

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE (MESRS)**



REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

**Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de
Bamako**



Faculté de Pharmacie

Année universitaire : 2015- 2016

Thèse N °

THESE

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES JEUNES FILLES DE 15 A 24 ANS DANS LES COMMUNE V ET VI DU DISTRICT DE BAMAKO EN MATIERE DE CONTRACEPTION.

**Présentée et soutenue publiquement le 11/01/2016 devant le jury de la
Faculté de Pharmacie**

Par :

Mlle. Djeneba DIBO

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

JURY :

Président : Pr Boubacar MAIGA

Membre: Dr Abou KONE

Co-directeur : Dr Lala Fatoumata TRAORE

Directeur : Pr Samba DIOP

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

Je dédie ce travail au Seigneur Dieu tout puissant, créateur du ciel et de la terre, de l'univers visible et invisible, et son Prophète Mohamed (paix et salut sur lui) :

De m'avoir soutenu et assister durant tout mon cycle,

De m'avoir permis de mener ce travail jusqu'à terme, gloire à toi Seigneur Dieu!

A mon père Aly Djibo : Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et mon bien être. J'ai toujours admiré ta droiture, tes principes rigoureux, ton sens profond de la responsabilité. Merci pour tout le soutien qui n'a jamais fait défaut, que ce modeste travail soit l'exaucement des vœux tant formulés, le fruit d'innombrables sacrifices, bien que je ne vous en acquitterai jamais assez. Puisse Dieu, le très haut, t'accorde santé, bonheur et longue vie.

A mes mamans Maimouna Konaré et Fanta Diarra : Vos sacrifices font de moi ce que je suis aujourd'hui, Que de souffrances endurées pour le bonheur de vos enfants. Je vous demande de prier pour moi afin que je puisse être un modèle à suivre. Que ALLAH le miséricordieux vous accorde longue vie, prospérité et bonheur.

A mes sœurs, Aichata Djibo, Maimouna Traoré, Awa Djibo, leurs maris et leurs enfants

En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que je porte pour vous. Grâce à vos multiples conseils et bénédictions j'ai pu arriver au bout de mes peines. Malgré la distance, vous êtes toujours dans mon cœur.

A ma sœur défunte, Fatoumata Bana Djibo

La joie serait encore plus grande si vous aviez été témoin de ce long parcours. Que Dieu vous accueille favorablement dans son royaume pour le repos éternel de votre âme charitable.

A mes frères : Bourama, Seydou, Mahamadou, Hamidou, Abdoulaye, Moussa : Ce travail est aussi le vôtre; trouvez y toute mon affection et mon profond attachement. Mon souhait est qu'il puisse vous servir d'exemple et vous inciter à mieux faire.

A Mamadou Konaré et famille : pour votre accueil chaleureux, votre hospitalité et vos multiples conseils durant ces nombreuses années. Que Dieu vous donne santé et longue vie.

A Coumba Traoré : Je ne trouve pas de mots qui pourront me satisfaire pour t'exprimer mes sentiments. Les mots ne suffiront jamais pour exprimer ce que tu représentes pour moi.

A Maimouna Diarra : vous m'avez aimé au même titre que tes enfants. J'ai bénéficié votre amour, bénédictions et conseils. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A tous mes oncles et tantes : merci pour vos conseils et bénédictions, Que ce modeste travail vous donne réconfort et fierté.

A mes cousines et cousins: Solo, Assetou, Bah, Mariam, Sokona, Batoma, Fatoumata, Oumar : Grand merci pour votre contribution.

A la famille Traoré du point G : pour votre accueil, votre soutien. Que Dieu vous donne santé et longue vie.

A mes maitres du premier cycle, second cycle et lycée pour les sacrifices consentis tout au long de mes études.

Au corps professoral de la Faculté de Pharmacie : pour la qualité de l'encadrement.

A mes ami(e)s et camarades : Niagaleba, Gaoussou, Moussa, Kadidiatou, Aissata, Mamadou et Ramata : Nous avons été des complices tout au long de ces années, partageant nos échecs et réussites, merci d'avoir été là.

Recevez ce travail en signe de mon affection ; vous m'êtes tous chers.

A tous ceux qui ne verront pas leurs noms ici... Je vous porte tous dans mon cœur et vous dis merci.

**HOMMAGES
AUX HONORABLES
MEMBRES DU JURY**

A notre Maître et Président du jury:

Professeur Boubacar Maiga

Honorable Maître,

Vous nous faites l'honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre large ouverture et votre faculté d'écoute et d'analyse sont des qualités professionnelles qui ont suscitées en nous admiration et confiance. Soyez assuré cher Maître de notre profonde gratitude et de notre attachement fidèle.

A notre maître et Juge

Docteur Abou Koné

Chère maître,

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre contribution pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Votre disponibilité, votre rigueur scientifique ont forcé notre admiration.

Veillez trouver ici, chère Maitre, l'expression de notre profond respect.

A notre maître et codirectrice de Thèse

Docteur Lalla Fatouma Traoré :

-Médecin en santé publique

-Directrice adjointe de l'hôpital de GAO

Chère maître,

Les mots nous manquent pour exprimer avec exactitude notre profonde admiration et tout le respect que nous avons pour vous.

Nous avons été touchés par votre abord facile, votre disponibilité, votre grande simplicité, votre abnégation associée à votre qualité de mère ont forcé notre admiration.

Nous vous prions cher maître, de recevoir notre profonde gratitude et de notre très grande reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de Thèse :

Professeur : Pr Samba Diop

- **Maîtrise en science de la vie, de la terre et de la nature ;**
- **Ph. D en écologie humaine, anthropologie et éthique publique/Sociale ;**
- Maître de conférences en anthropologie médicale.**
- **Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé à la faculté de médecine, et d'odontostomatologie.**
- **Membre du comité d'éthique de la FMOS, INRSP, CRLD et CNESS**

Honorable maître,

La facilité avec laquelle vous nous avez acceptés comme élève ne nous a pas laissés indifférents.

Votre richesse intellectuelle, votre rigueur scientifique, votre souci constant du travail bien fait, votre honnêteté, votre simplicité font de vous un être remarquable ; soyez rassuré que vos conseils et vos recommandations multiples à notre égard n'ont pas été vains.

Puisse le seigneur vous accorder encore longévité, santé et bonheur pour nous entretenir encore longtemps de vos riches et fécondes expériences qui sont source d'inspiration.

Veillez agréer, Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Liste des tableaux :

Tableau I: Répartition des jeunes en fonction du statut matrimonial et par tranche d'âge.

Tableau II: Répartition des jeunes en fonction du niveau d'instruction et en fonction du niveau d'étude.

Tableau III : Répartition des jeunes en fonction de leur connaissance de la période féconde et du premier rapport fécondant

TABLEAU IV : Répartition de l'échantillon selon la tranche l'âge au premier rapport sexuel.

Tableau V : Méthode contraceptive utilisée lors du premier rapport sexuel

TABLEAU VI : Répartition de l'échantillon selon la connaissance de la pilule et sa fréquence de prise

TABLEAU VII : Répartition de l'échantillon selon la connaissance de l'injectable et de la fréquence de prise

TABLEAU VIII : Répartition de l'échantillon selon la connaissance de pilule de lendemain et selon la connaissance des lieux pour se la procurer.

TABLEAU IX: Répartition de l'échantillon selon la connaissance de ces différentes méthodes contraceptives

TABLEAU X : Répartition de l'échantillon selon la connaissance du préservatif et selon la capacité d'utilisation correcte du préservatif.

TABLEAU XI: Répartition de l'échantillon selon le meilleur des méthodes contraceptives pour ces jeunes

Liste des figures :

Figure 1 : Répartition des jeunes par tranche d'âge

Figure 2 : Répartition de l'échantillon en fonction de la provenance des méthodes utilisées.

Liste des abréviations :

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

CED : convention internationale des droits de l'enfant

CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement.

CIC : Contraceptifs injectables combinés

CU : contraception d'urgence

COC : contraceptifs oraux combinés

DIU : dispositif intra-utérin

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

EDS : Enquête démographique et de santé

IEC : Information, éducation et communication

IPPF : Fédération internationale pour la planification familiale

IST : infection sexuellement transmissible

IVG : interruption volontaire de grossesse

MAE : méthode de l'allaitement exclusive

MST : Maladies sexuellement transmissibles

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ONU : organisation des nations unies

OMD : Objectifs du millénaire pour le développement

OG : Observation Générale

PF : Planification familiale

PNP : Politique Nationale de Population

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PSSP : Politique de santé et de population (Mali)

SMI : Santé maternelle et infantile

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

USAID : Agence des Etats-Unis pour le développement international

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la population

VIH/SIDA: Virus de l'immunodéficience humaine/ Syndrome immunodéficience acquise

Table de matières :

I- Introduction

II-Cadre théorique

2.1. Synthèse de la revue critique de la littérature :

2.1.1) Définitions

2.1.2) Histoire de la contraception et Etat de lieux

a. Dans le monde

b. Au Mali

2.1.3) Classification des méthodes contraceptives

a. Méthodes réversibles

b. Méthodes irréversibles

2.1.4) Connaissance de la sexualité et besoins contraceptive des jeunes

2.2. Justificatif de l'étude

2.3. Hypothèses de recherche

2.4. Objectifs

III- Méthodologie

3.1. Type d'étude

3.2. Choix et description des sites d'étude

3.3. Population d'étude

3.3.1) Critères d'inclusion

3.3.2) Critères de non inclusion

3.3.3) Echantillonnage

3.4. Calendrier d'étude

3.5. Techniques et outils d'enquête

3.6. Saisie, traitement et analyse des données

3.7. Produits attendus

3.8. Considérations éthiques

IV- Résultats

V- Commentaires et discussions

VI - Conclusion et recommandations

VII – Références

VIII - Annexe

I- Introduction

L'effectif mondial de la population de jeunes ayant atteint de nos jours un chiffre record, la vie sexuelle et reproductive des jeunes d'aujourd'hui aura de profondes répercussions sur la santé, la prospérité et la taille de la population mondiale future. Les jeunes femmes de notre époque sont en meilleure santé et plus instruites que jamais auparavant, mais elles restent confrontées à des obstacles qui les empêchent de réaliser leur potentialité. Ainsi, les complications des suites d'une grossesse, d'un accouchement ou d'un avortement non médical sont les principales causes de mortalité chez les femmes âgées de 15 à 24 ans dans les pays en développement. (1).

En fin 2004, environ une jeune femme sur 10 avait eu un accouchement hors mariage, avant l'âge de 20 ans : 8% en Afrique de l'ouest. Etant donné l'urgence et l'ampleur des besoins en matière de santé sexuelle et reproductive chez les jeunes, il est important d'évaluer, chez ceux-ci, les comportements qui les mettent en danger vis-à-vis de la transmission du VIH ou les grossesses non désirées ; d'examiner les niveaux de connaissances et les raisons pour lesquelles certains jeunes courent des risques plus élevés que d'autres en terme de transmission du VIH ou des grossesses non désirées ; de documenter les obstacles que rencontrent les jeunes dans la recherche de services et d'informations en matière de santé sexuelle et reproductive ; et de fournir de nouvelles informations sur ce que les très jeunes savent et font en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive.(2). En Afrique subsaharienne, 175 millions de personnes, soit 20 pour cent de la population totale, sont âgées entre 15 et 24 ans. Il s'agit de l'âge auquel la plupart de ces personnes deviennent sexuellement actives et acquièrent des connaissances essentielles sur la santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles, les grossesses non désirées, les grossesses

précoces et les avortements réalisés dans des mauvaises conditions de sécurité. En Afrique subsaharienne, la population jeune a augmenté de 70 millions en une décennie (2001 à 2011), entraînant une demande considérablement accrue de services « conviviaux », de santé de la reproduction qui offrent aux jeunes des informations et des services complets. (3).

Les risques d'une grossesse précoce chez les jeunes sont beaucoup plus élevés que ceux d'une grossesse en âge adulte. Les complications pendant la grossesse et l'accouchement représentent une des causes principales de décès chez les jeunes entre 15 et 24 ans. (6).

Dans les pays en voie de développement, l'OMS relève aussi un taux élevé d'avortements non médicalisés pratiqués par des personnes sans aucune expérience médicale dans des conditions d'hygiène pénibles et particulièrement dangereuses. L'estimation est de 2,5 millions par an, 14% d'entre eux concernant des adolescentes et des jeunes de moins de 20 ans pour les raisons les plus diverses, telles que la honte, la pauvreté, le manque d'accès aux moyens de contraception. (7).

II-Cadre théorique

2.1 Synthèse de la revue critique de la littérature :

2.1.1) Définitions :

-La santé de la reproduction est un état de bien être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. C'est l'ensemble des mesures prises pour rendre accessible la santé de la reproduction aux adolescents et aux jeunes. Cela suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer

et qu'elle est libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire.(3).

-La contraception désigne l'emploi de moyen visant à empêcher qu'un rapport sexuel entraîne une grossesse. Elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter ». Il existe plusieurs méthodes de contraception, d'action locale ou générale, à l'efficacité et aux contraintes variables. Parmi ces méthodes, le préservatif peut également être utilisé pour la prévention des infections sexuellement transmissibles. Plus généralement, la contraception peut s'intégrer dans une stratégie de contrôle des naissances ou de planification familiale, à un niveau individuel ou collectif. (23).

-La planification familiale, ou le planning familial, est l'ensemble des moyens qui concourent au contrôle des naissances, dans le but de permettre aux femmes et donc aux familles de choisir d'avoir un enfant. 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.

-Les centres de planification informent sur la contraception et l'interruption volontaire de grossesse (dans les pays où elle est autorisée), orientent vers les médecins et partenaires, pratiquent des tests de grossesse. La prescription d'une contraception (pilule, stérilet, implant, etc.) est possible grâce à la présence d'un médecin ou d'une sage-femme.

Le contrôle des naissances est l'objet de diverses politiques visant à la modification du taux de fécondité. L'accès à la contraception, voire à

l'interruption volontaire de grossesse permet de le réduire. L'accès à la procréation médicalement assistée permet de l'augmenter. Les politiques de contrôle de naissances, parfois liée à une conception malthusienne, ou à l'inverse populationniste, procèdent aussi par incitations (fiscales, économiques, politiques, etc.).(24).

2.1.2) Histoire de la contraception et Etat de lieux :

a) Dans le monde :

La contraception était pratiquée dans l'antiquité, elle le fut ensuite et l'est encore de nos jours dans les proportions respectives extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle. Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix. C'est le propre de la pensée religieuse. (16).

Dans le monde, selon une estimation de l'ONU en 2012, la proportion de femmes en couple utilisant un moyen de contraception serait environ de 64 %, avec 71 % des femmes des pays développés, 62 % des femmes des pays en développement et 37 % des femmes des pays les moins avancés. Selon la même estimation, la proportion de femmes en couple n'utilisant pas de contraception alors qu'elles ne souhaitent pas de grossesse serait environ de 12 % dans le monde, avec une proportion respective de 9 % dans les pays développés, 13 % dans les pays en développement et 23 % dans les pays les moins avancés.

En France en 2013, les voies d'accès à la contraception pour les jeunes s'étaient le planning familial de façon anonyme et gratuite et le médecin traitant avec la sécurité sociale des parents ou sans, la consultation et la

contraception à la pharmacie étant alors payantes. Les jeunes filles ont souvent eu des difficultés à se procurer une contraception : soit le planning était trop éloigné de chez elles ou de leur établissement scolaire, soit le dialogue avec les parents était difficile voire impossible et elles n'avaient pas les moyens de faire face aux dépenses chez certaines adolescentes.(18).

En Angleterre et au pays de Galles les taux de grossesse chez la jeunesse de 15 à 24 ans sont les plus élevés d'Europe occidentale avec 65 pour mille ; devant cette situation tout le monde pense qu'il faut agir, mais les opinions divergent sur les moyens à employer. Le gouvernement s'est engagé à réduire de moitié le taux de grossesse chez les jeunes d'ici 2010.

Selon l'office britannique de la statistique, 35,5% de ces fœtus sont avortés. Depuis 2009, à Londres les pharmaciens pouvaient délivrer directement une contraception orale. Au Royaume-Uni, des « brook centres » avaient été créés pour les moins de 25 ans où les consultations médicales étaient gratuites et anonymes. L'abstinence restait dans les cours d'éducation sexuelle le principal moyen de contraception enseigné.

Aux Etats-Unis, en 2009, le principal moyen de contraception prôné par système éducatif était l'abstinence que les états étaient encouragés à recommander par l'obtention de subventions. En 2012, la tendance était comparable, Prôner l'abstinence en 1978 avait fait diminuer les taux américains de grossesse précoce pendant les dix années suivantes. Les données ultérieures montraient la stagnation de ces taux signifiant que cette méthode contraceptive ne semblait donc plus acceptable ni suivie par les jeunes américains. Si l'abstinence ne semblait pas être une mesure adaptée il apparaissait que les états, au lieu de limiter les rapports sexuels, devaient les encadrer. (18).

En Afrique sub-saharienne, les jeunes 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. Les problèmes liés à la grossesse constituent l'une des premières causes de mortalité chez les jeunes. (3).

La grossesse compromet l'avenir scolaire des jeunes. Ce qui pousse certaines à l'avortement clandestin. Le fond des nations unies pour la population à beaucoup fait pour que la sexualité des jeunes 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. En général, la grossesse précoce chez les jeunes pose les problèmes liés à leurs caractéristiques anatomiques. 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.(4).

