Très efficace si prise régulière (IP : 0,510%) Usage facile et Si contre-indication au C.O.C Post-partum et allaitement possibles +++ Réversible	Antécédents thromboemboliques Altération grave du foie
C.I (contraceptif injectable)	Les contraceptifs injectables sont également composés d'hormones à base d'œstrogène et de progestérone appelée (CIC) ou de progestérone seule appelée (CIP) qui s'injecte par voie intramusculaire afin d'empêcher la survenue de la grossesse.	Pratique et simple Réversible sans intervention Allaitement possible Complications rares Disponible sans ordonnances	Absence des règles Femmes enceintes Désir d'enfant dans les 12 à 18 mois Allaitement
Implant	C'est une méthode contraceptive uniquement à progestérone, ce sont des	Innocuité Grande efficacité Longue durée	Femmes enceintes ; prise médicamenteuse

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES ADOLESCENTES EN MILIEU SCOLAIRE
SUR L'UTILISATION DE LA PILLULE CONTRACEPTIVE D'URGENCE DANS LA COMMUNE
URBAINE DE KATI**

	capsules fines et flexibles en silastic qui diffusent du levonorgestrel afin d'épaissir la glaire cervicale (empêchant ainsi la rencontre des spermatozoïdes et des ovules) et empêchant la nidation par son action anti gonadotrope ; ce sont des contraceptifs de longue durée d'action (2 à 6 ans).	Effet rapide dès la pose Retirable à tout moment Rentable	(griséofulvine ; rifampicine etc.) ; maladie cardiovasculaire avancée ; affection hépatique ; kyste ovarien
--	--	--	--

N.B : Ailleurs nous avons deux autres classes (DIU à la progestérone et Anneau vaginal) qui sont également des contraceptifs hormonaux classés parmi les types de contraceptions locales.

Tableau IV: Les contraceptions locales [25]

Il s'agit des méthodes de barrière et des spermicides. On peut citer :

Type	Description	Mécanisme	Avantage
D.I.U (dispositif intra-utérin)	Appelé stérilet est un corps étranger qu'une fois placé dans la cavité utérine, transforme la muqueuse de l'utérus pour la rendre impropre à la nidation d'un œuf	Empêche la nidation	Protection permanente dès la pose ; Généralement bien toléré ; Le cycle reste spontané sans intervention médicamenteuse, chimique ; Sans retentissement métabolique ;
Préservatif féminin	Il s'agit d'une méthode mécanique, c'est un long fourreau polyuréthane munie d'une collerette et deux anneaux rigides, l'un est à coincer sous le col de l'utérus, l'autre maintient la collerette à l'extérieur de l'orifice vaginal	Evite la grossesse par obstacle à la fécondation (empêchant la rencontre des deux gamètes)	Contrôler par la femme ; Plus pratique (insertion possible avant l'acte sexuel) ; Empêcher les MST et la grossesse ; Pas de contre-indication ; Pas d'effet secondaire ; Efficacité analogue à celle des préservatifs masculins ;
Anneau vaginal	L'anneau vaginal est une méthode de contraception faite d'un anneau flexible contenant un taux constant d'hormone oestroprogestative	Consiste à faire absorber les hormones contenues dans une pilule combinée à travers la paroi vaginale	Moins contraignante que le comprimé quotidien ou le patch hebdomadaire ; Utilisable pendant 03 semaines suivies d'une semaine de pose ;

L'éponge contraceptive	Elle consiste en de petits dis positifs jetables ou en mousse de polyuréthane imprégné de spermicide conçu pour recouvrir le col de l'utérus	Action contraceptive attribuable au spermicide dont elle est imprégnée	Très autonome ; Très pratique ;
-----------------------------------	--	--	------------------------------------

1.6.4 Contraception d'urgence :

La contraception d'urgence désigne des méthodes contraceptives utilisables pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel. Il est recommandé de mettre en œuvre ces méthodes dans les 5 jours qui suivent ce rapport, mais plus elles sont appliquées tôt, plus elles sont efficaces [7]. **a- Mécanisme d'action :** [11].

La contraception d'urgence agit à trois niveaux soit:

- En inhibant ou en interrompant l'ovulation;
- En empêchant la fécondation ou le transport de l'embryon vers l'utérus;
- En inhibant l'implantation de l'embryon.
- **Effet sur l'ovulation :**

Les pilules contraceptives d'urgence préviennent les grossesses en

Empêchant ou en différant l'ovulation et n'induisent pas

D'avortement. En théorie, de fortes doses d'œstrogènes données avant l'ovulation devraient inhiber le développement folliculaire et la maturation ou la libération de l'ovocyte lui-même.

- **Effet sur le transport des gamètes :**

Certains essais utilisant de fortes doses d'estrogènes administrées en

Contraception d'urgence ont rapporté une augmentation de l'incidence des grossesses extra-utérines, mais il est probable que cela soit dû au fait que, comme

pour le dispositif intra-utérin, cette méthode est plus efficace pour prévenir les grossesses intra-utérines que les grossesses extra-utérines.

- **Effet sur la fonction du corps jaune :**

Il est possible que l'administration d'hormones gonadiques données avant ou après l'ovulation, en altérant sa production de progestérone au cours de la phase lutéale, réduise la fertilité. En revanche, l'action des anti-progestérones sur le corps jaune a été bien mise en évidence; administrés en milieu ou en fin de phase lutéale, ils induisent la régression du corps jaune chez environ 50% des femmes.

- **Effet sur l'implantation :**

Les anti-progestérones, administrés immédiatement après l'ovulation retardent la maturation endométriale sans perturber la production hormonale ovarienne et empêchent la grossesse.

De même, l'insertion d'un stérilet après l'ovulation provoque une modification histologique de l'endomètre rendant celui-ci impropre à la nidation, Les dispositifs intra utérins au cuivre empêchent la fécondation en provoquant des modifications chimiques du sperme et de l'ovule avant leur rencontre.

Au contraire, l'administration post-ovulatoire d'hormones gonadiques à fortes doses n'induit que des modifications histologiques et biochimiques mineures au niveau endométrial.

- **Interruption de grossesse :**

La contraception d'urgence ne peut interrompre une grossesse établie ou nuire à un embryon en développement.

En théorie, la méthode de contraception d'urgence la plus efficace serait celle qui inhiberait l'implantation parce qu'elle serait capable de prévenir la conception quel que soit le moment de survenue du rapport sexuel par rapport au cycle, y compris lorsque le rapport a lieu après l'ovulation.

- **Indications:** [7].

Elle peut être employée, après un rapport sexuel, dans un certain nombre de situations, et notamment:

- Absence de contraception;
- Dans les cas d'agression sexuelle ou de viol, lorsque la femme n'est pas protégée par une méthode efficace de contraception;
- Echec ou usage défectueux de la méthode contraceptive, notamment:
- Déchirure, glissement ou utilisation incorrecte du préservatif;
- Oubli du contraceptif oral associé pendant 3 jours consécutifs ou plus;
- Prise d'un contraceptif progestatif (minipilule) avec plus de 3 heures de retard sur l'heure habituelle, ou plus de 27 heures après la pilule précédente;
- Injection d'un contraceptif injectable combiné (CIC) avec plus de 7 jours de retard;
- Déplacement, rupture, déchirure ou retrait trop précoce d'un diaphragme ou d'une cape cervicale;
- Echec de la méthode du retrait (éjaculation dans le vagin ou sur les organes génitaux externes, par exemple);
- Comprimé ou film spermicide non dissous avant le rapport;
- Erreur de calcul de la période d'abstinence ou incapacité à s'abstenir ou à utiliser une méthode barrière pendant la période de fécondité du cycle, lorsque le couple utilise une méthode de sensibilisation à la fertilité;
- Expulsion du dispositif intra-utérin (DIU) ou de l'implant hormonal contraceptif.

b- Les méthodes de contraception d'urgence :

 **La pilule contraceptive d'urgence :**

On dispose de 4 méthodes de pilule contraceptive d'urgence: [7].

