

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

THESE

**Connaissances, attitudes et pratiques comportementales
des adolescentes du lycée Michel ALLAIRE et des
seconds cycles de Béléko en matière de la contraception
(Dioïla-Koulikoro)**

Présentée et soutenue publiquement le 03/02/2020 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. Falaye KANTE

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

Jury

Président : Professeur Boubacar MAIGA
Membres : Docteur Lalla Fatoumata TRAORE
: COULIBALY Hatouma SAMOURA
Co-directeur : Docteur Abdrahamane DIABATE
Directeur : Professeur Samba DIOP

Dédicace

Je dédie ce travail à mes très chers parents !

Remerciements

REMERCIEMENTS

A la FMOS : plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté. Remerciements infinis.

A tout le corps professoral à la FMOS, ce travail est avant tout le vôtre pour la qualité de l'enseignement.

A mes maîtres du premier cycle de Nanifara, du second cycle de Manantali et du lycée Dougoukolo KONARE de Kayes, merci pour l'encadrement.

A mes frères et sœurs :

On a l'habitude de dire qu'on ne choisit pas sa famille, aujourd'hui, j'ai la ferme conviction que s'il m'avait été donné de faire ce choix, je n'aurais pu mieux faire. Vous représentez énormément pour moi et le quotidien que nous avons partagé à forger ma personnalité. Ensemble nous avons traversé des moments agréables, parfois pénibles mais nous nous en sommes sortis encore plus forts et plus soudés. A chacun de vous je souhaite le meilleur sous la houlette du Seigneur.

A mes tuteurs : Feu Sémady SISSOKO, Diawoye KANOUTE, Niounkoun KOMA, Fodé Zoumana CISSE, Sadio CISSE, Feu Mohamed KANTE et Adama KANTE.

Vous avez été pour moi comme un père et l'affection dont avez fait preuve à mon égard m'a touché profondément. Durant ces années, votre soutien fut inconditionnel. Ce travail a été réalisé grâce à vous aussi, je vous en remercie.

A mes aînés encadreurs du CS Réf de Kati et du CS Réf de Dioïla :

Je vous remercie infiniment du soutien moral que vous m'avez toujours apporté. J'ai beaucoup appris à vos côtés et je ne cesserais jamais de vous être reconnaissant pour les conseils prodigués.

Au médecin chef du CS Réf de Dioïla : Dr Moussa BAGAYOGO.

A tout le personnel du CS Réf de Dioïla.

Au directeur technique du CS Com de Béléko : Dr Oumar BAMBA.

A tout le personnel du CS Com de Béléko.

Au proviseur du LMABEL et aux directeurs d'école de Béléko.

A tous mes ami(e)s : Vous avez été comme des frères pour moi, merci pour votre fidélité, votre confiance et surtout votre disponibilité pendant les moments difficiles. Jamais je ne trouverai les mots exacts pour vous exprimer tout mon amour, mon admiration et ma fierté. Vous m'avez entouré d'une amitié sincère. Merci !

A toutes les sages-femmes, infirmières et infirmiers, matrones, anesthésistes, manoeuvres du CS Réf de Dioïla : Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

A mes collègues internes et cadets du CS Réf de Dioïla :

Pour l'esprit du groupe, la solidarité, la fraternité, et le partage, trouvez ici l'expression de ma profonde sympathie.

*A toute la 9^e promotion du numerus clausus « **Promotion du Feu Pr IBAHIM ALWATA** » et un vibrant hommage au responsable de classe de la promotion **Feu Bamory KONE**. Que la terre leur soit légère !*

*A l'**AEEERK** (Association des Elèves et Etudiants Ressortissants de Kayes), au **CRESK**, au **CRESBaf** et à l'état-major **RASERE** (Rassembleur-Secouriste-Réformateur) pour leur soutien indéfectible.*

*A tous les membres du groupe **Bombarding** : Soumaila SAGARA, Adama COULIBALY, Bassirou DIALLO, Moussa DABO, Doua KANTE, Mahamadou BALDE, Adama KONATE, Moussa SIDIBE et Moussa KONE.*

A tous ceux qui ont apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail et dont les noms n'ont pas été cités.

Hommages aux membres du Jury

Hommages aux membres du Jury :

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Boubacar MAIGA

- Maître de conférences d'immunologie ;
- Médecin chercheur au centre de recherche et de formation du paludisme à la faculté de médecine et d'odontostomatologie ;
- Modérateur de PROMED Francophone pour les maladies infectieuses.

Cher maître :

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respecté et respectable. Trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Lalla Fatouma TRAORE

- Coordinatrice des activités de recherche-action dans la région de Mopti dans le cadre du projet multi-pays sur ‘ Approche centrée sur le patient tuberculeux ‘;
- Titulaire d’un Doctorat de 3^{ème} Cycle en Santé Publique sur la SSRJ.

Cher maître :

Votre apport au cours de l’élaboration de cette thèse a été d’une qualité inestimable ; ce travail est donc le vôtre. Vos qualités humaines et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail font de vous une bonne encadreuse. Trouvez ici toute notre admiration et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

COULIBALY Hatouma SAMOURA

- Sociologue ;
- Chercheuse associée au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique à l'unité d'Anthropologie Ethique et Bio-Ethique ;
- Spécialiste en engagement des parties prenantes et des communautés ;
- Membre du composant engagement des parties prenantes du projet Target Malaria.

Cher maître :

Votre culture scientifique, votre simplicité et votre amour du travail bien fait ont forgé votre admiration.

Soyez assurée de notre profond respect !

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr Abdrahamane DIABATE

- Spécialiste en gynécologie et obstétrique ;
- Chef de service de gynécologie et obstétrique du CSRef de Dioïla ;
- Chargé de recherche.

Cher maître :

Nous avons été très touchés par votre accueil, votre abord facile, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable. Malgré vos multiples occupations, vous nous avez acceptés et dirigé ce travail avec amour et respect scientifique dans votre service. Plus qu'un maître, vous êtes pour nous un modèle. Merci pour les journées et les soirées consacrées à l'amélioration de ce travail. Permettez-nous, cher maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Samba DIOP

- Professeur titulaire en anthropologie médicale ;
- Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique de santé du DER santé publique de la FMOS ;
- Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthiques SEREFO/VIH/SIDA/FMOS ;
- Membre du Comité d'Ethique Institutionnel et National du Mali.

Cher maître :

Nous vous remercions de votre participation à l'encadrement de ce travail et à nos enseignements.

Veillez accepter, cher maître, dans ce travail nos sincères remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.

Abréviations

ABREVIATIONS

AMPPF	: Association malienne pour la protection et la promotion de la famille
CNGOF	: Collège national des gynécologues et obstétriciens français
DNSI	: Direction nationale de la statistique et de l'informatique
EDS	: Enquête démographique et de santé
EF	: Economie familiale
EM	: Enseignement ménagé
FMOS	: Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie
ISF	: Indice synthétique de fécondité
IST	: Infection sexuellement transmissible
IVG	: Interruption volontaire de grossesse
LMABEL	: Lycée Michel ALLAIRE de Béléko
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PF	: Planification familiale
SSRJ	: Santé sexuelle et reproductive des jeunes
UNESCO	: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization
USAID	: United States Agency for International Development
VIH/SIDA	: Virus de l'immunodéficience acquise/Syndrome immunodéficience acquise

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste de figures

Figure 1 : Répartition des adolescentes selon la tranche d'âge.	19
Figure 2 : Répartition de l'échantillon selon l'établissement fréquenté.	19
Figure 3 : Répartition des adolescentes selon leur niveau d'étude.	20

Liste de tableaux

Tableau I : Répartition des adolescentes selon leur résidence.	20
Tableau II : Répartition des adolescentes selon leur statut matrimonial.	21
Tableau III : Répartition des adolescentes selon la gestité.	21
Tableau IV : Répartition des adolescentes selon la parité.	21
Tableau V : Répartition des adolescentes selon leur connaissance de l'existence de la contraception.	22
Tableau VI : Répartition des adolescentes selon leur connaissance de la définition de la contraception.	22
Tableau VII : Répartition des adolescentes selon leur connaissance des méthodes contraceptives.	23
Tableau VIII : Répartition des adolescentes selon leur source d'information en méthodes contraceptives.	23
Tableau IX : Répartition des adolescentes selon leur source d'approvisionnement en méthodes contraceptives.	24
Tableau X : Répartition des adolescentes selon leur connaissance de l'existence des services de prestation de planification familiale.	24
Tableau XI : Répartition des adolescentes selon leur fréquentation du lieu des services de prestation de planification familiale.	24
Tableau XII : Répartition des adolescentes selon leur utilisation des méthodes contraceptives.	25
Tableau XIII : Répartition des adolescentes en fonction des méthodes utilisées.	25
Tableau XIV : Répartition des adolescentes en fonction d'avoir des raisons de non-fréquentation des services de planification familiale.	25
Tableau XV : Répartition des adolescentes en fonction de leur connaissance des effets secondaires de la contraception.	26

Tableau XVI : Répartition des adolescentes selon le choix du temps qui doit exister entre deux maternités.	26
Tableau XVII : Répartition des adolescentes en fonction de leur connaissance des risques des avortements provoqués.....	27
Tableau XVIII : Répartition des adolescentes selon leur opinion sur les IVG.....	27
Tableau XIX : Répartition des adolescentes selon leur opinion sur la contraception.	27
Tableau XX : Répartition des adolescentes selon leur désir d’avoir des enfants dans l’avenir.	28
Tableau XXI : Répartition des adolescentes selon leur opinion sur l’autorisation des femmes par les hommes à espacer les naissances.....	28
Tableau XXII : Répartition des adolescentes selon opinion leur religieuse sur la contraception.	28
Tableau XXIII : Répartition des adolescentes selon le fait de parler de l’utilisation du préservatif avec leur partenaire.	29
Tableau XXIV : Répartition des adolescentes en fonction du fait d’avoir un partenaire.	29
Tableau XXV : Répartition des adolescentes en fonction du fait de parler de sexualité avec son partenaire.	29
Tableau XXVI : Répartition des adolescentes selon leur décision pour l’utilisation du préservatif même si leurs partenaires s’y opposent.....	30
Tableau XXVII : Répartition des adolescentes en fonction d’avoir de rapport sexuel avec son partenaire.....	30
Tableau XXVIII : Répartition des adolescentes en fonction d’avoir eu des partenaires sexuels occasionnels.	31
Tableau XXIX : Répartition des adolescentes en fonction de l’âge du premier rapport sexuel.	31
Tableau XXX : Relation entre le niveau d’étude et la connaissance de l’existence de la contraception.	32
Tableau XXXI : Relation entre le niveau d’étude et la connaissance des méthodes contraceptives.....	32
Tableau XXXII : Relation entre le niveau d’étude et l’utilisation des méthodes contraceptives.....	33
Tableau XXXIII : Relation entre l’âge et le fait d’avoir un partenaire.	33

Glossaire

Adolescent : Pour l’OMS, est considéré comme adolescent tout garçon ou toute fille d’âge compris entre 10 et 19 ans.