Des études ont montré que les jeunes qui ont reçu des informations sur la contraception ou sur la sexualité ont le plus souvent un comportement responsable. L'accès aux services de planification familiale pour les jeunes pourrait réduire considérablement la mortalité maternelle et améliorer la santé de la famille. Cependant, les besoins non satisfaits en planification familiale sont plus élevés chez les jeunes, aussi bien les jeunes mariées que non mariées. Un rapport du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) indique que la prévalence contraceptive

chez les jeunes mariées n'est que de 22 pour cent dans les pays en développement. Les jeunes non mariées rencontrent des obstacles supplémentaires à l'accès aux contraceptifs. Dans la plupart des régions du monde en développement, les jeunes non mariées, sexuellement actives sont confrontées à la stigmatisation et la désapprobation sociale.(24).

Le Rapport 2012 sur l'État de la population mondiale note que « les normes sociales et les pratiques peuvent limiter l'accès individuel [à la planification familiale].La subordination des droits des jeunes ... peut limiter l'accès aux informations ... aux services et la capacité d'agir ». Le rapport relève également que malgré les défaillances au niveau de l'accès, l'initiation aux relations sexuelles se produit de plus en plus en dehors du mariage chez les jeunes.

Les programmes de planification familiale organisée ont commencé dans les années 1960 dans le monde afin de donner accès aux jeunes femmes et aux couples qui voulaient limiter les naissances ou les grossesses non désirées avec un moyen de contraception moderne. Aujourd'hui, 62 pour cent des femmes mariées ou non mariées dans le monde utilisent une certaine forme de contraception et 55 pour cent utilisent une méthode moderne(15). En Afrique subsaharienne dans son ensemble, 23 pour cent des femmes utilisent avec un moyen quelconque de contraception alors que 18 pour cent utilisent une méthode moderne. (19).

Pour ne citer que l'Afrique, la proportion de femmes sous contraception a doublé en deux décennies pour atteindre 26 %. Mais la situation varie énormément comme toujours selon qu'on vit en milieu urbain ou rural, qu'on soit riche ou pauvre, éduquée ou pas. Ainsi l'Afrique du Nord

culmine avec 60 % des femmes sous contraception loin devant l'Afrique de l'Ouest avec un petit 13%.(15).

.Un récent rapport du Family Planning 2020 (FP2020) soulignait que le nombre de femmes ayant accès à une contraception efficace dans les 69 pays les moins avancés a augmenté de 8,4 millions ces deux dernières années. « *Élargir l'accès à la planification familiale a aidé à éviter 77 millions de grossesses non désirées contre 75 millions en 2012, 125 000 décès de mères contre 120 000 en 2012, et 24 millions d'avortements à risque, contre 23 millions en 2012* », se félicite FP2020. Ce partenariat mondial soutient le droit des femmes et des jeunes filles à décider librement si, quand et combien d'enfants elles souhaitent avoir.(20).

b) Au Mali :

Les sociétés traditionnelles au Mali 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 travailleurs pour augmenter la production) et de bénédiction divine.(5).

La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme. Une femme doit avoir des enfants, mais il demeure également vrai que la survenue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) serait sujet de moqueries. Aussi, avoir des enfants « hors – mariage » ou « adultérins » renvoie à un signe de mauvaise éducation et d'immoralité et la femme y paie plus que l'homme.(16).

Le premier programme de planification familiale au Mali a commencé en 1972 avec la création de l'Association malienne de la promotion et

protection de la famille (AMPPF). Lors de ses premières années, l'AMPPF s'est consacrée essentiellement à l'IEC et aux activités de plaidoyer plutôt qu'à la prestation de services. Les services de planification familiale ont commencé à être dispensés après la Conférence d'Alma Ata en 1978 quand le gouvernement a adopté la Stratégie des soins de santé primaires et a intégré les services de planification familiale aux activités de SMI. Toutefois, les activités de planification familiale restaient entravées par la Loi française de 1920 interdisant l'avortement et la promotion de contraceptifs. Avec le temps, la situation a changé. La Loi reste en vigueur mais elle n'est plus appliquée et ne pose plus un obstacle pour les services de planification familiale. Par exemple, en janvier 1991, une lettre ministérielle autorisait les femmes en âge de procréer à utiliser la planification familiale sans le consentement des parents ou du mari. (4).

Le concept de la santé reproductive au Mali recoupe un ensemble de mesures préventives, curatives et promotionnelles visant à améliorer les soins destinés aux groupes vulnérables dont « le couple mère/enfant, les jeunes et les adolescents afin de réduire la mortalité et la morbidité infantiles, juvéniles et maternelles et de promouvoir le bien-être de tous les individus ». (4).

Au Mali, malgré les actions entreprises, le niveau de la fécondité reste l'un des plus élevés au monde. En réaction à cette situation, le Gouvernement a opté pour une approche plus élaborée et plus complète par la prise en compte de la dimension population dans tous les plans et programmes de développement. Cette orientation a été consolidée par la Politique Nationale de Population (PNP) dont l'objectif est d'atteindre l'équilibre entre l'accroissement de la population et le développement socio-économique. (7).

Le Mali est parmi les pays à fort taux d'accroissement dans le monde. Alors que les autres pays africains connaissent une baisse dans ce domaine, la fécondité au Mali n'a pas connu de changement notable.

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

La contraception sécurisée a été adoptée au Mali depuis 2002 et s'étend sur une période de dix ans. Dans cette démarche, il est recommandé de chercher des produits de qualité qui proviennent des surfaces sanitaires. Au Mali actuellement, le marché des contraceptifs est bien garni, aussi les clients (es) ont le choix entre différents produits contraceptifs : « Dépoprovera plus connu par les femmes sous le nom de « confiance » dont la durée s'étend sur 3 mois. L'ovette comprimés avec une prise journalière. La Jadelle (implant) dit « alumettikisèni » dans le jargon populaire, placé sous la peau et qui a une durée de 3 ans ; DIU (TCU 380 A) stérilet, pour une prise de 3 mois. Le Néosampoom, le Duofem ou collier du cycle menstruel ainsi que les préservatifs masculins et féminins. Pour espacer les naissances, toutes ces gammes sont à la disposition des ménages sur une période de courte, moyenne et longue durée. Selon les professionnels de la santé, notre pays enregistre un bas niveau en matière de contraception à côté des pays voisins. Le taux au Mali est estimé à 6,8 % pour les femmes entre 15 à 49 ans. A noter que 33 % des besoins ne sont pas couverts en matière de sécurité contraceptive. (26).

Sous le poids de la tradition et la religion, la femme malienne n'avait pas le droit de se planifier sans l'accord de son mari. Aujourd'hui avec la sensibilisation, il y a eu beaucoup de progrès dans le domaine. La sécurité

contraceptive est toujours au centre des débats dans notre pays. Et des changements s'opèrent aujourd'hui, il n'y a plus d'obligation pour la femme de se faire accompagner par son mari. Les jeunes filles peuvent également avoir accès aux contraceptions sans accompagnateurs. Car la plupart d'entre elles se cachent pour se préserver d'une grossesse. Une discrétion qui semble porter fruit car de nombreuses femmes reconnaissent employer les contraceptifs sans en informer leur mari. Face à cette demande, l'Etat malien, le privé, et les programmes santé de l'USAID, de l'UNFPA, du PSI Mali et de nombreuses autres ONG, se mobilisent pour une vaste information des populations. Le but est de démystifier le sujet et corriger les préjugés sur la sécurité contraceptive en invitant tous les couples à opter pour l'espacement des naissances. La majorité des utilisatrices de contraception sont les jeunes filles célibataires. Elles ont toutes peur des grossesses non désirées. Et se cachent très souvent pour utiliser les produits contraceptifs. La méthode la plus prisée est l'injectable. Elles estiment que c'est plus discret et sûr. Par ailleurs, les femmes mariées sont souvent contraintes de se cacher de leurs maris pour utiliser la contraception. Les hommes étant très souvent réticents. Certaines par contre, ont de la chance d'avoir des maris compréhensifs et ouverts à ces pratiques.(16).La fécondité débute très précocement à un niveau élevé à 15-19 ans, atteint son maximum à 20-24ans, baisse à 40-44 ans.

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 15-20 ans, le taux est de 129 pour mille en milieu urbain contre 218 pour mille en milieu rural.(15).

En général, les méthodes modernes sont mieux connues que les méthodes traditionnelles.

Utilisée correctement, la contraception moderne est très efficace. Toutefois, aucune méthode contraceptive n'est efficace à 100 pour cent pour prévenir la grossesse. Les méthodes les plus efficaces sont celles qui agissent sur la durée (DIU et implants) ou qui sont permanentes (la stérilisation), parce qu'elles ne reposent pas sur le comportement des utilisateurs. Les préservatifs masculins et féminins sont les seules méthodes capables de prévenir à la fois les grossesses et les maladies sexuellement transmissibles. Les préservatifs peuvent être utilisés en combinaison avec des méthodes hormonales très efficaces pour réduire les risques de grossesse. C'est ce qu'on appelle la double protection. La stérilisation est rare et le recours à la vasectomie est négligeable dans ces pays.(19).

L'abstinence est devenue un message de prévention très répandu. Ce genre de campagne invite les adolescents et les jeunes à s'abstenir de toute activité sexuelle, complète ou pas, au moins jusqu'au mariage. Les partisans de l'abstinence affirment que celle-ci est la seule méthode garantissant une protection totale tant contre les MST (Maladies Sexuellement Transmissibles) que contre les grossesses précoces non désirées. Cela dit, la prévention fondée sur l'abstinence prive, en quelque sorte, les jeunes de leurs droits à la sexualité et à la reproduction. L'imposition d'une seule option signifie l'anéantissement du libre choix des jeunes en tant qu'êtres sexuels dûment reconnus au niveau international.

Les méthodes traditionnelles sont plus communément utilisées par les femmes mariées que par les non mariées. Ces méthodes ont un taux élevé

d'« échec », ce qui signifie qu'elles ne réussissent pas à éviter une grossesse. Plus d'un quart des femmes qui comptent sur le retrait, par exemple, seront enceintes pendant l'année en cours. Les femmes qui comptent sur une méthode traditionnelle peuvent être considérées comme des femmes ayant des besoins non satisfaits en raison de la forte probabilité qu'elles ont de tomber enceinte tout en utilisant une méthode traditionnelle.

Au Mali, comme dans la majeure partie d'Afrique occidentale, la pilule et les contraceptifs injectables sont les méthodes modernes les plus populaires, mais seulement environ 2 pour cent à 3 pour cent des femmes utilisent l'une ou l'autre méthode. Le nombre moyen de méthodes connues par les femmes en union est pratiquement identique à celui estimée pour l'ensemble des femmes (6,2 contre 6,1). Par contre, par rapport à l'ensemble des femmes et par rapport aux femmes en union, les femmes non en union et sexuellement actives connaissent plus de méthodes contraceptives, on remarquera par contre que la demande totale satisfaite pour les services de planification familiale est beaucoup plus importante chez les femmes de niveau secondaire ou plus (55 %) que chez celles de niveau primaire (34 %) ou que chez celles n'ayant aucun niveau d'instruction (24 %).

Le niveau d'instruction apparaît comme le facteur le plus déterminant de l'utilisation contraceptive, la prévalence variant de 8 % chez les femmes sans instruction à 13 % parmi celles qui ont un niveau d'instruction primaire et à 27 % parmi celles qui ont fait des études secondaires ou plus.(26).

2.1.3) Classification des méthodes contraceptives :

Les méthodes contraceptives sont de deux types : réversibles et irréversibles. Les méthodes réversibles sont celles les plus utilisées et les

plus acceptées de la part des utilisateurs et comme leur nom l'indique, une fois stoppées, la fertilité est restaurée. Contrairement, les méthodes irréversibles limitent définitivement la capacité de concevoir.

A-Méthodes réversibles :

A.1-Méthodes comportementales, elles se basent dans l'observation des signes et symptômes qui apparaissent de manière naturelle durant les phases fertiles et infertiles du cycle menstruel. Connaissant les jours fertiles, une femme pourra éviter la grossesse en utilisant une autre méthode durant ces jours ou bien en s'abstenant d'avoir des relations sexuelles. Il existe plusieurs méthodes comportementales mais seulement nous développerons quelques une d'entre elles du fait qu'elles sont les plus diffusées et les plus simples de réaliser.

Si on prétend maximiser la sécurité contraceptive, les méthodes comportementales seulement doivent être utilisées par les femmes qui ont des cycles réguliers et qui ont la compréhension et la discipline suffisantes.

Ces méthodes ont l'avantage de ne rien coûter économiquement.

Les méthodes comportementales dans l'ensemble présentent comme désavantage-la non protection contre les IST et le VIH/SIDA.

Echecs : En total, les méthodes comportementales atteignent 25%.

a)Le retrait ou coït interrompu :

L'homme retire son pénis juste avant l'éjaculation pour qu'elle se produise à l'extérieur du vagin. Si le retrait n'est pas effectué à temps, il y a un risque de grossesse, de même qu'il arrive très souvent qu'avant l'éjaculation, un peu de liquide contenant des spermatozoïdes s'écoule du pénis. C'est une méthode qui rompt l'harmonie du rapport sexuel.

b) L'abstinence périodique :

Il s'agit de détecter la phase fertile du cycle menstruel et de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels ou d'utiliser des contraceptions locales pendant cette période. Cette méthode est fondée sur le fait que les spermatozoïdes et les ovules ont une durée de vie de quelques jours. La fécondation ne peut se réaliser que si les rapports sexuels ont lieu quelques jours avant, pendant ou après l'ovulation. Cette méthode nécessite un apprentissage.

Le moment de l'ovulation est évalué de plusieurs façons :

- **Méthode du rythme ou calendrier (Ogino)**, c'est la méthode comportementale la plus utilisée.

Les auteurs de cette méthode ont démontré que durant le cycle menstruel il existe une période de fertilité que dans un cycle de 28 jours à lieu autour du 14^e jour. La méthode se base sur l'abstinence durant la période d'ovulation.

Puisque le déclenchement ovulaire peut varier même en cycles réguliers, on a imposé l'abstinence 5 jours d'anticipation et jusqu'à 5 jour suivant l'éventuel jour d'ovulation. On doit aussi considérer que la vie d'une ovule est approximativement de 30 heures, alors que le spermatozoïde conserve son pouvoir de fécondation jusqu'à 3 jours.

C'est la plus largement connue et pourtant la moins efficace.

Inconvénient: elle est seulement recommandée en cycles réguliers non inférieurs à 26 jours, elle exige un niveau d'instruction élevé, de la discipline et motivation pour l'appliquer.

- **Méthode de Billings ou de l'humidité**, elle consiste à distinguer les jours péri ovulatoires en se basant sur l'humidité que perçoit la femme dans ses génitaux. Au commencement du cycle, elle percevra à peine une

sécrétion, légère, banche jaunâtre (jours secs) et au fur et à mesure que l'ovulation approche, la sécrétion commencera à être plus fluente et plus transparente (jours humides), après l'ovulation, la sécrétion sera faible et avec les mêmes caractéristiques des premiers jours. Depuis que la femme remarque l'augmentation de la sécrétion jusqu'à 5 jours après le plus haut niveau d'humidité (ovulation), elle devra suspendre les relations sexuelles sans protection.

Inconvénient: il faut un haut niveau de motivation et de discipline pour son application.

Les relations sexuelles durant les jours avant altèrent le degré d'humidité vaginale.

Diverses traitements vaginaux (ovules, crèmes, gel, irrigations) ou les IST, altèrent l'humidité vaginale.

- **Méthode de la glaire**, avec cette méthode, on essaie de détecter l'ovulation à travers de la glaire de la morve cervicale. On mesure l'élasticité que possède une goutte de la sécrétion vaginale colloquée entre les doigts pouce et index. Si la goutte s'étire quelque 7 cm ou plus sans se rompre, on considère que la femme est en période fertile ; autant que dure cette période, elle ne devrait pas entretenir des relations sexuelles.

Inconvénient: cette méthode requiert une haute motivation et l'inconvénient est que la mesure doit se faire chaque jour.

- **Méthode de la température basale**, elle consiste à prendre et à enregistrer chaque jour la température sous linguale de la femme une fois réveillée le matin et avant de se laver. Quand on s'aperçoit une augmentation approximativement de 0,2 à 0,4 degré C, on estime que l'ovulation s'est produite. Jusqu'à 72 heures après l'élévation de la température basale, c'est le moment de grande fertilité.

Inconvénient:

Le principal inconvénient c'est le fait qu'il y a un retard d'environ 48 heures dans le diagnostic de l'ovulation, de ce fait, avant de remarquer l'élévation de la température, il peut y avoir une grossesse s'ils ont eu des relations sexuelles sans aucune autre méthode de protection. De nombreux facteurs peuvent perturber la température basale (infections, nuits courtes, heure du réveil). En cas de fièvre, on ne peut pas utiliser cette méthode. Il faut un minimum d'entraînement pour réaliser la mesure et l'enregistrement de la température. Cette méthode est contraignante. (8).

•Les tests d'ovulation : Persona

Ce sont des tests qui permettent de détecter le début et la fin de l'ovulation par la mesure des variations hormonales dans les urines, si les cycles sont réguliers. Ils ont une efficacité légèrement supérieure aux méthodes précédentes toutefois leur coût reste élevé.

A.2. Méthode de l'allaitement exclusif (AME), la relation entre la durée de l'allaitement et celle de l'aménorrhée a été amplement démontré. Plus l'allaitement dure, plus la période d'aménorrhée dure.

La méthode de l'allaitement exclusif (AME) consiste à utiliser l'allaitement comme méthode temporaire de contraception.

Echecs: moins de 2%.