- Pilules à base d'acétate d'ulipristal;
- Pilules à base de lévonorgestrel,

- Pilules de contraceptif oral combiné;

Pour la contraception d'urgence, l'OMS préconise l'un des médicaments suivants:

- PCU à base d'AUP, prise sous forme de dose unique de 30 mg;
- PCU à base de LNG, prise sous forme de dose unique de 1,5 mg, ou LNG pris en 2 doses de 0,75 mg chacune, à 12 heures d'intervalle;
- Contraceptif oral combiné (COC), pris sous forme de doses fractionnées : une première de 100 µg d'éthinylestradiol plus 0,50 mg de LNG, puis une deuxième de 100 µg d'éthinylestradiol plus 0,50 mg de LNG, 12 heures plus tard (méthode Yuzpe).

- **Efficacité :**

Les PCU à base d'AUP, de LNG ou les COC devraient être pris aussitôt que possible après le rapport non protégé, dans un délai de 120 heures au maximum. Les PCU à base d'AUP présentent une plus grande efficacité entre 72 et 120 heures après le rapport non protégé que les autres PCU.

- **Innocuité**

Les effets secondaires résultant de l'utilisation de PCU sont similaires à ceux de pilules contraceptives orales, avec des nausées et des vomissements, des saignements vaginaux irréguliers de faible ampleur et de la fatigue. Ils sont rares, bénins et normalement spontanément résolutifs sans médication supplémentaire. Si des vomissements interviennent dans les 2 heures suivant la prise d'une dose, il faut reprendre une dose supplémentaire. Les PCU à base de LNG ou d'AUP sont préférables aux COC car elles provoquent moins de nausées et de vomissements. L'administration systématique d'antiémétiques avant la prise de PCU n'est pas recommandée.

Les médicaments employés pour la contraception d'urgence ne sont pas préjudiciables à la fécondité future.

Il n'y a pas de retard dans le retour de la fécondité après la prise de PCU.

Dispositifs intra-utérins au cuivre :

En tant que contraception d'urgence, l'OMS recommande de poser un DIU au cuivre dans les 5 jours suivant un rapport non protégé. Cette méthode est particulièrement adaptée aux femmes souhaitant débiter une méthode contraceptive durable, réversible et d'une grande efficacité.

□ Efficacité :

Lorsqu'il est posé dans les 120 heures suivant un rapport non protégé, un DIU au cuivre est efficace à plus de 99% dans la prévention des grossesses. C'est la forme la plus efficace de contraception d'urgence disponible. **□ Innocuité :**

Le DIU au cuivre est une forme de contraception d'urgence dépourvue de risque. On estime qu'il y aurait probablement moins de 2 cas de maladie inflammatoire pelvienne pour 1000 utilisatrices.

c- Les contre – indications :

- Les infections récentes de l'utérus ou des trompes ;
- Antécédent de grossesse extra-utérine (dans certains cas) ;
- Les malformations utérines importantes ;
- Les maladies hémorragiques pour le stérilet en cuivre ;
- Certains fibromes ; Les femmes n'ayant jamais eu d'enfant

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES ADOLESCENTES EN MILIEU SCOLAIRE
SUR L'UTILISATION DE LA PILLULE CONTRACEPTIVE D'URGENCE DANS LA COMMUNE
URBAINE DE KATI**

Tableau V : Contraception d'urgence [12].

	Lévonorgestrel (LNG) per os (dose unique de 1,5 mg)	Ulipristal acétate (UPA) per os (dose unique de 30 mg)	Dispositifs intrautérins (DIU) au cuivre
Mode d'action	Progestatif agissant principalement en inhibant ou en retardant l'ovulation	Modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone agissant principalement par inhibition ou retardement de l'ovulation	– Effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes inhibant ainsi la fécondation – Inflammation locale de l'endomètre empêchant l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé
Délai d'utilisation possible	Jusqu'à 72 h (3 jours) après un rapport sexuel non ou mal protégé (indication de l'AMM) mais de préférence dans les 12 h après le	Jusqu'à 120 h (5 jours) après un rapport sexuel non ou mal protégé, à n'importe quelle période du	Jusqu'à 120 h (5 jours) après un rapport sexuel non ou mal protégé
	rapport, à n'importe quelle période du cycle menstruel sauf en cas de retard des règles	cycle menstruel, sauf en cas de retard des règles	
Principales contreindication	Hypersensibilité au LNG	Hypersensibilité à UPA	– Celles des DIU (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexplicables)

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES ADOLESCENTES EN MILIEU SCOLAIRE
SUR L'UTILISATION DE LA PILLULE CONTRACEPTIVE D'URGENCE DANS LA COMMUNE
URBAINE DE KATI**

			– La nulliparité/ nulligestité n'est pas une contre-indication
Principales précautions d'empois	– Déconseillé chez les femmes présentant un risque de grossesse ectopique (antécédents de salpingite ou de grossesse extra-utérine) – Après la prise de LNG, allaitement non recommandé pendant 8 heures (allaier juste avant la prise du comprimé)	Non recommandé en cas d'insuffisance hépatique sévère et d'asthme sévère insuffisamment contrôlé par un glucocorticoïde oral – Après la prise d'UPA, allaitement non recommandé pendant une semaine (au cours de cette période, tirer et jeter le lait maternel afin de maintenir la stimulation de la lactation)	Avant la pose, évaluer et écarter un risque infectieux

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES ADOLESCENTES EN MILIEU SCOLAIRE
SUR L'UTILISATION DE LA PILLULE CONTRACEPTIVE D'URGENCE DANS LA COMMUNE
URBAINE DE KATI**

Effets indésirables	Généralement modérés et de courte durée : troubles des règles (spotting, retard de règles ou règles en avance), fatigue, nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhées, céphalées, vertiges, tension mammaire	Généralement modérés et de courte durée : troubles des règles (spotting, retard de règles ou règles en avance), fatigue, nausées, vomissements, douleurs abdominales, céphalées, vertiges, tension mammaire, troubles de l'humeur, myalgies, douleurs dorsales, douleurs pelviennes	Ceux propres au DIU en général : – risque d'expulsion, risque de perforation lié à la pose (exceptionnel) – effets sur les règles (règles plus importantes ou dysménorrhée) – complications infectieuses
---------------------	--	---	---



MATERIEL ET METHODES

IV. MATERIEL ET METHODES :

1.7. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans trois (3) lycées de la commune urbaine de Kati. Les lycées ont été choisis pour leurs effectifs constitués à majorité d'adolescentes :

- Lycée Mamby Sidibé de Kati(LMSK) : Est un lycée public situé à Kati koko plateau bâti sur une superficie de 5hectares. Il compte 40 salles dont 36salles ordinaires et 4salles spécialisées. Dans le lycée Mamby, il y a une infirmerie, une salle informatique, une bibliothèque, un terrain de sport et un bloc administratif. La capacité d'accueil est 2500 élèves. L'effectif global en 2023-2024 est 1715élèves dont 803garçons et 912 filles.
- Lycées Privé Moderne de Kati (LPRIMO) : situé à koko plateau, comporte 796 élèves dont plus de 450 filles repartis sur 17salles, 10 classes de terminale, 5classes de 11^{ème} et 2classes de 10^{ème} année.
- Lycee Diango Magassi Tounkara de kati (DMTK) : Comporte un effectif total de 572 élèves dont 293 garçons et 279 filles.

Données géographiques :

Commune urbaine de Kati est limitée :

- Au Nord par la commune rurale de kambila et de Diago,
- A l'Est la commune rurale de Safo,
- Au Sud par le district de Bamako (la commune III)
- A l'Ouest par la commune rurale de Doubabougou.

Elle est constituée de dix(10) quartiers (Farada, Malibougou, Mission, N'tominkoro, Noumorila, Kati coura, coco, sananfara, et samakebougou), trois (3) villages (N'toubana, Banambani et Sirakoroniarié) et un hameau a sebenikoro.

Populations :

Le cercle de Kati compte une population de 681.872 habitants répartie entre villages et communes. Elle est surtout caractérisée par le cosmopolitisme de sa jeunesse à 42%, constituée par les moins de 15ans.

La ville de Kati, de par sa constitution géographique et stratégique (3eme région militaire du Mali) demeure un carrefour de rencontre de toutes les couches socio-économiques et culturelles du Mali.

1.8. Type d'étude :

IL s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) chez les adolescentes dans les lycées de la commune urbaine de Kati:

LMSK, LPRIMO, DMTK.

1.9. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée d'Octobre 2023 à Mars 2024 soit une durée de 6mois.

