

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRES, SUPERIEURS ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

oooooooooooooooooooooooo

THESE

Année : 2007-2008
N°/___/

**ETUDE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES
METHODES DE CONTRACEPTION PAR LES ELEVES ET
ETUDIANTS DANS LE DISTRICT DE BAMAKO.**

Présentée et soutenue publiquement le 03 /04/2008

Par

MLLE HALIMATOU DIAWARA

Pour l'obtention du grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLÔME D'ETAT)**

JURY :

PRESIDENT DU JURY : Professeur Abdou Alassane TOURE

MEMBRES : Docteur Binta Keïta
Professeur Mamadou TRAORE

CO- DIRECTEUR : Docteur Mamadou Souncalo TRAORE

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Sidi Yaya SIMAGA

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je dédie cette thèse :

A mon père : **MOUSSA DIAWARA**

Tu as donné le meilleur de toi-même pour la réussite de tes enfants. Ton soutien et tes bénédictions m'ont accompagnée tout le long du cycle. Puis ALLAH le Tout Puissant te donner encore longue vie AMEN !

A ma mère : **ZEINAB MINT YOUBA**

Femme courageuse et exemplaire, tu t'es toujours investie pour assurer à tes enfants une éducation stricte et digne. Tes nombreux sacrifices m'ont permis d'être ce que je suis aujourd'hui. Je prie DIEU pour que tu puisses jouir du fruit de tes efforts.

A mon père : **YEYA ISSA MAIGA**

Homme de principe, animé d'une simplicité extrême, tes nombreuses vertus n'ont pas été vaine en ce qui concerne mon éducation. Trouves ici le témoignage de mon infinie gratitude et de mon profond respect.

A ma petite nièce : **ZEINAB DIAWARA**

Ton sourire innocent est source de réconfort pour toute la famille, puisse ce travail te servir d'exemple et d'inspiration dans l'avenir.

A mes sœurs : **AICHA, AMIE, MADINA, DIANA, BINTOU**

Pour votre soutien en toute occasion et la bonne amitié qu'on a su cultiver entre nous ; votre amour et votre attention pour ma personne sont un pilier de ma vie. Recevez l'expression de ma profonde gratitude.

A mes frères: **MOHAMED, OUSMANE, BAKARY, ALLADJI**

Pour l'esprit de famille que vous avez su privilégier en toute circonstance, vos encouragements et vos conseils, merci ; ce travail vous est dédié entièrement.

A ma grand-mère : **Feue HABIBA DJISSI MAIGA**

Tu as été une mère pour moi en me donnant une éducation exemplaire. Je regrette de ne pouvoir encore profiter de ta tendresse et de tes conseils. Dors en paix.

A la mémoire de **ABDOUL FATHA TRAORE**

Les mots ne sauraient exprimer tout ce que j'ai sur le cœur aujourd'hui. Tu m'as guidée, soutenue et encouragée dans cette faculté en m'apprenant ce que sont l'amitié, l'amour et la loyauté.

Hélas, le destin t'a arraché à nous prématurément. Reposes en paix

REMERCIEMENTS

Je remercie **ALLAH, LE TOUT PUISSANT, LE MISERICORDE** de m'avoir donné la chance et le courage d'élaborer ce travail.

A mes tontons : **FEU MALIK DIAWARA, MOHAMED SALOUM, SIDALY OULD YOUBA, SALOUM TRAORE, FEU ABDALA OULD YOUBA**, et tout particulièrement **MOULAYE ISMAEL HAIDARA, ...**
Votre soutien moral et matériel a été sans faille ; à travers ce travail voici ma reconnaissance.

A mes tantes : **feue MARIAM DIAWARA, feue FATOU SOUMBOUNOU, FATOU SIDIBE, DIAHARA YOUBA, FATIMATOU YOUBA, HAMA ALBADJA, HALIMATOU ALBADJA, HADY TOURE** et tout particulièrement ma tante adorée **AICHATOU YOUBA**
Pour votre soutien inconditionnel, vos conseils et encouragements, merci

A mes cousins et cousines : **ALASSANE TOURE, ABDRAMANE TOURE, OUSMANE SOUMBOUNOU, TAMBA DIAWARA, FATOUMA MINT MOHAMED SALOUM, MATTOU MINT MOHAMED ALOUM**,
En témoignage de mon affection.

A DADO DICKO, MARIE MADELENE KONE et AISSATA COUMBA COULIBAL

Plus que des amies vous êtes des sœurs pour moi. Merci pour toute l'aide que vous m'avez apportée pour l'accomplissement de ce présent travail.

A mes belles sœurs chéries : **FATOUMATA DICKO et SIKA SOUMBOUNOU**. Merci pour votre disponibilité à tout moment et votre attention. Vous m'êtes très chères

A mes amis : **ABDOUL KARIM MARE, MOHAMADOU DICKO, OUSMANE CISSE, HAMDI ABDALAYE, ABDALAYE EL MAROUF, MOHAMED KIRE, SEKOU KOUMARE, SORY DIALLO**

A mes camarades de la faculté : **FATOUMATA TAMBOURA, BINTOU KONE, FATOUMATA DIENTA, MARIAM KEITA, BOUACAR KONE**,

A IBRAHIM SANGO, CHEICK OUMAR BAGAYOGO, ADAMA KOUYATE, OUMAR TRAORE, MAMADOU DIOP, merci pour votre aide.

Au Directeur de l'**AMPPF MOUNTAGA TOURE** et à tout son personnel, je vous dis merci.

Aux corps enseignants du Lycée **NOTRE DAME DU NIGER**, du **LYCEE BOUILLAGUI FADIGA**, du **LYCEE LANTERNE** et particulièrement leurs surveillants,

Pour votre disponibilité et votre aide, merci

Aux adolescents et jeunes du lycée Notre Dame du Niger, Lanterne, Bouillagui Fadiga ; du campus de la FMPOS et de la FAST, merci pour votre coopération

A tout le corps enseignant de la FMPOS : pour la qualité de l'enseignement reçu, merci

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury

Professeur Abdou Alassane TOURE

- **Professeur de chirurgie orthopédique et traumatologique,**
- **Directeur général de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS)**
- **Chef de D.E.R. de chirurgie de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie**
- **Président de la Société Malienne des Chirurgiens Orthopédistes et Traumatologues**
- **Chef de service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie de l'hôpital Gabriel Touré**
- **Chevalier de l'Ordre National du Mali**

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Durant nos études nous avons apprécié la qualité de votre enseignement. Nous gardons de vous l'image d'un Maître simple, rigoureux et aimable. Votre compétence et votre rigueur scientifique font de vous un Maître admiré par tous les élèves que nous sommes.

Veillez accepter l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et juge

Docteur Binta KEITA

- **Médecin gynécologue- obstétricienne**
- **Chef de division Santé de la reproduction à la Direction Nationale de la Santé**

Chère Maître, votre énorme expérience en santé de la reproduction fait de vous une personne incontournable dans ce jury.

L'étendue de vos connaissances intellectuelles, morales et sociales suscite une grande admiration.

Nous sommes gré de votre grande disponibilité et de votre apport combien grandiose dans l'élaboration de ce travail.

Soyez rassurée de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

A notre Maître et juge

Professeur Mamadou TRAORE

- **Professeur agrégé de Gynéco- obstétrique**
- **Secrétaire général adjoint de la Société Africaine de Gynéco- obstétrique (SAGO).**
- **Membre du Réseau Malien de Lutte contre la Mortalité Maternelle.**
- **Médecin chef du Centre de Référence de la commune V.**

Cher Maître, nous avons eu le privilège de vous approcher pendant notre séjour dans votre service ; pédagogue, nous avons bénéficié de l'encadrement de l'homme de science que vous êtes.

Comme tous ceux qui ont bénéficié de votre enseignement, nous avons été séduit par votre ouverture vers les étudiants.

Permettez- nous ici cher Maître, de vous réitérer nos sincères remerciements.

A notre Maître et co- directeur de thèse

Docteur Mamadou Souncalo TRAORE

- **Médecin épidémiologiste**
- **Maître de conférence au Département d'Étude et de Recherche (DER) en Santé Publique de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie.**
- **Chevalier de l'Ordre National du Mali**

Cher Maître, notre vocabulaire n'est pas assez riche pour qualifier tout l'effort que vous avez consenti pour la bonne réalisation de ce travail. Vous nous avez marqué par votre attention quotidienne, votre rigueur, votre honnêteté, votre discernement scientifique et votre souci du travail bien fait.

A juste titre Cher Maître, vos connaissances scientifiques, mais aussi et surtout vos multiples vertus font de vous un Maître auquel nous aimerions tant ressembler.

Trouvez ici dans ce modeste travail, le témoignage de notre profonde gratitude pour l'enseignement agréable et remarquable dont nous avons bénéficié auprès de vous.

Puisse le Seigneur nous permettre de vous rendre hommage en ayant la force, le courage et la chance de suivre vos pas. Amen

A notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Sidi Yaya Simaga

- **Professeur honoraire de Santé Publique,**
- **Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé**

Cher maître, c'est l'occasion pour nous de vous remercier vivement, pour les connaissances que vous avez su nous donner tout au long de notre carrière d'étudiant, et aussi de vous rassurer de notre profonde reconnaissance.

Votre rigueur scientifique et pédagogique, vos qualités humaines font de vous un Maître admiré, le << père >> de tous les étudiants.

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.

INDEX ALPHABETIQUE DES ABREVIATIONS

- 1. AMPPF** Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
- 2. BCEAO** Banque Centrale des États de l’Afrique de l’Ouest
- 3. CAP** Connaissances, Attitudes, Pratiques
- 4. CCV** Contraception Chirurgicale Volontaire
- 5. CIP** Contraceptif Injectable Progestatif
- 6. COC** Contraceptifs Oraux Combinés
- 7. COP** Contraceptifs Oraux Progestatifs
- 8. DSFC** Division Santé Familiale et communautaire
- 9. EA** Effectif Absolu
- 10. ENI** Ecole Nationale d’Ingénieurs
- 11. ENSUP** Ecole Normale Supérieure
- 12. FAST** Faculté des Sciences et Techniques
- 13. FLASH** Faculté des Lettres Arts et Sciences Humaines
- 14. FMPOS** Faculté de Médecine, de Pharmacie et d’Odonto-Stomatologie
- 15. FNUAP** Fond des Nations Unis pour la Population
- 16. FSJE** Faculté des Sciences Juridiques et Économiques
- 17. IST** Infection Sexuellement Transmissible
- 18. MAMA** Méthode de l’Allaitement Maternel et de l’Aménorrhée

19. MST	Maladie Sexuellement Transmissible
20. Nbre	Nombre
21. OMS	Organisation Mondiale de la Santé
22. PF	Planification Familiale
23. Sup	Supérieur
24. SMI	Santé Maternelle et Infantile

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Répartition des enquêtés selon l'établissement
Tableau II	Répartition des enquêtés selon la classe fréquentée
Tableau III	Répartition des enquêtés selon les tranches d'âge et le sexe
Tableau IV	Répartition des enquêtés selon qu'ils aient entendu parlé de la PF et par établissement
Tableau V	Répartition des enquêtés selon la méthode de planification connue
Tableau VI	Répartition des enquêtés selon leurs sources d'information sur la PF
Tableau VII	Répartition des enquêtés selon leur connaissance des méthodes de PF en fonction des tranches d'âge.
Tableau VIII	Répartition des enquêtés selon la méthode connue et en fonction du sexe.
Tableau IX	Répartition des enquêtés selon leur connaissance des avantages de la PF
Tableau X	Répartition des enquêtés selon la connaissance des inconvénients de la PF
Tableau XI	Répartition des enquêtés selon l'avis de leurs parents sur l'utilisation des méthodes de PF.
Tableau XII	Répartition des enquêtés selon la personne avec qui ils parlent de sexualité.
Tableau XIII	Répartition des enquêtés selon leur avis sur l'introduction de la PF en milieu scolaire.
Tableau XIV	Répartition des enquêtés selon leur avis sur la tranche d'âge d'introduction de la PF.