Les échecs sont minimes toujours quand:

- L'allaitement est exclusif et sur libre demande.
- Les cycles mensuels ne se sont pas encore rétablis.
- N'atteignent pas les mois de postpartum.

Outre son effet contraceptif temporaire, l'allaitement protège le nourrisson contre les maladies infectieuses, lesquelles peuvent être

mortelles. Toutefois, dans le cas des femmes séropositives pour le VIH, il convient de peser soigneusement le risque de transmission de ce virus de la mère à l'enfant contre les avantages bien connus de l'allaitement.

A.3. Méthode de barrière, il existe diverses méthodes de barrière parmi lesquelles les plus diffusées sont les préservatifs masculins. Il existe aussi des préservatifs féminins, diaphragmes, capuchons et spermicides.

- **Condom masculin**, conjointement avec le condom féminin, en plus d'être anti contraceptifs, ce sont les uniques méthodes qui protègent des infections de transmission sexuelle et le VIH/SIDA (double protection). Pour cette raison, on doit stimuler leur utilisation même pour les hommes et femmes qui utilisent d'autres méthodes contraceptives.

Conseils aux utilisateurs:

Précautions préalables à l'utilisation, on devra instruire à la vérification de l'élasticité du contenu dans l'emballage (air et mobilité), si la fermeture est hermétique, qu'il ne soit pas expirés (dans le cas que l'emballage seulement mentionne la date de fabrication, on admet jusqu'à 5 ans de validité).

Utiliser un nouveau condom à chaque fois.

Se rappeler qu'en cas de rupture ou que le condom est resté dans le vagin, on pourra employer un contraceptif d'urgence.

Efficacité: dans les conditions idéales, le taux d'échec arrive à 3% et dans les conditions réelles d'utilisation, elles augmentent jusqu'à 15%.

Avantages: ils protègent contre les IST/VIH/SIDA. Ils ne coutent pas chers et sont facilement accessibles. Ils peuvent contribuer à retarder l'éjaculation précoce.

Inconvénients: il faut de la motivation pour leur usage constant. Il peut y avoir hypersensibilité pour les personnes allergiques à cause du latex ou les lubrifiants qu'ils contiennent.

Il peut se déchirer, le taux de grossesse non-désirée est plus important qu'avec la pilule ou le stérilet.

- **Condom féminin :** Femidon ; c'est un sachet fin, suave et large de matériel plastique qui est introduit à l'intérieur du vagin et le recouvre totalement. Il contient deux anneaux flexibles, un antérieur à l'extrémité fermé, utilisé pour insérer et placer le dispositif à l'intérieur du vagin, et un extérieur qui reste en dehors du vagin et couvre la vulve.

Conseils aux utilisatrices:

On peut l'insérer jusqu'à 8 heures avant le rapport sexuel.

A la fin du rapport, on pincera l'anneau extérieur et on le tordra de telle sorte qu'en le retirant, le sperme reste à l'intérieur pendant qu'on le tire suavement.

Les condoms féminins ne doivent pas se réutiliser.

Efficacité: en conditions idéales moins de 5% des cas et en conditions réelles d'utilisation, ils ont des taux d'échec probables jusqu'à 21%.

Avantages: ils protègent contre les IST/VIH/SIDA. Leur utilisation dépend exclusivement de la volonté de la femme. Ils n'ont pas d'autres effets importants sur la santé de la femme, ni de l'homme.

Inconvénients: il est plus coûteux que celui de l'homme, il est peu discret et il peut être difficile de l'introduire ou de l'extraire.

- **Diaphragme et cape cervicale :**

Le diaphragme, c'est un capuchon de latex ou silicone qui couvre le col de l'utérus.

Il peut être placé dans le vagin jusqu'à 6 heures avant la relation sexuelle et peut y rester jusqu'à 24 heures après la relation sexuelle.

Son utilisation doit s'associer à celle des spermicides pour augmenter son efficacité. Toute suite après son extraction, il faut le laver et le conserver dans un coffret spécial. Ils empêchent le sperme de pénétrer dans le col de l'utérus. Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape. L'utilisation des capes cervicales est à rapprocher de celle du diaphragme : Le choix de la taille est évalué par le médecin qui aide la femme à savoir placer le diaphragme ou la cape cervicale.

Echec: en conditions idéales, on a observé jusqu'à 6% d'échecs et en conditions réelles d'utilisation jusqu'à 16%.

Avantages: il protège partiellement contre quelques IST. Son utilisation dépend exclusivement de la volonté de la femme et peut être utilisé durant la menstruation, il est discret. Il n'a pas d'autres effets importants sur la sante de la femme ni de l'homme.

Inconvénients: il est plus couteux que les condoms et exige une évaluation médicale préalable, il ne protège pas contre le VIH/SIDA, et peut provoquer allergie au latex, certaines femmes auront de la difficulté à l'utiliser. L'utiliser continuellement au-delà de 24 heures peut augmenter le risque de souffrir d'un choc toxique(8).

Ils ne doivent pas être utilisés avec des médicaments ou des lubrifiants de base huileuse.

•Les spermicides :

Introduit au fond du vagin avant le rapport sexuel, le spermicide se dissout et se disperse dans le vagin et immobilise les spermatozoïdes. Ils sont essentiellement composés de Chlorure de Benzalkonium. Ils se présentent sous forme d'ovules, de crèmes, de gel ou d'éponges.

Avantages : Ils sont simples à utiliser, sans prescription donc facilement disponibles, sans contre indications médicales ni de risque pour la santé ; Ils peuvent jouer un rôle de lubrifiant.

Inconvénients :

Efficacité insuffisante ; coûteux ; leur emploi est contraignant (délai à respecter, mise en place) ; certains peuvent couler de façon excessive ; possibilité d'intolérance locale.

A.4. Contraception d'urgence :

La contraception d'urgence implique des méthodes hormonales.

Il existe des contraceptifs combinés (œstrogènes – progestérones) et de progestérones exclusifs, indépendamment de celui utilisé, Si une femme est enceinte (un ovule fécondé est implanté dans l'utérus), les pilules CU ne provoqueront pas d'avortement et la grossesse se poursuivra. Le CU est destiné à être utilisé dans des circonstances exceptionnelles, comme lorsque une méthode de contraception n'a pas été utilisée ou a échoué, ou en cas de relations sexuelles forcées. Il n'a pas pour objectif de remplacer une méthode contraceptive régulière et en cours.

Conseils pour les utilisatrices:

L'efficacité contraceptive est liée au temps qui se passe entre la relation sexuelle non protégée et la prise de contraceptifs d'urgence. C'est-à-dire, ils sont plus effectifs quand cette intervalle de temps est le moins possible. Donc il est recommandé de prendre le contraceptif le plus vite possible après une relation non protégée. On signale que l'effectivité est maximum jusqu'à 72 heures post relation, quoiqu'il faut aviser les utilisatrices que jusqu'à 5 jours postérieurs à la relation, il existe degré élevé d'effectivité pour le stérilet.

D'une part, elle agirait en retardant l'ovulation ou en la perturbant lorsqu'elle est sur le point de se produire, d'autre part, elle modifierait l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf.

Les différents types de contraception d'urgence : La Pilule (le plus connu est le Norlevo) et le Stérilet (dispositif intra-utérin).

Ces médicaments peuvent être délivrés de manière anonyme aux jeunes filles de tout âge dans toutes les pharmacies.

- Contraceptifs de Levonorgestrel seul, on recommande la prise des deux pilules que contiennent l'emballage, conjointement et une seule fois. Ou bien, à son défaut, les prendre de manière classique (un premier comprimé le plus vite possible et le second 12 heures après).

Les contraceptifs d'urgence possèdent de multiples mécanismes d'action. Ils peuvent interférer avec le développement folliculaire, la morve cervicale, la migration spermatique, et la fertilisation.

A.5. Contraceptifs hormonaux :

Il y a une grande variété de contraceptifs hormonaux, la majorité combine œstrogènes et progestérones malgré qu'il existe aussi des contraceptifs exclusivement progestérones.

Par rapport à la manière de leur utilisation, ils sont ainsi classés : oraux, injectables, transdermiques, vaginaux et posés.

A.5.1-Contraceptifs de types combinés :

• Contraceptifs Oraux Combinés:

C'est une des méthodes de première intention chez les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier (cardiovasculaire, cancéreux ou hépatique).

Mode d'utilisation:

Dans tous les schémas, soit de 21 à 28 comprimés, le premier paquet sera débuté le premier jour de la menstruation et à partir de là, on prendra un comprimé chaque jour, de préférence à la même heure pour créer l'habitude et éviter les oublis.

Dans les schémas de 21 comprimés, on fera une semaine de pause entre le dernier comprimé du paquet actuel et le prochain, en commençant au 8e jour depuis le dernier comprimé.

Dans les schémas de 28 jours, les paquets se prennent de manière continue et on ne doit pas faire de pause entre eux.

S'il y a eu oubli, adopter les conduites suivantes :

1. 1 comprimé: recommander sa prise le plus vite possible et le suivant à l'heure habituelle (il se peut qu'il soit nécessaire de prendre les pilules à la fois). Ce n'est pas nécessaire une assistance spéciales si on continue correctement avec la méthode.

2. 2 à 4 pilules durant la première semaine: on recommande de prendre la dernière pilule oubliée, écarter celles qu'on avait préalablement oublié, continuer le traitement et proposer un autre contraceptif de barrière.

3. 2 à 4 pilules à la moitié ou à la fin du paquet : il faut recommander l'utilisation de contraceptif de même que le cas antérieur, mais il ne sera plus nécessaire de se protéger par une autre méthode.

4. Si l'oubli est de 5 comprimés ou plus, il faut agir comme si on était au cas 2. (Continuer de prendre les pilules restantes et utiliser les méthodes de barrière).

On devra suggérer une méthode de barrière dans les situations suivantes :

- dans les cas d'oubli.
- dans les premiers quinze jours qu'on commence à utiliser un contraceptif oral.
- face à des troubles digestives (vomissements, diarrhée).
- Utilisation de médicaments qui affectent le métabolisme hépatique.

Efficacité: En conditions idéales d'usage 0.9 %, en conditions réelles d'usage, les taux d'échecs arrivent jusqu'à 8 %.

Avantage :

Ils régularisent le cycle menstruel chez les femmes qui en ont besoin.

Ils améliorent la dysménorrhée et la douleur pelvienne (liée à l'ovulation).

Ils diminuent l'anémie chronique.

Inconvénient:

Ils ne préviennent pas contre les IST/IG VIH/SIDA, ni l'hépatite transmise sexuellement.

On ne peut pas les utiliser lors de l'allaitement.

Il faut beaucoup d'efforts de mémoire et capacité de compréhension.

Ils peuvent présenter des effets secondaires (nausées, vomissements, augmentation du poids, œdème, tension mammaire, dépression, aménorrhée, saignement).

Ils augmentent légèrement le risque de cancer du sein.

• **Contraceptifs injectables combinés :**

Les CIC sont composés par un œstrogène naturel et une progestatif et agissent principalement au moyen de l'inhibition de l'ovulation.

Les Contraceptifs injectables combinés (CIC) plus utilisés comprennent les combinaisons suivantes:

1) 25 mg d'acétate de médroxyprogestérone plus 5mg de l'oestradiolcypionate

(Cyclofem).

2) 50 mg Enantate de noréthistérone plus 5mg d'estradiolvalerate (Mesigyna).

Avantage:

Les œstrogènes des CIC pour être naturels, ont une action plus physiologique et les effets secondaires résultent moins puissants que ceux-là qui sont fabriqués par les œstrogènes synthétiques contenus dans les contraceptifs oraux combinés (COC).

Les CIC constituent une méthode relativement nouvelle en comparaison d'avec les COC. Les études existantes sont à court terme et les résultats

montrent des effets secondaires plus légers que les produits par les COC sur l'appareil cardiovasculaire, métabolique, la coagulation et la fonction hépatique.

Les deux produits sont hautement efficaces.

Le taux de faille en douze mois d'usage est entre 0.1 et 0.4%. Après suspension des CIC, le retour à la fertilité correspond en moyenne à trois mois.

Il a des effets bénéfiques sur le contrôle du cycle, la dysménorrhée et le métabolisme osseux. Il ne produit pas des modifications significatives sur la pression artérielle, ni les facteurs de la coagulation.

Effets secondaires:

Durant les premiers mois d'utilisation, ils peuvent s'associer à des irrégularités menstruelles. Quelques utilisatrices peuvent gagner au plus 2 kg de leur poids régulier transitoirement, elles peuvent aussi expérimenter des céphalées, des étourdissements ou mastologie.

Mode d'usage :

L' CIC s'administre par la voie intramusculaire profonde, mensuellement, avec un écart de plus ou moins 3 jours.

Seule la première injection se lie avec la menstruation et on initie de préférence aux premiers jours. Les injections suivantes se placent une fois par mois à la même date, indépendamment de la menstruation.

Dans le cas d'un avortement, on peut commencer immédiatement dans la période post avortement.

•L'implant :

C'est un implant sous-cutané en forme de bâtonnet cylindrique de 4 cm de long, 2 mm de large, qui délivre en continu de faibles doses d'hormone (progestérone). Au Mali, on dispose surtout du Norplant qui est à 6 capsules pour 5 à 7 ans et le jadet qui est à 2 capsules.

Mode d'action : Il agit en empêchant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

Mode d'emploi

L'implant se met sous la peau de la face interne du bras, à l'aide d'un applicateur stérile à usage unique après une anesthésie locale. Il se retire aussi après une anesthésie locale, à l'aide d'une petite incision de 2 mm, avec une pince. La pose et le retrait sont simples et rapides, environ 1 minute 30 pour la pose et 3 minutes 30 pour le retrait. Il est mis en place pour 3 ans par le médecin ou la sage femme pendant une consultation.

Efficacité : Elle est très efficace dès la pose.

Avantages : Sans problème d'observance, il est bien toléré et réversible.

Inconvénients

Il peut y avoir des troubles du cycle, pouvant être un motif de retrait, il laisse une petite cicatrice de 2 mm au niveau de la zone d'insertion.

Contre- indications : Thrombose évolutive, affection hépatique sévère.

• Patches contraceptifs:

C'est un patch de 20 cm² qui délivre une association œstro-progestative, comme une pilule à 20 microgrammes.

Mode d'action

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale. Utiliser un patch par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch). Les 4 sites d'application possibles sont : le bras, l'abdomen, le tronc, les fesses ou n'importe quelle autre zone éloignée des seins et des génitaux. Ils partagent les mêmes avantages, désavantages, contre-

indications et failles que les contraceptifs oraux combinés. Ils présentent l'avantage de ne pas provoquer troubles digestives. Les désavantages particulières de cette méthode sont leur faible efficacité en femmes de poids supérieurs à 90 kg, l'allergie à l'adhésive au site de colocation et la possibilité de se décoller.

Efficacité : Il est très efficace à condition d'être bien utilisé.

Avantages :

Meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oubli, très bien toléré et réversible dès l'arrêt, il permet d'avoir des cycles réguliers, des règles moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

Inconvénients :

Il est visible et peut se décoller dans 2 à 3% des cas. Comme pour toute contraception hormonale on peut observer : des céphalées, des nausées, une prise de poids, une tension mammaire

• **Anneaux contraceptifs vaginaux:**

Ce sont des anneaux flexibles et transparents de quelques 5 cm de diamètre qui contiennent une association œstro-progestative, leur mécanisme d'action est encore similaire à celui des contraceptifs oraux combinés.

Mode d'usage:

On doit insérer l'anneau vaginal au mois durant 21 jours avec une période libre d'une semaine. Cette méthode admet jusqu'à une semaine de retard.

Ils partagent en général les mêmes contre-indications, avantages, désavantages et échec que les contraceptifs oraux combinés. A cause de leurs caractéristiques spéciales, ils peuvent provoquer vaginite, leucorrhée et des nuisances vaginales.

Efficacité : Comme la pilule oestro-progestative, il est efficace à condition d'être bien utilisé. Efficace dès la pose du 1er anneau et aussi pendant la semaine d'arrêt. Mise en place et retrait facile, meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oublis. Mêmes avantages que la pilule.

A.5.2- Contraceptifs de types Progestatifs seuls:

Il en existe préparés de base Linestrenol, norethindrone, acetate de medroxyprogestérone et levonorgestrel. Puisqu'ils ne contiennent pas de œstrogènes, ils sont spécialement indiqués dans toutes les situations ou pathologies où les œstrogènes sont contre-indiqués (par exemple, allaitement, femmes avec maladies auto immunisées).

On peut les obtenir en forme de comprimés d'usage oral, posés sous dermiques(Norplant) ou injectables de dépôt (Depoprovera, etc.).

Mode d'usage:

Les comprimés doivent se prendre tous les jours sans repos en respectant de manière régulière les intervalles entre les pilules. On conseillera un retard ou une anticipation de 2 heures au plus pour maintenir l'effectivité et éviter les effets non désirés.

Normalement on espère au premier jour de la menstruation pour commencer la prise du contraceptif, on pourra commencer à partir de 6 semaines du postpartum pour les femmes qui sont en train d'allaiter.

Les injectables s'utilisent en schéma d'injections différentes dépendamment du composé utilisé. Les composés de base acétate de medroxygesterone sont d'usage trimestriel.

La première injection s'applique le premier jour du cycle et se répète chaque 3 mois, avec le pouvoir d'augmenter ou de diminuer la dose jusqu'à 72 heures.

Dans les premiers 7 jours du saignement menstruel et il n'y aura pas besoin de mesures contraceptives complémentaires.

Les posés sous dermiques doivent être remplacés de manière chirurgicale par un fournisseur compétent garantissant toujours que la femme n'est pas enceinte, pour cette raison, on lui recommandera de l'implanter pendant les premiers 7 jours du cycle.