1.10. Population d'étude :

Notre population d'étude était les adolescentes âgées de 15-19ans résidant dans la commune urbaine de Kati inscrites dans l'un des établissements cités comme sites D'étude.

1.11. Critère d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude toutes les adolescentes âgées de 15-19ans présentes dans les dits établissements au moment de l'enquête et ayant accepté volontairement de participer l'étude.

1.12. Critère de non inclusion :

- Adolescentes non inscrites dans les dits établissements,
- les refus de participation

1.13. Echantillonnage :

La méthode probabiliste et la technique de sondage aléatoire simple ont été utilisées pour identifier les enquêtées de l'étude. La formule de Schwartz a été utilisée pour calculer la taille de l'échantillon.

$$n = \frac{Z^2 \alpha^2 pq}{i^2}$$

Où $Z_{\alpha} = 1,96$: écart réduit correspondant au risque α consenti (avec un seuil de signification = 0,05)

P= Prévalence de l'utilisation de la contraception dans la population générale, qui est 16% selon EDSM VI au Mali en 2018 $q=1-p=1-0,231=0,769$

n étant la taille de l'échantillon. i =précision ($\alpha= 5\%$). La

taille de l'échantillon calculée $n=206,5244=207$

1.14. Collecte des données :

Un briefing s'est tenu dans toutes les classes avec le Promoteur des écoles pour leur expliquer nos objectifs et le caractère confidentiel de notre étude.

Nous avons réuni les jeunes filles acceptant volontairement de participer à l'étude dans une classe ou les fiches d'enquête individuelles leur ont été distribuées, puis nous avons traduit chacune des questions en langue Bambara pour une meilleure compréhension. Au terme de notre enquête, nous avons animés une causerie éducative sur les méthodes de planification en guise d'une meilleure sensibilisation.

1.15. Saisie et analyse des données :

Nous allons collecter nos données à l'aide des fiches d'enquêtes et ces dernières ont été saisies et analysés respectivement à l'aide du pack office et le logiciel Epi Info 7.2.

1.16. Considération éthique :

Le consentement libre, éclairé et verbal des autorités administratives et de chaque adolescente a été demandé après qu'elles aient pris connaissance du caractère volontaire, libre et non rémunéré de l'étude. Une demande d'autorisation de collecte des données a été adressée aux directeurs des écoles et validée avant la collecte des données. La vie privée de chaque participante a été protégée par l'anonymat des questionnaires.



RESULTATS

IV. RESULTATS

1.17. Antécédents gynéco-obstétrique et comportements sexuels

Tableau VI : Répartition selon les établissements fréquentés par les adolescents.

Etablissement	Effectif	Pourcentage
DMTK	53	25,48
LMSK	96	46,15
LPRIMO	59	28,36
TOTAL	208	100,00

Le lycée Mamby Sidibé de Kati était le plus représenté avec **46,15%**.

Tableau VI: Répartition selon la tranche d'âge.

Age	Effectif	Pourcentage
14-15	55	26,44
16-17	114	54,8
18-19	39	18,75
Total	208	100,00

La tranche d'âge **16-17ans** était la plus représentée avec **54,8%** avec des extrêmes de **14-19ans** et un âge moyen de **16,50 ans**.

Tableau VII: Répartition selon l'âge des 1^{er} Menstruation.

Age de la 1 ^{ère} menstruation	Effectif	Pourcentage
10-11ans	11	5,32
12-13ans	98	47,34
14-15ans	94	45,41
16-17ans	4	1,93

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES ADOLESCENTES EN MILIEU SCOLAIRE
SUR L'UTILISATION DE LA PILLULE CONTRACEPTIVE D'URGENCE DANS LA COMMUNE
URBAINE DE KATI**

Total **208** **100,00**

Plus de 47,34% des adolescentes ont vues leurs 1ere menstruation entre 12-13ans
Avec une moyenne d'âge à 12,5 ans.

Tableau VIII : Répartition des adolescentes selon la régularité du cycle menstruel.

Cycle Menstruel	Effectif	Pourcentage
Irrégulier	22	10,57
Régulier	175	84,13
Ne sait pas	11	5,28
Total	208	100,00

La majorité des adolescentes soit **84,13%** disent avoir un cycle régulier.

Tableau IX: Répartition des adolescentes selon l'existence d'un partenaire.

Etre en couple	Effectif	Pourcentage
Non	89	43,78
Oui	117	56,25
Aucune réponse	1	0,48
Total	208	100,00

Plus **56,25%** des adolescents ont un copain.

Tableau X : Répartition selon les adolescentes qui ont eu des rapports sexuels.

Rapports sexuels	Effectif	Pourcentage
Adolescente n'ayant pas eu de rapport sexuel	106	50,96
Adolescentes ayant eu des rapports sexuels	95	45,67
Aucune réponse	7	3,36
Total	208	100,00

Dans notre étude **45,67%** ont eu des rapports sexuels avec **16ans** la moyenne d'âge au premier rapport sexuel.

Tableau XI: Répartition selon celles qui étaient protégées lors du 1^{er} rapport sexuel.

Utilisation du préservatif	Effectif	Pourcentage
Préservatif utilisé	35	36,84
Préservatif non utilisé	60	63,16
Total	95	100,00

Plus de **63,16%** n'étaient pas protégées lors du 1^{er} rapport sexuel.

Tableau XII: Répartition des adolescentes en fonction de la notion d'antécédent de grossesse.

Antécédent de grossesse	Effectif	Pourcentage
Pas d'ATCD de grossesse	86	90,52
ATCD de grossesse	9	9,47
Total	95	100,00

Dans notre échantillon **9,47%** des adolescentes avaient déjà contracté une grossesse.

Tableau XIII: Répartition des adolescentes qui ont des antécédents d'avortement.

Antécédent d'avortement	Effectif	Pourcentage
Pas d'ATCD d'avortement	6	66,66
ATCD d'avortement	3	33,33
Total	9	100,00

Les adolescentes enquêtées au cours de notre étude qui avaient contracté une grossesse ont eu recours à un avortement clandestin dans **33,33%**.

1.18. Connaissance sur les méthodes de contraception

Tableau XIV: Répartition selon la connaissance des moyens de prévention contre les grossesses non désirées.

Connaissance des moyens de prévention contre les grossesses non désirées	Effectif	Pourcentage
Non	32	15,38
Oui	176	84,61
Total	208	100,00

Plus **84,61%** des adolescentes savent qu'on peut prévenir les grossesses non désirées.

Tableau XV: Répartition selon la connaissance des adolescentes sur les méthodes contraceptives.

Méthode de contraception	Effectifs	Pourcentage
Pilule	78	37,5
Préservatif	113	54,32
Injectable	29	13,94
Jadel	72	34,94
DIU	12	5,77
PCU	116	55,77

La pilule contraceptive d'urgence était la méthode la plus connue par les adolescentes avec **55,77%** suivie du préservatif avec **54,32%**.