Contraception : La contraception est l’ensemble des méthodes permettant d’empêcher la survenue d’une grossesse non désirée.

Planification familiale : Elle est définie comme l’ensemble des moyens et méthodes qui permettent de conformer à la volonté des parents le nombre et l’espacement des naissances dans une famille.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I- ENONCE DU PROBLEME	4
II. CADRE THEORIQUE	6
1. Synthèse de la revue de la littérature	6
1.1. Etat de lieux de la recherche	6
1.2. L'accès aux structures de santé reproductive :.....	10
2. Justificatif de l'étude	11
3. Hypothèses de recherche	12
4. Objectifs.....	12
4.1. Objectif général.....	12
4.2. Objectifs spécifiques	12
III. DEMARCHE METHODOLOGIQUE	14
IV. RESULTATS	19
1. Renseignements généraux	19
2. Antécédents obstétricaux	21
3. Connaissances, attitudes et pratiques.....	22
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	34
1. Approche méthodologique	34
2. Difficultés de l'étude	34
3. Caractéristiques socio démographiques.....	34
4. Connaissances.....	35
5. Comportement/Pratique.....	36
6. Attitude /Perception	37
7. Focus group	37
VI. CONCLUSION ET PROPOSITIONS	42
Conclusion	42
Propositions	43
VII. REFERENCES	45
ANNEXES	49
Questionnaire.....	49
Focus groupe.....	53

Introduction

INTRODUCTION

Les jeunes, aujourd'hui, sont de plus en plus précocement sexuellement actifs [1].

Si certains pour mieux vivre leur sexualité font recours à des méthodes contraceptives souvent sur conseils de spécialistes, ils sont nombreux à ignorer la question ou qui s'en détournent par pure inconscience au risque de compromettre leur santé. Certes des structures étatiques, privées ou bénévoles existent un peu partout dans les pays, surtout dans les centres urbains, qui apportent conseils et soins aux jeunes, mais leur insuffisance et mauvaise fréquentation par ceux-ci demeurent le nœud gordien dans la résolution de la problématique de la santé sexuelle des jeunes [1].

Le monde compte 1 milliard d'adolescents (et il est estimé que d'ici l'an 2025 leur nombre atteindra 2 milliards) dont 85% vivent dans les pays en développement [2]. En France les adolescents de 10 à 19 ans 12,2% de la population [3]. Cette population est estimée à 22,6% au Mali [4].

Il est certes vrai que, quoique nos sociétés soient perméables à de nouvelles valeurs, elles gardent souvent un esprit traditionnel sur certains sujets tels la sexualité. En effet, assez souvent tabou et éludée, la problématique de la sexualité contemporaine demeure une préoccupation sociétale majeure en Afrique. Les jeunes sont assurément le public cible ; ils doivent être éduqués et accompagnés dans leur évolution psychosociale notamment en matière de santé sexuelle et reproductive [1].

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation de la contraception moderne est de 9,6 % selon EDSM V 2012-2013 [4]. Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de la planification familiale représente environ 20% de la demande potentielle soit 80% de besoins non satisfaits [5].

Avant l'avènement de la contraception hormonale à la fin des années 50, les femmes n'avaient comme seule solution de régulation des naissances que des moyens anticonceptionnels locaux, mécaniques voire l'abstinence périodique dont le retentissement sur la sexualité était notable. Lorsque ceux-ci échouaient, la grossesse s'imposait à la femme à moins qu'elle ne coure le risque d'y mettre un terme...au péril de sa vie ou de sa fertilité, le tout dans la plus grande clandestinité [6].

La contraception « moderne » a provoqué une révolution dans la vie des femmes, leur permettant d'accéder d'une part à une sexualité récréative dissociée de la sexualité reproductive et d'autre part à une domination féminine sur le pouvoir de reproduction et d'accès à la maternité volontaire. Le slogan féministe « un enfant... si je veux... quand je veux » en était le reflet [6].

Il est « sexuellement correct » aujourd'hui d'avoir recours à la contraception lorsque l'on a une sexualité sans pour autant avoir de projet parental : Nathalie Bajos parle même de norme contraceptive et de temps contraceptifs avec un âge en deçà duquel il n'est pas raisonnable d'avoir un enfant et une période de la vie génitale pour telle ou telle contraception [6].

Au Mali plusieurs travaux se sont intéressés aux différents problèmes liés à la grossesse chez l'adolescente. Ces différents travaux nous ont permis d'avoir des données épidémiologiques, cliniques et sociales, notamment celles des EDS qui fournissent des statistiques de base [7,8,9,10,11,12].

Cependant malgré ces études, l'aspect socioculturel n'est pas encore assez bien étudié.

Une étude sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescentes au lycée Michel ALLAIRE et aux trois seconds cycles publics de Béléko sur la contraception peut contribuer à comprendre leur comportement en vue de chercher des solutions appropriées pour améliorer leur accès aux méthodes contraceptives.

I. Enoncé du problème

I- ENONCE DU PROBLEME

Les femmes (adolescentes) représentant la couche la plus importante dans le monde en général et en Afrique en particulier. Elles sont souvent exposées à de nombreux problèmes tels que : les grossesses à haut risque, les grossesses non désirées, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions. Les adolescentes, surtout celles qui vivent en milieu rural, n'ont pas toutes les informations nécessaires à la santé familiale ou ont des préjugés sur les différents problèmes liés à la grossesse.

Notre étude vise à évaluer les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescentes en milieu scolaire en matière de la contraception dans la commune rurale de Diédougou (Béléko). Il s'agira pour nous d'attirer l'attention des autorités (sanitaire, de l'éducation, et politico administratives) pour ensuite faire des propositions dans l'optique d'améliorer le taux d'utilisation des contraceptifs, le niveau d'information des adolescentes sur les méthodes contraceptives chose qui à son tour les permettra d'informer, d'éduquer et de sensibiliser la population de façon générale.

II. Cadre théorique

II. CADRE THEORIQUE

1. Synthèse de la revue de la littérature

1.1. Etat de lieux de la recherche

1.1.1. Dans le monde :

En France, on estime environ à 10 000 le nombre d'adolescentes qui tombent enceintes chaque année et dont la moitié avorte [13].

Devant cette situation accablante le gouvernement français en novembre 1999 a annoncé l'autorisation permettant aux infirmières scolaires de délivrer la pilule du lendemain aux adolescentes « en situation de détresse ou d'extrême urgence » cette mesure a suscité un débat juridique avec les religieux.

L'éducation sexuelle, partie intégrante des programmes scolaires depuis 1973, a acquis une importance nouvelle en septembre 1999 par l'augmentation de 30 à 40 heures de cours pour les élèves de quatrième et de troisième. En janvier 2000, une grosse campagne d'information sur la contraception fut lancée par le gouvernement [14].

Selon l'office britannique de la statistique, 35,5% de ces fœtus sont avortés. Comparativement les taux de grossesse chez l'adolescente de 15 à 19 ans sont 65 pour mille en Grande Bretagne contre 84 pour mille aux USA et 102 pour mille en Russie [1].

Le ministère de la santé a autorisé, à titre d'essai, certaines pharmacies à vendre sans ordonnance la pilule du lendemain aux jeunes filles de plus de 14 ans.

En Afrique sub-saharienne, les adolescentes représentent plus de 50% des premières grossesses et elles donnent naissance à des bébés d'un poids insuffisant le plus souvent que les femmes adultes [1], de mortalité chez l'adolescente.

Dans cette région, l'écart se creuse entre le début de l'activité sexuelle et le mariage car les femmes se marient plus tard. Chez les adolescentes le jeune âge ou le fait de ne pas être mariées peut constituer des obstacles à l'obtention de services de planning familial.

La réussite scolaire des femmes a un effet important sur leur fécondité. Plus elles vont loin dans leur scolarisation, plus leur niveau de fécondité est faible.

Au Malawi, ISF varie de 7,3 pour les non-scolarisées et niveau primaire à 3 pour le niveau secondaire et plus. Cet ISF ne diffère que de 0,1 entre les zones urbaines et rurales ou il y a une augmentation.

Au Bangladesh, au Népal et dans certaines régions d'Afrique, 70 à 80% des jeunes filles sont mariées à 15 ou 16 ans [1]. Dans ce cas la grossesse peut être désirée, mais elle peut être risquée, d'un point de vue sanitaire, scolaire ou économique. Hors mariage, elle n'est généralement pas désirée.

La grossesse compromet l'avenir scolaire des adolescentes. Ce qui pousse certaines à l'avortement clandestin. Le fond des nations unies pour la population a beaucoup fait pour que la sexualité des adolescentes soit reconnue à travers le monde de même que leurs besoins spécifiques en matière d'éducation, d'information et d'accès aux services sociaux et médicaux.

Mais les états sont lents à réagir. Ce sont les ONG qui sont très proactives dans ce domaine.

Ainsi plusieurs enquêtes dans le monde montrent une baisse du taux de fécondité grâce à l'usage croissant et à un développement de la planification familiale [15]. Mais le taux de fécondité est plus élevé dans les pays en développement que dans les pays industrialisés malgré que les taux d'utilisation de la contraception soient plus élevés dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. Cela serait lié à l'importance de la population dans ces pays.