Le posér doit être retiré 5 ans après son introduction.

A.6. Dispositifs intra-utérins :

Dans beaucoup de pays de la Région on trouve disponibles, deux types de dispositifs intra-utérins indiqués, les uns contiennent du cuivre et les autres comptent avec un système libérateur d'hormone. Dans les deux cas, il s'agit de dispositifs de polyéthylène en forme de T. Ce sont des méthodes idéales pour les femmes qui désirent une contraception réversible à long terme.

Mécanisme d'action:

Les dispositifs intra-utérins possèdent de nombreux mécanismes d'action, mais le principal paraît être la prévention de la fertilisation (inactivation des spermatozoïdes, altération de la vitesse de transport de l'ovule).

Contre-indications:

Les femmes avec des infections pelviennes, endométrite, myome sous muqueux, hypoplasie ou malformations utérines.

Avantage:

Les DIU indiqués avec cuivre sont de bas prix et de longue vie utile (10 ans).

Tous partagent parmi leurs avantages, la réversibilité rapide de l'effet contraceptif et la possibilité de les utiliser durant l'allaitement. Il existe des doutes sur l'utilisation des DIU indiqués avec hormones durant l'allaitement, en même temps ces dispositifs ont le grand avantage de diminuer les saignements, menstruels et inter menstruels.

Inconvénients:

Les DIU avec hormones ont le désavantage d'être moins durable (5 ans) et coutent légèrement plus chers que ceux de cuivre. Les deux types ne protègent pas contre les IST – VIH/SIDA.

Efficacité: dans les conditions idéales les DIU de cuivre ont seulement un 0.5 % de probabilité d'échec et en conditions typiques d'usage, les taux d'échecs atteignent 5%.

Les DIU hormonaux tant en conditions idéales comme typiques d'usages ont à peine 0.1 % de probabilité d'échec, ce qui les rend hautement fiables.

Les risques associés avec l'insertion sont la perforation utérine (0.5 à 1.5 pour mille). L'expulsion qui varie de 2 à 10 % durant la première année d'usage.

Usage:

Habituellement il est introduit pendant que la femme a sa menstruation puisque cela garantit l'absence de grossesse et facilite la procédure.

Il peut s'introduire aussi en dehors de la période menstruelle, durant les 12 premiers jours du cycle pour écarter toute grossesse. L'introduction du DIU aux nullipares n'est pas contre-indiquée.

Aussi le DIU peut être introduit dans des moments spéciaux, ce qu'on appelle introduction post-événement obstétrique (avortement, postpartum, césarienne). Sans anesthésie, il est introduit par le col, placé au fond de l'utérus, les fils du stérilet dépassant le col pour permettre le contrôle du stérilet (par le médecin et par la femme) et pour permettre le retrait.

A.7-Nouvelle méthodes : Sayana Press

Les activités de l'Organisation en matière de contraception d'urgence entrent dans le cadre de son action pour fournir l'accès à des services de planification familiale de qualité, notamment auprès des populations les

plus vulnérables. Ce travail s'appuie sur la *Stratégie mondiale de l'OMS pour la santé génésique*.

Selon les estimations de la Fondation Bill et Melinda Gates, environ 225 millions femmes dans le monde voudraient retarder ou empêcher une grossesse, mais elles n'ont pas accès à la contraception. L'arrivée du Sayana Press programmée dans les 69 pays les plus pauvres du monde devrait correspondre à l'attente de beaucoup d'entre elles. A l'horizon 2020, plus de 120 millions de ces femmes pourront accéder à des services de planification familiale volontaire.

Simple, pas chère et efficace, c'est ainsi qu'est présentée la nouvelle contraception bientôt disponible dans plusieurs dizaines de pays défavorisés. Vendue à un dollar, elle se présente sous la forme d'une injection à usage unique et son action contraceptive se prolonge sur une période de 13 semaines.

Cette nouvelle forme de contraceptif devrait convenir aux femmes qui ne veulent ou ne peuvent pas prendre une pilule chaque jour. A toutes celles aussi qui en ont assez de trembler chaque mois parce qu'elles sont un brin oublieuses. Présenté dans une mini seringue à usage unique, le contraceptif appelé Sayana Press a été mis au point par les laboratoires Pfizer avec l'appui de la Fondation Gates et le Children's Investment Fundy Fondation.

La molécule utilisée, l'acétate de médroxyprogestérone est un dérivé de la progestérone, une hormone naturelle. Elle a été synthétisée en 1954 et depuis 1960, plusieurs dizaines de millions de femmes l'ont utilisée dans une centaine de pays. La nouveauté présentée par Pfizer réside essentiellement dans un dosage moindre et dans le mode d'injection.

Alors que le Depo-Provera (nom commercial de l'acétate de médroxyprogestérone chez Pfizer) classique nécessitait d'être injecté dans le muscle, le Sayana Press avec son aiguille courte et ultra fine se contente d'une injection sous-cutanée.

L'abdomen, le haut de la cuisse ou du bras conviennent parfaitement et les femmes ont apprécié le fait que la piqûre soit moins douloureuse que pour une intramusculaire. Prêt à l'usage, sans manipulation compliquée, il sera administré par des agents de santé lors des essais en Ouganda, au Sénégal et au Niger.

Passée cette période d'apprentissage, les promoteurs du Sayana Press sont persuadés que les femmes pourront elles-mêmes procéder aux injections, si elles le souhaitent, moyennant un minimum de formation accessible à toutes, un peu comme pour l'insuline, explique un médecin. Mais pour le moment, l'auto-injection n'est pas encore au programme.

Une méthode discrète

Quant aux effets secondaires potentiels du Sayana Press, ils sont les mêmes que ceux du Depo-Provera. Le fabricant Pfizer, a relevé notamment la possibilité de perte de densité osseuse. Des saignements ont aussi été signalés, mais ils ne signifient pas une perte d'efficacité de la méthode. Enfin, des utilisatrices ont mentionné des variations de poids, en plus ou en moins, la première année d'utilisation.

De plus, le fait qu'il n'ait pas besoin d'être conservé au froid le rend d'autant plus accessible aux endroits les plus reculés. Autre avantage, son prix qui devait tourner autour de 1 dollar pour les structures de santé qui le distribueront ensuite aux femmes soit gratuitement, soit à un prix très modique. Le côté pratique et discret du Sayana Presse devrait aussi rassurer les femmes, plus nombreuses qu'on ne le croit notamment en

Afrique, qui préfèrent que leur mari ignore qu'elles prennent une contraception.(23).

B- Méthodes irréversibles :

B.1-Ligature des trompes : La stérilisation féminine

Il s'agit d'une méthode contraceptive définitive qui consiste à ligaturer, couper et/ou cautériser ou obstruer des anneaux ou autres dispositifs dans les trompes de Fallope.

C'est un procédé chirurgicale qui doit être effectuée par un personnel qualifié.

L'élection de la ligature tubaire par la femme doit être le fruit de sa volonté, même dans les situations où une nouvelle gestation comporte un risque vital. Pour cette raison, il faut donner l'information nécessaire et avec toute clarté à chaque femme, tout en considérant son niveau intellectuel et les facteurs socioculturels.

Usuellement la ligature tubaire se réalise en trois types de procédures, les deux premiers sont spécifiques pour effectuer la ligature tubaire et le troisième se réalise en tant qu'indication secondaire :

- Mini laparotomie,
- Laparoscopie,
- Intra césarienne ou durant autre processus chirurgicale,

C'est une méthode simple et rapide (environ 30 minutes) ne laissant pas de cicatrice. Il faut attendre 3 mois (et continuer sa méthode de contraception habituelle) avant que la méthode soit efficace. Elle est irréversible.

Quand peut-on effectuer la stérilisation:

Après avoir reçu une assistance complète, une femme est en condition de solliciter une stérilisation chirurgicale. N'avoir pas eu d'enfants ou n'être pas mariée ne sont pas des raisons pour ne pas subir une stérilisation

chirurgicale. Si elle est mariée, sa simple volonté suffit et on n'a pas besoin de l'autorisation du mari.

Il y a des évidences suffisantes pour affirmer que la principale cause du regret de certaines femmes qui se sont soumises à une stérilisation chirurgicale est liée à leur jeune âge pour la réalisation du processus.

Avantage:

Une fois réalisée, on n'a plus besoin de penser à l'utilisation de méthodes contraceptives. C'est de la volonté totale de la femme. En général, il n'y a pas d'effets non désirés et l'effort de mémoire est éliminé.

Inconvénient:

Non protection contre les infections de transmission sexuelles VIH/SIDA. C'est irréversible. Son application requiert du personnel entraîné et qualifié, implique des procédures anesthésiques et chirurgicales.

Risque :

La réalisation de procédures chirurgicales et anesthésiques (même avec anesthésie locale) expose au risque et à des complications. Quoique le risque de ces procédures soit vraiment bas, il est nécessaire d'informer les femmes de son existence.

Efficacité:

Il s'agit de l'une des méthodes contraceptives les plus efficaces, on estime que moins d'1% des cas, plus exactement 5 pour chaque 1000 procédure effectuée. Le risque d'échec diminue considérablement avec le temps.

B.2-Ligature des déférents (vasectomie) :

Il s'agit d'une méthode contraceptive définitive qui consiste à couper, ligaturer et/ou cautériser les conduits déférents au niveau scrotale pour empêcher le passage de spermatozoïdes. C'est une procédure chirurgicale qui doit être effectuée par un personnel qualifié, qui peut se réaliser par diverses techniques chirurgicales, avec anesthésie locale ou générale.

L'élection de la vasectomie par l'homme doit être le fruit de sa volonté et de ce fait, il doit avoir toute l'information nécessaire et avec la meilleure clarté possible tout en tenant compte de son niveau intellectuel, et les facteurs socioculturels.

Quand effectuer la stérilisation:

Après la réception d'une bonne assistance (information complète) et s'il n'y a pas de contre-indications, n'importe quel moment est opportune pour réaliser le procédé.

Inconvénient:

Pas de protection contre les infections de transmission sexuelle VIH/SIDA. C'est irréversible. Sa réalisation requiert d'un personnel entraîné et implique des procédures anesthésiques et chirurgicales.

Risque:

Les complications et risques sont exceptionnels, mais on peut expérimenter durant les premiers mois et même jusqu'à quelques années, de la douleur scrotale ou testiculaire, hématomes ou infections locales.(22).

C- Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali :

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples. On peut citer :

C.1- Le Tafo :

Cordelette avec des nœuds imprégnée d'incantations et attachée autour du bassin de la femme. Son pouvoir reposerait sur la psychologie mais également sur le vécu ou valeurs socioculturelles (par exemple perd son efficacité en cas de rapport avec un autre homme que son mari).

C.2- La Toile d'araignée :

Se place dans le vagin de façon à obstruer l'orifice externe du col, empêchant donc la montée des spermatozoïdes, donc méthode de barrière.

C.3- Le miel et le jus de citron :

On les place dans le vagin avant les rapports ; ils entraînent soit une immobilisation des spermatozoïdes (miel), soit une destruction des spermatozoïdes (citron) agissant comme des spermicides.

C.4- Les solutions à boire :

IL peut s'agir : d'écorces d'arbres ou de plantes, des graines à avaler ou de « nasi » solution préparée par les marabouts ou des charlatans.

C.5- La séparation du couple après accouchement :

Après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant 40 jours. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement. Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles. Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infection à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tel que l'infertilité, des algies pelviennes.

C.6 -le collier du cycle (méthode du jour fixe)

Indication :

.Cycle compris entre 26 et 32 jours.

.Couple qui communique bien et accepte d'éviter les relations sexuelles au besoin.(21).

2.1.4-Connaissance de la sexualité et besoins contraceptive des jeunes :

a-Définition :

L'adolescence est une période de la vie qui se caractérise par de nombreuses transformations. Transformations, qui s'opèrent à la fois sur le plan physique et psychologique. Si l'adolescent n'est plus un enfant, il n'est pas encore un adulte. Il est en développement et en devenir. Il n'est pas encore autonome, mais cherche à le devenir.

Le Pr Somme let, dans son rapport de 2006 sur l'enfant et l'adolescent définit l'adolescence de la façon suivante :

La définition de l'adolescence, période de transition entre l'enfance et l'adulte, demeure floue. Les critères ont évolué et ne sont pas identique d'un pays à l'autre.

Cette définition peut-être :

-Physiologique, reposant sur le développement pubertaire : mais les âges de début et d'achèvement peuvent être variables.

-Psychosociale, époque de mutation sur le plan du corps et de la psyché, de dialectique intense et douloureuse entre rapprochement et distanciation avec les parents, période des paradoxes et des contradictions, des prises de risque, évolution vers l'indépendance socio-économique. La limite supérieure est alors mal définie peut dépasser 24 ans.

-Chronologique, définie par l'OMS : 10-14 ans préadolescence, 15-19 ans l'adolescence, 20-24 ans la post-adolescence.

-Légale, la convention internationale des droits de l'enfant (signée à New York en Novembre 1998 et ratifiée par la France 1990) définit l'enfant,

comme tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en raison de la législation qui lui est applicable.

Si la définition de la jeunesse s'avère multiple, on s'accorde sur le fait que cette période se caractérise pour une grande majorité des individus comme étant le moment de l'apprentissage de la sexualité et des pratiques qui l'entourent. (25).

b- Besoins et demande contraceptive des jeunes :

La demande potentielle en matière de contraception et l'identification des femmes qui ont des besoins en services de planification élevés constituent les problèmes les plus importants de tout programme de planification familiale. Les besoins non satisfaits sont plus élevés en Afrique subsaharienne que dans les autres régions du monde. Selon des enquêtes récentes, près d'un tiers des femmes en union en Afrique de l'Ouest, à l'exception du Niger, ont des besoins en planification familiale non satisfaits. Le fait que les couples souhaitent avoir plus d'enfants en Afrique de l'Ouest explique que les besoins non satisfaits soient moins élevés en moyenne qu'en Afrique de l'Est. (26).

Les besoins non satisfaits sont plus élevés chez les femmes ayant une éducation primaire. Cela s'explique par le fait que les femmes plus instruites sont plus susceptibles de recourir à la contraception, et les femmes sans instruction souhaitent généralement avoir plus d'enfants que les femmes plus instruites. Les jeunes utilisent moins souvent des moyens de contraception que les femmes de plus de 20 ans, pour des raisons liées au manque d'information, aux préjugés et à la crainte d'effets secondaires, ainsi qu'à cause des obstacles géographiques, sociaux et économiques qui les empêchent d'avoir accès aux moyens de contraception et de les utiliser. En général, les services de planning

familial s'adressent aux femmes mariées adultes. Les jeunes femmes non mariées peuvent trouver les prestataires de service hostiles ou d'un faible secours, en particulier lorsque la culture ou la religion condamne l'activité sexuelle chez les jeunes non mariés. Les jeunes hésitent parfois à dire qu'ils ont des rapports sexuels à leurs parents ou aux prestataires de services. Le caractère sporadique et spontané des rapports sexuels chez les jeunes peut également être un frein à l'usage systématique de moyens de contraception. Des enquêtes indiquent que 12 % à 42 % des jeunes mariées dans les pays en développement qui affirment qu'elles préféreraient espacer ou limiter le nombre de naissances ne pratiquent pas le planning familial. Si les jeunes sexuellement actives et non mariées étaient incluses dans les enquêtes, le pourcentage des besoins non satisfaits serait certainement supérieur. Sur les 15 millions de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans qui accouchent chaque année, 13 millions vivent dans les pays en développement. Trente-trois pour cent des femmes dans les pays en développement accouchent avant l'âge de 20 ans (55 % en Afrique de l'Ouest). Dans les pays industrialisés, environ 10 % des femmes accouchent avant l'âge de 20 ans ; La grossesse et l'accouchement à un jeune âge ont de graves conséquences pour la santé des jeunes femmes et de leurs enfants. Plus d'adolescentes et de jeunes meurent des suites d'une grossesse que de toute autre cause. Comme leur croissance n'est pas achevée, les jeunes risquent d'avantage un arrêt de progression du travail (lorsque le canal génital est bloqué), ce qui peut entraîner des dommages permanents ou la mort de la mère et de l'enfant. Les enfants nés de jeunes mères ont également plus de risques d'être prématurés et d'avoir un faible poids à la naissance. Dans de nombreux pays, le risque de décès pendant la première année de la vie est 1,5 fois plus élevée pour les enfants nés de mères âgées de moins de 20 ans que pour ceux dont la mère a accouché entre 20 et 29 ans. Toutes les femmes

courent un risque plus élevé lors du premier accouchement que pendant les suivants ; pour les plus jeunes, le risque est encore plus important. (28).

C-Sources d'informations et de services pour des méthodes contraceptives :

Les moyens de contraception les plus utilisés par les jeunes sont le préservatif et la pilule, même si une bonne partie d'entre eux n'utilise aucun contraceptif ou adopte des méthodes inadéquates principalement à cause du manque d'informations et de l'accès limité aux services de santé sexuelle et procréative.

Comparé aux jeunes qui résident en milieu rural, les jeunes du milieu urbain dépendent plus des amis, des enseignants ou prestataires de santé ou des médias pour obtenir des informations sur les méthodes de contraception. Par contre, les filles de milieu rural ont plutôt tendance à obtenir des informations de la part de la famille (38%) comparé aux filles de milieu urbain (23%).

Lorsqu'on compare les sources utilisées aux sources préférées pour obtenir des informations sur les méthodes contraceptives, on constate que les enseignants ou agents de santé sont privilégiés par les jeunes mais ils sont moins utilisés. Les amis et les médias sont consultés mais ne sont pas nécessairement une source préférée pour tous.