1.19. Attitudes des adolescentes face à la contraception

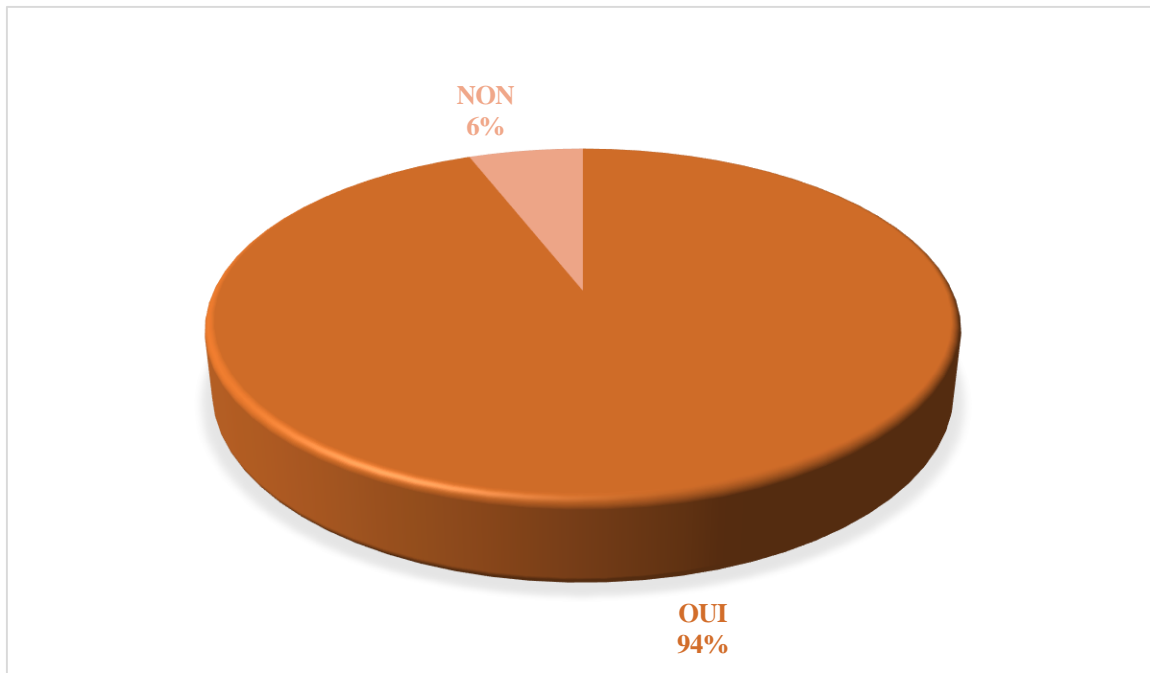


Figure 4: Répartition des adolescentes selon leurs habitudes à discuter de la contraception.

Plus de la majorité soit **94%** des adolescentes avaient l'habitude de discuter de la contraception entres-elles.

Tableau XVII : Répartition des adolescentes qui reçoivent les conseils des parents sur la sexualité.

Conseils de parents sur la sexualité	Effectif	Pourcentage
Non	83	39,90
Oui	111	53,36
Aucune réponse	14	6,73

Plus de **53,36%** des adolescentes affirment recevoir des conseils de leurs parents sur la sexualité.

1.20. Pratique de la contraception par les adolescentes

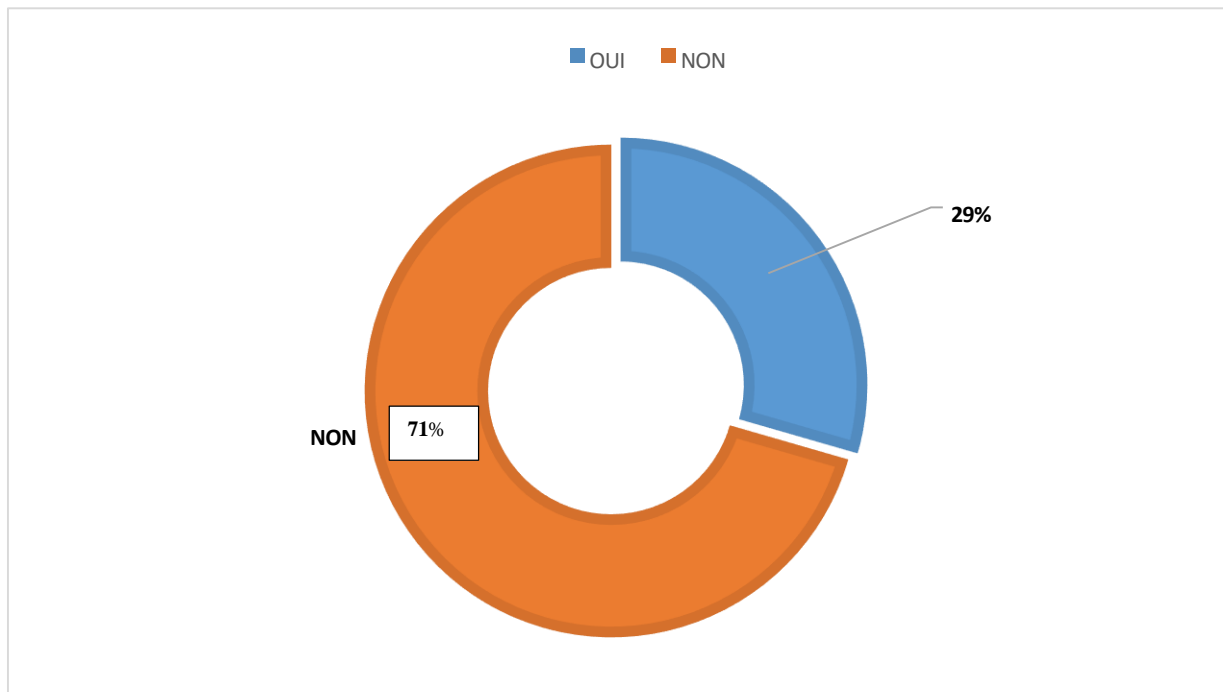


Figure 5: Répartition selon l'utilisation d'une méthode de planification.

Plus de **29%** des adolescentes affirment avoir utilisées une méthode de contraception.

Tableau XVIII : Répartition des adolescentes selon les méthodes de contraception utilisées.

Méthode contraceptive utilisée	Effectifs	Pourcentage
Pilule	1	3,57
Préservatif	8	28,57
Injectable	2	7,14
Jadel	3	10,71
PCU	11	39,28
Coït interrompu	3	10,71
Total	28	100,00

Plus de **39,28%** des adolescentes utilisent la PCU comme méthode de contraception suivie du préservatif avec **28,57%**.

Tableau XVIIIX : Répartition des adolescentes sur la continuité d'utilisation de leur méthode contraceptive.

Continuité d'utilisation de la méthode contraceptive	Effectif	Pourcentage
Arrêt de la méthode	4	14,28
Utilisation de la méthode	24	85,71
Total	28	100,00

Plus de **85,71%** des adolescents continuent d'utiliser la méthode contraceptive choisie.

Tableau XX : Répartition des adolescentes sur la prise de décision pour l'utilisation de la PCU après un rapport non protégé.

Décision de la prise de PCU après un rapport non protégé	Effectifs	Pourcentage
Je ne sais pas	98	47,11
Vos parents	4	1,92
Votre partenaire et vous	57	27,40
Votre partenaire	3	1,44
Vous-même	41	19,71
Aucune réponse	5	2,40
Total	208	100,00

Plus de **47,11%** des adolescentes ne savent pas qui doit prendre la décision d'utilisation de la PCU.

Tableau XXI : Répartition selon la connaissance des adolescentes sur les effets secondaires de la PCU.

Effets secondaires	Effectifs	Pourcentage
Nausées	8	3,84
Vomissement	3	1,44
Spotting	23	11,05
Stérilité	13	6,25
Ne sait pas	6	2,88
Aucune réponse	155	74,52
Total	208	100,00

Plus de **74,52%** des adolescentes méconnaissent les effets secondaires de la PCU.

1.21. Besoins des adolescentes en matière de contraception.

Tableau XXII : Répartition sur l'avis des adolescentes par rapport à l'utilisation de la PCU en milieu scolaire.

Avis sur l'utilisation de la PCU en milieu scolaire	Effectifs	Fréquence
Avis non favorable	83	39,90
Avis favorable	125	60,09
Total	208	100,00

Plus de **60,09%** des adolescentes étaient favorable pour l'utilisation de la PCU en milieu scolaire.