Tableau XV	Répartition des enquêtés en fonction de leur avis sur la forme de l'introduction de la PF en milieu scolaire.
Tableau XVI	Répartition des enquêtés en fonction de ceux qui ont déjà eu un rapport sexuel
Tableau XVII	Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge et selon qu'ils aient déjà fait un rapport sexuel
Tableau XVIII	Répartition des enquêtés selon le sexe et selon qu'ils aient déjà eu un rapport sexuel
Tableau XIX	Répartition des enquêtés en fonction de l'utilisation du préservatif lors du 1 ^{er} rapport
Tableau XX	Répartition des enquêtés selon les tranches d'âge et en fonction de ceux qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive
Tableau XXI	Répartition des enquêtés en fonction de l'utilisation du préservatif dans les rapports suivants
Tableau XXII	Répartition des enquêtés selon les sources d'approvisionnement connues
Tableau XXIII	Répartition des enquêtés selon le sexe et selon la personne qui doit décider de l'utilisation d'une méthode contraceptive
Tableau XXIV	Répartition des enquêtés en fonction des méthodes contraceptives déjà utilisées
Tableau XXV	Répartition des enquêtés en fonction de ceux qui continuent d'utiliser leur méthode
Tableau XXVI	Répartition des enquêtés selon qu'ils aient déjà eu une grossesse
Tableau XXVII	Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge et selon qu'ils aient déjà eu une grossesse
Tableau XXVIII	Répartition des enquêtés selon que leur grossesse était désirée

Tableau XXIX Répartition des enquêtés selon le devenir de la grossesse

Tableau XXX Répartition des enquêtés en fonction de l'âge de la grossesse lors de l'avortement

Tableau XXXI Répartition des enquêtés en fonction de leur avis sur les avortements provoqués

SOMMAIRE

SOMMAIRE

CHAPITRES	PAGES
I- INTRODUCTION et OBJECTIFS	1
• Introduction	2
• Objectif général	5
• Objectifs spécifiques	5
• Hypothèses de recherches	5
II- GENERALITES	6
III- METHODOLOGIE	33
• Cadre de l'étude	34
• Type d'étude	36
• Période d'étude	36
• Population d'étude	36
• Echantillonnage	36
• Collecte des données	37
• Traitement et analyse des données	37
IV- RESULTATS	38
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	60
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	68
VII-REFERENCES	72
VIII- ANNEXES	78
• Fiche Signalétique	
• Fiche d'enquête	
• Serment d'Hippocrate	

INTRODUCTION

OBJECTFS

I- INTRODUCTION

Le concept santé de la reproduction tel que défini par la conférence internationale pour la population et le développement en 1994 a été adopté par le Mali.

Ce concept se définit comme suit :

Par santé en matière de reproduction ou santé de la reproduction , on entend le 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 maladie ou d'infirmité. (27)

Selon le Fond des Nations Unis pour la Population (FNUAP), la santé de la reproduction signifie que les gens sont en mesure d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et dépourvue de danger et qu'ils ont à la fois les moyens de procréer et la liberté de décider si, quand et avec quelle fréquence ils le font (32).

Selon l'OMS, l'adolescence et la jeunesse sont définies comme se situant entre les âges de 10 à 24 ans. (29)

Pendant cette phase de la vie, de nombreux changements interviennent chez l'adolescent qui est en phase de transition vers l'âge adulte.

En 1994, lors de la conférence internationale sur la population et le développement, il a été rapporté que 1.3 milliard de femmes vivant dans le monde et en âge de procréer avaient plus de 1.2 milliard de grossesses qui, dans plus de 25% des cas n'étaient pas désirées. Ces grossesses non désirés ont entraînés la mort de près de 700.000 femmes dont la majorité par suite de complications d'avortements à risque. [8]

En 1997, le comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté un document intitulé : **Santé reproductive : Stratégie de la région Africaine**, confirmant le rôle fondamental de la planification familiale dans l'instauration d'une santé reproductive optimale et d'un bien-être général.

En 2003, ce même comité a adopté le document intitulé : **Santé de la femme : Stratégie de la région Africaine.** [2]

Dans le monde environ 14 millions d'adolescentes deviennent mères chaque année et près de 90% de celles-ci vivent dans les pays en voie de développement. [31]

Face à cette pression démographique, diverses doctrines de population virent le jour à travers le monde. Ainsi la déclaration de Bucarest en 1978 stipulait le droit à la planification familiale tandis que celle de Alma Ata en 1978 préconisait la prise en compte de la planification familiale, comme composante de la santé maternelle et infantile.

L'Afrique sub saharienne où ne vit que 10% de la population féminine mondiale intervient annuellement pour 12 millions de grossesses non désirées ou imprévues [1] et pour 40% de l'ensemble des décès liés à la grossesse dans le monde [15]. Les femmes de moins de 20 ans représentent 70% des cas de complications d'avortement résultant de grossesses non désirées ou imprévues [30].

En Afrique sub-saharienne, le taux estimatif de prévalence de la contraception est de 5.5%, le risque de décès maternel de 1 pour 14. [10]

Ces statistiques témoignent de l'impérieuse nécessité de planification familiale en Afrique.

Le Mali pour sa part a plus que doublé sa population en moins de 40 ans, passant de 4.100.000 habitants en 1960 à 9.800.000 habitants en 1998 [19]. Les femmes se caractérisent par une fécondité très élevée aux jeunes âges (188 ‰ à 15-19 ans) et qui augmente rapidement pour atteindre son maximum à 25-29 ans (292 ‰), avant de baisser de façon régulière avec l'âge. L'indice synthétique de fécondité s'élève ainsi à 6,6 enfants par femme [18].

Cependant force est de constater que le Mali fait partie des pays où la prévalence contraceptive est l'une des plus basses en dépit des efforts entrepris en matière de la santé de la reproduction.

Selon certaines études réalisées en milieu scolaire, le taux de contraception reste toujours bas malgré le niveau de connaissance assez élevé des différentes méthodes contraceptives.

Le présent travail a pour but de réévaluer les connaissances, attitudes et pratiques des scolaires et universitaires face à la contraception ; et surtout de déterminer les obstacles liés à l'utilisation de la contraception en milieu scolaire et universitaire.

Les objectifs visés sont les suivants :

OBJECTIFS :

Objectif général

Étudier les connaissances, attitudes et pratiques de la contraception des élèves et étudiants dans le district de Bamako en 2007.

Objectifs spécifiques :

1. Déterminer le taux d'utilisation des méthodes de contraception par les élèves et étudiants dans le district de Bamako ;
2. Analyser les connaissances, attitudes et pratiques de la contraception chez les élèves et étudiants ;
3. Rechercher les facteurs qui influencent les CAP de la contraception ;
4. Formuler des recommandations pour améliorer l'accessibilité et la pratique de la contraception en milieu scolaire et universitaire.

Hypothèses de recherche :

1. Les élèves et les étudiants ont encore une faible connaissance des méthodes de contraception ;
2. Il y a une faible utilisation des méthodes de contraception en milieu scolaire et universitaire ;
3. La faible connaissance et la faible utilisation des méthodes de contraception par les élèves et étudiants ont pour conséquence l'augmentation des grossesses non désirées, des avortements et des infanticides en milieu scolaire et universitaire.

GENERALITES

II- GENERALITES

A- DEFINITIONS : ADOLESCENCE ET JEUNESSE

Les scolaires et universitaires appartiennent à une tranche de la population composée d'adolescents et de jeunes.

L'adolescence est une phase de la vie humaine en transition entre l'enfance et l'âge adulte. La poussée hormonale de l'adolescence provoque une déstabilisation de l'équilibre de l'enfance qui a des conséquences sur tout le champ de la personnalité. Cette phase est marquée par des changements physiques (puberté puis fin de la croissance), affectifs (modification de la vie relationnelle), intellectuels (compréhension de la vie et de sa vie) et psychiques (recherche identitaire, acquisition progressive de l'autonomie).

Dans l'espèce humaine, l'adolescence correspond à une particularité biologique. Comme chez la plupart des espèces animales de vertébrés, la croissance de l'individu n'est pas terminée avant la mise en route de la reproduction. La jeunesse représente la couche de la population qui aspire à une plus grande liberté et est à la pointe de l'évolution grâce à son dynamisme, son impatience et sa combativité. Elle est assimilée souvent à la folie où tout est permis. Elle se caractérise aussi comme une période de croissance et de développement physique et mental. C'est la période des grands défis, des grandes exaltations et surtout de l'affirmation de soi. Elle est caractérisée également par un élan de liberté, des prises de risques, d'idéalisme et l'envie de changer le monde à sa manière. C'est une période de la vie comprise entre l'adolescence et la maturité. La jeunesse marque le début de l'âge adulte.

B- GENERALITES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

I- Historique :

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement pro- natalistes, cela pour des raisons d'ordre économique, avoir le maximum de bras travailleurs pour augmenter la production. La fécondité confère une valeur sociale, et l'infécondité est toujours mal vécue.

Une femme doit avoir des enfants, mais il demeure vrai que la venue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) soit sujette de moquerie. En milieu Bambara, par exemple, il existe des expressions consacrées pour désigner ces personnes « séré-mouso » pour la femme et « séré- den » pour l'enfant. Malgré le comportement pro nataliste, les maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances : c'est ainsi qu'après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant deux (2) à trois (3) ans. Ceci permet à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement. On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement de naissance telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs, de Tafo... La fréquence de ces pratiques serait en diminution surtout dans le milieu urbain. [24]

II- Principales dates de la politique du planning familial au Mali :

Le Mali a été l'un des premiers pays sub-sahariens à adopter une attitude de tolérance vis-à-vis des activités du planning familial [20]. En effet depuis 1971, une délégation Malienne s'est rendue à Montréal (Canada) pour participer à un séminaire sur la planification familiale.

Après le Mali a signé un accord avec les organisateurs de ce séminaire pour un projet d'assistance en planning familial pour 4 ans. A ce moment, les approches démographique et sanitaire ont été choisies en l'absence de paramètres suffisamment maîtrisés. [35]

C'est dans cet élan que l'AMPPF a été créée le 7 juin 1971. En 1972, le Mali a abrogé la loi du 31 juillet 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisaient la propagande anticonceptionnelle [24]. Un centre pilote du planning familial a été créé à Bamako par l'AMPPF dont l'objectif était l'espacement des naissances et non une limitation des naissances. La pratique du planning familial était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes mariées et parentale pour les célibataires [21].

En 1973, deux séminaires dont un inter Africain sur l'éducation sexuelle et l'autre inter syndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako [35]

En 1974, le Mali a souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) sur le droit au planning familial.

En 1978, le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaires dont une des composantes est le planning familial dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances.

En 1980, la division santé familiale (DSF) a été créée au sein du ministère de la santé publique et des affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial [20]

En 1990, deux séminaires nationaux ont été organisés à Bamako pour l'ébauche d'une politique de population femme et développement.

En 1991, le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population [22]

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

En juin 1995 a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle infantile et planning familial (SMI/ PF) [23].

Avec le temps le concept Malien en matière de PF a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuel qui définit la PF comme : « l'ensemble des mesures et moyens de régulation de la fécondité, de l'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale , mise à la disposition des individus et des couples pour contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelle, infantile et juvénile notamment celle liée aux MST / SIDA, 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 les aider à choisir la mesure ou le moyen de régulation de la fécondité [21]

Pour le Mali la santé de la reproduction englobe la santé de la mère y compris le planning familial et la santé de l'enfant y compris celle de la petite fille

III- Définition des différents concepts de planification familiale utilisés par les programmes :

1. La santé de la reproduction :

Elle recouvre le 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 maladie ou d'infirmité.

Elle englobe l'information des hommes et des femmes sur la planification familiale et l'accès à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement.

Concept du Mali :

Au Mali, le concept de santé de la reproduction comprend un ensemble de mesures préventives, curatives et promotionnelles visant à améliorer la prise en charge des groupes vulnérables que constituent les femmes, les enfants, les adolescents et des jeunes afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles, juvéniles et promouvoir ainsi le bien être de tous les individus.

2. Définition de la planification familiale selon L’OMS :

La planification familiale est l’ensemble des mesures permettant de favoriser des naissances, d’agir sur l’intervalle entre les naissances, d’éviter les naissances non désirées et de donner à chaque couple le moyen de déterminer le nombre d’enfants qu’il désire.

Elle englobe la lutte contre la stérilité, la mise en œuvre des moyens de contraception, l’éducation sexuelle et familiale.

3. Différents concepts de planification familiale utilisés par les programmes :

3.1) L’espacement des naissances :

Ce concept insiste sur la notion d’intervalle à maintenir entre les naissances sans se préoccuper de la taille de la famille. Beaucoup de pratiques sociales telles que l’abstinence périodique, l’allaitement maternel prolongé, l’envoi de la femme dans sa famille d’origine prouvent ce concept. Celui-ci est beaucoup utilisé dans les Pays Francophones d’Afrique dans la mise en place de leurs programmes de planification familiale (cas du Mali).

3.2.) La régulation des naissances : elle insiste sur l’idée de régulation par opposition à la soumission, à la fatalité biologique liée au hasard dans la naissance des enfants. Ce concept est assez proche de l’espacement des naissances.

3.3) Le contrôle de naissance : il insiste sur la réglementation du nombre des naissances aussi bien par les familles que par les nations. Il intervient dans le cadre de certaines politiques de population élaborées par les gouvernements.

On peut soit réduire les avantages sociaux, soit alléger les impôts pour les premiers enfants, soit supprimer les avantages pour les enfants venant au de là d'un certain rang.

3.4) La limitation des naissances : elle suppose l'intervention de l'Etat comme dans le contrôle des naissances dont il est proche. La limitation des naissances soutient en plus l'idée de réduire le taux d'accroissement de la population.

4. Les problèmes liés à la fécondité chez les adolescents et les jeunes :

4.1. L'absence de préparation adéquate :

Ce problème est lié à l'éducation sexuelle qui est peu pratiquée tant au niveau familial (tabous, honte, ignorance) qu'au niveau scolaire. Cette défaillance est à l'origine de nombreuses difficultés des jeunes au niveau de leur sexualité.

4.2. Les grossesses précoces ou non désirées :

Le risque de mortalité maternelle et infantile est plus élevé chez les jeunes mères de moins de 16 ans parce qu'elles n'ont pas encore achevée leur croissance ni atteint leur maturité physiologique.

4.3. L'interruption volontaire de grossesse :

L'interruption volontaire de grossesse n'est pas autorisée dans la législation malienne. Elle y est cependant pratiquée clandestinement et constitue aujourd'hui l'une des plus importantes causes de morbidité maternelle. Elle est susceptible d'entraîner une stérilité secondaire voire définitive.