En général, la grossesse précoce chez les adolescentes pose les problèmes liés à l'importance de cette population et aux risques sanitaires pour la mère et le fœtus. En Afrique, le taux de fécondité reste élevé et varie selon les régions et au sein d'une même région. Les taux les plus élevés sont enregistrés en Afrique sub-saharienne et dans les pays arabes [14].

1.1.2. Au Mali

Le Mali est parmi les pays à fort taux d'accroissement dans le monde [16]. Ce niveau d'accroissement est le fruit d'une fécondité encore élevée ; l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est passé de 6,8 en 2001 à 6,1 en 2012-2013 [EDSM-V].

En 2012-2013 EDSM nous renseigne que la femme donne naissance en moyenne à 6,61 enfants au cours de sa vie féconde. La comparaison avec les EDSM précédentes ne fait pas apparaître de changement important.

Alors que les autres pays africains connaissent une baisse dans ce domaine, la fécondité au Mali n'a pas connu de changement notable. L'effectif de la population est passé d'environ 4 100 000 habitants en 1960 à 9 800 000 habitants en 1998. Au rythme auquel elle s'accroît, la population du Mali doublerait tous les 22 ans [11].

Comparé aux autres pays, le Mali aurait moins de temps que la moyenne africaine 27 ans pour se préparer au doublement de sa population, encore moins de temps que les pays d'Asie dans 50 ans et d'Amérique centrale dans 45 ans. Cette réalité pourrait compromettre le processus de développement du pays et interpelle les décideurs à tous les niveaux.

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation actuelle de la contraception moderne est de 5,7% [11]. Cela contraste fortement avec les besoins non satisfaits en planification familiale qui sont de l'ordre de 28,5%.

Les faibles progrès enregistrés au niveau de la prévalence contraceptive se traduisent par une fécondité constante depuis une quinzaine d'années au Mali.

En matière de prévalence contraceptive, le Mali est en retard sur plusieurs pays africains dont le Ghana 13,4% en 1998, le Kenya 32% en 1999, la Zambie 50,1% en 1999 et la Tunisie 66% en 2000. Dans le monde, 10 000 femmes meurent chaque semaine parce qu'elles n'ont pas eu accès à la planification familiale [11].

La faible prévalence contraceptive fragilise la santé de la femme et de l'enfant. La clé du développement du pays passe donc par une meilleure maîtrise de la croissance démographique, à travers la promotion de la planification familiale [17].

Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de planification familiale représente environ 20% de la demande potentielle au niveau du Mali. Même si le Mali ne répondait qu'aux 80% de besoins non satisfaits en planification familiale, cela contribuerait énormément à l'amélioration des conditions de vie des maliens.

La fécondité débute très précocement [7,9,2,18,11,19,20] à un niveau élevé à 15-19 ans, atteint son maximum à 20-24 ans, baisse à 40-44 ans.

A Bamako le taux de fécondité des 15-19 ans est de l'ordre de 102 pour mille [11].

Il y a des différences de niveau de fécondité selon le lieu de résidence ; ainsi l'ISF de 6,8 enfants par femme pour le pays varie de 5,5 en milieu urbain à 7,3 en milieu rural. Ces différences s'observent à tout âge, mais l'écart relatif à la résidence est important aux très jeunes âges : ainsi à 15-19 ans, le taux est de 129 pour mille en milieu urbain contre 218 pour mille en milieu rural.

Les études mettent en évidence une diminution de la fécondité avec l'augmentation du niveau d'instruction ; ainsi l'ISF varie de 7,1 pour les femmes

sans instruction à 6,6 pour les femmes d'instruction primaire et 4,1 pour le niveau secondaire et plus. Cette influence de l'instruction sur la fécondité est surtout sensible après le niveau primaire [11].

Les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale des femmes, 40% d'entre elles ont commencé leur vie féconde, 34% ont déjà eu un enfant et 7% sont enceintes pour la première fois. La précocité est accentuée en milieu rural 49% contre 20% en milieu urbain. A Bamako, 23% sont fécondes, 15% déjà mères et 5% sont enceintes [11].

Ainsi le Mali a un taux de fécondité parmi les plus élevés du monde malgré les progrès réalisés dans le domaine de la planification. Les enquêtes ont montré que cette fécondité commence très précocement à des taux élevés chez les adolescentes de 15 à 19 ans et pose des problèmes qui sont également rencontrés dans beaucoup de pays à travers le monde qu'il soit industrialisé ou en développement [11].

1.2. L'accès aux structures de santé reproductive :

Chaque année, on enregistre dans le monde 75 millions de grossesses non désirées dues à deux causes principales : soit le couple n'utilisait pas la contraception soit la méthode utilisée a échoué [5]. Le manque d'accès à l'information et aux services de planification familiale est une des nombreuses raisons pour lesquelles la contraception n'est pas utilisée pour éviter une grossesse non-désirée.

Les moyens contraceptifs sont de plus en plus disponibles mais hors de la portée pour beaucoup de gens. Près de 60% des femmes et des hommes utilisent aujourd'hui dans le monde des méthodes contraceptives modernes, mais environ 350 millions de couples ne sont pas informés dans ce domaine et n'ont pas accès à différentes méthodes et prestations [5].

La planification familiale est reconnue depuis plusieurs années comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien être des femmes et de leurs familles [21].

Au Mali, beaucoup d'efforts ont été consentis dans ce cadre à travers les différents programmes de santé de la reproduction.

Cependant la prévalence contraceptive reste l'une des plus faibles de la sous-région africaine [21].

2. Justificatif de l'étude

Sur la période 2010-2014, le nombre de grossesses non planifiées qui surviennent chaque année dans le monde est estimé à 99 millions. Plus de la moitié de ces grossesses se terminent par un avortement [21].

Selon EDSM-V, 87 % des naissances se sont produites au moment voulu, 11% plus tôt que souhaité et environ 3% étaient non désirées. Près de 39% des adolescentes ont déjà commencé leur vie reproductive : 33% ont eu, au moins, un enfant et 6 % sont enceintes du premier enfant.

Les avortements non sécurisés chez les adolescentes ont des conséquences sanitaires majeures. Quelque 8 % de la mortalité maternelle entre 2003 et 2012 étaient imputables aux avortements [22]. Les adolescentes sont plus susceptibles que les femmes plus âgées de solliciter l'aide d'agents non qualifiés pour un avortement, de déclencher elles-mêmes l'avortement, d'interrompre une grossesse au-delà du premier trimestre lorsque l'intervention est plus dangereuse, et de différer la demande de soins médicaux en cas de complications à la suite d'un avortement non sécurisé ; elles sont probablement moins informées au sujet de leurs droits concernant les soins pendant et après un avortement et moins enclines à déclarer un avortement [23].

3. Hypothèses de recherche

L'éducation de la femme est sans aucun doute, un facteur ayant une forte incidence sur la qualité de la vie, la survie infantile ainsi que la productivité [24].

Une éducation délaissée au moment de l'initiation à la vie sexuelle peut occasionner des conséquences fâcheuses à long terme [25].

Les adolescentes d'aujourd'hui qui seront les femmes de demain ont-elles les connaissances, les attitudes, et les pratiques adéquates face à la contraception ? Pour mieux comprendre leur comportement, nous nous sommes fixés des objectifs.

4. Objectifs

4.1. Objectif général

Étudier le comportement des adolescentes du lycée Michel ALLAIRE et des trois seconds cycles de Béléko en matière de la contraception.

4.2. Objectifs spécifiques

- a. Évaluer le niveau de connaissance des adolescentes scolarisées en matière de la contraception.
- b. Identifier les attitudes des adolescentes du lycée privé Michel ALLAIRE et des trois seconds cycles publics de Béléko en matière de la contraception.
- c. Déterminer les pratiques des adolescentes du lycée privé Michel ALLAIRE et des trois seconds cycles publics de Béléko en matière de la contraception.
- d. Proposer des solutions pour améliorer leur accès aux méthodes contraceptives.

III. Démarche méthodologique

III. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective et transversale.

2. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au lycée privé Michèle ALLAIRE et aux trois seconds cycles publics de Béléko. Ces établissements ont été choisis en fonction de leur effectif constitué en majorité d'adolescents.

○ Historique

La Commune de Diédougou est créée par la loi N° 96- 050 du 04 Novembre 1996 avec une superficie de 955 kilomètre carré. Elle est un regroupement de trente-quatre (34) villages. Le Diédougou était un canton à l'époque coloniale son chef-lieu était Béléko, village fondé par les Coulibaly originaires de Ségou. Le Chef-lieu de la commune est le village de Béléko.

○ Situation géographique

La Commune Rurale de Diédougou a un relief dominé par les plaines d'où son nom « Diédougou » ou pays des plaines.

Deux fleuves l'arrosent : le Bafing à l'Est et le Bagoé à l'Ouest avec un climat soudanien.

Le Diédougou connaît une saison des pluies de Mai à Octobre et une saison sèche de Novembre à Avril.

Située au Sud-Ouest de la région de Koulikoro, la commune de Diédougou est limitée :

- au Nord par la commune de Dolendougou ;
- à l'Est par le cercle de Koutiala ;
- au Sud par les communes de Jèkafo et de Benkady ;
- à l'Ouest par la commune de Kilidougou.

○ **Infrastructures sanitaires et scolaires**

Le village de Béléko dispose d'un CS Com central, trois établissements présecondaires, sept établissements fondamentaux et un établissement secondaire.

○ **Population**

La commune rurale de Diédougou compte 37 421habitants dont 18 288 hommes et 19 133 Femmes selon le RGPH 2009. La densité est d'environ 34 habitants par kilomètre carré. La population active représente 70% de la population totale. La religion dominante est l'islam.

Le taux d'accroissement est 2,6%. Le taux de mortalité est 0,04% et le taux de natalité est de 62%. La population est composée de Bambaras, de Peulhs, de Minyanka, de Soninké, de Bobos et de Dogon.

2.5. Activités socio-économiques et culturelles :

L'activité socio-économique et culturelle est basée sur l'agriculture, le maraichage, l'élevage, la pêche, le commerce et les petits métiers.