Obtenir des méthodes de contraception dans un centre de santé ou hôpital public est perçu de manière assez positive. Environ 90% des jeunes pensent que, dans ce lieu, les informations qui seront échangées resteront confidentielles. Huit jeunes sur 10 indiquent qu'ils pourraient s'y rendre aisément et la même proportion estime qu'ils seraient bien accueillis.

En ce qui concerne les dépôts de médicaments et pharmacie, autre source préférée, plus de neuf jeunes sur 10 ont indiqué que les informations qui y seront échangées resteront confidentielles, qu'ils pourraient s'y rendre aisément, et qu'ils seraient bien accueillis

Les filles s'orientent essentiellement vers un centre de santé ou hôpital public pour obtenir des méthodes de contraception (71%). Elles se dirigent également vers la pharmacie (10%) et le marché (7%).

Les jeunes ont effectivement une vie sexuelle active. Environ 50% des femmes enceintes sont des adolescentes. Combien sont-elles à avoir donné naissance à un premier enfant bien avant l'âge de 20 ans ? Mais maintenant, les adolescentes prennent les devants en choisissant en douce un moyen contraceptif, à l'insu de leurs parents. C'est pour parer à des grossesses non désirées, disent-ils.(23).

Le processus d'appui est indispensable et ne peut pas être ignoré même quand il existe l'éducation en sexualité. L'éducation sexuelle devra débiter avant la puberté de telle sorte que quand la fille parvient à sa première menstruation, elle connaisse déjà son corps et la physiologie de la conception. Ce qu'on souhaite c'est qu'au moment où la fille-adolescente-femme doit s'affronter à opter d'avoir des relations sexuelles, elle puisse le faire sans crainte d'ignorance, sachant les manières de se protéger des IST et d'une grossesse non désirée, avec l'autonomie et la confiance suffisante pour négocier le moment et les conditions appropriées. Le garçon non seulement reçoit les mêmes connaissances mais aussi de l'orientation dans la perspective du genre humain qui le permette d'assurer avec responsabilité ses actes et éventuellement le préparer pour une paternité responsable.(11).

En outre, quelle que soit la méthode, on constate que le désir de tomber enceinte et les effets secondaires sont toujours les arguments les plus fréquemment avancés par les femmes pour expliquer le fait d'avoir discontinué une méthode contraceptive.

d-Connaissance de la période féconde :

L'utilisation de certaines méthodes contraceptives, comme la méthode du rythme, suppose, au préalable, la connaissance du cycle menstruel. Au cours de l'enquête, on a donc demandé aux femmes si elles savaient qu'il existe une période plus propice à la grossesse et si oui, quand elle se situe. Les réponses sont regroupées en trois catégories :

-Connaissance exacte : « Entre deux périodes de menstruation » (milieu du cycle) ;

-Connaissance douteuse : « Juste avant le début de période » ou « Juste après la fin des règles ».

Ces réponses sont vagues, mais elles peuvent correspondre à la période de fécondité ; et

-Méconnaissance : « Durant les règles », « Pas de période spécifique », « Autre » et « Ne sait pas ».

Des lacunes importantes, encore plus évidentes parmi les plus jeunes et ceux qui ont seulement atteint un niveau d'éducation primaire, existent sur la perception de la survenue de la grossesse avec plus d'un tiers qui estiment qu'une fille ne peut pas tomber enceinte lors de son tout premier rapport sexuel. Les jeunes ne connaissent pas du tout ou pas bien le moment où une fille peut tomber enceinte et une proportion importante estime qu'une fille peut éviter de tomber enceinte en faisant sa toilette intime immédiatement après les rapports. La majorité des filles qui ont déjà été enceintes l'ont été dans le contexte d'une union, avec une majorité des filles en union ayant déjà eu un enfant. La période désirée

pour avoir un enfant n'est pas toujours atteinte puisque un quart des filles actuellement enceintes ne voulait pas l'être à ce moment-là et parmi les filles qui ont déjà eu un enfant, une proportion légèrement plus élevée voulait cet enfant plus tard ou pas du tout. Une proportion non négligeable de jeunes indique connaître une amie qui a essayé d'interrompre une grossesse mais le nombre de jeunes qui se prononcent sur leur propre expérience est quasi nul. (26).

Contrairement aux méthodes contraceptives qui sont relativement bien connues des jeunes, on note que parmi ceux qui ont utilisé la continence périodique, 40% ont une mauvaise connaissance de la période de fécondation et d'importantes lacunes existent sur la survenue de la grossesse. Cela peut conduire à des grossesses non désirées qui conduisent bien souvent aux avortements provoqués. Il y a donc un besoin urgent d'informations des jeunes sur la période de fécondation, les aspects biologiques de la reproduction et les différents types de méthodes contraceptives si l'on veut également lutter efficacement contre ces grossesses non désirées et leurs corollaires.(14).

La quasi-totalité des filles (96%) qui ont utilisé la continence périodique déclarent connaître le moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels. Mais lorsqu'on a demandé aux jeunes de préciser ce moment, on constate qu'il y a d'importantes lacunes sur la connaissance de la période de fécondation. Quatre jeunes sur dix déclarent que cette période se situe juste après les règles. Les filles ont une meilleure connaissance de la période de fécondation : un peu plus d'un tiers d'entre elles identifient correctement la période entre les règles.

Le niveau de connaissance de la période de fécondité est plus bas parmi les jeunes qui n'ont jamais utilisé la continence périodique : 24% des

filles ne savent pas s'il y a un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte. Parmi ceux qui savent qu'il y a un moment précis, seul 19% identifient la période entre les règles. Plus de la moitié des filles affirment que cette période est juste après les règles.(19).

e-Utilisation du condom et de la contraception :

L'éducation sur les questions de santé reproductive dans les établissements scolaires aurait pu être un créneau d'informations pour les jeunes. Mais la limite réside dans le faible pourcentage de ceux qui ont accès à l'école.

Parmi ceux à qui ces cours ont été dispensés, neuf jeunes sur 10 y ont assisté. Les cours ont été assurés essentiellement par des enseignants : huit jeunes sur 10 les mentionnent. Un jeune sur 10 a indiqué que les infirmières ont donné des cours ou des causeries en éducation sexuelle

Les jeunes ont une assez bonne connaissance des méthodes contraceptives, surtout les méthodes modernes ; le préservatif étant la méthode la mieux connue. Par contre, des lacunes importantes existent concernant la connaissance de la période de fécondité avec une majorité de jeunes qui ont utilisé la continence périodique qui n'identifient pas correctement la période entre les règles. En ce qui concerne l'utilisation de méthodes contraceptives, près de la moitié des jeunes a déjà utilisé une méthode, essentiellement le préservatif. Les comportements de protection sont relativement élevés avec plus de la moitié qui déclare utiliser une méthode (essentiellement le préservatif) dans les trois derniers mois. Mais, les proportions sont nettement plus basses parmi les femmes en union. Prévenir à la fois les grossesses et les IST sont les raisons principales pour utiliser le préservatif. Les filles sont plutôt concernées par la prévention de la grossesse que les IST/VIH comme raison d'avoir utilisé un préservatif pendant les derniers rapports sexuels. (28).

Au sein des jeunes sexuellement actifs, le port du condom n'est toujours pas effectif malgré les multiples campagnes menées dans ce sens. Pourtant, les jeunes ont une relativement bonne connaissance des méthodes contraceptives et le condom masculin est la méthode la mieux connue. Cette situation pourrait s'expliquer entre autres raisons, par la non disponibilité du condom au moment du rapport sexuel, indisponibilité qui peut être liée à plusieurs raisons dont la honte et la réprobation qu'ont les adultes vis-à-vis des jeunes quand il s'agit de se procurer des condoms. Les non disponibilité du condom et la méconnaissance de son utilisation constituent les raisons pour lesquelles il n'a pas été utilisé lors du dernier rapport sexuel survenu au cours des 12 derniers mois. Ces comportements à hauts risques témoignent de l'existence de besoins non satisfaits en condom.

Ces situations paraissent assez surprenantes au regard des multiples campagnes de sensibilisation sur le condom menées à travers le pays et suggère qu'il faut repenser certaines stratégies de sensibilisation parce qu'elles n'atteignent peut-être pas les populations cibles.

L'analyse des pratiques contraceptives des jeunes montre que la moitié de ceux qui ont eu des rapports sexuels n'ont jamais utilisé de contraception. Ces résultats suggèrent alors la nécessité d'accroître l'utilisation de la contraception parmi les jeunes sexuellement actifs afin qu'ils puissent se protéger contre les IST, et les grossesses non désirées. A l'aide de mesures adéquates, il est urgent d'améliorer l'accès aux services de planning familial pour que les jeunes puissent obtenir des méthodes contraceptives, à la fois pour ceux qui sont/ne sont pas mariés ; en faisant en sorte que l'accès aux services pour méthodes contraceptives soit abordable, confidentiel et adaptés aux besoins des jeunes. D'autres

stratégies visant à encourager la communication entre partenaires sur l'utilisation de la contraception sont également à promouvoir.(16).

2.2. Justificatif de l'étude :

Dans le monde, les jeunes femmes connaissent un fort taux de grossesse non désirée et d'IVG à cause de leurs connaissances limitées concernant la contraception.

Plus d'un tiers des grossesses de jeunes filles en Afrique subsaharienne ne sont pas désirées : 22 pour cent des jeunes ont des naissances non désirées et 13 pour cent ont recours à l'avortement. (13).

Près de 60 pour cent des femmes d'Afrique subsaharienne qui ont pratiqué des avortements dans des mauvaises conditions de sécurité ont moins de 25 ans et un quart sont encore adolescentes. (13).

L'analyse des pratiques contraceptives des jeunes montre que la moitié de ceux qui ont eu des rapports sexuels n'ont jamais utilisé de contraception. Ces résultats suggèrent alors la nécessité d'accroître l'utilisation de la contraception parmi les adolescents sexuellement actifs afin qu'ils puissent se protéger contre les IST, et les grossesses non désirées. A l'aide de mesures adéquates, il est urgent d'améliorer l'accès aux services de planning familial pour que les jeunes puissent obtenir des méthodes contraceptives, à la fois pour ceux qui sont/ne sont pas mariés ; en faisant en sorte que l'accès aux services pour méthodes contraceptives soit abordable, confidentiel et adaptés aux besoins des jeunes. D'autres stratégies visant à encourager la communication entre partenaires sur l'utilisation de la contraception sont également à promouvoir.(14).

L'évidence dont on dispose montre que certains des pires indicateurs liés à la santé de la reproduction de la jeunesse au monde se trouvent en Afrique subsaharienne. D'après les données, à l'âge de 20 ans, au moins

80% de la jeunesse sur le continent sont déjà sexuellement actifs. Dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne le premier rapport sexuel a lieu en dehors du mariage, sous des circonstances de connaissance faible et inexacte de la santé de reproduction et sexuelle y compris l'emploi très minimal de la planification familiale ou d'autres mesures protectrices. (14).

La contraception s'avère une nécessité pour ces jeunes-là. Elle empêche des grossesses précoces et non désirées et réduirait le taux d'avortements clandestins voire les cas d'infanticides. Ce que confirme la réflexion de Mme Penda Kane «préférez-vous qu'une fille prenne sa pilule contraceptive et ne pas contracter une grossesse ou plutôt qu'elle tombe enceinte, essaie de se faire avorter ou qu'elle tue l'enfant ? ». La contraception s'impose comme solution pour éviter les avortements clandestins et les infanticides. (15).

Au Mali, le concept de PF comprend un ensemble de mesures et de moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'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 grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel. Ceci, implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir la mesure ou le moyen de régulation de sa fécondité. (16).

2.3. Hypothèses de recherche :

La faible utilisation des méthodes contraceptives est liée aux réalités socioculturelles et aux difficultés d'accès au service de soins conviviaux.

La promotion de la contraception et la disponibilité en méthodes contraceptives ont une influence positive sur la sante des jeunes de 15-24 ans.

2.4. Objectifs :

Pour mener à bien notre recherche nous nous sommes assigné les objectifs suivants :

- Objectif général:

- Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15-24 ans en matière de contraception dans les **Commune V et VI** du district de Bamako.

- Objectifs spécifiques:

- Identifier les caractéristiques sociodémographiques des jeunes en matière d'utilisation des méthodes contraceptives.
- Appréhender les connaissances par méthodes contraceptives.
- Identifier les sources d'approvisionnement des jeunes en méthodes contraceptives.
- Connaître les niveaux actuels d'utilisation par méthodes contraceptives.

III-Démarche méthodologique :

Les résultats de l'EDSM IV, réalisée en 2006, avaient mis en évidence un très faible niveau d'utilisation contraceptive (7 % pour les méthodes modernes parmi les femmes en union) et, en même temps, un niveau relativement élevé des besoins non satisfaits en matière de contraception (31 % chez les femmes en union avaient des besoins non satisfaits en 2006). Ce faible niveau d'utilisation de la contraception moderne et le niveau élevé des besoins non satisfaits justifient la collecte de données fiables pour accompagner les actions gouvernementales dans la mise en œuvre des programmes et projets de santé relatifs à la planification familiale. (26).

3.1- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale et prospective avec administration de questionnaire aux jeunes femmes résident dans les deux communes décrits comme sites de l'étude.

3.2- Choix et description des sites d'étude :

Pays continental au centre de l'Afrique de l'ouest, le Mali est parmi les 15 pays ayant l'IDH le plus faible au monde (182^e/187 pays en 2012), ceci est très parlant quant aux problèmes de développement que rencontre le pays. La population est à majorité jeune, plus de la moitié (55%) sont âgés au plus de 24 ans suivant les données de l'EDS-IV.

Depuis le 18 Août 1978 Bamako, la capitale du Mali est divisé en 6 communes(29). Bien qu'entouré par des collines, le district de Bamako est constitué aujourd'hui de deux parties nettement distinctes séparé par le fleuve Niger : la rive gauche au nord et la rive droite au sud.

L'étude s'est déroulée au sud dans les deux communes qui représentent la rive droite. Elle occupe un site de 12000 ha, depuis l'aéroport de Senou et les reliefs de Tienkoulou jusqu'au fleuve Niger.

Selon le 4ème recensement général de la population du Mali mené en 2009 Bamako compte 1 809 106 habitants avec un taux de croissance de 5,4. Les femmes représentent 49,80% de la population totale.(27).

3.3- Population d'étude

Notre population d'étude est constituée de jeunes personnes de sexes féminins de la tranche d'âge 15-24 ans.

3.3.a. Critères d'inclusion

Etre consentantes à participer à l'étude,

Etre âgé de 15 à 24 ans

Etre fille

Etre résidant dans un des sites choisis

3.3.b. Critères de non inclusion

Refus des personnes ciblées à participer à l'étude.

Non résident dans les lieux choisis.

3.3.c. Echantillonnage

Pour le calcul de la taille de l'échantillon, nous allons prendre les données de l'EDS IV qui situent respectivement à 17% la proportion des 15-24 ans ayant eu leur 1er rapport en atteignant 15 ans pour les femmes, et à 8% celui les hommes dans le district de Bamako.

La formule de SCHWARTZ ci-dessous permet de calculer le nombre de sujets nécessaires pour notre étude:

$$n = \frac{z^2 pq}{I^2}$$

n : taille minimum de l'échantillon

$$z = 1,96.$$

p : selon l'EDSIVM les proportions des 15-24 ans ayant eu leur 1er rapport en atteignant 15 ans sont de 17% et 8% respectivement pour les femmes et les hommes à Bamako.

$$q : 1-p$$

I : précision de la prévalence p fixé à 5%.

Notre étude a concerné 255 jeunes filles.

3.4. Calendrier d'étude

Le recueil des informations s'est étalé sur la période allant du 03 Juin au 25 Novembre 2014 (soit 6 mois).

3.5. Techniques et outils d'enquête

Le recueil des données quantitatives a été effectué par administration de questionnaire individuel pré-testé auprès de certains jeunes pour mieux adapter les questions.

Les jeunes filles ont été choisies de façon aléatoire. Nous avons procédé à un échantillonnage à raison de la taille de la population dans certains quartiers de ces deux communes tirés au sort.

3.6. Saisie, traitement et analyse des données :

Les données individuelles ont été codifiées en numérique afin de permettre leur exploitation sur un ordinateur. Les logiciels suivants ont servi à la saisie du rapport et à l'exploitation des données:

- Saisies sur le logiciel EPI Data3.1,
- SPSS version 16.0 : logiciel d'épidémiologie pour l'analyse des données.
- Excel : tableur utilisé pour les graphiques et les tableaux.
- Word : traitement de texte pour la saisie.

3.7. Produits attendus :

A la fin de l'étude nous espérons avoir des renseignements sur le profil des jeunes filles en matière d'utilisation des méthodes contraceptives ;

sur le profil par rapport aux choix des méthodes ;

les attentes des jeunes en matière de contraception ;

les facteurs déterminant dans l'adoption d'une méthode de contraception spécifique ;

3.8. Considérations éthiques :

Le consentement éclairé de toutes les participantes a été demandé après d'amples informations fournies sur les objectifs de l'étude et la confidentialité de l'entretien. L'intimité et l'anonymat des volontaires étaient garantis autant que possible et dans le traitement des données. L'identification des personnes enquêtées n'était pas possible sur la fiche d'enquête et le consentement verbal suffisait.

IV-RESULTATS :

Au terme de notre enquête:

- 255 adolescentes ont rempli les fiches,
- 202 jeunes avaient déjà eu des rapports sexuels,
- 93 d'entre elles avaient connus la grossesse.