4.4. Les IST/SIDA et leurs complications :

Les IST/SIDA constituent une menace sérieuse pour la jeunesse au niveau mondial et local. Si par le passé une erreur de jeunesse pouvait occasionner une grossesse non désirée ou une infection sexuellement transmissible avec comme conséquence la stérilité secondaire et voire définitive à long terme, de nos jours cette même erreur peut entraîner la mort avec l'avènement du VIH/sida.

IV. CLASSIFICATION DES DIFFERENTES METHODES DE CONTRACEPTION

1. Définition de la contraception :

C'est l'utilisation de l'ensemble des méthodes naturelles ou artificielles mises à la disposition d'un couple ou d'un individu pour empêcher temporairement ou définitivement la conception.

2. Classification :

Au Mali les méthodes de contraception sont classées en 2 grandes catégories :

- Les Méthodes temporaires
- Les Méthodes permanentes

Les méthodes temporaires sont classées à leur tour en méthodes de courte durée et méthodes de longue durée

2.1. LES METHODES TEMPORAIRES

2.1.1- Les Méthodes de courte durée :

a- La méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée : La MAMA

La méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA) est une méthode qui utilise l'infertilité temporaire pendant la période d'allaitement exclusif. Elle n'est efficace que si les conditions suivantes sont respectées :

- Absence de retour de couche (aménorrhée)
- Cliente dans les 6 premiers mois du post – partum
- Allaitement exclusif et fréquent : au moins 8 à 12 tétées par jour.

Son action est semblable à d'autres méthodes qui bloquent l'ovulation.

b- Les méthodes naturelles :

Les méthodes naturelles sont l'ensemble des mesures observées par un couple qui évite les rapports sexuels pendant la phase féconde du cycle de la femme (au moment où elle peut tomber enceinte)

- Méthode du calendrier :

La méthode du calendrier ou des rythmes serait la plus employée de toutes les techniques basées sur l'abstinence périodique. Son utilisation implique des calculs sur les cycles menstruels précédents afin d'estimer la période fertile.

Instructions : noter le nombre de jour de chaque cycle pendant au moins 6 mois. On calcul le 1^{er} jour fertile en soustrayant **18** du cycle le plus court ; et le dernier jour fertile en soustrayant **11** du cycle le plus long.

Le taux d'échec est élevé.

- Méthode de la glaire cervicale ou méthode Billing :

Appelée aussi méthode de sécrétions cervicales, elle indique que quand une femme voit ou ressent des sécrétions cervicales, elle peut être féconde, ça peut être simplement une sensation d'humidité. Le couple évite les rapports sexuels dès que la femme observe cette humidité et voit que la glaire cervicale peut être filante entre deux doigts ; ou alors utilise une méthode mécanique en complément cela pendant au moins quatre jours.

- Méthode de la température :

Cette méthode repose sur l'évaluation de la température corporelle liée à la sécrétion de la progestérone par le corps jaune après l'ovulation.

Après l'ovulation, la température augmente de 0,2° à 0,4°C et reste élevée jusqu'à la prochaine menstruation. Il est alors conseillé au couple d'éviter les rapports sexuels du premier au troisième jour consécutifs de température élevée. Elle devient inutilisable en cas d'aménorrhée, de spanioménorrhée, dans les suites de couches, en période péri ménopausique et chez les femmes ayant des cycles anovulatoires.

- Méthode d'Ogino-Knaus :

La méthode Ogino-Knaus a pour principe de base qu'il n'y a qu'une ovulation par cycle et que celle-ci a lieu entre 12 et 16 jours avant les règles suivantes, que les spermatozoïdes survivent 3 jours dans les voies génitales supérieures de la femme et donc qu'un rapport peut être fécondant 3 jours avant l'ovulation, enfin que l'ovule vit et reste fécondable 48 heures et donc que les 2 jours qui suivent l'ovulation sont fertiles.

Ainsi, dans un cycle idéal de 28 jours, la fertilité existe du 10^e au 17^e jour, auxquels on peut rajouter un jour au début et à la fin de la période, par sécurité. Pour appliquer cette méthode, il faut que la patiente connaisse parfaitement la longueur de ses 12 cycles précédents, qu'elle modifie ces données en fonction de l'évolution des cycles.

Son application est impossible dans le post-partum ou le post-abortum et chez les femmes ayant des cycles irréguliers.

- Méthode Sympto-thermique :

C'est une méthode qui associe la méthode de la température et celle de la glaire cervicale ou tout autre signe d'ovulation. Elle peut s'avérer plus efficace.

- Méthode d'auto observation masculine ou le coït interrompu : le retrait

Le retrait est une méthode employée encore couramment en France. Le partenaire doit prévoir le moment de l'éjaculation et se retirer du vagin avant l'éjaculation. C'est une méthode difficile à appliquer correctement et elle est assez inefficace, cela est dû à l'impossibilité de contrôler l'éjaculation ou, dans certains cas, à la présence de spermatozoïdes dans les sécrétions préliminaires.

- Méthode du collier :

Basée sur la connaissance de la fertilité du couple, elle aide le client et le couple à prévenir une grossesse non désirée à l'aide d'un collier de perle.

Conditions d'utilisation du collier :

- La cliente doit avoir un cycle menstruel compris entre 26 et 32 jours
- La cliente doit avoir 4 cycles après l'accouchement avant de commencer la méthode
- La cliente doit être motivée

Mode d'utilisation :

Le 1^{er} jour des menstruations, déplacer l'anneau sur la perle rouge ;

- Faire une marque sur le calendrier pour ce jour
- Chaque jour, déplacer l'anneau vers la perle suivante
- Déplacer toujours l'anneau dans la même direction, qui est indiquée par une flèche
- Éviter les rapports sexuels sans protection si l'on ne veut pas tomber enceinte pendant les jours correspondant aux perles vertes claires.

c- Méthodes hormonales :

Mécanisme d'action :

- Supprime l'ovulation
- Épaissit la glaire cervicale, empêchant la pénétration des spermatozoïdes
- Change l'endomètre ; la rendant inapte à la nidation
- Diminue le transport du sperme dans les trompes

➤ **Contraceptifs oraux**

❖ Contraceptifs oraux combinés (COC)

Les COC ou pilules sont des comprimés composés de deux hormones synthétiques : oestrogène et progestérone, très semblable à ceux que l'on retrouve dans le corps de la femme.

▪ Avantages

- Très efficace ; taux d'efficacité élevé (98-99%) ;
- Efficace immédiatement
- L'examen gynécologique n'est pas nécessaire
- Peut être fourni par un personnel non médical

- Diminue la quantité des règles et leur durée
- Diminue les crampes des menstrues
- Diminue le risque d'anémie, Peut améliorer l'anémie
- Méthode réversible ;
- Régularise le cycle

▪ **Limites (inconvenients) ou précautions**

- Diminue la production du lait
- Doivent être pris tous les jours
- L'oubli augmente l'échec
- Leur efficacité peut être réduite par certains médicaments [rifampicine, antimycosiques, anti-convulsivants] ;
- Les COC ne protègent pas contre les IST-VIH/SIDA ;

▪ **Conditions demandant des précautions**

- Saignements vaginaux non expliqués
- Maladies du foie
- Femme de plus de 35 ans et qui fume
- Cardiopathie
- Troubles de coagulation du sang
- Diabète
- Hypertension artérielle
- Cancer du sein
- Traitement de l'épilepsie ou de la tuberculose

▪ **Effets secondaires**

- Nausées, vertiges, seins légèrement sensibles et des maux de tête légers ainsi que de légers saignottements sont courants.
- Hypertension artérielle
- Aménorrhée
- Peut entraîner un retard dans le retour de la fécondité

- Acné

▪ **Convient aux**

- Femmes en âge de procréer
- Mères allaitantes (6 mois post partum ou plus)
- Femmes en post partum qui n'allaitent pas peuvent commencer 3 mois après l'accouchement
- Femmes après avortement

▪ **Utilisation**

- Quand commencer
 - A n'importe quel moment quand on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte
 - Du 1er au 7ème jours du cycle
 - Post partum : - après 6 mois si la femme utilisait la MAMA
- après 3 semaines si pas d'allaitement maternel
- Mode d'utilisation des COC
 - Pour les plaquettes de 21 comprimés ;
 - Prendre 1 comprimé pendant 21 jours ;
 - Arrêter (se reposer) pendant 7 jours ;
 - Commencer une autre plaquette le 8ème jour
 - Pour les plaquettes de 28 comprimés (21 blancs+ 7 marrons) :
 - Prendre un comprimé sans arrêt, tous les jours jusqu'à la fin
 - Commencer une nouvelle plaquette le lendemain.

Commencer toujours par un COC faiblement dosé en œstrogène (30 à 35 mcg).

Si la prise débute après le 7ème jour, associer une méthode de barrière ou abstinence pendant 7 jours.

Prendre le comprimé même en l'absence du partenaire ou en l'absence de rapport sexuel.

- Dans le post partum : Si la cliente n'allaite pas commencer la prise vers la 3eme semaine.
- Dans le post abortum : Commencer la prise de la pilule dans les 7 premiers jours qui suivent l'avortement
- En cas d'oubli :
 - Si oubli d'un comprimé actif (comprimé blanc) : prendre le comprimé oublié dès que l'on se rappelle et prendre le comprimé suivant à l'heure habituelle.
 - Si oubli de deux comprimés actifs ou plus : reprendre la prise dès que l'on se rappelle, un comprimé actif par jour pendant au moins 7 jours successifs avec une méthode de barrière ou abstinence sexuelle pendant 7 jours. S'il y a moins de 7 comprimés actifs : Commencer une nouvelle plaquette toujours associée à une méthode de barrière pendant les 7 premiers jours, informer la cliente que les règles surviendront à la fin de la nouvelle plaquette.
 - Si oubli de comprimé de fer : Continuer la prise sans reprendre les comprimés oubliés jusqu'à démarrer une nouvelle plaquette.

❖ **Contraceptifs oraux progestatifs (COP) :**

Les cop sont des contraceptifs oraux qui contiennent uniquement des progestatifs à faible dose.

▪ **Avantages :**

- Très efficaces si la prise est correcte ;
- Le retour à la fécondité est immédiat ;
- N'influencent pas la lactation ;
- Diminuent les risques de maladies inflammatoires du pelvis ;
- Donnent une protection relative contre le cancer de l'endomètre.
- N'interfère pas avec les rapports sexuels

- **Limites (inconvenients) ou précautions :**
 - Contraignant
 - Les COP ne protègent pas contre les IST/SIDA ;
- **Effets secondaires :**
 - Prise de poids ;
 - Aménorrhée ;
 - Saignements irréguliers.
- **Utilisation des C.O.P**
 - Quand Commencer :
 - Du 1^{er} au 5eme jour du cycle menstruel, ou immédiatement après une fausse couche, ou dans les 5 jours après avortement ;
 - A n'importe quel moment si on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte.
 - Pendant le post partum : Conseiller la prise de COP chez la cliente qui a utilisé la MAMA et qui sort des critères.
 - Si la cliente allaite, conseiller la prise de COP dès la sixième semaine.
 - Si la cliente n'allait pas, conseiller la prise immédiatement ou à n'importe quel moment durant les six premières semaines après l'accouchement.
 - Mode d'utilisation des COP : prendre un comprimé sans arrêt, tous les jours à la même heure. Pas besoin d'attendre que les règles reprennent.
 - En cas d'oubli :
 - De **1 comprimé** : prendre le comprimé oublié dès le rappel puis le comprimé suivant l'heure habituelle avec méthode de barrière pendant 7 jours.

- De **2 comprimés** ou **plus** : prendre 2 comprimés dès le rappel et puis le comprimé suivant à l'heure habituelle avec méthode de barrière ou abstinence pendant 7 jours et continuer la prise.
- **En cas de retard de 3 heures** par rapport à l'heure habituelle de prise, associer une méthode de barrière pendant deux jours.

➤ **Contraceptifs injectables** : le Depo- Provera, le Noristerat

❖ **Contraceptifs injectables progestatifs (CIP) :**

Le CIP est un produit progestatif de synthèse qui, libéré lentement empêche la survenue de grossesse.

▪ **Avantages :**

- Très efficace (>99,7%) ;
- Action prolongée
- Méthode peu contraignante, pratique, discrète ;
- Ne gêne pas la lactation

▪ **Limites (inconvenients) ou précautions :**

- Pas de protection contre les IST et SIDA
- Retour parfois lent à la fertilité (6 à 18 mois) ;

▪ **Effets secondaires :**

- Spotting ou, rarement une hémorragie génitale importante
- Aménorrhée
- Gain pondéral modéré
- Maux de tête
- Acné (rarement) ;
- Diminution de la libido.

▪ **Mode d'utilisation :**

- Quand commencer : les CIP peuvent être administrés à n'importe quel moment du cycle si l'on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte.

Cependant le meilleur moment de l'injection est entre le 1er et le 7ème jour du cycle. Si l'injection a eu lieu après le 7ème jour, demander à la cliente d'utiliser une méthode de barrière ou s'abstenir pendant 7 jours.