3. Population d'étude

La population visée est l'ensemble des adolescentes du lycée privé Michel ALLAIRE et des seconds cycles de Béléko.

○ **Critères d'inclusion**

Toute adolescente des établissements concernés âgée de 12 à 19 ans ayant accepté de répondre avec volonté au questionnaire utilisé.

○ **Critères de non inclusion**

Toute adolescente ayant refusé de donner son consentement.

3.3 Echantillonnage

Nous avons utilisé un échantillonnage non aléatoire, toutes les adolescentes remplissant les critères d'inclusion et qui ont accepté d'y participer ont été systématiquement prises dans l'étude.

4. Période d'étude

L'étude a été effectuée d'Octobre 2018 à Décembre 2018, soit une période de 3 mois.

5. Techniques et instruments de collecte des données

➔ Techniques

Nous avons utilisé la technique de l'interview avec remplissage d'un questionnaire.

➔ Instruments de collecte des données

Nous avons utilisé des guides d'interview individuelle approfondie et d'entretien de Focus group.

Une salle était à notre disposition bien éclairée et aérée avec des tables banc. Un questionnaire individuel semi-structuré a été administré à toute adolescente incluse dans l'étude suivant son consentement et un guide d'entretien de Focus group à un groupe constitué de dix (10) adolescents.

6. Saisie, traitement et informatique

La saisie a été faite sur le logiciel Microsoft Word 2016.

L'analyse des données sur SPSS (version 20).

Le test de khi carré a été utilisé pour comparer les proportions. Les liens sont statistiquement significatifs si $P < 0,05$.

7. Considérations éthiques

Dès notre arrivé à Béléko nous avons procédé d'abord par la rencontre des autorités administratives et coutumières à savoir le sous-préfet, le maire, les

chefs de village et les responsables d'écoles dans le but de leur expliquer notre cadre d'étude à savoir les inconvénients et les avantages, la nécessité de l'étude. Au terme de nos différentes rencontres nous avons bénéficié de leur approbation c'est-à-dire leur consentement éclairé sans avoir influencé sur leur décision.

Le consentement verbal éclairé de la personne était requis avant son inclusion dans l'étude.

Ces personnes étaient entendues, totalement libres de participer ou non et sans que dans ce dernier cas il n'y ait de quelconque préjudice pour la personne. La confidentialité des personnes était garantie.

Par ailleurs, les entretiens se déroulaient sans la présence d'une tierce personne. Les fiches d'enquête ne comprenaient pas de données nominatives à recueillir ni de moyen d'identification individuelle de la personne.

IV. RESULTATS

IV. RESULTATS

1. Renseignements généraux

Notre étude a porté sur 259 adolescentes et a été réalisée dans quatre milieux scolaires de Béléko. Les adolescentes de la 8^è année étaient prédominantes soit 30,9%. La tranche d'âge 15-17 ans a été la plus représentée soit 64,9%. Les célibataires ont constitué 66,8% de l'échantillon.

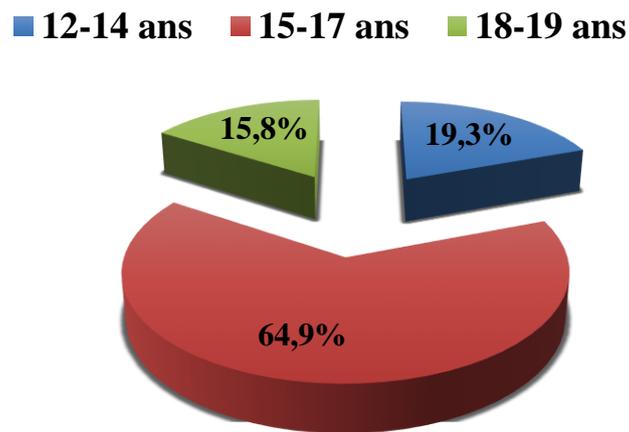


Figure 1 : Répartition des adolescentes selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge 15-17 ans était la plus représentée avec 64,9%.

L'âge moyen des adolescentes était de 15,95 ans avec des extrêmes de 12 et 14 ans.

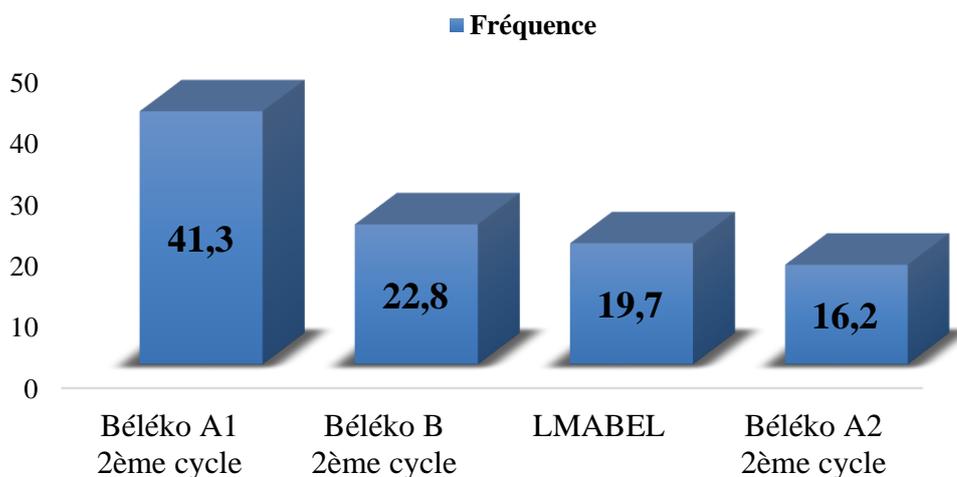


Figure 2 : Répartition de l'échantillon selon l'établissement fréquenté.

Les adolescentes de Béléko A1 2^{ème} cycle étaient majoritaires avec 41,3%.

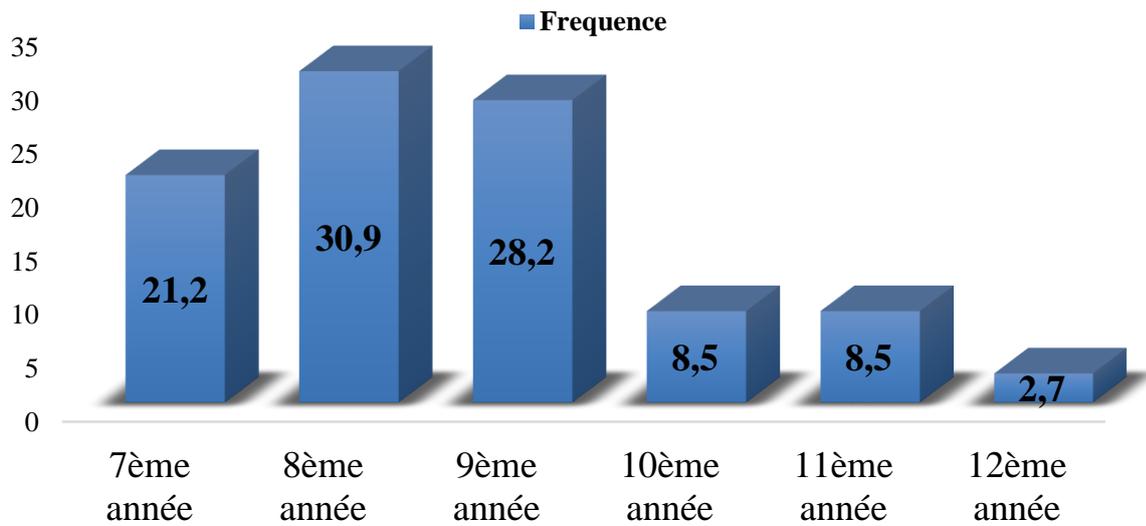


Figure 3 : Répartition des adolescentes selon leur niveau d'étude

Les adolescentes qui faisaient la 8^e année étaient majoritaires avec 30,3%.

Tableau I : Répartition des adolescentes selon leur résidence.

Village	Nombre	Pourcentage
Béléko	188	72,6
Guéguéna	16	06,2
Tiécoumela	13	05,0
Bougoucourala	12	04,6
Diana	11	04,2
Autres	19	07,3
Total	259	100,0

La majorité des adolescentes résidaient à Béléko dans 72,6% des cas.

Tableau II : Répartition des adolescentes selon leur statut matrimonial.

Statut matrimonial	Nombre	Pourcentage
Célibataire	214	82,6
Mariée	42	16,2
Divorcée	03	01,2
Total	259	100,0

Les adolescentes étaient célibataires dans 82,6% des cas.

2. Antécédents obstétricaux

Tableau III : Répartition des adolescentes selon la gestité.

Gestité	Nombre	Pourcentage
Nulligeste	243	93,8
Primigeste	14	05,4
Paucigeste	02	00,8
Total	259	100,0

La majorité des adolescentes n'avaient pas encore contracté de grossesse dans 93,8%.

Tableau IV : Répartition des adolescentes selon la parité.

Parité	Nombre	Pourcentage
Nullipare	248	95,7
Primipare	09	03,5
Paucipare	02	00,8
Total	259	100,0

Les adolescentes ayant accouché au moins une fois représentaient 03,5%.

3. Connaissances, attitudes et pratiques

Tableau V : Répartition des adolescentes selon leur connaissance de l'existence de la contraception.

Contraception	Nombre	Pourcentage
Oui	254	98,1
Non	05	01,9
Total	259	100,0

La quasi-totalité des adolescentes avaient déjà entendu parler de contraception soit 98,1%.

Tableau VI : Répartition des adolescentes selon leur connaissance de la définition de la contraception.

Définitions	Nombre	Pourcentage
Au moins une définition	197	76,1
Au moins deux définitions	38	14,7
Au moins trois définitions	15	05,8
Toutes les définitions	03	01,1
Aucune définition	06	02,3
Total	259	100,0

Les adolescentes connaissaient au moins une définition de la contraception dans 76,1% des cas.

Tableau VII : Répartition des adolescentes selon leur connaissance des méthodes contraceptives.