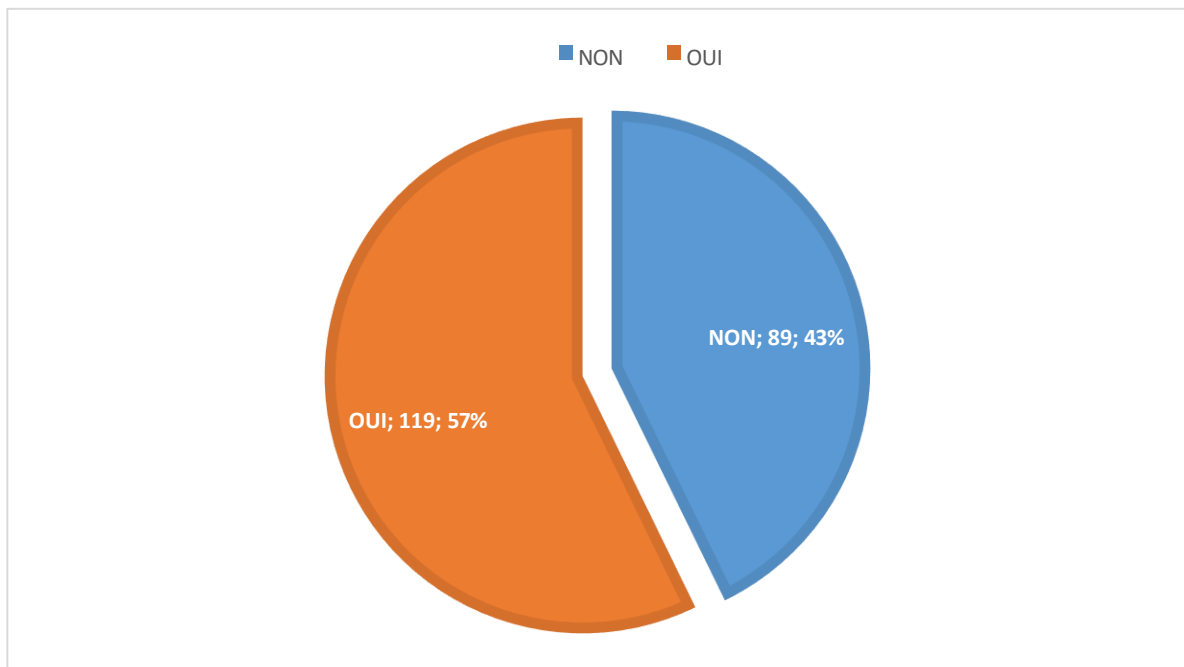


Figure 6: Répartitions des adolescentes selon la vente libre de PCU en pharmacie. Plus de la moitié soit **57%** des adolescentes affirment que la vente libre de la PCU en pharmacie est un avantage.

Tableau XXIII : Répartition des adolescentes sur leurs impressions sur le prix de la PCU en pharmacie.

Prix de la PCU	Effectifs	Pourcentage
PCU est moins chère	81	38,94
PCU est chère	127	61,05
Total	207	100,00

Plus de **61,05%** des adolescentes trouvent chers le prix de la PCU en pharmacie.

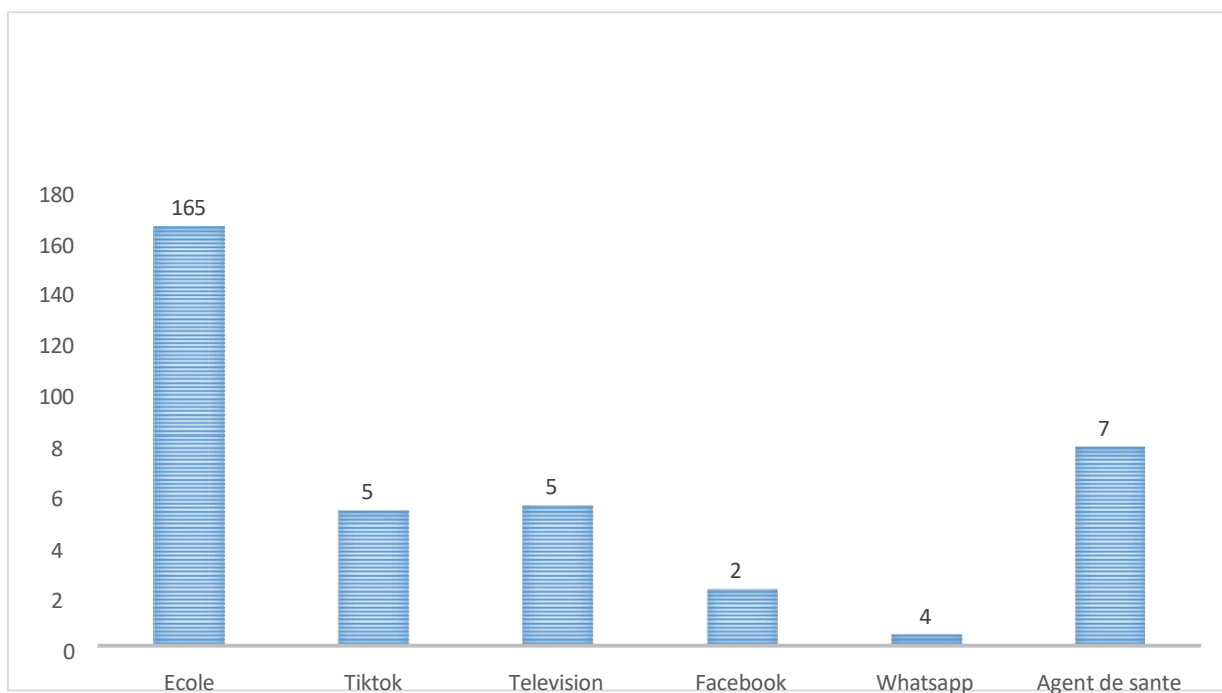


Figure 7: Répartition selon les canaux d'information des adolescentes.

60,06% des adolescentes affirment que l'école serait le meilleur moyen de les informer sur contraception.

Tableau XXIV : Répartition selon les besoins des adolescentes en matière de contraception.

Besoins des adolescentes	Effectifs	Pourcentage
Sensibilisation et information en milieu scolaire	190	91,35
Diminution des Coûts	18	8,63
Total	208	100,00

Les besoins principaux des adolescentes sont l'information et la sensibilisation sur la contraception avec **91,35%**.



**COMMENTAIRES ET
DISCUSSIONS**

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

† Bilan de la méthodologie :

Nous avons réalisé une étude prospective transversale et descriptive qui s'est déroulée du mois d'octobre 2023 au mois de Mars 2024 soit une durée de 6 mois. Notre étude a porté sur 208 adolescentes âgées de 14 à 19 ans fréquentant l'un des trois lycées choisis.

Cette étude nous a permis de mieux connaître les attitudes, les pratiques mais aussi les besoins des adolescentes en milieu scolaire face à la contraception d'urgence en particulier et aux méthodes de contraception en général.

a. Points positifs :

- Aide et assistance des proviseurs des différentes écoles : LMSK, DMTK ET LPRIMO.
- Participation active et l'intérêt susciter par les élèves sur la thématique.

1.22. Données globales :

Parmi les 208 enquêtées, les adolescentes de **16-17ans** représentaient 54,8% de l'échantillonnage. L'âge moyen est de 16,50 ans avec des extrêmes de 14-19 ans. Ces chiffres sont similaires à ceux retrouvés chez **Dembele.A [28]** et **Kane.F [29]** où l'âge moyen était respectivement de 16,50ans et de 16,44ans. Ceci pourrait s'expliquer par le niveau d'étude des élèves enquêtés.

Dans notre étude, 89,90% des adolescentes étaient célibataires et seulement 10,10% étaient mariées. Par ailleurs, la majorité de nos enquêtées affirment être en couple avec 56,25%. Ce taux est comparable à celui de **Falaye.K [30]** qui a trouvé 82,6% d'adolescentes célibataires et à celui de **SIDIBE.A [22]** qui a objectivé 18% d'adolescentes mariées. Ceci pourrait s'expliquer par l'importance accordée par les élèves et leurs parents aux longues études chose qui ne va pas de pair avec les obligations du foyer.

Les élèves du lycée Mamby Sidibé de Kati représentaient 46,15% de notre échantillon.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le LMSK est un lycée public donc plus fréquenté en terme d'effectif alors que les lycées DMTK et LPRIMO sont des établissements privées. Sur les trois établissements enquêtés, seul le lycée Mamby disposait d'une infirmerie. En outre, Une différence a été observée sur la connaissance des élèves sur les méthodes contraceptives car les adolescentes du lycée public bénéficiaient continuellement des séances de sensibilisation et d'éducation organisées par des ONG comparativement aux lycées privées.

1.23. Antécédents gynécologique /obstétrique et habitudes sexuels :

L'âge des premières menstruations étaient comprise entre 12-13ans avec 47,34%. 84,13% de nos enquêtées affirment avoir un cycle régulier. Ce taux est comparable à celui de **Bagayoko.M [31]** en 2019 qui a eu 94,5% des femmes qui ont un cycle régulier.