- Mode d'administration :

- Respecter les étapes de la technique d'administration. Respecter les règles de l'asepsie et de l'antisepsie.
- Si Depo-provera : au cas où le produit est déposé dans le flacon frotter délicatement le flacon dans le creux de la main. Éviter de mousser le produit.
- Si Noristerat : réchauffer délicatement l'ampoule en frottant entre les mains ;
- L'injection des CIP se fait en IM profonde. Ne pas masser le site de l'injection et dire à la cliente de ne pas masser.

- **Rendez-vous de suivi : Donner un rendez-vous de**

- 8 semaines (2 mois) après si Noristerat
- 12 semaines (3 mois) après si Depo-provera.

d- Méthodes dites de barrières

➤ **Méthodes mécaniques :**

❖ **Le préservatif féminin :**

Le préservatif féminin ou Femidon est un mince fourreau de polyuréthane, (matière plastique) mou et transparent que la femme place dans le vagin avant le rapport sexuel pour se protéger de la grossesse et des IST /Sida (double protection).

L'efficacité est certaine et ils sont généralement bien tolérés. Mais compte tenu d'une part du soin qu'il faut apporter à leur mise en place et d'autre part de la stabilité relative, on enregistre un certain nombre d'échec.

❖ **Le préservatif masculin :**

Le préservatif masculin, tout comme le préservatif féminin est un mince fourreau de caoutchouc conçu pour recouvrir le pénis en érection afin de se protéger contre les IST /Sida et une grossesse.

Pour être efficace ils doivent être employé correctement durant chaque rapport sexuel. Il aide souvent à empêcher l'éjaculation prématurée chez certains hommes.

❖ **Diaphragmes :**

Le diaphragme a été la première méthode fiable de contraception féminine. C'est un disque souple de latex, bombé en courbe et dont la circonférence est bordée par un ressort métallique. Leur but est d'empêcher les spermatozoïdes de franchir le col utérin. Il existe plusieurs tailles numérotées de 55 à 95, correspondant au diamètre. C'est le médecin qui doit faire le choix de la taille, en calculant la distance qui existe entre le cul-de-sac vaginal postérieur et le pubis. Il faut ensuite apprendre à la patiente l'utilisation du diaphragme connaissance de son col utérin, méthode d'introduction. L'adjonction d'un spermicide au diaphragme est obligatoire, afin d'en assurer une efficacité acceptable. Il faut laisser l'appareil en place plusieurs heures après le dernier rapport sexuel. Après emploi, l'appareil doit être savonné à l'eau tiède. Sa longévité est d'environ 1 an s'il est bien entretenu. C'est une alternative pour les femmes ayant en général une contre-indication à la pilule ou au stérilet.

Contre-indications : elles sont anatomiques (prolapsus, lésions périnéales, rétroversion fixée, fibrome postérieur, post-partum ou allergie au latex, qui peuvent gêner la pose).

❖ **Capes cervicales:**

Cupules en silicone à usage unique pouvant être laissées en place pendant 3 jours, mais qui ne se placent que sur le col utérin. Elles ont différentes tailles et doivent être associées à un spermicide.

➤ **Méthodes chimiques : les Spermicides :**

Les spermicides sont de plusieurs types et agissent en abaissant la tension superficielle des spermatozoïdes ou en les tuant pour les empêcher de se diriger vers les ovules.

Avantages : peuvent être posés jusqu'à une heure avant les rapports sexuels. Peuvent augmenter la lubrification vaginale. Peuvent être employés immédiatement après l'accouchement.

2.1.2. Les Méthodes de longue durée :

a- Les implants : le Norplant

C'est un contraceptif contenant un progestatif retard qui diffuse à travers 6 capsules insérées en sous-cutané à la face interne du bras de la cliente.

▪ Avantages

- Aussi efficace que la ligature des trompes (99 à 99,8% d'efficacité), même chez les femmes de poids élevé ;
- Son action est immédiate. (elle commence 24h après l'insertion) ;
- Actif dans l'organisme pendant :
 - 7 ans pour les femmes de moins de 70kg,
 - 5 ans pour les femmes de 70 à 79kg,
 - 4 ans pour les femmes de plus de 80kg.

Toutefois les capsules peuvent être retirées à tout moment.

- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- N'affecte pas l'allaitement ;
- Les capsules ne gênent pas et sont à peine visibles sous la peau ;
- Cette méthode n'exige pas un effort de mémoire, sauf pour la date de rendez-vous ;
- Le Norplant peut prévenir l'anémie en diminuant le flux menstruel ;

- Il a peu d'effets secondaires, à part les irrégularités du cycle menstruel et le spotting.
- **Limites (inconvenients ou précautions)**
 - La pose ou le retrait des capsules nécessite un personnel qualifié ;
 - Le Norplant ne protège pas contre les IST/SIDA ;
 - La pose et le retrait nécessitent une procédure chirurgicale mineure
 - Les capsules peuvent être visibles sous la peau ;
 - Il existe quelques risques mineurs liés à l'opération : saignement, hématome, infection locale ;
 - La cliente ne peut arrêter la méthode d'elle-même.
- **Effets secondaires :**
 - Spotting
 - Saignements prolongés
 - Aménorrhée, ou une combinaison de ces troubles.
 - Céphalées, Vertiges, Acné, éruption cutanée (rare)
 - Prise de poids et modification de l'appétit
- **Critères de sélection d'une cliente désirant le Norplant :**
 - Femme allaitante depuis plus de 6 semaines ;
 - Femme qui désire une contraception continue ou de longue durée ;
 - Femme qui a le nombre d'enfants désirés mais ne veut pas subir une ligature des trompes ;
 - Femme qui considère la possibilité d'une ligature des trompes, mais n'a pas encore pris sa décision finale ;
 - Femme qui ne peut utiliser des contraceptifs qui contiennent des œstrogènes.
- **Moment approprié pour insérer le Norplant :**
 - Entre le 1^{er} et le 7^{eme} jour du cycle ou à n'importe quel moment si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte

- Si une accouchée allaite et qu'elle ne veut pas utiliser la LAM,
 - Il est recommande qu'elle attende au moins 6 semaines avant de commencer le Norplant (on ne connaît pas le danger que représentent les progestatifs pour les bébés allaités, pendant les 6 premières semaines)
 - Si elle commence à avoir des relations sexuelles avant 6 semaines (post partum), elle devrait utiliser le condom jusqu'à ce qu'elle reçoive ses implants
- Si une femme dans le post partum n'allait pas, elle peut commencer immédiatement les implants Norplant après l'accouchement ou à n'importe quel autre moment si l'agent de santé est raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte ;
- L'utilisation du Norplant est sûre et appropriée immédiatement après l'avortement (spontané ou provoqué) quel que soit le trimestre. Il devrait être inséré dans les 7 premiers jours qui suivent l'avortement.
- **Technique de l'insertion des capsules de Norplant :**
 - Respecter les règles d'asepsie et d'antisepsie.
 - Marquer l'endroit où sera faite l'insertion
 - Injecter un anesthésique local juste sous la peau
 - Avancer l'aiguille d'environ 4 cm et injecter 1 ml d'anesthésique local dans chacun des 3-6 sillons sub-dermiques (vérifier qu'il y a effet anesthésique).
 - Faire une incision superficielle de 2 mm avec le bistouri juste sous la peau
 - Tout en gonflant la peau, avancer le trocart et le mandrin jusqu'à la marque 1 près de la garde du trocart ;
 - Retirer le mandrin et charger la capsule dans le trocart
 - Réinsérer le mandrin et l'avancer jusqu'à ce qu'on sente une résistance ;
 - Tenir le mandrin fermement en place avec une main et retirer le trocart de l'incision jusqu'à ce qu'il arrive au manche du mandrin

- Retirer le trocart et le mandrin ensemble jusqu'à ce que la marque 2 près du bout du trocart apparaisse dans l'incision (ne pas retirer le trocart de la peau) ;
 - En tenant avec le doigt la capsule déjà placée, guider l'insertion du trocart et du mandrin jusqu'à la marque 1
 - Ne retirer le trocart qu'après avoir inséré la dernière capsule ;
 - Palper les capsules pour vérifier que les 6 capsules ont été insérées en forme d'éventail ;
 - Palper l'incision pour vérifier que toutes les capsules sont éloignées de l'incision.
 - Resserrer les lèvres de l'incision et la refermer avec du sparadrap ou un pansement chirurgical ;
 - Entourer le bras d'un pansement compressif ;
 - Rincer l'aiguille et la seringue et placer tous les instruments dans une solution chlorée pour la décontamination ;
 - Dessiner l'emplacement des capsules dans le dossier de la cliente et noter tout fait inhabituel.
- **Counseling Post-insertion**
 - Donner à la cliente les instructions pour soigner la plaie et lui dire quand revenir
 - Rassurer la cliente qu'elle peut faire retirer les capsules à n'importe quel moment si elle le désire ;
 - Observer la cliente pendant au moins cinq minutes avant de lui dire au revoir ;

▪ **Rendez vous de suivi**

Dire à la cliente de se présenter à tout moment si elle a un problème tel que : douleurs sévères au bas ventre, saignement en dehors des règles, douleurs au site d'insertion avec ou sans pus/sang, expulsion des implants ; absence des règles.

b- Dispositif intra utérin : D.I.U

Le DIU est un dispositif flexible de composition métallique et/ou plastique que l'on insère dans la cavité utérine dans un but contraceptif.

Il existe plusieurs modèles :

- En cuivre, le DIU TCu-380A qui est en plastique et libère lentement de petites quantités de cuivre.
- Le DIU médicamenteux qui libère un progestatif (progestérone).

▪ **Mécanisme d'action :** le DIU agit en empêchant les spermatozoïdes d'atteindre les ovules. En plus il crée une réaction inflammatoire dans la paroi utérine pour la rendre inapte à la nidation.

▪ **Avantages :**

- Très efficace (99,2 à 99,4% d'efficacité)
- Son action est immédiate
- Actif pendant 12 à 13 ans dans l'organisme
- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- N'affecte pas l'allaitement
- Pas d'effet secondaire hormonal ;
- Immédiatement réversible ;

▪ **Limites (inconvenients) ou précautions :**

- La pose ou le retrait du DIU nécessite un examen clinique et un personnel qualifié
- Le DIU ne protège pas contre les IST/SIDA ;

- Le DIU peut être expulsé sans que la femme ne s'en rende compte (post partum) ;
 - Le DIU ne protège pas contre les grossesses ectopiques ;
 - La femme doit vérifier la position du fil de temps à autre.
- **Effets secondaires :**
- Changements menstruels (durant les 3 premiers mois mais ont tendance à diminuer après) : règles plus longues et plus abondantes, crampes et douleurs durant les règles.
 - Crampes et douleurs 3 à 5 jours après l'insertion ;
 - Perforation de la paroi de l'utérus si insertion mal effectuée.
- **Critères de sélection d'une cliente désirant le DIU :**
- Toute femme si l'on est raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte ;
 - Immédiatement après accouchement ou avortement (s'il n'y a pas d'infection) ;
 - Femme qui ne peut utiliser des contraceptifs hormonaux.
- **Moment approprié pour l'insertion :**
- Le DIU peut être inséré à n'importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte.
 - Dans les 10 minutes après la délivrance à 48 heures après l'accouchement (formation spécifique nécessaire)
- **Insertion du DIU TCu-380A :**
- Mettre des gants d'examen stériles ou DHN
 - Faire un examen bi manuel ;
 - Retirer les gants, se laver les mains, les sécher avec un linge propre et sec ;
 - Mettre des gants d'examen neufs stériles ou DHN
 - Placer le spéculum et examiner le col ;

- Désinfecter soigneusement le col (surtout l'orifice) et le vagin deux fois ou plus avec un antiseptique ;
- Saisir doucement le col avec un tenaculum (pince à col) ;
- Passer l'hystéromètre une seule fois dans l'ouverture du col sans toucher les parois vaginales ou le spéculum ;
- Déterminer la profondeur de la cavité utérine et retirer l'hystéromètre ;
- Charger le TCu-380A dans l'emballage stérile :
- Placer le curseur à la profondeur mesurée avec le DIU encore dans son emballage stérile et ouvrir ensuite complètement l'emballage ;
- Retirer l'inséreur chargé ; veiller à ne toucher aucune surface non stérile ; ne pas pousser le mandrin blanc vers le DIU ;
- Passer doucement l'inséreur chargé à travers le col en tenant le curseur bleu jusqu'à ce que le curseur touche le col ou qu'une résistance soit sentie ;
- Tenir immobile avec une main le tenaculum et le mandrin blanc ;
- Libérer les bras du DIU TCu-380A en utilisant <la technique du retrait> (tirer le tube de l'inséreur vers vous jusqu'à ce qu'il touche la griffe pour le pouce du mandrin) ;
- Retirer le mandrin blanc et pousser doucement (vers le haut) le tube de l'inséreur jusqu'à ce qu'une résistance soit sentie ;
- Retirer partiellement le tube de l'inséreur et couper les fils du DIU en laissant 3 ou 4 cm ;
- Retirer le tube de l'inséreur ; retirer doucement le tenaculum ;
- Examiner et en cas de saignement ; placer du coton sur l'endroit du saignement, là où la pince tire col a blessé, pendant 30 à 60 secondes ;
- Retirer doucement le spéculum.
- Placer les instruments utilisés dans une solution de décontamination pendant 10 minutes.