Nombre de méthodes	Nombre	Pourcentage
Plus de trois méthodes	156	60,2
Trois méthodes	66	25,5
Deux méthodes	21	08,1
Une seule méthode	09	03,5
Aucune méthode	07	02,7
Total	259	100,0

Plus de la moitié des adolescentes connaissaient plus de trois méthodes contraceptives soit 60,2%.

Tableau VIII : Répartition des adolescentes selon leur source d'information en méthodes contraceptives.

Sources d'information	Nombre	Pourcentage
Trois sources	131	50,6
Deux sources	67	25,9
Une seule source	39	15,0
Plus de trois sources	17	6,6
Aucune source	05	01,9
Total	259	100,0

Plus de la moitié des adolescentes avaient déjà trois sources d'information en méthodes contraceptives soit 50,6%.

Tableau IX : Répartition des adolescentes selon leur source d'approvisionnement en méthodes contraceptives.

Source d'approvisionnement	Nombre	Pourcentage
Centre de santé	193	74,5
Pharmacie	38	14,7
Boutique	22	08,5
Aucune source	06	02,3
Total	259	100

Le centre de santé était la principale source d'approvisionnement en méthodes contraceptives pour les adolescentes dans 74,5% des cas.

Tableau X : Répartition des adolescentes selon leur connaissance de l'existence des services de prestation de planification familiale.

Connaissance de l'existence	Nombre	Pourcentage
Oui	249	96,1
Non	10	03,9
Total	259	100,0

Les adolescentes connaissaient le lieu des services de prestation de planification familiale dans 96,1% des cas.

Tableau XI : Répartition des adolescentes selon leur fréquentation du lieu des services de prestation de planification familiale.

Fréquentation du lieu de PF	Nombre	Pourcentage
Oui	59	22,8
Non	200	77,2
Total	259	100,0

Moins d'un quart des adolescentes avaient déjà fréquenté le lieu des services de prestation de planification familiale soit 22,8%.

Tableau XII : Répartition des adolescentes selon leur utilisation des méthodes contraceptives.

Utilisation des méthodes	Nombre	Pourcentage
Oui	53	20,5
Non	206	79,5
Total	259	100,0

Seulement 20,5% des adolescentes utilisaient des méthodes contraceptives.

Tableau XIII : Répartition des adolescentes en fonction des méthodes utilisées.

Méthodes utilisées	Nombre	Pourcentage
Jadelle	33	62,2
Contraceptif injectable	13	24,5
Dispositif intra-utérin	05	09,4
Préservatif	02	03,8
Total	53	100,0

Le jadelle était la méthode la plus utilisée par les adolescentes avec 62,2%.

Tableau XIV : Répartition des adolescentes en fonction d'avoir des raisons de non-fréquentation des services de planification familiale.

Raisons	Nombre	Pourcentage
Oui	20	10,0
Non	180	90,0
Total	200	100,0

Seulement 10% des adolescentes avaient des raisons de non-fréquentation des services de planification familiale.

Les raisons avancées étaient entre autre : coutume, religion, peur, ne pas avoir besoin.

Tableau XV : Répartition des adolescentes en fonction de leur connaissance des effets secondaires de la contraception.

Connaissance des effets secondaires	Nombre	Pourcentage
Oui	37	14,3
Non	222	85,7
Total	259	100,0

Les adolescentes connaissaient les effets secondaires de la contraception dans 14,3% des cas.

Les effets secondaires incriminés étaient : troubles du cycle menstruel ; douleur pelvienne ; prise de poids ; bouffées de chaleur ; douleur aux seins.

Tableau XVI : Répartition des adolescentes selon le choix du temps qui doit exister entre deux maternités.

Intervalle souhaitant entre deux maternités	Nombre	Pourcentage
< 2 ans	50	19,3
2-5 ans	146	56,4
≥ 5 ans	63	24,3
Total	259	100,0

L'intervalle 2-5 ans était le choix des adolescentes avec 56,4%.

Tableau XVII : Répartition des adolescentes en fonction de leur connaissance des risques des avortements provoqués.

Connaissance des risques encourus de l'IVG	Nombre	Pourcentage
Oui	168	64,9
Non	91	35,1
Total	259	100,0

La majorité des adolescentes connaissaient les risques encourus en cas d'IVG avec 64,9%.

Les risques des avortements provoqués étaient : saignement ; infection ; perforation utérine ; stérilité ; mort.

Tableau XVIII : Répartition des adolescentes selon leur opinion sur les IVG.

Opinion sur les IVG	Nombre	Pourcentage
Approuve	02	00,8
Désapprouve	252	97,3
Pas de réponse	05	01,9
Total	259	100,0

Les adolescentes désapprouvaient les IVG avec 97,3%.

Tableau XIX : Répartition des adolescentes selon leur opinion sur la contraception.

Opinion sur la contraception	Nombre	Pourcentage
Approuve	230	88,8
Désapprouve	22	08,5
Pas de réponse	07	02,7
Total	259	100,0

Les adolescentes approuvaient la contraception avec 88,8%.

Tableau XX : Répartition des adolescentes selon leur désir d'avoir des enfants dans l'avenir.

Désir d'avoir des enfants	Nombre	Pourcentage
Oui	254	98,1
Non	05	01,9
Total	259	100,0

Les adolescentes désiraient avoir des enfants dans 98,1% des cas.

Le nombre d'enfants souhaités par les adolescentes était compris entre 00 et 11 inclus avec une moyenne de 5,15 enfants.

Tableau XXI : Répartition des adolescentes selon leur opinion sur l'autorisation des femmes par les hommes à espacer les naissances.

Fait d'autoriser les femmes à espacer les naissances	Nombre	Pourcentage
Oui	253	97,7
Non	06	02,3
Total	259	100,0

La majorité des adolescentes pensaient que les hommes devraient autoriser leurs femmes à espacer les naissances avec 97,7%.

Tableau XXII : Répartition des adolescentes selon opinion leur religieuse sur la contraception.

Opinion religieuse sur contraception	Nombre	Pourcentage
Approuve	209	80,7
Désapprouve	32	12,4
Ne sait pas	18	06,9
Total	259	100,0

La majorité des adolescentes pensaient que leur religion n'est pas contre la contraception dans 80,7% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des adolescentes selon le fait de parler de l'utilisation du préservatif avec leur partenaire.

Fait de parler de l'utilisation du préservatif	Nombre	Pourcentage
Oui	89	34,4
Non	157	61,0
Pas de réponse	12	04,6
Total	259	100,0

Plus de la moitié des adolescentes ne parlaient pas de l'utilisation du préservatif avec leur partenaire soit 61,0%.

Tableau XXIV : Répartition des adolescentes en fonction du fait d'avoir un partenaire.

Fait d'avoir un partenaire	Nombre	Pourcentage
Oui	182	70,3,0
Non	64	24,7
Pas de réponse	13	05,0
Total	259	100,0

Plus de la moitié des adolescentes avaient au moins un partenaire soit 70,3%.

Tableau XXV : Répartition des adolescentes en fonction du fait de parler de sexualité avec son partenaire.

Fait de parler de sexualité avec son partenaire	Nombre	Pourcentage
Oui	148	57,1
Non	95	36,7
Pas de réponse	16	06,2
Total	259	100,0

Plus de la moitié des adolescentes parlaient déjà de la sexualité avec son partenaire soit 57,1%.

Tableau XXVI : Répartition des adolescentes selon leur décision pour l'utilisation du préservatif même si leurs partenaires s'y opposent.

Fait d'utiliser le préservatif même si le partenaire s'y oppose	Nombre	Pourcentage
Oui	133	51,4
Non	114	44,0
Pas de réponse	12	04,6
Total	259	100,0

Moins de la moitié des adolescentes décideraient d'utiliser le préservatif quand leurs partenaires s'y opposaient soit 44,0%.

Tableau XXVII : Répartition des adolescentes en fonction d'avoir de rapport sexuel avec son partenaire.

Fait d'avoir de relation sexuelle avec son partenaire	Nombre	Pourcentage
Oui	166	64,1
Non	81	31,3
Pas de réponse	12	04,6
Total	259	100,0

Plus de la moitié des adolescentes avaient déjà eu de relation sexuelle avec son partenaire dans 64,1% des cas.

Tableau XXVIII : Répartition des adolescentes en fonction d'avoir eu des partenaires sexuels occasionnels.

Avoir eu des partenaires sexuels occasionnels	Nombre	Pourcentage
Oui	86	33,2
Non	158	61,0
Pas réponse	15	05,8
Total	259	100,0

Les adolescentes avaient déjà eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels dans 33,2%.

Tableau XXIX : Répartition des adolescentes en fonction de l'âge du premier rapport sexuel.

Age du premier rapport sexuel	Nombre	Pourcentage
< 12ans	49	29,5
12-18 ans	109	65,7
> 18 ans	08	04,8
Total	166	100,0

Plus de la moitié des adolescentes avaient eu leur premier rapport sexuel entre 12-18 ans soit 65,7%.

La première expérience sexuelle des adolescentes est précoce entre 10 à 18 ans avec une moyenne de 14,72.

Tableau XXX : Relation entre le niveau d'étude et la connaissance de l'existence de la contraception.

Niveau d'étude	Connaissance de l'existence de la contraception		Total
	Oui	Non	
7 ^e année	53(20,9%)	2(40%)	55(21,2%)
8 ^e année	78(30,7%)	2(40%)	80(30,9%)
9 ^e année	72(28,3%)	1(20%)	73(28,2%)
10 ^e année	22(8,7%)	0(0%)	22(8,5%)
11 ^e année	22(8,7%)	0(0%)	22(8,5%)
12 ^e année	7(2,7%)	0(0%)	7(2,7%)
Total	254(100%)	5(100%)	259(100%)

Khi 2=2,108 ; P=0,834

Le niveau d'étude n'a pas d'influence sur la connaissance de l'existence de la contraception.

Tableau XXXI : Relation entre le niveau d'étude et la connaissance des méthodes contraceptives.

Niveau d'étude	Connaissance des méthodes contraceptives		Total
	Oui	Non	
7 ^e année	51(20,7%)	4(80%)	55(21,2%)
8 ^e année	80(31,5%)	0(0%)	80(30,9%)
9 ^e année	72(28,3%)	1(20%)	73(28,2%)
10 ^e année	22(8,7%)	0(0%)	22(8,5%)
11 ^e année	22(8,7%)	0(0%)	22(8,5%)
12 ^e année	7(2,7%)	0(0%)	7(2,7%)
Total	254(100%)	5(100%)	259(100%)

Khi 2= 10,991 ; P= 0,052

Le niveau d'étude n'a pas d'influence sur la connaissance des méthodes contraceptives.

Tableau XXXII : Relation entre le niveau d'étude et l'utilisation des méthodes contraceptives.

Niveau d'étude	Utilisation des méthodes contraceptives		Total
	Oui	Non	
7 ^e année	9(14,7%)	46(23,2%)	55(21,2%)
8 ^e année	23(37,7%)	57(28,8%)	80(30,9%)
9 ^e année	15(24,6%)	58(29,3%)	73(28,2%)
10 ^e année	3(5,0%)	19(9,6%)	22(8,5%)
11 ^e année	5(8,2%)	17(8,6%)	22(8,5%)
12 ^e année	6(9,8%)	1(0,5%)	7(2,7%)
Total	61(100%)	198(100%)	259(100%)

Khi 2= 19,377 ; P= 0,002

Le niveau d'étude influence sur l'utilisation des adolescentes.

Tableau XXXIII : Relation entre l'âge et le fait d'avoir un partenaire.

Age	Fait d'avoir un partenaire		Total
	Oui	Non	
12 ans	0(0%)	2(3,6%)	2(0,8%)
13 ans	7(3,4%)	6(10,7%)	13(5,0%)
14 ans	24(11,8%)	10(17,8%)	34(28,2%)
15 ans	40(8,7%)	14(25,0%)	54(20,8%)
16 ans	38(18,7%)	14(25,0%)	52(8,5%)
17 ans	57(28,1%)	6(10,7%)	63(25,3%)
18 ans	27(13,3%)	2(3,6%)	29(11,2%)
19 ans	10(4,9%)	2(3,6%)	12(4,6%)
Total	203(100%)	56(100%)	259(100%)

Khi 2= 24,044 ; P= 0,001

L'âge a une influence sur le fait d'avoir un partenaire.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

L'analyse des différents tableaux suscite quelques commentaires et discussion.

1. Approche méthodologique

Nous avons réalisé une étude prospective et transversale qui s'est déroulée d'Octobre 2018 en Décembre 2018 soit une période de trois mois. Notre étude a porté sur 259 adolescentes scolarisées réparties entre les établissements suivants :

- Béléko A1 2^{ème} cycle : 107/118 adolescentes scolarisées ;
- Béléko A2 2^{ème} cycle : 42/58 adolescentes scolarisées ;
- Béléko B 2^{ème} cycle : 59/67 adolescentes scolarisées ;
- LMABEL : 51/53 adolescentes scolarisées.

Cette étude nous a permis de mieux comprendre les problèmes sociodémographiques, les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes scolaires de Béléko sur la contraception.

2. Difficultés de l'étude

Nous avons rencontré quelques difficultés au cours de cette étude :

- refus de certaines *adolescentes de* participer à l'étude
- la confection des centaines de fiches d'enquêtes saisies à l'ordinateur
- le traitement informatisé des données.

3. Caractéristiques socio démographiques

Dans notre étude, les adolescentes âgées de 15 à 17 ans représentaient 84,2% de l'échantillon.

L'âge moyen était de 15,95 ans avec des extrêmes de 12 et 19 ans.

Abaueth R. en Avril 2006 à Bamako [3], Kané F. en 2006 à Mopti [8] et Miller en 1973 en Californie [6] avaient rapporté respectivement : 16,6 ans, 16,44 ans et 17,6 ans.

Une majorité des adolescentes soit 82,6% était des célibataires. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les filles qui vont à l'école envisagent en général une longue étude qui ne va pas de pair avec les obligations du foyer.

4. Connaissances

Pour évaluer le niveau de connaissance des adolescentes sur la contraception nous leur avons demandé si elles avaient entendu parler de la contraception, les moyens de contraceptions et les sources d'information et d'approvisionnement en méthodes contraceptives.

Il en ressort que la quasi-totalité des adolescentes avaient déjà entendu parler de contraception soit 98,1% ; par contre 01,9 % n'en ont jamais entendu parler. 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 en 2006 à Bamako [26], Kané F. [8] et Langille D. en 1999 en Nouvelle-Ecosse [27] ont trouvé respectivement 69,40%, 60% et 42%.

Notre taux élevé pourrait s'expliquer par la disponibilité de nombreuses sources d'informations sur la PF à Béléko.

La majorité des adolescentes connaissaient au moins une définition de la contraception soit 76,1% et 14,7% connaissaient au moins deux définitions de la contraception.

Plus de la moitié des adolescentes connaissaient plus de trois méthodes contraceptives soit 60,2%. Les moyens de contraception les plus connus par l'ensemble des adolescentes étaient essentiellement : le jodelle, l'injectable, la Pilule, le préservatif, le DIU, les implants.

Dans notre étude, 83,1% des adolescentes avaient plus d'une source d'information sur la contraception, d'autres avaient eu des informations par des

structures sanitaires à 3,9%, l'école et les parents à pourcentage égal soit 14,7%, les médias représentaient 28,6%.

Kané F [8] a retrouvé 78,7% de sources multiples, 1% de personnel médical, 2,5% de parents ou amis, 6,4% de l'école et 8,9% pour les médias.

Notre taux d'information au niveau scolaire est inférieur à celui d'Adom [26], Miller W. en 1973 à Californie [28] et Kamtchouing en 1997 à Yaoundé [29] qui ont trouvé respectivement 31,16%, 42%, 21%.

Le centre de santé était la principale source d'approvisionnement en méthodes contraceptives pour les adolescentes dans 74,5% des cas suivi de la pharmacie avec 11,2% et de la boutique avec 8,5%.

Les adolescentes connaissaient les effets secondaires de la contraception dans 14,3% des cas.

Les effets secondaires incriminés étaient : troubles du cycle menstruel ; douleur pelvienne ; prise de poids ; bouffées de chaleur ; douleur aux seins.

La majorité des adolescentes connaissaient les risques encourus en cas d'IVG avec 64,9%.

Les risques des avortements provoqués étaient : saignement ; infection ; perforation utérine ; stérilité ; mort.

5. Comportement/Pratique

Plus de la moitié des adolescentes avaient déjà eu des relations sexuelles avec son partenaire soit 64,1% dont 33,2% avec des partenaires occasionnels. Ce taux pourrait s'expliquer par la précocité des rapports sexuels. Ces taux sont supérieurs à ceux d'Adom [26], Forget G. [30], Kané F. [8] qui ont trouvé respectivement que 39,03%, 49,5% et 50,5% des adolescentes ayant eu des rapports sexuels.

Plus de la moitié des adolescentes avaient eu leur premier rapport sexuel entre 12-18 ans soit 65,7%.

La première expérience sexuelle des adolescentes est précoce entre 10 à 18 ans avec une moyenne de 14,72 ans et cela dans 19,7% des cas.

Au Ghana en 2009, Echange MAQ [31] a trouvé 16,8 ans ; Pichot en 1985 [32] a retrouvé dans sa série que 34% des adolescentes ont leur premier rapport avant 16 ans. Alima S. en 2006 à Bamako [31] a trouvé que la première expérience sexuelle était précoce entre 10 et 19 ans avec une moyenne de 16,13 ans et cela dans 41% des cas. Chez Bilodeau en 1994 au Canada [25], Forget [30], et Kané F. [8] on retrouve les âges moyens au premier rapport sexuel qui sont respectivement 14 ans, 15,7 ans, 14,87 ans.

Baromètre 2005 a trouvé qu'à 15 ans, elles sont 15,8 % à avoir déjà eu des rapports sexuels, 79% à 20 ans et 93,7 % à 25 ans [33].

6. Attitude /Perception

Moins d'un quart des adolescentes avaient déjà fréquenté le lieu des services de prestation de planification familiale soit 22,8% parmi lesquelles seulement 20,5% utilisaient des méthodes contraceptives et 10% des adolescentes avaient des raisons de non-fréquentation des services de prestation de planification familiale. Ces raisons étaient essentiellement : la coutume, l'ignorance, la religion, la peur et le fait de ne pas avoir besoin.

La majorité des adolescentes approuvaient la contraception soit 88,8%.

7. Focus group

a. A votre connaissance y a-t-il une éducation sexuelle donnée aux jeunes au Mali en milieu familial et scolaire ? Pourquoi ?

La plupart des adolescentes trouvent que la sexualité est un sujet tabou qui n'est généralement pas abordé ; c'est pour cela qu'il n'y a pas d'éducation sexuelle en milieu familial. Une autre ajouta que dans certaines familles on confond

l'éducation sexuelle avec les interdits et la négation, le côté positif de la sexualité n'est jamais abordé. De nos entretiens, il ressort qu'il n'y a pas d'éducation sexuelle en milieu scolaire, les cours de reproductions dispensés en biologie ne sont autres que l'anatomie et la physiologie. A ce propos, une participante disait ceci : « on ne donne que des cours sur la reproduction ». Elles mettent un accent sur certaines ONG qui jouent un important rôle sur ce plan pour des adolescents scolarisés. Nous en concluons que la pesanteur socioculturelle et l'absence de programmes scolaires spécifiques sur l'éducation sexuelle constituent un facteur de risque pour les adolescentes et, que de tels programmes représentent une nécessité que réclament les adolescentes.

b. Que pensez-vous du comportement actuel des adolescentes par rapport à la sexualité ?

De nos entretiens, il ressort que l'absence de cadre approprié pour s'informer sur la sexualité serait à l'origine du mauvais comportement sexuel des adolescentes. D'autres ajoutaient que le mauvais comportement sexuel des adolescentes est marqué par une précocité, un laisser-aller sous prétexte de civilisation ou de modernité. Elles ajoutaient que les parents ont une part de responsabilité en maintenant les enfants dans l'ignorance ou dans leur isolement.

Nous pouvons en conclure que l'absence d'éducation sexuelle favorise le mauvais comportement et la précocité des rapports sexuels.

c. Selon vous que signifie la contraception ?

Les adolescentes estiment par unanimité que la contraception permet de contrôler les naissances et de maîtriser la fécondité par conséquent d'éviter les IST, les grossesses non-désirées par conséquent, des dépenses inutiles. Elle apparaît ici comme une méthode sûre et fiable sans inconvénient.

Une participante ajouta : « la contraception permet aux adolescentes de poursuivre tranquillement leur cursus scolaire ».

d. Pensez-vous que l'utilisation des contraceptifs a des inconvénients sur la santé ?

De nos entretiens, il ressort que les contraceptifs ont des inconvénients comme : la stérilité, les saignements, les maux de ventre pouvant être évités si on s'informe au niveau des structures spécialisées dans ce domaine. Elles affirment que ces inconvénients sont négligeables par rapport aux avantages.

Certaines adolescentes pensent que l'abus d'usage, la mauvaise utilisation sont des facteurs qui font que la contraception peut avoir des conséquences.

Malgré tout, certaines préconisent les préservatifs seulement aux jeunes non mariés.

Nous en concluons que les effets secondaires de la contraception sont généralement liés à l'automédication.

e. Peut-on rencontrer des problèmes lors de l'utilisation des préservatifs ? Si oui lesquels ?

Les adolescentes ont toutes répondu oui. Elles ont énuméré un certain nombre de désagréments : le préservatif qui reste souvent au fond du vagin, l'irritation, le manque de confort et de plaisir, la rupture du préservatif et la douleur lorsque le préservatif n'est plus lubrifié. Selon certaines participantes : « C'est surtout le partenaire masculin qui ne veut pas de la contraception il demande une preuve d'amour, trouve le préservatif démodé et sans goût ».

Néanmoins, elles sont unanimes sur la propriété de double protection des préservatifs.

f. Etes-vous prêtes à utiliser un préservatif si votre partenaire y consent ? Et s'il s'y oppose ? Pour quoi ?

En ce qui concerne l'utilisation du préservatif, les adolescentes d'une façon générale sont prêtes à l'accepter si le partenaire le désire. Mais s'il s'y oppose, il faut alors se plier à sa décision et cela pour plusieurs raisons car c'est l'homme

qui finance chez certaines tandis que chez d'autres, c'est une preuve d'amour et de confiance.

En revanche, il y a des adolescentes qui exigent le préservatif pour les rapports sexuels car conscientes des risques de IST et de grossesses non-désirées. C'est ce qu'illustrent les propos d'une participante : « le préservatif ou rien ».

Pour conclure, nous dirons que toutes les adolescentes n'utilisent pas le préservatif et cela pour différentes raisons.

VI. CONCLUSION ET PROPOSITIONS

VI. CONCLUSION ET PROPOSITIONS

Conclusion

L'analyse descriptive des données de cette étude pilote permet de savoir que la contraception est bien connue presque par l'ensemble des adolescentes en milieu scolaire de Béléko et de déduire qu'elles sont des utilisatrices potentielles de la contraception.

Bien qu'elles soient conscientes des limites de la contraception vis-à-vis de la grossesse non désirée et des MST et VIH, elles ne sont pas prêtes à privilégier le préservatif qui leur offre une double protection par rapport aux autres méthodes contraceptives car avec le préservatif il n'y a pas de confort disent-elles.

Bien que les adolescentes connaissent l'existence de la contraception, des actions d'information et de sensibilisation en matière de contraception restent nécessaires et indispensables.

Propositions

Au regard des résultats et de la conclusion de notre étude, les propositions suivantes ont été formulées et s'adressent respectivement :

Aux décideurs politiques

- Introduire dans le programme d'enseignement des cours d'éducation sexuelle.
- Rendre disponible les centres de conseils pour la prise en charge des problèmes sanitaires des jeunes.
- Mettre gratuitement les produits contraceptifs à la disposition des adolescents.

Aux personnels de la santé

- Encourager l'usage responsable des méthodes de contraceptions chez les jeunes ayant des activités sexuelles régulières.
- Faire une meilleure sensibilisation du préservatif au profit des jeunes

Aux parents

Discuter les questions relatives à la sexualité et aux IST/SIDA avec les Jeunes.

Aux Adolescentes

- Participer pleinement aux campagnes de communication pour le changement de comportement.
- Profiter de chaque occasion pour s'informer et informer.
- Fréquenter massivement les centres de PF, les centres d'accueils et d'éveils de la jeunesse pour avoir beaucoup d'informations sur leurs multiples préoccupations.

VII. Références

VII. REFERENCES

1. L'éducation sexuelle en ballottage. www.uia.org/uiademo. Juillet/Aout 2000 courrier de l'UNESCO. Consulté le 10 mars 2018 ; 17-18.
2. Noble J, Cover G, Manciaux M. Jeunesse dans le monde. Paris; 1996.
3. Population de la France. 2018; Disponible sur: <https://www.populationpyramid.net>
4. ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDSM-V) Mali 2012-2013.
5. Ordre des sages-femmes du Mali. Bulletin Semestriel de l'ordre des sages-femmes du Mali Août 2005 – NUMERAU002.
6. Trignol -Viguié. N place de la contraception dans la sexualité : liberté ou contrainte ? Barrière chimique, physique ou psychique voire médicale ? mémoire de sexologie, université Paris nord UFR santé médecine biologie humaine Léonard de Vinci Promotion Claude LEVI STRAUSS 2009-2010.
7. Camara M. La contraception chez l'adolescente. Thèse méd, Bamako 1992. (92M44)
8. Kané F, Zino J M, Pena M L, Diallo. La contraception en milieu scolaire à Mopti. III^e Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006.
9. Nekan F. Les facteurs de risque de la grossesse chez l'adolescente célibataire de la commune IV. Thèse méd, Bamako 1995. (95M39).
10. Serfaty D. La contraception. Doin éditeurs, Paris. 1986,770p.
11. Kamtchouing P, Takougangi, N'Goh N, Yakam I. La sexualité des adolescents en milieu scolaire à Yaoundé (Cameroun). Contraception, fertilité, sexualité 1997 ; 25,10 : 798-801.
12. Adom-Anoumaty M. La contraception chez l'adolescente en milieu scolaire. III^e Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006.
13. Les contraceptifs injectables [http://search.fhi.org/sitesearch.asp?query =injectables+pro gestatif](http://search.fhi.org/sitesearch.asp?query =injectables+pro+gestatif). Consulté le 15 Mars 2018
14. Population Reports 2003. www.populationreports.org/pr/prf/fm17.30-Ta-Ngoc Chau. Aspect démographique de la planification de l'éducation. UNESCO 2002. Consulté le 14 Septembre 2019
15. Ministère délégué au plan. Direction nationale de la statistique et de l'informatique. Troisième recensement général de la population et de l'habitat 1998.
16. Journée Mondiale Maternité sans risque. Eviter les grossesses non désirées 7 avril 1998

17. La contraception. <http://www.contraceptions.org/html/index>. Consulté le 5 Avril 2018
18. Sangaré A. K. 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 méd, Bamako 2003. (03M6).
19. Jean Claude L. Pour une éthique de la procréation. Paris, éditions du Cerf 1998 ; 2 : 31.
20. Echange MAQ. Les adolescents, <http://www.maqweb.org/franco/slides/Mod12Adolescents.pdf>. Consulté le 5 Août 2019
21. Guttmacher Institute, Vue d'ensemble : investir dans la contraception et la santé maternelle et néonatale, 2017 www.guttmacher.org Consulté le 28 Septembre 2019
22. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2(6):e323–e333.
23. Adolescents' need for and use of abortion services in developing countries. New York: Guttmacher Institute; 2016. www.guttmacher.org Consulté le 28 Septembre 2019.
24. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). Méthodes médicales d'interruption de grossesse. OMS, Genève, 1997, 100p
25. **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 ; 85, 2 : 115 20.
26. Adom-Anoumatacky M. La contraception chez l'adolescente en milieu scolaire. IIIè Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006.
27. Langille D.B., Dalaney M.E. Knowledge and use of emergency post coital. Contraception by female students at a high school in Nova Scotia. Canadian J. Public Health 1999 ; 91,1: 29-32.
28. Miller WB. Sexuality, contraception and pregnancy in a highschool population. California Med 1973 ; 119, 2 : 14-21.
29. Abauleth R, Koffi A, Kakou C, Adjoby R, Mian B, Angoi V et col. Connaissance et utilisation de la contraception chez l'adolescente. IIIè Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006 à Bamako.
30. 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.

31. Mlle Alima SIDIBE : étude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception. Thèse méd, Bamako 2006. (06M301)
32. Pichot F, Lintzer DM. Résistance et compliance à la contraception à l'adolescence. Contraception, Fertilité, sexualité. 1985 ; 19, 10 : 1055-61.
33. Moreau C, Lydie N, Warszawski J, Bajos N. Activité sexuelle, infections sexuellement transmissibles, contraception : une situation stabilisée. Baromètre santé 2005

Annexes

ANNEXES

Questionnaire

Introduction (Information et consentement volontaire) : Ce questionnaire a pour but de recueillir vos impressions, connaissances et perceptions sur la contraception au Mali afin d'améliorer l'offre de cette population en matière de contraception. Nous vous remercions d'avance de votre participation. Les informations recueillies sont anonymes et confidentielles.

I- Renseignements généraux :

{1}-Numéro du questionnaire /___/___/___/___/

{2}-Nom de l'établissement/___/

1-Béléko A1 2^{ème} cycle ; 2-Béléko A2 2^{ème} cycle ;
3-Béléko B 2^{ème} cycle ; 4-Lycée privé de Béléko.

{3}-Age (en années révolues)/___/___/

{4}-Rang de l'adolescente à la naissance / nombre d'enfants de la mère et du père :
/___/ième enfant de la mère /___/ nombre
d'enfants de la mère /___/ ième enfant du père
/___/ nombre d'enfants du père

{5} Ethnie/___/

1-Bambara	5-Malinké	9-Sonrhäi
2-Sénoufo	6-Khassonké	10-Maures
3-Sarakolé	7-Peulh	11-Bozo
4-Minyanka	8-Dogon	12-Autre (à préciser) :

{6}-Village de : /___/

1-Béléko ; 2-Flala ; 3-Guéguéna Flala ; 4-Guéguéna Bamana ; 5-Noumouna ; 6-Singala ; 7-Diana ; 8-Koloni ; 9-Tiécoumela ; 10-Kindia ; 11-Seyla ; 12-N'Golobala ; 13-Boncoro ; 14-Korodougou ; 15-Thio 16-Tilémbougoula ; 17-Bougoucourala ; 18-Autre à préciser:.....