Dans notre étude, 45,67% des adolescentes affirment avoir fait le rapport sexuel au moins une fois avec 16ans la moyenne d'âge au premier rapport sexuel. Ce taux est inférieur à celui de **Falaye.K [30]** en 2020 qui a eu 64,1%. Selon **EDSM IV [32]**, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 16,5ans. Chez **Bilodeau [33]**, **Forget [34]**, et **Kané F [29]** On retrouve les âges moyens au premier rapport sexuel qui sont respectivement 14 ans, 15,7 ans, 14,87 ans. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le code des personnes et de la famille du Mali autorise le mariage de la jeune fille a 16ans sous autorisation parentale. De ce fait, les adolescentes commencent précocement une vie sexuelle active due aux pesanteurs socioculturelles.

Lors du 1^{er} rapport sexuel, 63,16% des adolescentes n'étaient pas protégées. Selon une étude réalisée par **NADEGE.F et col [35]** au Benin, 53% des adolescentes n'étaient pas protégées au cours de leur première expérience sexuelle. Cet état de fait peut s'expliquer par le fait que les jeunes filles commencent non seulement précocement les relations sexuelles sans expérience mais aussi tout en méconnaissant les moyens de protection pour la première fois.

Il ressort de notre étude que 9,47% des adolescentes avaient déjà contracté une grossesse et parmi celle-ci 33,33% ont eu recours à un avortement clandestins. Chez **Dembélé.A [28]**, 26% des adolescentes avaient un antécédent de grossesse et 17,95% ont fait un avortement clandestin. De même dans l'étude de **Sidibe.S et col [36]** en Guinée Conakry, 8,2% des adolescentes ont affirmé avoir déjà été enceinte et leur finalité a été un avortement dans 69,8% des cas. **Sassor.O et col [37]** en Côte d'ivoire ont eu 31,4% des adolescentes qui avaient contractés une grossesse et 61,7% ont pratiqué un avortement provoqué. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les adolescentes ont peur d'assumer la grossesse vue les pesanteurs socio-culturelles et la crainte des parents ainsi que le désir de continuer les études.

1.24. Connaissance sur les méthodes de contraception et prévalence de la PCU:

L'ensemble des élèves enquêtées savaient qu'on pouvait prévenir les grossesses non désirées dans 84,61% des cas, Par contre 15,38% des adolescentes n'avaient aucune notion de prévention des grossesses non désirées. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'elles n'avaient pas encore amorcé une vie sexuelle active, pouvant les amener à vouloir contrecarrer une éventuelle grossesse non désirée.

Adom [38] et **Kané F [29]** ont trouvé respectivement 69,40% et 60%.

Notre taux élevé peut être lié à la disponibilité et la diversité des medias actuels.

Parmi les moyens de prévention des grossesses non désirées, la connaissance descriptive était accentuée essentiellement sur la pilule contraceptive d'urgence (55,77%),

Le Préservatif (54,32%), la pilule (37,5%), l'implant (34,61%), l'injectable (13,94) et le DIU (5,77%).

Notre taux est similaire à celui de **Nadege.F et col [35]**, où 51,1% des adolescentes ont déclaré connaître la pilule d'urgence. Elle est nettement contraire à ceux trouvés par **Abouleth.R [39]** et col, une étude similaire réalisée en côte d'ivoire en 2010 qui a prouvé que 54% ignoraient l'existence de la contraception d'urgence, Parmi

celle qui avait entendu parler, 41,7% ne possédaient guère de connaissances précises sur la méthode de contraception d'urgence. Selon **EDSM IV [32]** 36,6% des femmes avaient entendu parler de la pilule du lendemain.

Par ailleurs **Sidibe.A [22]** a montré que les méthodes contraceptives les plus connues chez les adolescentes étaient la pilule et le condom avec respectivement 29,37% et 27,29%. **Sogoba.K [18]** a trouvé également que la pilule (36%) suivi du préservatif (20,5%) était les plus connues.

Les sources d'information de nos enquêtées étaient essentiellement les écoles (75,56%), agents de santé (37,5%), amis (17,79%), parent (10,57%) Partenaire sexuel (9,61%), Télé (8,65%), tiktok (8,17%), Facebook (3,85%), whatsapp (1,92%).

L'étude réalisée par **Diossou.R [40]** en 2020, montre que 51,2% des élèves avaient comme source d'information les agents de santé, les médias (25,6%) ; l'école (14,8%) ainsi que les parents (3,8%). Notre taux d'information au niveau scolaire était supérieur à celui d'**Adom.M [38]** qui a eu 31,16%. La source d'information des jeunes sur la contraception dans le cadre de notre étude à l'école semblait être élevée, cela pourrait être lié à l'impact actuel des ONG qui contribue spécifiquement à la sensibilisation et à l'éducation à la santé sexuelle et reproductive des adolescentes, ce qui prouve à suffisance que le milieu scolaire serait une meilleure source d'information.

Plus de la moitié des adolescentes enquêtées n'avaient pas d'éléments de réponse concernant la connaissance sur les effets secondaires de la PCU soit 74,52%.

Les quelques-unes d'entre-elles qui connaissaient les effets secondaires ont parlé de saignement (spotting) soit 11,05%, stérilité (6,25%), nausées (3,84%), vomissement (1,44%). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que beaucoup d'adolescentes entendent parler de la contraception d'urgence ou l'utilisent sans vraiment savoir les effets qu'elle peut causer sur leur santé donc elles ne sont pas informées sur les avantages et les inconvénients de la PCU.

1.25. Attitudes et pratiques des adolescentes :

Parmi nos enquêtées, 94% des adolescentes avaient l'habitude de discuter de la contraception entre-elles et 53,36% affirment recevoir des conseils de leurs parents sur la sexualité. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les adolescentes qui fréquentent les lycées privés sont en générale issues d'une famille aisée financièrement et ont en général des parents instruits qui leur donnent généralement des conseils sur la sexualité.

La connaissance des méthodes de contraception n'équivaut pas à leurs utilisations pratiques chez les adolescentes. En effet 84,61% de l'échantillon connaissaient la contraception et parmi elles, seules 29% avaient utilisé un contraceptif.

Ce taux d'utilisation est inférieur à ceux trouvés par **Kamtchouing [41]** et **Duprez [42]** qui ont rapporté chacun 41%. Il est supérieur à ceux trouvés par **SIDIBE.A [28]** avec 16,9%. Ce faible taux d'utilisation d'une méthode de contraception peut s'expliquer par le fait que les jeunes non mariés ne se sentent pas en majorité concernés par le planning familial.

Il ressort de nos résultats que parmi celles qui utilisent une méthode de contraception, la pilule contraceptive d'urgence était la plus utilisée (39,28%) suivi du préservatif (28,57%), implant (10,71%), coït interrompu (10,71%), Injection(7,14), pilule (3,57%).

De même dans notre série, 85,71% continue d'utiliser la méthode contraceptive choisie.

Concernant la prise de décision d'utilisation de la contraception, 47,11% des adolescentes ne savent pas qui doit prendre la décision, 27,40% pensent qu'elles doivent prendre la décision avec leur partenaire et 19,71% pensent qu'elles doivent prendre cette décision d'elles même. Selon **EDSM IV [32]**, la décision d'utilisation est prise, dans 38 % des cas par la femme et le partenaire ensemble. Ceci explique d'une part que les femmes n'ont pas l'autonomie de décision sur l'utilisation de la contraception d'autre part que les adolescentes méconnaissent leurs droits en terme

de santé sexuel et reproductive mais aussi et surtout que leur choix dépend de la décision du partenaire sexuel.

1.26. Besoins des adolescentes en matière de contraception :

Quant aux besoins des adolescentes en matière de contraception, il ressort de notre étude que 60,09% des adolescentes étaient favorable à l'utilisation de la PCU en milieu scolaire. Par ailleurs, 57% des enquêtées approuvent que la vente libre en pharmacie est un avantage mais 61,05% pensent que le prix est chers. En effet, ceci pourrait s'expliquer par le fait que le prix des produits pharmaceutiques n'est pas uniforme non seulement à cause des laboratoires spécialisés mais également au circuit d'approvisionnement des pharmacies.

Par ailleurs, 60,06% des adolescentes affirment que l'école serait le meilleur moyens de les informées sur les méthodes contraceptives à travers la sensibilisation (91,35%) et les causeries éducatives en milieu scolaire. Elles ont également évoquées le besoins d'une diminution des coûts des méthodes de contraception en particulier (8,63%).