- Éliminer les déchets (coton, gants à jeter) selon les directives ;
- Remplir la carte de rendez-vous et noter dans le dossier de la cliente ;
- Aider la femme à se relever.

▪ **Retrait du TCu-380A :**

- Se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les sécher sec avec un linge individuel, sec et propre ;
- Mettre des gants d'examen neufs (à jeter) ou DHN ou stériles (réutilisables) ;
- Faire un examen bi manuel :
- Déterminer s'il y a sensibilité à la mobilisation cervicale ;
- Déterminer la taille, la forme et la position de l'utérus ;
- Palper les annexes pour détecter les anomalies ;
- Placer le spéculum et examiner le col ;
- Passer avec soin un antiseptique sur le col (surtout l'orifice) et le vagin de deux fois ou plus ;
- Saisir les fils près du col avec une pince à hémostase ou autre pince étroite ;
- Tirer doucement mais fermement sur les fils pour retirer le DIU ;
- Montrer le DIU à la cliente et retirer doucement le spéculum ;
- Observer la cliente sur la table d'examen ou lit pendant 15 minutes avant de la laisser partir.

Taches post retrait :

- Placer les instruments utilisés et le DIU dans une solution chlorée pendant 10 minutes ;
- Noter le retrait du DIU dans le dossier de la cliente.

▪ **Rendez vous de suivi :**

- Expliquer à la cliente la date du rendez-vous et son importance ;
- Dire à la cliente de se présenter à tout moment si elle a des problèmes tels que : douleurs sévères au bas ventre, expulsion du DIU ou absence des fils, saignements très abondants, suspicion d'IST.
- Dire à la cliente que le DIU est efficace pendant 13 ans mais qu'elle peut le faire retirer à tout moment ;
- Dire à la cliente qu'après le retrait, elle pourrait tomber enceinte aussi rapidement que les femmes qui n'utilisent pas de DIU ;
- Préciser que si la femme désire le DIU de nouveau, elle peut recevoir un nouveau DIU immédiatement après le retrait de l'ancien.
- Donner un rendez-vous et le marquer sur le carnet :
 - **1ere visite de suivi** : après les premières règles pour s'assurer que le DIU est en place ;
 - **Autres visites de suivi** : selon le besoin.

2.2. METHODES PERMANENTES : La Contraception chirurgicale volontaire CCV

La CCV est une petite intervention chirurgicale volontaire qui consiste à interrompre la capacité reproductive de l'homme (vasectomie) ou de la femme (ligature des trompes). L'efficacité est presque totale aussitôt après l'intervention. C'est une méthode irréversible.

Méthodologie

III- Méthodologie :

1. Cadre d'étude :

La présente étude a été menée dans le district de Bamako, capitale de la république du Mali, pays continental situé au cœur de l'Afrique occidentale dans une zone soudano-sahélienne.

Le district de Bamako composé de six communes couvre une superficie de 300km².

Sa population est estimée à 1.690.471 habitants en 2006. Elle connaît une grande diversité ethnique du fait que Bamako est le lieu de convergence des populations de la périphérie, des autres régions du pays et même des autres pays Africains pour diverses raisons.

L'étude s'est déroulée dans 3 lycées et deux campus universitaires du district de Bamako qui sont :

a- LE LYCEE BOUILLAGUI FADIGA

Situé en commune I, à l'hippodrome collé au club hippique de Bamako face à la rue RDA.

Créé en 1960, le cours privé Bouillagui Fadiga est devenu lycée Bouillagui Fadiga en 1975.

Il comprend 30 salles de classe et compte une direction, une infirmerie, 1515 élèves.

La direction comprend comme personnel:

- Un proviseur qui est le chef d'établissement
- Un adjoint au proviseur
- Un censeur
- Un surveillant général
- Un économiste

b- LE LYCEE NOTRE DAME DU NIGER

Créé en 1963 en tant que lycée, il relevait auparavant du Cours Notre Dame du Niger. Situé dans le quartier du fleuve en commune III derrière l'ENSUP il fait face à la BCEAO. Le Lycée Notre Dame du Niger relève de l'enseignement catholique et du ministère de l'enseignement secondaire, supérieur et de la recherche scientifique. A ce titre toutes les élèves sont orientées par l'Etat qui accorde une subvention à l'établissement.

Il comptait en 2007, 23 classes pour un effectif de 998 élèves. Elles sont encadrées par 48 professeurs.

La direction compte :

- Un proviseur, premier responsable de l'établissement
- Un censeur ou directrice des études
- Un surveillant général et son adjoint
- Une économiste, deux secrétaires et deux manoeuvres

c- LE LYCEE LANTERNE

Situé en commune VI à Sogoniko du côté Est de la mairie sur la route de Magnambougou, le lycée Lanterne fut créé en 1998. Il a un statut privé.

Il compte un laboratoire, une bibliothèque, une infirmerie et 30 salles de classes. Le lycée a une capacité de 2500 élèves mais compte actuellement 1434 élèves et 48 enseignants.

La direction comprend comme personnel:

- Un proviseur, premier responsable de l'établissement
- Un censeur ou directeur des études
- Un surveillant général et 2 adjoints
- Un économiste, deux secrétaires

d- Les RESIDENCES UNIVERSITAIRES : Le campus social de l'université de Bamako est composé de 4 résidences universitaires servant de logement pour les étudiants dont 2 ont été intéressées par cette étude :

- LA RESIDENCE UNIVERSITAIRE DES SCIENCES ET TECHNIQUES (FAST) :

Située sur la colline de Badalabougou en commune V, la résidence de Badalabougou a une capacité moyenne de 600 lits. Elle loge non seulement les étudiants de cette faculté mais aussi certains étudiants de la FLASH , DE LA FSJE , de L'ENI et de L'ENSUP .

e- LA RESIDENCE UNIVERSITAIRE DU POINT .G (FMPOS) :

Située en commune III, contiguë au centre hospitalier et universitaire du point.G, la résidence universitaire de la FMPOS a une capacité de 552 lits .Elle ne loge que les étudiants de cette faculté.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une enquête transversale à passage unique avec choix raisonné au premier niveau et choix aléatoire au deuxième niveau.

3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée sur 3 mois, de Janvier 2007 à Mars 2007. C'est une période qui correspond au 2ème trimestre et coïncide avec le retour des congés des élèves et étudiants.

4. Population d'étude :

Elèves et étudiants des campus et lycées du district de Bamako.

5. Echantillonnage :

a- Taille minimum de l'échantillon :

La taille de l'échantillon a été calculée en utilisant la formule suivante :

$$N = \frac{4.P.Q}{I^2}$$

P= représente la prévalence de l'utilisation des méthodes de contraception par les étudiants et élèves dans les études antérieures (**5%**)

$$Q = 1 - P = 0.95$$

I= la précision souhaitée, **2%**

$$N = \frac{4(0.05 \times 0.95)}{(0.02)^2} = 475$$

Cette taille minimum s'élève à 475 scolaires et 475 universitaires ; et pour une plus grande représentabilité nous avons retenu 500 scolaires et 500 universitaires.

b- Critères d'inclusion :

Filles et garçons âgés de 14 à 24 ans et qui fréquentent les lycées sus cités et universités et qui ont accepté de participer à l'étude

c- Critères de non inclusions :

Les filles et garçons âgés de moins de 14 ans et de plus de 24 ans, et qui ne fréquentent pas ces lycées ni ces campus.

6. Collecte des données :

Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire individuel élaboré à cet effet et porté en annexe.

7. Traitement et analyse des données :

La saisie a été faite avec le logiciel Microsoft Word et l'analyse sur SPSS

RESULTATS

I. Caractéristiques socio – démographiques de la population enquêtée

Tableau I : Répartition des enquêtés selon l'établissement

Etablissement	EA	Pourcentage
LNDN	200	20
LL	200	20
LBF	100	10
CP FAST	250	25
CP FMPOS	250	25
Total	1000	100

Au total, 50% de la population enquêtée sont du lycée et 50% de l'université.

Tableau II : Répartition des enquêtés selon la classe fréquentée

Classe fréquentée		EA	Pourcentage
Lycée	10^{ème}	191	19.1
	11^{ème}	147	14.7
	12^{ème}	162	16.2
Université	1 année	165	16.5
	2 année	138	13.8
	3 année	104	10.4
	4 année	71	7.1
	5 année	17	1.7
	6 année	5	0.5
Total		1000	100

Les étudiants des classes de 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} années sont peu représentés dans l'échantillon (0.5 à 7.1%) tandis que les élèves des classes de 10^{ème}, 11^{ème} et 12^{ème} et les étudiants des classes de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} années représentent entre 10.4 et 19.1% de la population étudiée.

Tableau III: Répartition des enquêtés selon les tranches d'âge et le sexe

Tranches d'âge	Masculin		Féminin	
	EA	Pourcentage	EA	Pourcentage
14-18	168	42%	283	47.1%
19-23	183	45.7%	235	39.5%
Sup à 23	49	12.3%	82	13.6%
Total	400	100%	600	100%

La tranche d'âge de 14- 18 ans est plus représentée chez les filles avec 47.1%, alors que chez les garçons c'est la tranche d'âge de 19- 23 ans qui est la plus représentée avec 45.7%

II. Connaissance des méthodes de la PF

Tableau IV : Répartition des enquêtés selon qu'ils aient entendu parler de la PF et par établissement.

Entendu parlé	OUI		NON	
	EA	Pourcentage	EA	Pourcentage
Établissement	EA	Pourcentage	EA	Pourcentage
LNDN	173	86.5	27	13.5
Lanterne	172	86	28	14
Bouillagui	77	77	23	23
FAST	206	82.4	44	17.6
FMPOS	223	89.2	27	10.8
Total	851	85.1	149	14.9

85.1% des élèves et étudiants ont entendu parler de PF. Au Lycée Bouillagui ce taux est de 77% et de 89.2% à la FMPOS

Tableau V : Répartition des enquêtés selon le nombre et le type de méthode connue.

851 scolaires et universitaires ont entendue parlé de contraception, la répartition de ceux qui connaissent les méthodes de contraceptions est consignée dans le tableau V.

Nbre et type de méthode		EA	Pourcentage
1	Pilule	264	31.2
	Injectable	215	25.2
Plusieurs	Pilule, préservatif, injectable, Norplant	175	20.5
1	Préservatif	115	13.5
	Norplant	32	3.7
	DIU	3	0.3
Ne connaît pas		47	5
Total		851	100

Tableau VI : Répartition des enquêtés selon les sources d'informations sur la PF.

Source d'information	EA	Pourcentage
Parents, amis	147	14.7
Médias	376	37.6
Ecole	74	7.4
Net	80	8.0
Documents	9	0.9
Parents, médias et école	165	16.5
Total	851	100

Les élèves déclarent avoir entendu parler de PF surtout par les médias (37.6%) et dans seulement 14.7% par les parents et les amis.

Tableau VII : Répartition des enquêtés selon leurs connaissances des méthodes de PF en fonction des tranches d'âge

Tranches D'age		14- 18 ans		19- 23 ans		Sup à 23 ans	
		EA	Pourcentage	EA	Pourcentage	EA	Pourcentage
1	Pilule	108	24%	121	29%	35	26.7%
	Préservatif	40	8%	59	14.1%	16	12.2%
	Injectable	88	19.5%	88	21%	39	29.7%
	Implant	18	4%	10	2.3%	4	3%
	D.I.U	0	0%	3	0.7%	0	0%
	Plusieurs méthodes	81	18%	77	18.4%	17	13%
Ne connaît pas		116	25.7%	60	14.3%	20	15%
Total		451	100%	418	100%	131	100%

85% des élèves et étudiants de plus de 19 ans enquêtés connaissent au moins une méthode de PF ; alors que plus de 25% des élèves de 14-18 ans disent ne connaître aucune méthode de PF.

Tableau VIII : Répartition des enquêtés selon la méthode connue et en fonction du sexe :

Sexe	Masculin		Féminin	
	EA	Pourcentage	EA	Pourcentage
Méthode connue				
Pilule	104	26%	160	27%
Préservatif	65	16.2%	50	8.3%
Injectable	68	17%	147	24.5%
NORPLANT	10	2.5%	22	3.6%
DIU	0	0%	3	0.5%
Ne connaît pas	85	21%	111	18.6%
Pilule, préservatif, injectable	68	16.5%	107	18%
Total	400	100%	600	60%

Le pourcentage de fille connaissant les injectables (24.5%) est plus élevé que celui des garçons (17%). Et le pourcentage de garçons connaissant le préservatif comme méthode de contraception (16.2%) est plus que celui des filles (8.3%). Pour les autres méthodes le pourcentage de connaissance est à peu près la même.

Tableau IX : Répartition des enquêtés selon leurs connaissances des avantages de la PF.

Avantages de l'utilisation des méthodes	EA	Pourcentage
Éviter une grossesse	294	29.4
Économie	46	4.6
Très important	36	3.6
Protège	56	5.6
Bien être de la famille	69	6.9
Ne connaît pas	399	39.9
Bien être famille, économie, éviter une grossesse.	100	10.0
Total	1000	100

Dans près de 1/3 des cas, les élèves et étudiants considèrent le fait de pouvoir éviter une grossesse comme l'avantage le plus important. Les autres avantages comme le bien être de la famille et la protection contre les maladies ont été évoqués respectivement dans 6.9% et 5.6% des cas.

Tableau X : Répartition des enquêtés selon la connaissance des inconvénients de la PF.