{7}-Statut matrimonial de l'adolescente/___/

1- Mariée x1 ; 2-Mariée x2 ; 3-Mariée x3 ; 4- Divorcée 5- Célibataire ; 6- Fiancée ; 7- Concubinage ; 8-Veuve

{8}-Niveau d'instruction de l'adolescente /___/ 1- 7^{ème} année 2- 8^{ème} année 3- 9^{ème} année 4- 10^{ème} année 5- 11^{ème} année 6-12^{ème} année

II-Antécédents obstétricaux des adolescentes.

{1}- Gestité:/___/ 1=Nulligeste 2=Primigeste 3=Paucigeste 4=Multigeste

{2}-Parité:/___/ 1=Nullipare 2=Primipare 3=Paucipare 4=Multipare

III-Niveau socio-économique des parents

{1}-Profession du père:/___/

1- Cultivateur 10-Médecin 19-Mendiant

- 2-Fonctionnaire 11- Profession paramédicale 20-Chômeur
3-Vendeur 12-Commerçant 21- Militaire
4-Menuisier 13-Ouvrier 22-Imam
5- Maçon 14-Ingenieur 23-Marabout
6-Artisan 15-Thérapeute 24- Décédé
7- Salarié du secteur privé 16-Infirmier 25-Autre :
- 8-Salarié du secteur public 17-Eleveur
9- Enseignant 18- Retraité
- {2}-Niveau d'instruction du père: /___/ 1-Fondamental 2-Secondaire 3-Superieur
4-Sans instruction

{3}-Profession de la mère: /___/

- | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------|
| 1-Menagère | 10-Médecin | 19-Mendiant |
| 2-Fonctionnaire | 11-Profession paramédicale | 20-Chômeuse |
| 3- Vendeuse | 12-Commerçante | 21-Artiste |
| 4-Militaire | 13-Infirmière | 22-Décédée |
| 5- Matrone | 14-Ingenieure | 23-Autre:..... |
| 6-Teinturière | 15-Sage-femme | |
| 7- Salariée du secteur privé | 16-Aide familiale | |
| 8-Salariée du secteur public | 17-Retraitée | |
| 9- Enseignante | 18-Coiffeuse | |

{4}-Niveau d'instruction de la mère: /___/ 1-Fondamental 2-Secondaire 3-Superieur
4-Sans instruction

{5}-Niveau de vie des parents

- 1-Electricité 5- Pompe 9-W-C 2-Téléviseur 6- Réfrigérateur 10-
Location 3-Puits 7-Robinet 11-(1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5) 4-Latrines 8-Voiture
12-(1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7) 13-(3 ; 4) 14-Autre (à préciser) :

IV- Connaissances, attitudes et pratiques :

{1}-Avez-vous déjà entendu parler de contraception ? /___/ 1 =Oui 2 =Non

{2}-Si Oui que signifie l'expression à votre entendement: /___/

- 1- Espacement des naissances ; 2-Meilleure éducation des enfants ; 3-Santé de la mère ; 4-Santé de l'enfant ; 5-Moins de dépense ; 6-Moins de naissance ; 7-Famille heureuse ; 8-Ne pas faire d'enfants ; 9-Ne sait pas ; 10-Si autre à préciser :

{3}-Connaissez-vous des méthodes contraceptives ? /___/ 1=Oui 2=Non

{4}-Si oui lesquelles? /___/

- 1-Pilule ; 2-Préservatif ; 3- Spermicide ; 4-Jadelle ; 5-Dispositif intra-utérin ; 6-
Contraceptif injectable ; 7-Allaitement maternel ; 8-Méthode traditionnelle ; 9-
Implanon ; 10-(1;4;6) ; 11-(4;5;6) 12-(1;2;4;5;6) ; 13-(1;4;5;6) ; 14-Si autre à
préciser:.....

{5}-Quelles sont vos sources d'information en méthode contraceptive? /___/

- | | | | |
|-------------------|----------|----------------|------------------|
| 1-Ecole | 4-Médias | 7-Frères/sœurs | |
| 2-Centre de Santé | 5-Père | 8-Ami(es) | |
| 3-Conférence | 6-Mère | 9-ONG | 10-Autre : |

{6}-Quelle est votre source d'approvisionnement en méthodes contraceptives? /___/

- 1- Centre de santé 3- Boutique 5- Ne sait pas

{24}-Pensez-vous que l'homme et la femme devraient ensemble décider de la contraception?

/___/ 1=Oui 2=Non

{25}-Est-ce que votre religion est contre la contraception? /___/ 1=Oui 2=Non

{26}-Avez-vous présentement un partenaire ? /___/ 1=Oui 2=Non 3=Pas de réponse

{27}-Si oui, vous est-il arrivé de parler avec votre partenaire de :

-Sexualité en général ? /___/ 1= Oui 2= Non 3=Pas de réponse

-Utilisation du préservatif ? /___/ 1=Oui 2=Non 3=Pas de réponse

{28}- Etes-vous prête à utiliser un préservatif même si votre partenaire s'y oppose ? /___/

1=Oui 2=Non 3=Pas de réponse

{29}- Avez-vous eu des rapports sexuels avec ton partenaire? /___/ 1=Oui 2=Non

{30}-Avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ? /___/

1=Oui 2=Non 3=Pas de réponse

{31}-A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel? (en années révolues)/___/

Focus groupe

1. A votre connaissance y a-t-il une éducation sexuelle donnée aux jeunes au Mali en milieu familial et scolaire ? Pourquoi ?
2. Que pensez-vous du comportement actuel des adolescentes par rapport à la sexualité ?
3. Selon vous que signifie la contraception ?
4. Pensez-vous que l'utilisation des contraceptifs a des inconvénients sur la santé ?
5. Peut-on rencontrer des problèmes lors de l'utilisation des préservatifs ? Si oui lesquels ?
6. Etes-vous prêtes à utiliser un préservatif si votre partenaire y consent ? Et s'il s'y oppose ? Pour quoi ?

Certifications



Zertifikat **Certificado**

Certificat **Certificate**

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants

Certificat de formation - Training Certificate
Ce document atteste que - this document certifies that

Falaye Kanté

a complété avec succès - has successfully completed
Introduction to Research Ethics

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

Release Date: 2017/01/13
CID : gV6ADxgIA

Professeur Dominique Spumont
Coordinateur TRREE

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :

European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-isc.gc.ca/2891.html>) - Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.krpec.ch)

RECV : 201703101



Zertifikat **Certificado**
Certificat **Certificate**

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants

Clinical Trials Centre
The University of Hong Kong

Certificat de formation - Training Certificate
Ce document atteste que - this document certifies that
Falaye Kanté
a complété avec succès - has successfully completed
Research Ethics Evaluation
du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

Release Date: 2017/01/20
CID: caurTng5n

FMH Continuing Education Program (S. Graduate)
Programmes de formation continue (S. Graduate)

FPH Fondazione Farmaceutica Internazionale
Programme de formation continue

Professeur Dominique Sprumont
Coordinateur TRREE

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :
European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (http://www.cihr-irsc.gc.ca/2891.html) - Swiss Academy of Medical Science (SAMW/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.krpd.ch)

[REV : 20170310]


TRREE

Zertifikat

Certificat

Certificado

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants

Certificat de formation - Training Certificate

Ce document atteste que - this document certifies that

Falaye Kanté

a complété avec succès - has successfully completed

Informed Consent

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation



Professeur Dominique Spumont
Coordinateur TRREE Coordinator

Release Date: 2017/02/14
CDP: FFD0UNxmb



Federatio
Pharmaceutica
Helvetica
coördine



Ce programme est soutenu par - This program is supported by :

European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-sc.gc.ca/2891.html>) - Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kfpc.ch)

REV: 201703101



Zertifikat

Certificat

Certificado

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants

Certificat de formation - Training Certificate

Ce document atteste que - this document certifies that

Falaye Kanté

a complété avec succès - has successfully completed

Good Clinical Practice
(Deprecated)

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

Release Date: 2017/03/05
UCID : 401RX3h5sk

Professeur Dominique Sprumont
Coordinateur TRREE Coordinator



Ce programme est soutenu par - This program is supported by :

European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/2891.html>) - Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSW/AMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.krpe.ch)

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KANTE

Prénom : Falaye

E-mail : kantisfalaye9339@gmail.com

Titre : Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescentes du lycée Michel ALLAIRE et des seconds cycles de Béléko en matière de la contraception.

Année de soutenance : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

Secteur d'intérêt : Santé publique, santé sexuelle et reproductive

Résumé :

Il s'agissait d'une étude prospective, conduite simultanément dans les établissements scolaires de Béléko. Cette étude portant sur 259 adolescentes avait été effectuée sur la période d'Octobre à Décembre 2018. Elle avait pour objectif général d'étudier le comportement des adolescentes du lycée Michel ALLAIRE et des seconds cycles de Béléko en matière de la contraception. C'est ainsi que nous avons pu trouver que 98,1% des adolescentes avaient déjà entendu parler de la contraception et que 76,1% connaissaient au moins une définition de la contraception. Le centre de santé était la principale source d'approvisionnement en méthodes contraceptives pour les adolescentes dans 74,5% des cas suivi de la pharmacie avec 11,2% et de la boutique avec 8,5%. Moins d'un quart des adolescentes avaient déjà fréquenté le lieu des services de prestation de planification familiale soit 22,8% parmi lesquelles 20,5% utilisaient des méthodes contraceptives. La méthode la plus utilisée par les adolescentes était le Jadelle avec 62,2%.

MOTS-CLES : Connaissances-attitudes-pratiques-adolescentes-milieu scolaire-contraception-planification familiale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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 leur père.

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 !