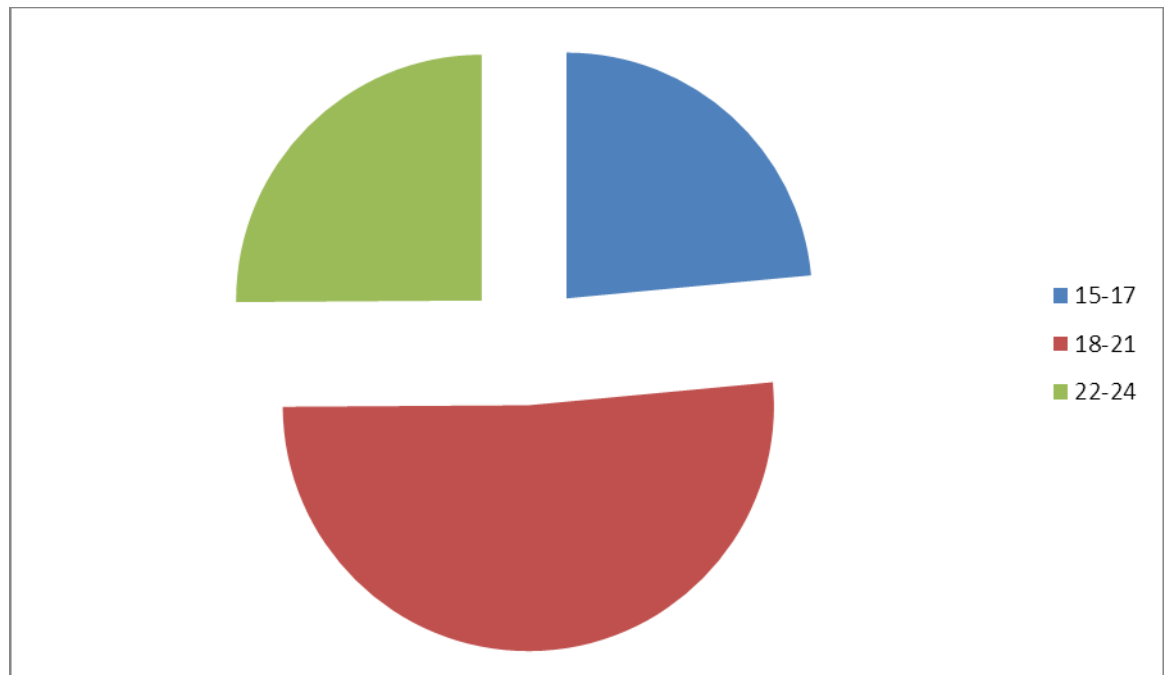


Figure 1: Répartition des jeunes filles par tranche d'âge.

L'âge moyen était de 20 ans (avec des extrêmes de 15 et 24 ans). Les jeunes filles mineures de 15 à 17 ans représentaient 23,5% de notre échantillon.

Tableau I : Répartition des jeunes en fonction du statut matrimonial et par tranche d'âge.

Répartition selon statut matrimonial par tranche d'âge

		Statut matrimonial			
		Célibataire	Fiancée	Mariée	Total
Tranche d'âge	15-17 ans	53 (20,78%)	6 (2,35%)	1 (0,39%)	60 (23,5%)
	18-21 ans	111 (43,53%)	18 (7,06%)	2 (0,78%)	131 (51,4%)
	22-24 ans	52 (20,39%)	6 (2,35%)	6 (2,35%)	64 (25,10%)
Total		216 (84,71%)	30 (11,76%)	9 (3,53%)	255 (100%)

Dans notre étude 43,53% des jeunes femmes étaient célibataires dans la tranche d'âge [18-21].

Tableau II : Répartition des jeunes en fonction du niveau d'étude par tranche d'âge.

		Tranche d'âge			Total
		15-17	18-21	22-24	
Niveau d'étude	Non instruit	8 (3,14%)	17 (6,67%)	3 (1,18%)	28 (10,98%)
	Primaire	6 (2,35%)	13 (5,10%)	15 (5,88%)	34 (13,33%)
	Secondaire	45 (17,65%)	58 (22,74%)	5 (1,96%)	108 (42,35%)
	Technicien	1 (0,39%)	32 (12,55%)	22 (8,63%)	55 (21,57%)
	Universitaire	0	11 (4,31%)	19 (7,45%)	30 (11,76%)
Total		60	131	64	255 (100%)

Dans notre étude, 10,98% des jeunes n'étaient pas allés à l'école avec un pourcentage de 6,67 dans la tranche d'âge [18-21].

Tableau III : Répartition des jeunes en fonction de leur connaissance de la période féconde par tranche d'âge.

		Période féconde		
		Non	Oui	Ne sais pas ou indécise
Age	15-17	13 (5,10%)	33 (12,94%)	14 (5,49%)
	18-21	19 (7,45%)	94 (36,86%)	18 (7,06%)
	22-24	4 (1,57%)	59 (23,14%)	1 (0,39%)
Total		36 (14,12%)	186 (72,94%)	33 (12,94%)

Un nombre conséquent de jeunes filles soit respectivement 7,45% et 7,06% ne connaissaient pas ou étaient indécises par rapport à la connaissance de la période féconde dans la tranche d'âge [18-21].

Tableau IV: Répartition des jeunes en fonction de leur connaissance du premier rapport fécondant par tranche d'âge.

		Oui	Ne sais pas ou indécise	Total
		Age	15-17	55 (21,57%)
	18-21	126 (49,41%)	5 (1,96%)	131
	22-24	61 (23,92%)	3 (1,18%)	64
Total		242 (94,90%)	13 (5,10%)	255 (100%)

A peu près 1,96% des jeunes filles dans les tranches d'âges [15-17] et [18-21] ne savait pas qu'on peut tomber enceinte dès les premiers rapports sexuels.

TABLEAU V : Répartition de l'échantillon selon l'âge du premier rapport sexuel.

Répartition par tranche d'âge au premier rapport sexuel		
	n	%
-15	8	3,14
15-17	173	67,84
18-21	19	7,45
22-24	2	0,78
Non répondant	53	20,78
Total	255	100

La majorité des jeunes filles avaient eu leur premier rapport entre 15-17 ans dans 67,84% des cas.

Tableau VI : Répartition par tranche d'âge selon la méthode contraceptive utilisée lors du premier rapport sexuel.

		Tranche d'âge			Total
		15-17	18-21	22-24	
Méthode utilisée	0	32	18	3	53 (20,78%)
	Rien	18	34	12	64 (25,1%)
	Autre méthode	0	5	2	7 (2,75%)
	Contraceptif injectable	1	9	3	13 (5,10%)
	Période infécondité	2	8	6	16 (6,27%)
	Pilule	2	9	9	20 (7,84%)
	Préservatif	4	36	15	55 (21,57%)
	Technique du retrait	1	12	14	27 (10,59%)
Total		60	131	64	255 (100%)

Notre étude montre que 21,57% des jeunes avaient utilisé le préservatif au cours de leurs premières expériences sexuelles.

TABLEAU VII : Répartition de l'échantillon selon la connaissance de la pilule et sa fréquence de prise par tranche d'âge.

Connaissance de la pilule et sa fréquence de prise par tranche d'âge					
		Fréquence pilule			Total
Tranche d'âge	Connaissance	Réponse indéconse	Réponse exacte	Réponse fausse	
15-17	Non	0	0	3	3 (1,18%)
	Oui spontanée	10	39	4	53
	Oui suggérée	0	1	3	4
Total		10 (3,92%)	40 (15,69%)	10 (3,92%)	60 (23,53%)
18-21	Oui spontanée	3	112	3	118
	Oui suggérée	5	3	5	13
	Total	8 (3,14%)	115 (45,10%)	8 (3,14%)	131 (51,37%)
22-24	Oui spontanée	1	56	1	58
	Oui suggérée	1	2	3	6
	Total	2 (0,78%)	58 (22,74%)	4 (1,57%)	64 (25,10%)

Seulement 1,18% des jeunes filles a déclaré ne pas reconnaître la pilule contraceptive dans la tranche d'âge [15-17].

TABLEAU VIII : Répartition de l'échantillon selon la connaissance du contraceptif injectable et de sa fréquence de prise par tranche d'âge.

Tranche d'âge		Fréquence injectable			Total
		Réponse indéconse	Réponse exacte	Réponse fausse	
15-17		Connaissance			
	Non	0	0	3	3 (1,18%)
	Oui spontanée	16	27	11	54
	Oui suggérée	1	1	1	3
Total		17 (6,67%)	28 (10,98%)	15 (5,88%)	60 (23,53%)
18-21		Connaissance			
	Non	0	0	1	1
	Oui spontanée	14	97	9	120
	Oui suggérée	4	4	2	10
Total		18 (7,06%)	101 (39,61%)	12 (4,70%)	131 (51,37%)
22-24		Connaissance			
	Oui spontanée		58	1	59
	Oui suggérée	2	0	3	5
Total		2 (0,78%)	58 (22,75%)	4 (1,57%)	64 (25,10%)

Près 1,18% des jeunes filles a déclaré ne pas reconnaître le contraceptif injectable dans la tranche d'âge [15-17].

TABLEAU IX : Répartition de l'échantillon selon la connaissance de pilule de lendemain et selon la connaissance des lieux pour se la procurer.

Connaissance pilule de lendemain et sa source d'approvisionnement				
		Provenance		Total
		Réponse fausse	Réponse exacte	
Connaissance pilule lendemain	Non	158	4	162(63,53%)
	Oui spontané	16	19	35(13,72%)
	Oui suggéré	46	12	58(22,75%)
	Total	220(86,27%)	35(13,73%)	255(100%)

La pilule de lendemain est méconnue par plus de la moitié des jeunes filles dans 63,53% des cas.

TABLEAU X : Répartition de l'échantillon selon la connaissance de ces différentes méthodes contraceptives.

Connaissance de certaines méthodes contraceptives		
	Oui	Non
Gel moussant	45(17,65%)	210(82,35%)
Implant	129(50,59%)	126(49,41%)
Ligature des		
déférents		
Vasectomie	7(2,75%)	248(97,25%)
Ligature des		
trompes		
Stérilisation	10(3,72%)	245(96,08%)

Presque 50,59% des jeunes affirmaient connaître l'implant.

TABLEAU XI : Répartition de l'échantillon selon la connaissance du préservatif et selon la capacité d'utilisation correcte du préservatif par tranche d'âge.

Connaissance du préservatif et de son utilisation correcte par tranche d'âge					
		Utilisation correcte			Total
Tranche d'âge	Connaissance	Réponse indécise	Réponse exacte	Réponse fausse	
15-17	Oui spontanée	17	7	32	56 (21,96%)
	Oui suggérée	0	0	4	4 (1,57%)
	Total	17 (6,67%)	7 (2,74%)	36 (14,12%)	60 (23,53%)
18-21	Non	0	0	1	1 (0,39%)
	Oui spontanée	70	39	18	127 (49,80%)
	Oui suggérée	2	0	1	3 (1,18%)
Total		72 (28,24%)	39 (15,29%)	20 (7,84%)	131 (51,37%)
22-24	Non	0	0	1	1 (0,39%)
	Oui spontanée	54	4	4	62 (24,31%)
	Oui suggérée	1	0	0	1 (0,39%)
Total		55 (21,57%)	4 (1,57%)	5 (1,96%)	64 (25,10%)

La presque totalité des jeunes dans la tranche d'âge [15-17] connaissait le préservatif dans 21,96%.

TABLEAU XII : Répartition de l'échantillon selon la meilleure des méthodes contraceptives pour ces jeunes.

Répartition selon la meilleure des méthodes contraceptives		
	n	%
Abstinence		
périodique	34	13,33
Autre méthodes	22	8,63
Contraceptif		
injectable	57	22,35
Pilule	79	30,98
Pilule du		
lendemain	13	5,10
Préservatif	32	12,54
Technique du		
retrait	18	7,06
Total	255	100

La meilleur des méthodes contraceptives pour les jeunes de notre étude étaient la pilule suivie de l'injectable.

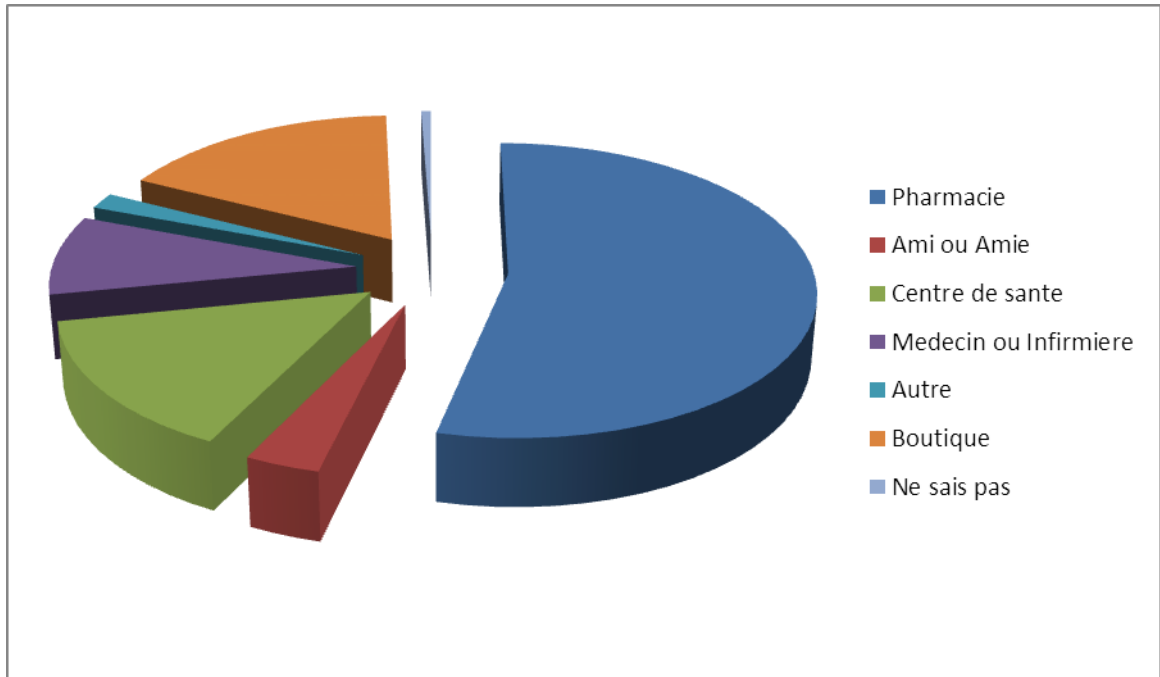


Figure 2 : Répartition de l'échantillon en fonction de la provenance des méthodes utilisées.

La pharmacie représente 36,08% d'approvisionnement des jeunes en méthodes contraceptives.

V- Commentaires et discussion :

Cette étude avait pour objectif de faire un état des lieux des connaissances, attitudes et pratiques des jeunes âgés de 15 à 25 ans en matière de contraception. Force est de constater que les connaissances des jeunes sont très insuffisantes et ne leur permettent pas de contrôler leur vie féconde.

1-Selon le profil socio démographique des enquêtés :

Sur les 255 personnes de notre population d'étude, les célibataires étaient majoritaires avec 84,71%. Cela s'explique par la tranche d'âge ciblée par notre enquête.

Dans notre étude 87,45% des jeunes affirmaient avoir un partenaire ce qui rejoint A.Y. Cissé avec 83,10% dans l'étude des adolescentes en milieu scolaire à Gao.

Seul 12,55% des jeunes déclaraient ne pas avoir de partenaire sexuel.

Plus de la moitié des jeunes affirmaient aborder l'utilisation de la contraception avec leur partenaire sexuel dans 52,16% des cas.

Les jeunes ont eu des partenaires sexuels occasionnels dans 33,73% des cas et 35,63% de ces rapports occasionnels n'étaient pas protégés ceux qui sont proches de ceux de A.Y. Cissé avec 56,80% de partenaires occasionnels dont 43,20% non protégés. Cela peut s'expliquer par la négligence des jeunes ou la méconnaissance du risque qu'ils courent.

. 2-Selon la connaissance sur la sexualité et les méthodes contraceptives

Les jeunes interrogés sur les différents moyens de contraception à leur disposition ont cité en premier les trois grandes méthodes efficaces

disponibles que sont la pilule contraceptive 89%, contraceptif injectable soit 91% et le préservatif dans 96% ce qui est un peu différent de celui de Kane. T qui trouvait dans son étude réalisée par le CERPOD a Banjul que les filles de 14-24 ans donnent en premier lieu le préservatif, la pilule et le DIU. (33). Cependant elles étaient aussi considérables à citer également la méthode du retrait qui est peu efficace ainsi que l'abstinence.

Par rapport à la fréquence de la prise de la pilule par les femmes, 84% avaient donné une réponse exacte ; ce qui rejoint celui trouvé par Mr Sidy Moctar Diakité 83%.

La connaissance des méthodes de contraceptions n'équivaut pas à leur utilisation chez les adolescentes, en effet presque 90% de l'échantillon connaissaient la pilule, l'injectable ou le préservatif et parmi elles, 54,12% avaient utilisé un contraceptif ce qui est différent de celui trouvé par Fatoumata Diallo avec 27,5% d'utilisation contraceptive lors d'une étude menée a Bamako sur les aides ménagères.(32).

3-Selon l'attitude et pratique des jeunes en matière de contraception

Parmi ceux qui avaient déjà un rapport sexuel les mineurs de moins 18 ans étaient majoritaires avec 75%. L'âge moyen au 1^{er} rapport était de 16,14 ans avec des extrêmes de 12 et 22 ans ce qui rejoint un peu les données de l'EDS IV qui était 17 ans.