Inconvénients de la PF	EA	Pourcentage
Stérilité	239	23.9
Cancer	29	2.9
Religion /Tradition	42	4.2
Trouble du cycle	33	3.3
Limitation de la population	51	5.1
Vagabondage sexuel	22	2.2
Ne connaît pas	442	44.2
Stérilité, trouble du cycle, cancer.	142	14.2
Total	1000	100

Plus de 1/5 des enquêtés considèrent la stérilité comme inconvénient de la PF ; mais 44.2% ne connaissent aucun inconvénient à la PF.

Par ailleurs, la religion, la limitation de la population et le vagabondage sexuel ont été cités comme obstacles à la PF par respectivement 4.2%, 5.1% et 2.2% des enquêtés.

Moins de la moitié des enquêtés (43.9%) connaissent la contraception d'urgence.

III. ATTITUDES FACE A LA CONTRACEPTION

Tableau XI : Répartition des enquêtés selon l'avis de leurs parents sur l'utilisation des méthodes de PF

Avis des parents	EA	Pourcentage
Favorable	279	27.9
Défavorable	139	13.9
Pas d'avis	589	58.9
Total	1000	100

Une proportion importante, 58.9% des élèves et étudiants enquêtés, ne connaissent pas l'avis de leurs parents sur la contraception. Mais ils pensent que les parents sont plutôt favorables que défavorables.

Tableau XII : Répartition des enquêtés selon la personne avec qui ils parlent de sexualité

Personne	EA	Pourcentage
Parent	331	33.1
Ami	546	54.6
Personnel de santé	89	8.9
Enseignant	34	3.4
Total	1000	100

Plus de la moitié, 54.6% des élèves et étudiants discutent de sexualité avec leurs amis et seulement 1/3 avec les parents.

Tableau XIII : Répartition des enquêtés selon leur avis sur l'introduction de la PF en milieu scolaire.

Avis	EA	Pourcentage
Favorable	617	61.7
Défavorable	174	17.4
Pas d'avis	209	20.9
Total	1000	100

61.7% des enquêtés sont favorables à l'introduction de la PF en milieu scolaire et 17.4% défavorables.

Tableau XIV : Répartition des enquêtés selon leur avis sur la tranche d'âge d'introduction de la PF

Tranche d'âge	EA	Pourcentage
Avant 15 ans	103	10.3
15-18 ans	572	57.2
19-21 ans	94	9.4
22 -25 ans	58	5.8
26-35 ans	13	1.3
Après 36 ans	13	1.3
Sans avis	147	14.7
Total	1000	100

Au total, 57.2% des enquêtés pensent que l'âge d'introduction de la PF devrait être entre 15 - 18 ans.

Tableau XV: Répartition des enquêtés en fonction de leur avis sur la forme de l'introduction de la PF en milieu scolaire

Forme	EA	Pourcentage
Cours structuré	247	40%
Information plus large	140	22 .6%
Affiche	27	4.3%
Sketchs	82	13.2%
Autres	17	2.7%
Cours structurés, info plus large, affiches, sketchs	104	16.8%
Total	617	100

Au total, 40% pensent qu'il faut des cours structurés pour la promotion de la PF en milieu scolaire, suivi d'informations plus larges et des sketchs.

IV- PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION :

Tableau XVI : Répartition des enquêtés en fonction de ceux qui ont déjà eu un rapport sexuel

Déjà eu un rapport	EA	Pourcentage
Oui	737	73.7
Non	263	26.3
Total	1000	100

73.7% des enquêtés ont déjà eu un rapport sexuel.

Tableau XVII: Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge et selon qu'ils aient déjà fait un rapport sexuel

Tranche D'âge	14- 18		19- 23		Sup à 23	
	EA	Pourcentage	EA	Pourcentage	EA	Pourcentage
Déjà eu un rapport						
OUI	276	61.1	345	82.5	116	88.5
NON	175	38.8	73	17.4	15	11.4
Total	451	100	418	100	131	100

Le pourcentage des jeunes sexuellement actifs augmente à partir de 19ans, il est de 61.1% entre 14- 18 ans et de 88.5% pour ceux qui ont plus de 23 ans.

Tableau XVIII: Répartition des enquêtés selon le sexe et selon qu'ils aient déjà eu un rapport sexuel

Sexe	Masculin		Féminin	
	EA	Pourcentage	EA	Pourcentage
Déjà fait un rapport				
OUI	301	75.2	436	72.6
NON	99	24.8	164	27.4
Total	400	100	600	100

Les garçons sont plus nombreux à avoir fait un rapport sexuel avec 75.2% que les filles 72.6%

Tableau XIX : Répartition des enquêtés en fonction de l'utilisation du préservatif lors du 1^{er} rapport

Utilisation du préservatif	EA	Pourcentage
Oui	326	44.2
Non	411	55.7
Total	737	100

44.2% ont utilisé le préservatif lors de leur premier rapport sexuel.

Tableau XX : Répartition des enquêtés selon les tranches d'âge et en fonction de ceux qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive

Ont déjà utilisé Une méthode	OUI		NON		Total	
	EA	Pourcentage	EA	Pourcentage	EA	Pourcentage
Tranches d'âge	EA	Pourcentage	EA	Pourcentage	EA	Pourcentage
14- 18	41	9	410	91	451	100
19- 23	63	15	355	85	418	100
Sup à 23	18	13	113	86	131	100

Le taux de contraception est plus élevé dans la tranche d'âge de 19- 23 ans avec 15%.

Tableau XXI : Répartition des enquêtés en fonction de l'utilisation du préservatif dans les rapports suivants

Utilisation du Préservatif	EA	Pourcentage
Toujours	244	33.1
De temps en temps	379	51.4
Jamais	114	15.4
Total	737	100

33.1% ont toujours utiliser le préservatif lors des rapports suivant, 51.4% l'utilisent de temps en temps alors que 15.4% ne l'ont plus jamais utilisé.

Tableau XXII : Répartition des enquêtés selon les sources d'approvisionnement connues

Source d'approvisionnement	EA	Pourcentage
Pharmacie	240	24. %
Centre de santé, hôpital	115	11.5%
Commerçant détaillant	106	10.6%
Pharmacie par terre	15	1.5%
Ne connaît pas	412	41.2%
Pharmacie, CS, boutique	112	11.2%
Total	1000	100

Un peu moins de la moitié des étudiants et élèves ne connaissent aucune structure où ils peuvent avoir les produits contraceptifs. Les pharmacies et les centres de santé sont les lieux d'approvisionnement les plus connus par les enquêtés avec respectivement 24% et 11.5%.

Tableau XXIII: Répartition des enquêtés selon le sexe et selon la personne qui doit décider de l'utilisation d'une méthode contraceptive.

Sexe	Masculin		Féminin	
	EA	Pourcentage	EA	Pourcentage
Personne décideur				
Soi-même	103	25.7	215	35.8
Partenaire	38	9.5	24	4.0
Les deux	178	44.5	210	35.0
Parents	15	3.7	23	3.8
Pas avis	66	16.5	128	21.3
Total	400	100	600	100

Les filles considèrent dans 1/3 des cas que la décision de la pratique de la PF doit être prise par soi même. 1/3 pense que la décision doit être prise par les deux; tandis que les garçons pensent dans 44.5% des cas que la décision doit être prise par les deux.

Tableau XXIV : Répartition des enquêtés en fonction des méthodes contraceptives déjà utilisées

Méthode contraceptive déjà utilisée	EA	Pourcentage
Préservatif	63	51.6
Pilule	35	28.6
Depo- provera	15	12.2
Norplant	9	7.3
Total	122	100

Le préservatif est le plus utilisé des méthodes de contraception avec 51.6% suivi de la pilule 28.6% et de l'injectable 10.6%.

Tableau XXV : Répartition des enquêtés en fonction de ceux qui continuent d'utiliser leur méthode

Continuent d'utiliser	EA	Pourcentage
Oui	85	69.6
Non	37	30.3
Total	122	100

69.6% continuent d'utiliser la méthode, ce taux est de 8.5% sur l'ensemble des enquêtés.

Tableau XXVI : Répartition des enquêtés selon qu’elles aient déjà eu une grossesse

Déjà eu une grossesse	EA	Pourcentage
Oui	283	47.1
Non	192	32
Pas d’avis	125	20.8
Total	600	100

Près de la moitié des filles enquêtées, 47.1% ont déjà eu une grossesse.

Tableau XXVII : Répartition des enquêtés selon la tranche d’âge et selon qu’elles aient déjà eu une grossesse

Tranches D’age	14- 18		19- 23		Sup à 23	
	EA	Pourcentage	EA	Pourcentage	EA	Pourcentage
Déjà eu une grossesse						
OUI	102	43.9	118	46.2	63	55.7
NON	130	56.1	137	53.7	50	44.2
Total	232	100	255	100	113	100

La fréquence de grossesse augmente aussi à partir de 19ans.

Tableau XXVIII : Répartition des enquêtées selon que leur grossesse était désirée

Grossesses désirées	EA	Pourcentage
Oui	23	8.1
Non	213	75.2
Pas d'avis	47	16.6
Total	283	100

Les cas de grossesse non désirée représentent 75.2%.

Tableau XXIX : Répartition des enquêtées selon le devenir de la grossesse

Devenir des Grossesses	EA	Pourcentage
Conduite à terme	8	2.8
Avorté	250	88.3
Pas d'avis	25	8.8
Total	283	100

Les grossesses conduites à terme représentent 2.8% alors que celles avortées représentent 88.3%.

Tableau XXX : Répartition des enquêtées en fonction de l'âge de la grossesse lors de l'avortement

Age de la grossesse	EA	Pourcentage
1 mois	35	13.5
2 mois	148	57.3
3 mois	15	5.8
Pas d'avis	60	23.2
Total	258	100

La majorité des avortements, 57.3% ont été pratiqués à 2mois de grossesse. Ces résultats ne sont pas documentés.

Tableau XXXI : Répartition des enquêtés en fonction de leur avis sur les avortements provoqués

Avis	EA	Pourcentage
Favorable	138	13.8
Défavorable	648	64.8
Pas d'avis	214	21.4
Total	1000	100

64.8% sont défavorables à l'avortement provoqué.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Dans notre étude le sexe féminin représentait plus de la moitié de nos effectifs avec 60%. Ceci s'explique par le fait que nous avons voulu étudier de façon plus approfondie les raisons des grossesses précoces et des avortements qui concernent les filles en premier lieu.

Les lycéens et universitaires étaient répartis de manière équitable ; la 10^{ème} et la 1^{ère} année étaient plus représentées respectivement dans les lycées et universités. La majorité des enquêtés, 85.1% affirment avoir entendu parler de la PF. Ce résultat confirme d'autres études telles que :

- Celle de Bomia M A D, réalisée dans le district de Bamako en milieu scolaire [5] qui a trouvé 93.8%.
- Et d'une étude réalisée à Hanoi, au Vietnam, où les auteurs ont trouvé que 78% des jeunes femmes avaient entendu parler de PF [9] .

Les principales sources d'informations sont surtout les médias et les amis.

Cela peut s'expliquer par le fait que la contraception, qui est un sujet lié à la sexualité est considérée dans notre société comme sujet tabou.

BERTHE B B. [4] avait trouvé les mêmes résultats dans son étude menée au LYCEE ASKIAS MOHAMED, ainsi que COULIBALY B. et DAOUDA A. [6]. Ils ont abouti à la conclusion que la famille (père et mère) est une source rare d'information sur la PF.

Sur l'effectif ayant entendu parlé de PF, seulement 58.8% connaissent les sources d'approvisionnement telles que la pharmacie citée par 24% des enquêtés, les centres de santé 11.5% et les boutiques 10.6%.

Les méthodes de contraception les plus connues par les filles sont la pilule 32.8%, l'injectable 26.7%. Chez les garçons, c'est le préservatif avec 14.3%, qui est la méthode la plus connue.

Cela peut s'expliquer par le fait que ces moyens de contraception sont plus adaptés aux adolescents et aux jeunes donc ils s'y intéressent plus qu'aux autres méthodes.

SANGARE A K. [34] a trouvé des résultats à peu près similaires avec comme méthode la plus connue la pilule, suivie du préservatif et ensuite l'injectable. Il a aussi trouvé que le préservatif était plus connu des garçons (90.3%) que des filles (75.4%).

Aucun enquêté n'a fait allusion aux méthodes naturelles de PF : Ceci peut s'expliquer par le fait que les campagnes de sensibilisation ne sont pas axées sur ces méthodes, sauf pour la méthode MAMA qui n'intéresse que les femmes allaitantes.

Dans l'étude de BERTHE B B. 1.7% de ses enquêtés ont cité l'abstinence périodique comme méthode de contraception et aucun n'a mentionné la méthode MAMA.

Ceci prouve que les méthodes naturelles sont en abandon au profit des méthodes modernes de contraception.

Les avantages et les inconvénients sont peu connus des secondaires et universitaires.

Moins de la moitié des enquêtés connaissent la contraception d'urgence. Cette connaissance est limitée aux étudiants de 19- 23 ans.

Ceci s'explique par le fait que la connaissance de la contraception par les jeunes et la perception des risques restent largement insuffisantes.

Une étude auprès des adolescentes en Tanzanie [25], montre que près de la moitié de ces jeunes femmes qui ont eu un avortement ne connaissait pas de méthode contraceptive.