**CONCLUSIONS ET
RECOMMANDATIONS**

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1.27. Conclusion :

L'étude réalisée auprès des jeunes filles scolarisées dans trois établissements de la commune urbaine de Kati, a permis de montrer que les élèves actuelles sont parfaitement informées des différents moyens de contraception et notamment de la pilule du lendemain.

En effet, la connaissance d'une méthode contraceptive n'équivaut pas à son utilisation pratique par les adolescentes, la majorité des adolescentes affirment connaître les méthodes de planification mais seules quelques-unes l'utilisaient.

Les méthodes contraceptives les plus utilisées étaient la pilule contraceptive d'urgence, le préservatif, le coït interrompu, l'injectable et l'implant.

Force est de constater que les adolescents n'avaient pas une bonne connaissance des effets secondaires des méthodes contraceptives.

Les principales sources d'information des élèves étaient l'école, les agents de santé, amis, parents, partenaires sexuels et les médias.

Les adolescentes méconnaissent leur droit en santé sexuelle et reproductive et ne savent pas qui doit prendre la décision d'utilisation d'une méthode de contraception.

Il ressort de l'étude que la méthode contraceptive d'urgence est disponible en vente libre et se trouve à la portée des filles en difficultés.

Au terme de notre enquête, les adolescentes ont exprimés le besoin de la disponibilité des méthodes contraceptives d'urgence en milieu scolaire, d'une sensibilisation à l'éducation sexuelle mais et surtout la diminution des couts de la PCU.

1.28. Recommandations :

Au terme de notre étude, nous recommandons :

- Aux autorités politiques et sanitaires :
 - D'introduire l'éducation sexuelle au niveau de l'enseignement secondaire et supérieur.
 - Assurer la disponibilité continue des méthodes de contraception pour les adolescentes,
 - Favoriser la gratuité des méthodes contraceptives pour les adolescentes.
 - Renforcer davantage les campagnes de sensibilisations sur les avantages et inconvénients des méthodes contraceptives.
 - Créer et multiplier les centres agréés pour les jeunes au niveau national, régional et local afin de permettre aux adolescentes de les fréquenter régulièrement et facilement.
- Aux adolescentes :
 - S'informer à partir de la puberté des différentes modifications physiologiques de l'organisme afin de comprendre le cycle menstruel, la sexualité, la contraception.
 - Discuter avec les enseignants et si possible avec les parents des problèmes liés à la sexualité.
- Au personnel médical et para médical :
 - Etre attentif et disponible à l'égard des adolescentes.
 - Mener un counseling initial spécifique et de suivi sur le planning familial
- Aux éducateurs (enseignants) ○ S'informer sur la sexualité pour mieux orienter les élèves.
- Aux ONG qui interviennent dans le domaine:

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES ADOLESCENTES EN MILIEU SCOLAIRE
SUR L'UTILISATION DE LA PILLULE CONTRACEPTIVE D'URGENCE DANS LA COMMUNE
URBAINE DE KATI**

- Associer les étudiants dans les actions d'éducation, de sensibilisation et de formation pour mieux vulgariser les informations sur le sujet afin d'obtenir un impact positif sur les attitudes pratiques comportementales.



REFERENCES

VIII. REFERENCES

1. Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique. Plan d'action national budgétisé de planification familiale du Mali 2014-2018. 2p
2. SULLY E, Biddlecom A, Daroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N et al. Adding It Up : Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. New York :Guttmacher Institute ; 2020
3. Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding It up :Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York : Guutmacher Institute ; 2016
4. Intitute Guttmacher : Grossesses et avortements non désirés dans le monde entier. 2022. p : 2
5. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille, (CPS/SS-DS-PF), Bamako, Mali. Enquête Démographique et de Santé au Mali. Août 2019. 2018 ; EDS VI. p : 99
6. OMS : grossesses non désirées. 2019. p : 2-4
7. OMS : Principaux faits sur la contraception d'urgence. 2021. p: 2
8. FOURN N, Aguemon B, Kabibou S, Hounkponou F, Lafia I, Fourn L. Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception d'urgence chez les étudiantes à l'Université de Parakou (Bénin). Santé Publique. 2014;26(4):541-6.
9. TRAORE JM. Connaissance Et Attitude De La Contraception Au Centre De Sante de Référence De Commune II. [Bamako] : 2010. 62p.
10. Procédure en santé de la reproduction. volume 2. 2019. P: 2
11. HUGENEL.D : les adolescentes et la contraception d'urgence. Promotion 1996-2002. P : 15

12. Haute autorité de santé : HAS, mise à jour 2017 et « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » (HAS, 2013).P :1
13. KAMINA P. Anatomie clinique de l'appareil génital féminin. 2008 ; 2eme édition. 211p
14. DIAKITE MK : Hystérectomie au service de Gynéco-Obstétrique à l'Hôpital Régional de Kayes à propos de 37 cas ; 2010 -2011.
15. DRAKE RL., Wayne V., MitchellAWM. Anatomie pour les étudiants.
16. DELAROCHE L., Patrat C. Fécondation dans l'espèce humaine. EMC - Obstétrique Gynécologie. 2012 ; 7(3) :1-9p
17. PIANCHET E : Corps humain et santé 2014 : 1p
17. SOGOBA K : Etude de la connaissance et de la perception du planning familial dans le milieu universitaire : cas des étudiantes de la FMOS, FAPH, FSEG. FSJP 2015. P : 15.
18. SANGARE AK. Connaissances, attitudes, pratiques des adolescentes en matière des IST/SIDA et de planification familiale, comportement en matière de sexualité dans 3 lycées du district de Bamako [thèse]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2003.
20. BOUBACAR M. Etude épidémioclinique du planning familial : Enquête auprès de 206 utilisatrices au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako d'Avril à Juin 2003. Thèse méd, Bamako USTTB 2003.
21. SYNAYOKO T. Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes de 15 à 24 ans de la commune I et II du district de Bamako en matière de Planification Familiale. [Bamako]. FMOS. 2015 ; 74p.
22. SIDIBE A. la planification familiale dans quatre établissements d'enseignement secondaire de la commune IV du district de Bamako. FMOS. 2011.

23. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille, (CPS/SS-DS-PF), Bamako, Mali. Enquête Démographique et de Santé au Mali. Août 2019. 2018 ; EDS VI : 93-337-121p.)
24. JEAN MT. Connaissance et Utilisation de la Contraception au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako chez 188 patientes Colligées. FMPOS. 2010 ; 17p.
25. SIDIBE R. Perception et pratiques communautaires liées à la contraception en commune II du district de Bamako. FMOS. 2021 ; 32P.
26. JAFFREY Y. Fécondité Et Contraception En Afrique De L'ouest: Contribution Anthropologique. Editions Faust troll Claunay. Paris; 2012.p. 253.
27. USAID|OMS. Planification Familiale: Manuel à l'intention des prestataires de service du monde entier. 2011; p.388.
28. DEMBELE A. Connaissances, attitudes, et pratiques des adolescentes relatives à la contraception en milieu dans la commune V du district de bamako.FMOS.2021
29. KANE F, Zino J M, Pena M L, Diallo. La contraception en milieu scolaire à Mopti. IIIe Congrès de la SOMAGO du 3 au 5avril 2006.
30. FALAYE K. Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescentes du lycée Michel ALLAIRE et des seconds cycles de Béléko en matière de la contraception (Dioïla-Koulikoro). FMOS. 2020
31. BAGAYOKO M. Evaluation et problématique des méthodes contraceptives au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako à propos de 200 cas. FMOS 2019.
32. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2028.
33. BILODEAU A, Forget G, Tetrault J. L'auto efficacité relative à la contraception chez les adolescents : validation de la version française de

- l'échelle de mesure de Levinson. Revue canadienne de santé publique 1994 ; 85p.
34. FORGET G, Bilodeau A, Tetrault j. Facteurs reliés à la sexualité et à la contraception chez les jeunes et décrochage scolaire. Un lien insolite mais réel. Apprentissage et socialisation 1992 ; 15 : 29-38.
35. NADEGE F et col. Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception d'urgence chez les étudiantes à l'université de Parakou (Benin).Sante publique 2014/4 (Vol.26),
36. SIDIBE S et col. Fréquence des grossesses en milieu scolaire et profil des adolescentes concernées à Conakry, Guinée. Santé publique.2020/5-6(vol.32)
37. COULIBALY G. Connaissances, attitudes et pratiques de l'avortement provoqué clandestin en côte d'ivoire. [XXVIe congrès international de la population, Marrakech-Maroc, 2009]
38. ADOM A. La contraception chez l'adolescente en milieu scolaire. IIIème Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006
39. ABAULETH R et col. Connaissances et utilisation de la contraception d'urgence chez les adolescentes.Abidj.2014.
40. DJOSSOU R. Connaissances, attitudes et pratiques des élèves du Lycée Askia Mohamed de la Commune III de Bamako en matière de contraception en 2019,
41. KAMTCHOUING P, Takoungi, N'Goh N ,Yakam I. La sexualité des adolescents en milieu scolaire à Yaoundé (Cameroun). Contraception, fertilité, sexualité 1997; 25,10 : 798-801.
42. -DUPREZ D., Viala M. Adolescence et avortement. Évolution psychiatrique 1985 ; 50, 2 : 357-81.