La majorité des jeunes filles notamment près de 28,24% dans la tranche d'âge [18-21] et 21,57% dans la tranche d'âge [22-24] étaient indécises à l'utilisation correcte du préservatif.

Par rapport à la discussion sur la contraception, 52,16% des jeunes interrogés avaient répondu « Oui » pour avoir déjà discuté de

contraception avec leur partenaire tandis qu'une majorité (47,84%) était sans opinion. A ce niveau on pourrait évoquer le poids de la culture, de la tradition et le niveau d'éducation qui pourraient peser sur la communication au sein du couple.

La meilleur des méthodes contraceptives pour les jeunes de notre étude étaient la pilule suivie de l'injectable soit 30,98% et 22,35% ce rejoint celui de F. Diallo avec 27.5% pour la pilule et 50% pour l'injectable.

Parmi les différentes méthodes contraceptives existantes, les jeunes filles optent en général pour la pilule, l'injection, et le préservatif. Il faut dire que ce sont les méthodes contraceptives les plus discrètes. C'est ce que confirment les témoignages de jeunes filles qui se sont prêtées à nos questions. En effet dans l'emploi courant du préservatif, il existe un risque de rupture ou de glissement ce qui a favorise la baisse de son utilisation au niveau des jeunes.

Le préservatif était la méthode contraceptive la plus utilisée avec 39,86% suivi du retrait 19,57% et de la pilule 14,49%. Le taux d'utilisation élevé d'utilisation de préservatif peut s'expliquer par la disponibilité et la vente libre de ce contraceptif.

4-Selon le statut matrimonial et le niveau d'instruction

Dans notre étude seule 3,53% des jeunes étaient mariées, notre échantillon étant composé majoritairement d'élèves, les filles de notre époque qui vont au lycée envisagent en général une étude universitaire qui ne va pas de pair avec les obligations matrimoniales.

Pour que les jeunes femmes des pays en développement bénéficient d'une plus longue scolarisation, acquièrent une expérience productive sur le marché de l'emploi avant le mariage et la maternité et soient davantage

prêtes à la parentalité, elles doivent avoir accès à des services de contraception et de santé reproductive qui leur permettent de protéger leur santé et d'éviter les grossesses non planifiées.

La précocité de la fécondité chez les jeunes s'explique en partie par un contexte marqué par une sous-scolarisation très prononcée, aidée en cela par la tradition nataliste. Chez les 15-19 ans, 64% des filles n'ont jamais été à l'école. Or, on sait que l'école peut retarder l'entrée en vie féconde et que les jeunes qui ne vont ni à école, ni au travail pour occuper leur temps (52% des filles) courent souvent des risques plus élevés de se livrer à une activité sexuelle non protégée. On s'aperçoit donc que les efforts en matière de scolarisation notamment celle des filles doivent être plus soutenus.

5-Selon l'utilisation et la source d'approvisionnement des jeunes :

La majorité des jeunes interrogés ne partaient pas au centre de santé soit 84,2% contre seulement 15,8% des jeunes qui partaient.

La pharmacie représente 36,08% d'approvisionnement des jeunes en méthodes contraceptives. Le taux d'approvisionnement élevé dans les pharmacies s'explique par la disponibilité et la discrétion dont les pharmaciens font preuves lors de leurs délivrations.

Dans notre étude 87,45% des jeunes affirmaient avoir un partenaire ce qui rejoint F. Diallo avec 100% des aides ménagères qui étaient sexuellement actif. (32). La différence est significative sur l'utilisation de contraceptif. Cela peut s'expliquer par l'insouciance des jeunes.

Il est vrai que la morale, tout comme les religions révélées, prône la chasteté et interdit les rapports sexuels hors mariage, surtout chez les jeunes. Mais, force est de reconnaître que les jeunes, encore mineures,

sont face à une dégradation des mœurs et découvrent très tôt (entre l'âge de 13 à 18 ans) les plaisirs charnels. Car, dans ce lot de jeunes qui entretiennent des rapports sexuels et usant de méthodes contraceptives, il faut inclure ceux qui ont été victimes de viols, ceux qui le font pour subvenir aux besoins de leur famille, et d'autres qui s'adonnent au sexe par simple plaisir.

La contraception d'urgence orale trouve son indication lorsqu'il y a un rapport non protégé mais elle est méconnue par plus de la moitié des jeunes dans 63,53%. Ainsi, une majorité des jeunes inclus dans cette étude n'est pas capable d'éviter une grossesse après un rapport sexuel non protégé.

La pilule de lendemain est méconnue par plus de la moitié des jeunes dans 63,53%.

La majorité des jeunes ne sait pas où la trouver dans 86,27%. C'est ainsi qu'un nombre conséquent avaient connus la grossesse dans 36,47%.

6- Selon l'attitude des jeunes face aux grossesses indésirées : Cas d'IVG

Bien que la plupart des cas d'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) chez les jeunes se produise en secret et clandestinité, l'OMS estime que ce nombre oscille entre 1 et 4 millions de cas chaque année pour les raisons les plus diverses, telles que la honte, la pauvreté, le manque d'accès aux moyens de contraception. Le taux d'avortement ou IVG n'est pas uniforme car le recours à cette pratique varie en fonction des contextes socioculturels.

Combien de fois, nous rencontrons des couples de jeunes qui veulent faire une Ivg? Quand on leur explique que c'est illégal et qu'on essaie de

les en dissuader en leur donnant des conseils, ils partent et vont par d'autres voies se débarrasser de leur grossesse. C'est pourquoi il urge à l'heure actuelle d'informer les jeunes sur les méthodes contraceptives. Il serait aujourd'hui préférable et plus judicieux pour tout parent de parler de la sexualité et de la contraception aux enfants dès l'âge de la puberté ou des premiers amours. Or, le dialogue qui est pourtant indispensable entre les parents et les jeunes filles est quasiment inexistant dans nos familles car la sexualité et les questions qui tournent autour, sont encore taboues. Ainsi les jeunes filles ne trouvant pas un interlocuteur pour en parler, se tournent vers des copines qui ne transmettront que de fausses d'idées. (27).

7-Difficultés et limites de cette étude :

Les jeunes filles sélectionnées pour l'étude devaient être inclus au hasard avec pour seul critère de sélection l'âge entre 15 et 25 ans résident la rive droite.

Les difficultés ont été essentiellement :

-la réticence de certaines jeunes filles de ne pas se soumettre à notre étude, car elles trouvent certaines questions très personnelles.

-la réticence de certaines participantes par manque de badge pour l'identification de l'enquête.

-le manque de moyen financier pour payer certains articles intéressants ou pour le déplacement dans les différents quartiers retenus dans l'étude.

Notre étude a concernée seulement une partie de la ville de Bamako. Elle est loin d'être exhaustive pour l'ensemble de la ville.

VI- Conclusion et recommandations :

1- Conclusion :

Notre travail est une étude des connaissances et des pratiques des jeunes femmes en matière de contraception qui a concernée 255 jeunes du district de Bamako. Elle comporte une étude transversale décrivant les attitudes des jeunes résidents dans les deux communes du district sur la contraception.

Nous nous sommes proposé comme objectif : d'étudier le comportement des jeunes en matière d'utilisation de la contraception.

Les principaux résultats sont les suivants :

La majorité des jeunes connaissent des méthodes contraceptives dont 90% la pilule 91% l'injectable et parmi elles seul 54% utilisaient la contraception. Les jeunes avaient plusieurs sources d'informations sur la contraception. Les raisons de désapprobation de la contraception étaient la religion suivie de l'ignorance.

Les jeunes étaient sexuellement actives et avaient des rapports sexuels de plus en plus précoces. Plusieurs jeunes avaient des partenaires sexuels occasionnels, plus de la moitié n'avaient pas utilisé les préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels.

La contraception n'est pas bien élucidée pour beaucoup de jeunes et ses effets secondaires mal acceptés, sont généralement liés à l'automédication et les mauvaises rumeurs.

Une information isolée de la contraception sans référence aux problèmes de la vie active, sexuelle et familiale n'est pas suffisante. Pour cela, nous faisons quelques recommandations.

2- Recommandations :

2-1- Aux autorités socio-sanitaire et politique :

- Introduire l'éducation sexuelle au niveau de l'enseignant primaire et secondaire.

- Promouvoir la pratique de la contraception

- Intensifier des campagnes d'information

- Vulgariser l'accès aux méthodes contraceptives et les rendre disponibles pour tous.

- Créer et multiplier les centres agréés pour les jeunes au niveau national et au niveau régional afin de permettre aux jeunes de fréquenter régulièrement et facilement le centre le plus proche.

- Mettre gratuitement les produits contraceptifs à la disposition des jeunes.

2-2- Aux jeunes :

- S'informer avant même la puberté des différentes modifications physiologiques de l'organisme afin de comprendre le cycle menstruel, l'acte sexuel, la contraception, etc.

- Discuter avec les parents, les enseignants des problèmes de sexualité pour lever les tabous et éviter les idées fausses qui constituent un obstacle à l'adoption de la contraception.

2-3- Au personnel médical et para médical :

- Etre attentif et disponible envers les jeunes.

- Eduquer les jeunes sur la sexualité, ne pas les juger.

- Maîtriser les différentes méthodes contraceptives

-Mener un counseling initial spécifique et de suivi (la consultation médicale ne doit pas être de type demande de contraception, fourniture d'une ordonnance mais nécessite un dialogue personnalisé avec la jeune fille).

2-4- Aux parents :

Discuter avec les jeunes pour lever les tabous sexuels, socioculturels et religieux.

VII - Références :

1-Meeting-Repro-Needs-fr : Répondre aux besoins de santé reproductive et sexuelle des jeunes femmes, mai 2000 [En ligne].<http://www.prb.org>. Consulté le 05-04-2014.

2-Guiella G et Woog V : Santé sexuelle et de la reproduction des adolescents au Burkina Faso : Résultats de l'Enquête Nationale sur les Adolescents du Burkina Faso 2004, Occasional Report, New York: No. 21. 2006; p 67-70.

3-west-africa-media-fr.pdf : Guide sur la sante sexuelle et reproductive en Afrique de l'Ouest. Edition 2011.p 13-18.

4- Justine Tantchou , Ellen Wilson : Politiques et programmes de sante reproductive après le Caire ; Une étude de cinq pays de l'Afrique francophone, Aout 2000 :48 p.

5-Sexualité, contraception, sante de AZ : reproduction des jeunes. [En ligne]. [http:// www.infovph.ca](http://www.infovph.ca). Consulté le 03-09-2014

6- InternationalWomen'sHealthCoalition/communications@iwhc.org. 2007.

Consulté le 21-12- 2014.

7- ASRH-good-practice-documentation : La sante sexuelle et reproductive en situation de crise humanitaire ; Décembre 2012 : p8-12.

© 2012 Women's Refugee Commission and Save the Children

8- Index : Sante sexuelle et reproductive Guide de soins continus. Publication 2010. p 225-245.

9- Dossiers-spécial-sur la contraception chez les jeunes.html \1378

Consulte le 19-03-2015.

10- Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), D. N. (2007). Enquête démographique et de santé du Mali. P.25-30.

11- FB-Adolescents-fr : Les faits sur la sexuelle et reproductive des adolescents dans le monde en développement, Avril 2010. [En ligne],<http://www.guttmacher.org> .Consulte le 12-07-2014.

12-OMS : Fédération internationale pour la planification familiale (International Planned Parenthood Fédérations). 2002.

13- Sante et droit sexuels et reproductifs : Afrique Subsaharienne ; www.iwhc.org. Octobre 2007. Consulte le 02-03-20014.

14- Division Santé de la Reproduction. Stratégie nationale de communication pour la santé de la reproduction. Bamako: DSR/MS.2006.p.10-25.

15-DELAUNAY Valérie, ENEL Catherine, LAGARDE Emmanuel, DIALLO Aldiouma, SECK Karim, BECKER Charles et PISON Gilles.

Sexualité des adolescents : tendances récentes en milieu rural sénégalais. – Paris.

Centre français sur la population et le développement, les dossiers du CEPED, n° 66. Novembre 2001 :42 p.

16-CISSE A.Y

Connaissances attitudes et pratiques de la contraception en milieu scolaire dans la commune urbaine de Gao. [Thèse: Méd].Bamako, Université de Bamako ;2010.

17- Note de synthèse du Bureau Régional pour les États Arabes de l'UNFPA : Santé sexuelle et reproductive, un composant essentiel de la couverture sanitaire universelle ; Mai 2014 :4 p.

18- LAPASSET (LAPASSET-HAFID) AURORE MAGALI PIERRETTE :

Niveau d'information et acceptabilité de la Contraception des jeunes. [Thèse :Méd]. Paris, Université de Paris ; 2013.

19-Connaissances de la contraception : Enquêtes démographiques et de santé – Mali ; 2006. P 30-41.

20- Historique de la contraception. [En ligne], <http://www.wikipedia.org>. Consulté le 05-02-2015.

21-Planning traditionnel au Mali. Education sexuelle en Afrique tropicale 1973 : 54 p.

22-Centre Latino-américain de Périnatalogie – Santé de la Femme et de la Reproduction, Publication Scientifique du CLAP/SFR 1562.04. p.224-250.

23-La contraception. [En ligne]. <http://www.contraceptions.org/html/index>. Consulté le 05-02-2015.

24-Larousse médical. Edition 2008

25-Goarzin.M

Les 15-25 ans face au risque de grossesse non désirées : enquête sur leurs connaissances et rôle préventif du médecin. [Thèse : Med].Paris, Université de Paris 7- Denis Diderot. 2008.

26- Enquêtes démographiques et de santé – Mali (VIème génération) : Version 2013. P 8-15.

27-Ministère de l'administration territoriale et des collectivités locales. Recensement général de la population et de l'habitat du Mali 2009 : Version d'évaluation. p. 18-25.

28- Sexualité des adolescents-humanum pour les droits de l'enfants.htm. [En ligne]. [http:// www.masexualite.org](http://www.masexualite.org). Consulté le 03-09-2014

29-Mairie du District de Bamako. Monographie du District de Bamako. Edition 2006, Bamako : 65 p.

30- African Journal of Reproductive Health: Nouveaux résultats de recherche sur la santé de reproduction en Afrique, Vol. 11 No.3. Décembre, 2007. p.10-15.

31- Michelle Rotermann

Tendances du comportement sexuel et de l'utilisation du condom à l'adolescence. Rapports sur la santé, vol. 19, no 3, Septembre 2008 : 6p.

32-Diallo. F

Connaissances, attitudes et pratiques des aides ménagères en matière de sante de la reproduction dans la commune IV. [Thèse : Med]. Bamako. Université de Bamako ; 2008.

33- Kane. T

Etude régionale sur la sante de la reproduction des adolescents dans le sahel au Burkina Faso. [Thèse : Med]. Bamako. Université de Bamako ; Mali .2005.

34-BOMIA.M

Connaissances, attitudes et pratiques sur la sante de la reproduction en milieu scolaire a Bamako. [Thèse : Med]. Bamako. Université de Bamako ; 2005 n 17.

Annexe 1 : Questionnaire semi-directif- Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes du district de Bamako en matière de contraception.