En Éthiopie, Madebo T. et Tsadic GT [17] ont constaté que 83 % des femmes n'utilisaient pas de contraception avant la grossesse qu'elles ont interrompue.

L'attitude des élèves et étudiants face à la contraception est assez mitigée.

Les résultats de notre étude montrent qu'une proportion assez importante des enquêtés 58.9%, ne connaissent pas l'avis de leur parent sur la PF et ceci sans distinction d'âge ; seulement 33.1% discutent de sexualité avec les parents.

Ceci est dû au fait que la sexualité est un sujet tabou dans la société malienne.

Lys H.L et collaborateurs [16] et SACKO D [33] sont arrivés à la même conclusion, ils ont trouvé qu'il y a une non communication sur les questions de PF au sein des ménages.

Les mêmes constatations ont été faites dans deux études réalisées au Zimbabwe, qui ont montré que les parents n'assument pas leur responsabilité d'informateur et de communicateur compte tenu des tabous associés aux sujets de sexualité en Afrique.

Quant à l'introduction de la PF en milieu scolaire, 61.7% des enquêtés y sont favorables ; et ceci est dû au fait que la puberté et la sexualité sont très précoces de nos jours.

Bomia M A. [5] trouvait dans son étude 76.4% qui y sont favorables.

Pour les 17.4% qui y sont défavorable, ils pensent que cela peut encourager la précocité des rapports sexuels, inciter à la débauche, des effets secondaires que cela peut engendrer si utilisée tôt tel que la stérilité.

67.5% pensent qu'on doit commencer la PF avant 18 ans ; argumentant que c'est le moment de la puberté, de la maturité et du début des rapports sexuels.

Pour la promotion de l'utilisation des méthodes de contraception en milieu scolaire, 31% préconisent des cours structurés, 20.3% des informations plus larges par les médias et 28.6% l'adjonction de tous ces procédés (cours structurés, informations par les médias)

BOMIA a obtenu les mêmes résultats, ce qui démontre le besoin réel qu'ont les jeunes à être informés sur la PF.

Concernant la pratique de la contraception, sur l'ensemble des étudiants et élèves enquêtés, seulement 12.2% ont déjà utilisé une méthode contraceptive

Ceci peut s'expliquer par le fait que près de la moitié des enquêtés ne connaissent pas les avantages de la contraception ; et sur la moitié restant la majorité pense que la contraception rend stérile et ajoutent à cela les considérations religieuses.

69.6% de ceux qui ont déjà utilisé une méthode de contraception, continuaient d'utiliser la méthode au moment de l'enquête, ce qui représente environ 8.5% de l'ensemble des enquêtés. Les raisons d'abandon évoquées sont surtout les effets secondaires des contraceptifs.

Cette proportion augmente avec l'âge, 9% pour les élèves de moins de 19 ans et 15% pour ceux âgés de plus de 19 ans, ceci est dû aux raisons de mariage qui augmentent aussi avec l'âge.

Selon EDS IV, le taux de contraception chez les 20- 24 ans est de 7% et de 5% chez les 15- 19 ans

D'autres études ont trouvé des taux un peu plus élevés mais jugés toujours faibles, selon les données réunies par la population référence bureau (PRB), en Afrique 34% des adolescents sexuellement actifs utilisent des méthodes de PF ; dans le sud-est asiatique 28% des adolescents célibataires utilisent les méthodes de PF.

Les méthodes les plus utilisées dans notre étude sont essentiellement le préservatif (50%) et la pilule (27%) ; 64.7% de ceux qui utilisent ces méthodes n'ont pas suivi d'examen avant l'utilisation de la méthode contraceptive ; ceci peut être la cause pour laquelle ces deux méthodes sont les plus utilisées, car moins contraignantes.

Une étude réalisée dans 6 établissements scolaires de la Côte d'Ivoire [11] trouvait que le préservatif était le plus utilisé par les adolescents avec 38.06%, l'utilisation de la pilule était de 16.98%.

La religion, le manque d'information et les effets secondaires sont les causes les plus citées de non utilisation de la contraception avec respectivement 23.8%, 18.8% et 17.1%.

Comme le dénote SANGARE A K. [34], le manque d'information ou un manque ou un mauvais fonctionnement des services de PF adaptés aux jeunes attestent de la faible utilisation des méthodes de contraception

Concernant l'accès aux contraceptifs, au total, 31.1% affirment avoir des difficultés d'accès aux méthodes contraceptives telles que l'indiscrétion du centre (39.4%), le prix élevé (26.3%) et l'éloignement du centre (13.1%).

SANGARE A K. trouvait dans son étude que 35% des enquêtés ont avancé des raisons telles que la honte, la peur des parents, la religion, l'éloignement du centre, qui font qu'ils ne fréquentent pas les centres de PF.

Pour les antécédents gynéco- obstétricaux, sur l'ensemble des élèves et étudiants enquêtés, 73.7% avaient déjà eu un rapport sexuel.

Ce pourcentage est assez proche de celui trouvé par SACKO D., qui trouvait dans son étude que 78.4% des élèves avaient un partenaire sexuel

Dans l'étude de Amazigo [3], 40% étaient sexuellement actifs. Dans le NETWORK 2000, les auteurs indiquent qu'au Chili, les études menées ont trouvé que 1/3 des adolescents ont eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans.

KampChouing et al [12] ont trouvé que 56% de leur échantillon ont eu leur 1^{er} rapport entre 15- 17 ans.

Cette proportion augmente avec l'âge. Elle est de 61.1 chez les 14 - 18 ans, 82.5% pour les 19-23 ans et 88.5% pour les plus de 23 ans.

Elle est légèrement plus élevée chez les garçons que chez les filles (75.2% contre 72.6%).

Concernant l'utilisation du préservatif, sur l'ensemble des élèves et étudiants enquêtés qui ont déjà eu des rapports sexuels, 68.4% connaissaient le préservatif avant leur premier rapport sexuel et 44.2% l'avaient utilisé lors du premier rapport. Ceci est supérieur à ceux qui ont déjà utilisé une méthode de contraception 12.2%, ce qui explique que d'autres ne considèrent pas le préservatif comme méthode de contraception.

SANGARE avait trouvé le même résultat.

Ailleurs, Kané T.T [13] a trouvé que 21% des femmes de son échantillon avaient utilisé le préservatif au 1^{er} rapport sexuel

Parmi ceux qui ont utilisé le préservatif lors de leur premier rapport, 33.1% l'ont toujours utilisé lors des rapports suivants, 51.4% disent l'avoir utilisé de temps en temps et 15.4% disent ne l'avoir jamais utilisé.

Le manque d'information est la principale cause évoquée de non utilisation ou d'utilisation occasionnelle du préservatif (2%); 1.3% argumente que le préservatif n'est pas bon et 1.2% disent ne pas l'utiliser sans donner de raison.

BERTHE trouvait dans son étude que plus de la moitié de son échantillon sexuellement actif, 54%, ont eu des rapports sexuels occasionnels et parmi eux 56% ont toujours utilisé le préservatif et 24.4% l'utilisaient inconstamment.

Cissé A [7] dans son étude trouvait aussi que 53% des hommes interrogés ont utilisé le préservatif avec des partenaires occasionnels.

45.6% des élèves disent que l'utilisation du préservatif doit être en commun accord avec le partenaire, et 36.2% pensent que la décision est personnelle.

47.1% des filles disent avoir déjà eu une grossesse.

Ce taux élevé de grossesse s'explique par la faible utilisation des méthodes de contraception.

Cette proportion de celles qui ont eu une grossesse augmente avec l'âge, mais elle est déjà de 39.6% chez les filles de 14-18 ans.

Dans 75.2% des cas les filles disent que les grossesses n'étaient pas désirées.

Dans 88.3% des cas les filles ont avorté.

A Abidjan, selon Konaté M K et al, 20% des femmes de moins de 20 ans ont eu au moins un avortement, 22 % de ces adolescentes ont interrompu leur unique grossesse et 13 % leurs deux grossesses par des avortements [14]

A Bamako et Abidjan, des enquêtes auprès de femmes en consultation dans les centres de santé montrent que l'avortement concerne surtout les femmes de moins de 25 ans, célibataires et d'un niveau d'instruction élevé [14].

Au Nigeria, parmi 800 jeunes filles de 12 à 19 ans scolarisées interrogées à Port Harcourt, 78 % étaient sexuellement actives et 89 % d'entre elles ont interrompu au moins une de leurs grossesses par un avortement [28] Dans une revue de la

littérature consacrée aux conséquences des avortements à risque au Sénégal, Camara et Cissé en 1998 soulignent que les femmes hospitalisées pour ces problèmes sont jeunes, en moyenne 21 ans, le plus souvent célibataires et sans enfant et avec un niveau d'éducation primaire ou secondaire. Au Burkina, à la fin des années 1980, 70% des femmes admises pour des complications d'avortements étaient des jeunes femmes qui ont entre 16-24 ans ; 80% étaient étudiantes ou sans emploi et si pour 45% d'entre elles il s'agissait de leur premier avortement, 18% en avaient pratiqué plusieurs dans l'année [26] Ces résultats démontrent que les adolescentes sont particulièrement exposées aux avortements, surtout celles qui sont scolarisées.

Sur l'ensemble des enquêtés 64.8% disent qu'ils sont défavorables à l'avortement provoqué

Cependant 76.2% de l'ensemble des élèves et étudiants enquêtés disent connaître les risques que l'avortement provoqué comporte. La mort et la stérilité ont été les risques les plus cités, respectivement par 32.7% et 27.2%, puis les infections par 7.4% des enquêtés.

BERTHE a trouvé que 95.4% de son échantillon connaissaient les risques de l'avortement tel que la mort citée par 81.6%, ceci montre que les adolescentes et les jeunes, malgré une bonne connaissance des risques liés à l'avortement continuent de le pratiquer.

CONCLUSION RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Il est de plus en plus admis que les méthodes de contraception doivent faire partir du curricula de formation de nos écoles. Pour une meilleure planification de cet enseignement il est indispensable de connaître le niveau de connaissance des adolescents à différents niveaux.

Cette étude permet de tirer les conclusions suivantes :

Près de la moitié (41.2%) ne connaissent pas de source d'approvisionnement des méthodes contraceptives.

39.9% ne connaissent pas les avantages de la contraception, 29.4% l'associent à la prévention des grossesses non désirés.

Comme inconvénient à la contraception, 23.9% ont cité la stérilité

56.1% ne connaissent pas la contraception d'urgence.

Par ailleurs le pourcentage de communication mère enfant est bas.

Pour la pratique de la contraception, 12.2% ont utilisé une méthode contraceptive au moins une fois.

La méthode la plus utilisée est le préservatif, suivi de la pilule.

Les difficultés d'accès ont été citées par 31.1%, parmi lesquelles l'indiscrétion du centre et le prix élevé des prestations sont les plus cités.

Les adolescents et les jeunes ont un comportement à risque très élevé.

En effet, 3 /4 des enquêtés sont sexuellement actifs.

Le taux d'avortement est de 88.3% sur l'ensemble de ces grossesses, et la presque totalité de ces avortements étaient provoqués.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement à :

➤ **MINISTRE DE LA SANTE**

- Multiplier les services de santé de la reproduction pour jeunes avec des prestataires jeunes des deux sexes pour augmenter l'efficacité dans la prise en charge des problèmes de santé de la reproduction des adolescents et jeunes.

- Créer des services de distributions des contraceptifs ne nécessitant pas de pratique médicale dans les écoles et universités avec des prestataires scolaires et universitaires pour faciliter l'accessibilité des contraceptifs aux adolescents et jeunes.

- Accentuer les campagnes de sensibilisation sur la PF et les avortements dans les établissements scolaires et universitaires à travers des conférences débats, des sketches et des affiches, animées par le Centre National d' Information, d'Éducation pour la Communication en Santé (CNIECS) pour une information plus large des adolescents et jeunes.

- Créer des centres de proximité de PF dans les quartiers où se trouvent des effectifs les plus importants de scolaires et dans les campus universitaires pour sensibiliser le maximum d'adolescents et de jeunes.

- Soutenir la mise en place des programmes d'IEC/plaidoyer sur la sexualité et la santé de la reproduction des adolescents et jeunes pour les encourager dans leurs actions.

- Conduire des études de recherche opérationnelle par la Division Santé de la Reproduction de la Direction Nationale de la Santé, sur les comportements sexuels des adolescents et jeunes en milieu scolaire, universitaire, urbain et rural pour connaître le niveau de connaissance à différents niveaux.

➤ **MINISTRE DE L'EDUCATION DE BASE ET DE L'ALPHABETISATION**

- Intégrer dans les programmes d'enseignement des cours de sexualité et de santé de la reproduction depuis l'école fondamentale jusqu'au lycée

- Intégrer dans les programmes de communication et d'animation aux scolaires des questions sur la sexualité et la santé de la reproduction des adolescents et jeunes à travers des cours structurés et des sketch.

➤ **SCOLAIRES ET UNIVERSITAIRES**

- Communiquer le plus possible avec les parents et les agents de santé sur la santé de la reproduction en allant à leur rencontre, en posant des questions de manière polie, ceci pour éviter des erreurs comme les grossesses non désirées en bénéficiant de leur savoir.