ANNEXES

IX. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

**I. Identification et caractéristiques socio
démographiques**

Q1-Age:

Q2- Etablissement.....

Q3- Série :

Q4- Classe fréquentée : 10ème / ___/ 11ème / ___/12ème / ___/

Q5- Statut matrimoniale : Marié(e) / ___/ fiancé(e) / ___/ célibataire / ___/

**II. Antécédents gynéco obstétriques et comportements
sexuels**

Q6- Age de la 1ère Menstruation (règle) :....

Q7-Avez-vous un cycle régulier / / ou irrégulier / /

Q8- Avez-vous un copain actuellement ? Oui / ___/ Non/ ___/

Si oui, depuis quand ? / ___/

Q9- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? Oui / ___/ Non / ___/ Si Oui : Age du
premier rapport sexuel ? / ___/

-Date du dernier rapport sexuel ? / ___/ Etait-il protégé ? Oui/ ___/ Non / ___/

Q10-Combien de partenaire sexuel avez-vous ? / ___/

Q11- Avez-vous déjà eu une grossesse ? Oui / ___/ Non / ___/ Si oui combien
d'enfant avez-vous ? / ___/

Q12- Avez-vous déjà fait un avortement ? Oui / ___/ Non / ___/

Si Oui, combien? / / Pourquoi

?.....

III. Connaissance sur les méthodes de contraception :

Q13- Savez-vous qu'on peut prévenir les grossesses non désirées? Oui/ /
Non // si oui,
comment?.....

Q14- Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ?
.....

Q15- Avez-vous déjà entendu parler de la pilule contraceptive d'urgence?
Oui /__ / Non /__ / ; Si Oui, Qu'en pensez-vous?.....

Q16- Quelles sont vos principales sources d'information sur la pilule d'urgence?
Partenaire sexuel/__/, Agent de santé /__, Amis /__ / Parents /__/
Médias : Télé /__ / Facebook /__ / radio /__ / tiktok /__ / whatsapp /__

Q17- Vos parents vous donnent-ils des conseils sur la sexualité? Oui /__ / Non /__ /

Q18- Qui peut utiliser la pilule contraceptive d'urgence selon vous ?
Tout le monde /__ / les célibataires /__ / les marié(e)s /__ / Jeunes filles /__ /

Q19- Quelles sont les effets secondaires (troubles) de la pilule d'urgence que
vous connaissez ?

IV. Attitudes face à la contraception d'urgence

Q20- Parlez-vous de la contraception ? Oui /__ / Non /__ /

Q21- Pensez-vous qu'il est nécessaire d'avoir toujours l'approbation de votre
partenaire avant l'utilisation de la pilule d'urgence ? Obligatoire /__ / nécessaire
/__ / Je ne sais pas /__ /

Q22- A votre avis qui doit décider de la prise de la contraception d'urgence ?
Vous-même /__ / Votre partenaire /__ / Votre partenaire et vous /__ / Vos parents /__ / je
ne sais pas / /

V. Pratique sur la contraception d'urgence :

Q23- Avez-vous utilisée une méthode de contraception dans le passé ?
Oui /__ / Non /__ / Si Oui, laquelle..... Pendant combien de temps :
/ /

Q24- Continuez-vous encore cette méthode? Oui /_/Non/_/

Si Non, Qu'est-ce qui vous a fait abandonner cette méthode ?.....

Q25- Utilisez-vous une méthode de contraception maintenant ? Oui/_/ Non/_/

Si Oui, Laquelle ? Préservatifs/_/ Pilule/_/ Implants/_/ Traditionnels/_/

Spermicide/_/ coït interrompu /_/ Autres à préciser.....

Pourquoi ? Efficacité /_/ Conseils /_/ Autres à préciser.....

Q26-Avez-vous déjà utilisé les pilules du lendemain? Oui /_/non/_/

Si oui, dans quelles circonstances?

Rapports non protégés /_/ Préservatifs défectueux/_/ Oubli pilule/_/ Viol/ /

Q27- Dans quelle condition utiliserez-vous la pilule d'urgence ?.....

Q28- Qui vous a conseillé d'utiliser la pilule d'urgence?

-Parents /_/ Ami(e)s /_/ Partenaire /_/ autres à préciser.....

Q29- Avez-vous fait une consultation avant l'utilisation de cette méthode ?

Oui/_/ Non /_/

Q30- Donnez les raisons pour lesquelles vous n'utilisez pas de méthodes de Contraception ?.....

Q31- Etes-vous favorable à l'utilisation de la contraception d'urgence en milieu scolaire ? Oui

/_/ Non /_/ Pourquoi ?.....

Q32- Qu'est-ce-que vous préconisez pour promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives en milieu scolaire ?

Q33- votre lycée dispose-t-elle d'une infirmerie ? Oui / / non / /

Q 34. Que pensez-vous de la disponibilité de la pilule d'urgence dans les Infirmeries des lycées?.....

Q35 - La pilule d'urgence est-elle chère selon vous ? Oui/ / Non / /

Q36-Selon vous, concernant les pilules du lendemain, quel serait le meilleur moyen de vous informer? Télévision/ / radio/ / Facebook/ / tiktok/ / Ecole/ / Information de groupe/ /

Q37-Que pensez-vous de la vente libre de la pilule d'urgence en pharmacie est-elle un avantage? Oui/_/ Non/_/ Si Non, pourquoi?.....

Q38-Etes-vous pour la causerie éducative en milieu scolaire ? OUI / / Non / Pourquoi ?.....

Q39-Avez-vous des suggestions concernant la planification de façon générale ?
.....

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KEITA

Prénom : Téné

Nationalité : Malienne

Année universitaire : 2023-2024

Pays d'origine : Mali

Titre de la thèse : Connaissances, Attitudes Et Pratiques Des Adolescentes En Milieu Scolaire Sur l'Utilisation de la Pillule Contraceptive d'Urgence dans la Commune Urbaine de Kati

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique et Santé publique

Résumé :

Notre étude avait pour but d'étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescentes sur l'utilisation des pilules contraceptives d'urgence en milieu scolaire.

Nous avons réalisés une étude transversale à visée descriptive allant du mois d'Octobre 2023 à Mars 2024 soit six (6) mois au sein de trois (3) établissements scolaire « LMSK, LPRIMO, DMTK » dans la commune urbaine de Kati sur un échantillon de 208 Jeunes filles.

Au terme de notre étude, La tranche d'âge de 16-17ans était la plus représentée avec 54,8%. L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 16ans et 63,16% n'étaient pas protégés lors du 1^{er} rapport sexuel.

Les moyens de prévention contre les grossesses non désirés étaient connus dans 87% des cas mais seulement 29% utilisaient une méthode de contraception.

Par ailleurs, la pilule contraceptive d'urgence était la méthode la plus connue et utilisée par les adolescentes avec 55,77% suivie du préservatif avec 54,32%, la pilule (37,5%), l'implant (34,61%), l'injectable (13,94) et le DIU (5,77%).

La principale source d'information des adolescentes était l'école avec 75,56%.

Les besoins principaux des adolescentes sont l'information et la sensibilisation sur la contraception avec 91,35% et une diminution des prix avec 61,05%.

Mots clés: contraception ; adolescentes ; milieu scolaire ; connaissances ; attitudes ; pratiques

SERMENT D'HYPOCRATE

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