Questionnaire semi-directif sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception.	
Références du questionnaire	
Date :	Numéro :
Quartier :	Commune :
Renseignements généraux	
Q1 Sexe	/___/ F
Q2 Age	2.1 Quelle est votre date de naissance /_jj_/_mm_/_aaaa_/ 2.2 Quel âge avez-vous actuellement ? Age /___/
Q3 Ethnie	3.1 Quelle est votre ethnie ? /___/ Bambara=1 ; Peulh=2 ; Soninké=3 ; Malinké=4 ; Dogon=5 ; Bowa=6 ; Autre =99 (A préciser)
	3.2 Quelle place occupe les valeurs culturelles dans votre vie? /___/ Très importante=1 ; Importante =2 ; Pas importante=3
Q4 Religion	4.1 Quelle est votre religion ? /___/ Islam=1 : Christianisme=2 ; Animisme=3 ; Autre=99 (A préciser)
	4.2 Quelle place occupe la religion dans votre vie ? /___/Très importante=1 ; Importante =2 ; Pas importante=3
Q5 Niveau d'instruction	5.1 Savez vous lire ? /___/Oui=1 ; Non = 0 (Si Non, aller à Q6.1)
	5.2 (Si oui à 5.1) Etes vous allées à l'école ? /___/ Oui =1 ; Non=0 (Si Non, aller à Q5.3.2)
	5.3.1 (Si Oui à 5.2) Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint ? /___/ Primaire=1; Secondaire =2; Technicien=3 ; Universitaire=4 (Si niveau d'étude, aller à 5.4) 5.3.2 Etes vous alphabétisés? /___/ Oui=1; Non=0 (Après aller à 6.1)
Q6 Emploi	6.1 Avez vous déjà eu un emploi rémunéré ? /___/ Oui=1 ; Non=0 (Si Non, aller à Q7)

	6.2 (Si Oui à 6.1) A quel âge avez vous eu votre premier emploi rémunéré ? Age /___/
	6.3 (Si oui à 6.1) Occupez vous actuellement un emploi rémunéré ? /___/ Oui=1 ; Non=0
	6.4 (Si Oui à 6.1) Combien gagnez (gagniez) vous par mois approximativement? /___/ Tranche de gain mensuel en FCFA:[5000 -14999]=1 ; [15000-24999]=2 ;[25000-49999]=3 [50000-Plus]=4
Q7 Situation matrimoniale	/___/ Célibataire=1; Fiancé(e)=2; marié(e)=3; Autre =99: (A préciser)

Connaissances, attitudes, pratiques	
A – Connaissances pour une sexualité responsable	
A1 - Education sexuelle	
Q8 L'éducation sexuelle donne des informations sur la puberté, sur les organes sexuels, sur les appareils reproducteurs et sur les relations entre garçons et filles. Avez-vous déjà assisté à une séance sur l'un de ces sujets?	/___/ Oui=1 ; Non=0 ; Ne sais pas=3 ; Jamais = 88
Q9 Appréciation de l'éducation sexuelle	9.1 Pensez vous que soit une bonne chose que les adolescents et les jeunes bénéficient des séances d'éducation sexuelle? /___/ Oui=1 ; Non=0 ; 9.2 (Si Oui à 9.1) Quelle forme pensez vous qu'il faut lui donner ? /___/ Formelle (à l'école/Médersa)=1 ; 2. Informelle =2 ; Coutumière/Traditionnelle =3 ; Religieuse =4 ; Autre =99 (A préciser)
	9.3. A partir de quel âge pensez vous qu'il faut commencer l'éducation sexuelle si formalisée (à l'école/médersa) /___/ 9 ans ⇔ 4 ^{ème} année fondamental =1 10 ans ⇔ 5 ^{ème} année fondamental =2

	11 ans ⇔ 6 ^{ème} année fondamental =3 Autre =99 (A préciser)
A2 – Connaissances sur la sexualité et la procréation	
Q10- Niveau de connaissance sur la sexualité et la reproduction	10.1 Une femme peut être enceinte dès le premier rapport sexuel. /___/ Vrai=1 ; Faux=2 ; Ne sais pas/sans opinion=3
	10.2 Une femme arrête de grandir après le premier rapport sexuel. /___/ Vrai=1 ; Faux=2 ; Ne sais pas/sans opinion=3
	10.3 Une femme a plus de chances de tomber enceinte si elle a des rapports sexuels deux semaines avant ou après les règles. /___/ Vrai=1 ; Faux=2 ; Ne sais pas/sans opinion=3
A3- Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives	
Q11 Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives	11.1.Pilules a. Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours /___/ Oui (spontané) =1 ; Oui (suggéré) =2 ; Non=0 11.1.b. « Savez-vous où et auprès de qui vous procurer cette méthode de contraception ? » /___/ Oui=1 ; Non=0
	11.2. Contraceptifs injectables a. Les femmes peuvent recevoir une injection tous les 3 mois /___/ Oui (spontané) =1 ; Oui (suggéré) =2 ; Non=0 b. « Savez-vous où et auprès de qui vous procurer cette méthode de contraception ? » /___/ Oui=1 ; Non=0
	11.3. Préservatif a. Un homme peut mettre un capuchon en caoutchouc sur

	<p>son pénis avant d'avoir un rapport sexuel /___/</p> <p>Oui (spontané) =1 ; Oui (suggéré) =2 ; Non=0</p> <p>b. « Savez-vous où et auprès de qui vous procurer cette méthode de contraception ? » /___/ Oui=1 ; Non=0</p>
	<p>11.4. « Pilule du lendemain »</p> <p>a. Une femme peut prendre des pilules peu de temps après avoir eu un rapport sexuel /___/</p> <p>Oui (spontané) =1 ; Oui (suggéré) =2 ; Non=0</p> <p>b « Savez-vous où et auprès de qui vous procurer cette méthode de contraception ? » /___/ Oui=1 ; Non=0</p>
	<p>11.5. Technique du retrait</p> <p>Un homme peut retirer son pénis du vagin de la femme avant l'éjaculation /___/</p> <p>Oui (spontané) =1 ; Oui (suggéré) =2 ; Non=0</p>
	<p>11.6. Abstinance périodique</p> <p>Un couple peut éviter d'avoir des rapports sexuels les jours où la probabilité d'une grossesse est maximale. /___/</p> <p>Oui (spontané) =1 ; Oui (suggéré) =2 ; Non=0</p>
	<p>11.7. Il existe d'autres moyens de contraception que je n'ai pas évoqués. De quels autres moyens avez-vous entendu parler ? (Entourer chaque moyen mentionné).</p> <p>Implant=1</p> <p>Gel/mousse spermicide=2</p> <p>Stérilisation=3</p> <p>Vasectomie=4</p> <p>Autre = 5 (A préciser)</p>
	<p>11.8 A votre avis, quelle est la meilleure méthode pour les jeunes ? (Entourer une réponse).</p>

	<p>Pilule=1</p> <p>Contraceptifs injectables=2</p> <p>Préservatifs=3</p> <p>« Pilule du lendemain =4</p> <p>Technique du retrait=5</p> <p>Abstinence périodique=6</p> <p>Autre=99 (A préciser)</p>
B Attitudes et pratiques en matière de sexualité	
<p>Q12 Avez-vous déjà eu un copain ? C'est-à-dire, avez-vous déjà connu quelqu'un qui vous attire sexuellement ou affectivement et avec qui vous êtes « sorti(e) » ?</p>	<p>/ ___ /</p> <p>Oui=1</p> <p>Non=0 (<i>Si Non, aller à Q16</i>)</p>
<p>Q13 (Si Oui à Q12) Combien de copains avez-vous eus ?</p>	<p>Nombre / ___ /</p>
<p>Q14 (Si Oui à Q12) Au sujet du copain actuel ou du dernier copain poser la séquence de questions suivante</p>	<p>14.1 Quel âge a votre copain ? Age / ___ /</p> <p>14.2 Quand votre relation a débuté, était-il célibataire, marié, divorcé ou séparé ? / ___ /</p> <p>Célibataire=1</p> <p>Marié=2</p> <p>Divorcé=3</p> <p>Séparé=4</p> <p>14.3 Quand votre relation a débuté, était-il étudiant à temps plein, travaillait-il ou ni l'un, ni l'autre ? / ___ /</p> <p>Etudiant à temps complet=1</p> <p>Travail =2</p> <p>Ni l'un, ni l'autre=3</p>

	<p>14.4 Combien de mois ou combien d'années cela fait-il que vous êtes sorti(e) pour la première fois avec lui ?</p> <p>Durée en /___/ mois</p> <p>14.5 La relation est-elle terminée ? /___/</p> <p>Oui=1 ; Non=0 (Si Non, aller à 14.7)</p> <p>14.6 (Si Oui à 14.5) Qui a décidé de mettre fin à la relation ? Vous, Copain ou vous deux ? /___/</p> <p>Moi=1 ; Copain=2 ; Nous deux=3</p> <p>14.7 Pendant que vous sortiez avec lui, êtes-vous sortie aussi avec quelqu'un d'autre ? /___/</p> <p>Oui=1 ; Non=0</p> <p>14.8 Comment décririez-vous votre relation avec lui ? /___/</p> <p>Passagère=1 ; Sérieuse=2 ; Importante/mariage éventuel=3</p> <p>Fiancés en vue d'un mariage =4</p> <p>14.9 Avez vous déjà eu des rapports sexuels avec pénétrations? /___/</p> <p>Oui=1 ; Non=0 (Si Non, aller à Q16)</p>
<p>Q15 (Si Oui) Au sujet du copain actuel ou du dernier copain poser la séquence de questions suivante</p>	<p>15.1 Diriez-vous que ce rapport sexuel était prévu ou inattendu ? /___/</p> <p>Prévu=1 ; Inattendu=2</p> <p>15.2 Etait-ce la première fois que vous aviez un rapport sexuel avec pénétration ? /___/</p>

Oui=1 ; Non=0

15.2.a. Quel âge aviez-vous lors de votre premier rapport sexuel ? Age / ___/

15.2.b. Quel âge aviez-vous lors de votre premier rapport sexuel avec votre copain actuel ? Age / ___/

15.3 Avez-vous regretté d'avoir eu un rapport sexuel avec votre copain actuel cette première fois ? / ___/

Oui, je l'ai regretté=1 ; Non, je ne l'ai pas regretté =2

15.4 Lors de ce premier rapport sexuel, est-ce que votre copain actuel ou vous avez fait quelque chose pour éviter une grossesse ? / ___/

Oui=1 ; Non=0 (***Si Non, aller Q15.6***)

15.5 Quelle méthode avez-vous utilisé ? / ___/

Préservatif=1

Pilule=2

Contraceptifs injectables=3

Technique du retrait=4

Période d'infécondité=5

Autre= 99 (A préciser)

15.6 Avez-vous déjà parlé de contraception avec votre copain actuel ? / ___/

Oui=1 ; Non=0 (***Si Non, aller Q15.8***)

15.7 (Si Oui) En avez-vous parlé avant ou après le premier

rapport sexuel ? /___/

Avant le premier rapport sexuel=1

Après le premier rapport sexuel=2

Jamais=88

15.8 A part la première fois, votre copain actuel et vous avez-vous déjà utilisé une méthode pour éviter la grossesse ? /___/

Toujours=1 ; Parfois=2 ; Jamais=88

15.9 Quelle méthode votre copain actuel et vous avez-vous principalement utilisé ? /___/

Préservatif=1

Pilule=2

Contraceptifs injectables=3

Technique du retrait=4

Période d'infécondité=5

Autre=99 (A préciser)

15.10 Qui vous a fourni cette méthode, à vous ou à votre copain actuel ? (**entourer une seule réponse**) /___/

Boutique=1

Pharmacie=2

Ne sais pas=3

Médecin/infirmière privé(e)/établissement privé=4

Ami(e)=5

Centre de santé/hôpital public=6

Autre=99 (A préciser)

15.11 (**Voir la réponse à la question 15.9**) Qui a décidé

	<p>d'utiliser une méthode de contraception (toujours/quelquefois/jamais) ? Vous-même, le copain ou vous deux ? /___/</p> <p>Moi=1</p> <p>Copain=2</p> <p>Nous deux=3</p> <p>15.12. Votre copain vous a-t-il déjà mise enceinte ? /___/</p> <p>Oui=1</p> <p>Non=0</p> <p>15.13 Comment la grossesse s'est-elle terminée ? /___/</p> <p>Grossesse en cours=1</p> <p>Avortement=2</p> <p>Ne sais pas=3</p> <p>Naissance vivante=4</p> <p>Fausse couche=5</p>
<p>Q16- Types de contacts hétérosexuels</p>	<p>16.1 Certains jeunes gens ont des « aventures sans lendemain » après une fête ou après avoir bu, par exemple. Cela vous est-il déjà arrivé ? /___/ Oui=1 ; Non=0 (Si Non à Q16.5)</p>
	<p>16.2 Combien d'« aventures sans lendemain » avez-vous eues ? Nombre /___/</p>
	<p>16.3 Est-ce que, dans ces circonstances, vous ou votre partenaire sexuel avez fait quelque chose pour éviter une grossesse ? /___/ Oui=1 ; Non=0</p> <p>16.4 (Si Oui à 16.3) Etait ce toujours ou parfois ? /___/</p> <p>Toujours=1</p> <p>Parfois =2</p> <p>Jamais =88</p>

	<p>16.5 Certains jeunes reçoivent de l'argent ou des cadeaux en échange d'un rapport sexuel. Cela vous est-il déjà arrivé ?</p> <p>/___/ Oui=1 ; Non=0 (<i>Si Non, aller Q17.1</i>)</p>
	<p>16.6 Avec combien d'hommes avez-vous eu un rapport sexuel en échange d'argent ou de cadeaux ?</p> <p>Nombre /___/</p>
	<p>16.7 Est-ce que, dans ces situations, vous ou votre partenaire avez fait quelque chose pour éviter une grossesse ? /___/</p> <p>Toujours=1</p> <p>Parfois=2</p> <p>Jamais=88</p>
Inexpérience sexuelle	
<p>Q17 Raisons pour n'avoir jamais eu de rapports sexuels</p> <p>Les gens peuvent évoquer plusieurs raisons pour ne pas avoir de rapports sexuels. Je vais vous lire certaines affirmations. Dites-moi si elles correspondent à votre cas</p>	<p>17.1 Je ne me sens pas prêt(e) à avoir des rapports sexuels</p> <p>/___/ Oui=1 ; Non =0 ; Ne sais pas=3</p>
	<p>17.2 Je n'ai pas eu l'occasion d'avoir des rapports sexuels</p> <p>/___/ Oui=1 ; Non =0 ; Ne sais pas=3</p>
	<p>17.3 Je pense qu'il ne faut pas avoir de rapports sexuels avant le mariage /___/ Oui=1 ; Non =0 ; Ne sais pas=3</p>
	<p>17.4 J'ai peur de tomber enceinte /___/ Oui=1 ; Non =0</p> <p>Ne sais pas=3</p>
	<p>17.5 J'ai peur d'attraper le VIH/SIDA ou une autre infection sexuellement transmissible /___/</p> <p>Oui=1 ; Non =0 ; Ne sais pas=3</p>
<p>Q18 Attentes et perceptions par rapport aux relations sexuelles</p>	<p>18.1. Un garçon et une fille doivent avoir des rapports sexuels avant de se fiancer pour voir s'ils sont faits l'un pour l'autre.</p> <p>/___/</p> <p>D'accord=1</p> <p>Pas d'accord =2</p> <p>Ne sais pas/indécis(e) =3</p>

	<p>18.2. La plupart de mes ami(e)s pensent que c'est bien d'avoir des aventures sans lendemain. /___/</p> <p>D'accord=1</p> <p>Pas d'accord =2</p> <p>Ne sais pas/indécis(e) =3</p>
	<p>18.3. Les garçons et les filles peuvent avoir des rapports sexuels à condition d'utiliser des moyens pour empêcher la grossesse /___/</p> <p>D'accord=1</p> <p>Pas d'accord =2</p> <p>Ne sais pas/indécis(e) =3</p>
	<p>18.4. La plupart de mes ami(e)s qui ont des rapports sexuels utilisent régulièrement le préservatif. /___/</p> <p>D'accord=1</p> <p>Pas d'accord =2</p> <p>Ne sais pas/indécis(e) =3</p>
	<p>18.5. Je suis sûr(e) de pouvoir exiger le préservatif chaque fois que j'ai des rapports sexuels. /___/</p> <p>D'accord=1</p> <p>Pas d'accord =2</p> <p>Ne sais pas/indécis(e) =3</p>
	<p>18.6. Je pense savoir utiliser correctement le préservatif. /___/</p> <p>D'accord=1</p> <p>Pas d'accord =2</p> <p>Ne sais pas/indécis(e) =3</p>

	<p>18.7. Combien de vos amis ont déjà eu des rapports sexuels ? /___/</p> <p>Beaucoup=1</p> <p>Certains=2</p> <p>Ne sais pas =3</p> <p>Aucun=4</p>
Perceptions sur les services de santé	
Q19 Services de santé : Utilisation et perceptions	<p>19.1. Etes-vous déjà allé(e) dans un établissement de santé ou avez-vous déjà consulté un médecin pour bénéficier des services ou recevoir des informations concernant la contraception, la grossesse, l'avortement ou des infections sexuellement transmissibles ? /___/</p> <p>Oui=1 ; Non=0 (<i>Si Non, fin</i>)</p>
	<p>19.2. La dernière fois que vous avez vu un médecin ou une infirmière, quel était le motif de votre consultation ? /___/</p> <p>Contraception=1</p> <p>IST=2</p> <p>Test de grossesse=3</p> <p>Avortement=4</p> <p>Santé de la mère et de l'enfant=5</p> <p>Autre = 99</p>
	<p>19.3. Dans cet établissement, avez-vous vu des affiches sur la contraception ? /___/</p> <p>Oui = 1 ; Non = 0</p>
	<p>19.4. Vous a-t-on donné des brochures sur la contraception ? /___/ Oui = 1 ; Non = 0</p>
	<p>19.5. Avez-vous assisté à une séance d'information sur la contraception ? /___/</p> <p>Oui = 1 ; Non = 0</p>

	<p>19.6. Avez-vous demandé une contraception pendant la consultation ? /___/</p> <p>Oui = 1 ; Non = 0</p>
	<p>19.7. Est-ce que le médecin ou l'infirmière vous a parlé /___/</p> <p>a. de la contraception ? Oui = 1 ; Non = 0</p> <p>b. de la grossesse Oui = 1 ; Non = 0</p>
	<p>19.8. Vous sentiez-vous suffisamment à l'aise pour poser des questions ?/___/</p> <p>Oui = 1 ; Non=0</p>
	<p>19. 9. A-t-on bien répondu aux questions que vous avez posées pendant la consultation ? /___/</p> <p>Oui=1 ; Non=0</p>
	<p>19.10. La confidentialité était-elle suffisamment respectée ? /___/ Oui =1 ; Non =0</p>
<p>Je vous remercie</p>	

Fiche signalétique

Nom : DIBO

Prénom : DJENEBA

Titre de la thèse : Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes filles de 15-24 ans dans les communes V et VI de Bamako en matière de contraception.

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de pharmacie

Année de soutenance 2014-2015

Département : Santé publique

Résumé : Au cours de cette étude portant sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes filles de 15-24 ans dans les communes V et VI de Bamako en matière de contraception allant du 03 Juin au 25 Novembre 2014 sur un total de 255 jeunes filles.

Les célibataires étaient les plus représentées avec **84,71%** des cas. La majorité des jeunes filles étaient sexuellement actif dans **87,45%** des cas.

Les jeunes ont eu des partenaires sexuels occasionnels dans **33,73%** des cas et **35,63%** de ces rapports occasionnels n'étaient pas protégées.

Mots clés : Contraception, Grossesse non désirée, Interruption volontaire de grossesse, planification familiale, méthode contraceptive.

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer dans l'intérêt de la Santé Publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ;
- en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

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