- S'organiser en groupes et inviter des professionnels de la santé pour échanger et recevoir des connaissances appropriées sur la sexualité et la PF

AUX PARENTS

- Donner aux enfants des informations sur la sexualité, qui ne doit plus être un sujet tabou, cela dès le début de la puberté afin de donner les informations utiles et nécessaires pour les préparer à assumer au mieux leurs activités sexuelles.

REFERENCES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- AFR/RC53/11

54^{ème} session du comité régional de l'Afrique, Rapport du Directeur régional

2- AGI, SHARING RESPONSIBILITY:

Women, society and abortion world wide, New York, Alan Guttmacher, Institute 1999, P.51

3- AMAZIGO U, SILVA N, KAUFMAN J, OBIKEZE D.

Activité sexuelle et connaissance et pratique de la contraception parmi les lycéens du Nigeria.

Perspectives Internationales sur le Planning Familial, 1997 ;

N° spécial : pp 15-20

4- BERTHE B B:

Connaissance, Attitude, Pratique des adolescents du lycée Askia Mohamed en matière de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et du Sida.

Thèse Med, No 47/2000, Bamako, Mali

5- BOMIA M A D :

Connaissance, Attitude et Pratique sur la santé de la reproduction en milieu scolaire (2ème cycle fondamental et lycée) à Bamako de Mars à Juin 2004.

Thèse médecine, No 17/2004, Bamako Mali

6- CERPOD:

Etude régionale sur la santé de la reproduction des adolescents dans le sahel «Focus Group » et interview individuelle au Burkina Faso, Mali et Niger.

Rapport de recherche- 1996 ; N°1, vol V

7- CISSE A :

Connaissances et comportement sexuel des jeunes de 15- 29 ans sur les MST-SIDA à Bamako; Mémoire Faculté de Médecine Laval- Québec. Décembre 1993

8- DAULAIRE N ET AL, PROMISES TO KEEP:

The toll of unintended pregnancies on women live in the developing world,
Washington, DC, Global health Council, 2002

9- FHI

Network, FHI, vol 18, N°3, printemps 1998

10- FNUAP

STATE OF THE WORLD POPULATION 2002, NEW YORK, FOND DES
NATIONS UNIS POUR LA POPULATION 2002

**11- GUIE.P, TEGNAN.J, ADOM AMOUMATACKY, N'GUESSAN E,
OSONDU J. N., ANONGBA S., TOURE COULIBALY K.**

Contraception en milieu scolaire à partir d'une enquête réalisée chez 3013
élèves dans 6 établissements scolaires de Côte D'Ivoire.2001

12- KAMTCHOING- P, TAKOUGANG- I, NGOH- YAKAM- I

La sexualité des adolescents en milieu scolaire à Yaoundé
Contraception- Fertilité- Sexualité 1991. 1997 ; 25(10) : 798- 801

13- KANE TT, BUYSSCHER R, TUNDE TT

Grossesses de l'adolescente et contraception dans l'agglomération de Banjul.
Pop Sahel. Août 1990(2^e édition) N° 13, pp28- 34.

14- Konaté M.K. et al., 1996:

L'avortement en l'absence de contraception ou en cas d'échec d'une méthode ?
Avortement en Afrique, Guillaume A

15- LIM AT, SATIA J:

Reproductive health issue in Sub- Saharan Africa, Innovation, 6: 1-25, 1998

16- LYS, TOKINDANGJ, FARIAH I :

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

17- Madebo, T. and G. T. T (1993):

"A six month prospective study on different aspects of abortion." Ethiopian
Medical Journal 31(3): 165-72.

18- MINISTERE DE LA SANTE

Enquête démographique et de santé, Rapport préliminaire. MALI 2006

19- Ministère de la santé, USAID, Policy Project

Population, développement et qualité de vie au Mali. Octobre 2003

20- Ministère de la santé publique et des affaires sociales:

Projet de Développement Sanitaire. Stratégie nationale en planning familial et en IEC 1987

21- Ministère de la santé publique, des affaires sociales et de la promotion féminine:

Déclaration nationale de politique de population. Bamako Mali Août 1991.

22- Ministère de la santé, des personnes âgées et de la solidarité:

Procédures des services de santé, de la reproduction et de planning familial (2 versions). Bamako décembre 1995.

23- Ministère de la santé publique et des affaires sociales/DSF :

Plan d'action pour le programme national de planning familial, Juin 1991

24- Mme KOUMA M S :

Approche épidémiologique du planning familial au centre de santé de la commune IV du District de Bamako

25- Mpangile, G. S., M. T. Leshabari, et al. (1993):

"Factors associated with induced abortion in public hospitals in Dar es Salaam, Tanzania." *Reproductive Health Matters* (2): 21-31.

26- Pazie A.J., 1994.

Profil sociologique des femmes et motif du recours à l'avortement

Avortement en Afrique de A. Guillaume et William. M

27- ProFam/USAID/PSI MALI

Technologie de la contraception/ PF clinique. Manuel de référence. Janvier 2007

28- Okpani A et OKPANI J, 2000:

Sexual activity and contraceptive use among female adolescents-a report from Port Harcourt, Nigeria.

African Journal of Reproductive Health 4(1): 40-48.

29- OMS, GENEVE 1994. PAS/DSF/OMS :

La grossesse et l'avortement pendant l'adolescence : rapport d'une reunion d'expert de l'OMS.

Série de rapports techniques, N° 583, 1975.p10

30- OMS, USAFE ABORTION:

Global and regional estimates of incidence of mortality, Thirded, Genève, Organisation Mondiale de la santé, Document WHO/ RHT/ MSM/ 97. 16, 1997

31- REYNOLDS. H.D.E.L. WONG ET AL. (2006) Reynolds,

Adolescents use of maternal and child health services in developing countries. International Family Planning Perspectives

32- ROBERT A .HATCHER,

WARD RINEHART, RICHARD BLACKBURN, JUDITH S. GELLER,
JAMES D. SHELTON

33- SACKO D:

Connaissance, Attitude, Pratique des adolescents du lycée Bah Aminata Diallo en matière de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et du Sida.

Thèse Med, No 46/2000, Bamako, Mali

34- SANGARE A K:

Connaissances, Attitudes, Pratiques des adolescents en matière des IST/Sida et de comportement en matière de sexualité dans trois lycées du district de Bamako.

Thèse Med, No 6/2002, Bamako, Mali

35- SANGO S:

Contribution a l'étude de la planification familiale dans la commune 4 du district de Bamako. Thèse Med Bamako 1996 n 32

ANNEXES

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : DIAWARA

Prénom : HALIMATOU

Titre de la thèse : Étude des connaissances, attitudes et pratiques des méthodes de contraception par les élèves et étudiants dans le district de Bamako

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Secteurs d'intérêt : Santé publique- Gynéco- Obstétrique

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Résumé :

Notre étude a été une étude transversale de Janvier 2007 à Mars 2007 dans trois lycées (LNDN, LL, LBF) et deux campus universitaires (FAST, FMPOS) de Bamako. Elle avait pour objectif d'étudier les CAP des méthodes de contraceptions par les scolaires et universitaires dans le district de Bamako.

Nous avons interrogé 600 filles et 400 garçons âgés de 14 à 24 ans.

Les élèves et étudiants n'ont pas une connaissance assez approfondie des méthodes de contraception. En effet, sur 85.1% qui ont entendu parlé de PF, 41.2% ne connaissent pas de source d'approvisionnement des méthodes contraceptives, 39.9% ne connaissent pas les avantages de la contraception, 29.4% l'associent à la prévention des grossesses non désirées.

Comme inconvénient à la contraception, 23.9% ont cité la stérilité

56.1% ne connaissent pas la contraception d'urgence.

La communication sur la contraception entre parents et enfants est assez basse, ainsi 58.9% ne connaissent pas l'avis de leurs parents sur la contraception.

Quant au taux de contraception, il était de 8.5%, or les enquêtés sexuellement actifs étaient de 73.7%.

Le taux de grossesse non désirée était de 75.2 sur l'ensemble des grossesses et le taux d'IVG de 88.3%.

Mots clés : Adolescents- Jeunes- CAP- Contraception- PF

FICHE D'ENQUÊTE :

*Mettre les enquêtés en confiance en leur expliquant le but de l'étude et
Les rassurer que les données seront traitées dans la stricte confidentialité*

I. DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

1. Etablissement :N° /__/__/
2. Classe fréquentée :N° /__/__/
3. Age:N°/ __/__/
4. Sexe : F /...../ ; M //
5. Ethnie :
6. Statut matrimonial :
1=Célibataire; 2=Marié(e) ; 3=Divorcé(e) ; 4=Veuf (ve)
7. Religion :
1=musulmane, 2=chrétienne, 3=autres

II. CONNAISSANCE DES METHODES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE :

8. Avez-vous déjà entendu parler de la planification familiale?
1=oui/...../ ,2= non/...../
 9. Quelles sont vos principales sources d'information sur la planification familiale ?
.....
.....
 10. Quelles sont les méthodes de planification familiale que vous connaissez ?
.....
.....
 11. Quelles sont les sources d'approvisionnement en méthodes de planification familiale que vous connaissez ?.....
.....
 12. Quels sont pour vous les avantages de l'utilisation de ces méthodes ?
.....
.....
 13. Quels sont pour vous les inconvénients de l'utilisation de ces méthodes ?
.....
.....
- Avez-vous entendu parler de la contraception d'urgence ? 1=oui ; 2=non

III- ATTITUDE FACE A LA CONTRACEPTION :

14. Connaissez-vous l'avis de vos parents sur l'utilisation des méthodes contraceptives ?

1=favorable, 2=défavorable, 3=ne connaît pas

15. Parlez vous de sexualité avec

1= vos parents ;2=vos ami(e)s ;3=un personnel de santé ; 4= un enseignant

16. Quel est votre propre avis sur l'introduction de la planification familiale en milieu scolaire et universitaire ?

1=favorable, 2=défavorable, 3=pas avis

17. D'après vous a partir de quel age doit on commencer la planification familiale?.....ans

Pourquoi ? :.....
.....

18. Que préconiseriez-vous pour promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives en milieu scolaire et universitaire ?

1=Cours structurés, 2=Information plus large par les médias,
3= Les affiches, 4= Les sketches, 5=Autres

IV-PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION :

19. Avez-vous déjà parlé de la planification familiale :

1=oui/...../,2= non/...../

20. Avec qui ?

1=votre partenaire, 2=vos parents, 3=vos amis, 4= A l'école ; NA=9

21. A votre avis qui doit décider de la contraception ?

1=vous-même, 2= votre partenaire, 3=vous et votre partenaire,
4=vos parents, 5=je ne sais pas ;

22. Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive par le passé ?

1= Oui/.../, 2=non/.../

23. Pour ceux qui n'ont jamais utilisé de méthode contraceptive donner les raisons.

1= La religion, 2=Le jugement défavorable ; 3=Les effets secondaires,
4=Le manque d'information, 5=La tradition, 6= autres causes ; NA=9

24. Pour ceux qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive dite Laquelle (lesquelles) ?.....
.....

25. Pendant combien de temps avez-vous utilisé cette méthode ?

1=..... Mois, NA=99

27. Continuez-vous à utiliser cette méthode ?

1=oui, 2= non ; NA=9

28. Quelles sont les raisons du choix de cette méthode ?.....

.....

29. Si non, qu'est ce qui vous a fait abandonner cette méthode ?:.....

.....

30. Avez-vous été examiné avant l'utilisation de la méthode ?

1=Oui/./, 2= non/./

31. Avez-vous des difficultés d'accès à ces méthodes? 1=oui, 2=non ; NA=9

32. Si oui, lesquelles ?

1=Eloignement du centre, 2= Prix élevé; 3=Indiscrétion du centre, 4=Autres ; NA=9

V. ANTECEDANTS GYNECO OBSTETRICAUX ET COMPORTEMENTS SEXUELS :

33. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

1= oui; 2=non

34. Connaissez-vous le préservatif avant votre 1^{er} rapport ?

1=oui; 2=non ; 9=NA

35. Avez-vous utilisé le préservatif au moment de votre 1^{er} rapport ?

1=oui ; 2=non; 9=NA

36. Qui a pris la décision ?

1=vous-même; 2=votre partenaire ;3=vous deux ; 9=NA

37. Lors des rapports suivants, avez-vous utilisé le préservatif:

1=toujours; 2=De tps en tps; 3=Jamais ; 9=NA

38. Si jamais, pouvez-vous nous donner les raisons ?.....

39. Avez-vous déjà eu une grossesse ?

1=oui /.... / ;2= non /..../

40. .Etait-elle désirée ?

1=oui; 2=non; 9=NA

41. Qu'est-elle devenue ?

1=Conduite à terme ; 2=avorté ; 9=NA

42. Avez-vous déjà subi un avortement ?

1=oui/...../ , 2=non/...../

43.Oui préciser l'âge de la grossesse :

1=.....Mois ; NA=99

44. Comment l'avortement a été provoqué ?

1=spontané, 2=provoqué, 9=NA

45. Que pensez vous des avortements provoqués ?

1=favorable, 2=défavorable, 3=pas d'opinion.

46. Connaissez vous les risques?

1=oui/...../, 2= non/...../

47. Citez les risques que vous

connaissez?.....
.....
.....

48. Avez vous des questions ?Des suggestions ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent **et n'exigerais jamais** un salaire au dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !