

Ministère de l'Enseignement, Supérieur et de la
Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un but -Une Foi



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire : 2011 - 2012

N°.....

Titre

Étude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des adolescentes du lycée Mamadou Abdoulaye Bah et de l'Institut de Formation Professionnel de Macina sur la contraception (Macina Ségou Mali)

Thèse

Présenté et soutenue publiquement le 14/01/2012 devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par M. Sidy COULIBALY

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

JURY

Président : Pr. Saharé FONGORO

Membre : Dr. Sory Ibrahim DIAWARA

CO directeur : Dr. Cheick Amadou Tidiane TRAORE

Directeur de thèse : Pr. Samba DIOP

DÉDICACES ET REMERCÎMENTS

DÉDICACE :

Au nom d'Allah le tout miséricorde Dieu ; le Très Miséricorde Dieu. Louange à toi Allah seigneur de l'univers, Maître du jour et de la rétribution. C'est toi seul dont nous implorons secours.

Merci seigneur de nous avoir accompagné tout au long du parcours et de nous avoir guidé vers le droit chemin hommage mérité au prophète Mahomet (PSL) ; grâce à qui l'éternel créa le monde.

A mon père **N'Gassan COULIBALY** affectueusement appelé BABA, PAPA soit fier à ce beau jour car ce travail est le tien. Merci de m'avoir montré le chemin de l'école et de m'avoir soutenu jusqu'aujourd'hui. Ta rigueur, ton honnêteté ta tolérance ton amour du prochain ont fait de toi un homme droit et respecté. Reçois à travers ce travail ma reconnaissance et toute mon affection. L'éducation que mes frères, sœurs et moi avons reçue de toi sera toujours notre guide.

Je suis fière de toi, fière d'être ton fils. Ce pendant en tant que fils je te demande humblement pardon pour toutes les fois où j'ai pu t'offenser. BABA que Dieu te garde parmi nous le plus longtemps que possible et te bénisse, Amen !!!!!

A ma mère **Dicko KEITA**

Je ne saurai avoir la manière appropriée de t'exprimer ma reconnaissance en ce jour bénit. Toi qui m'allaitas, toi qui gouvernas mes premiers pas, toi qui patiemment as su supporter mes caprices, ce travail est le fruit de tes sacrifices consentis durant toutes ces années. Ta simplicité, ta tendresse, ta générosité, ton courage, ta combativité, ton amour pour la famille ont fait de toi une femme modèle et une mère adorable. Que Dieu maitre de l'Univers, t'accorde grâce sur grâce et te gardes au près de nous pendant des siècles et des siècles Amen !!!!!!!

A ma grande mère feu **Fatouma BOUARE** dite (**Bahiny**)

J'aurai souhaité que tu sois à mes cotés pour prendre part a cette cérémonie de joie, mais l'homme propose et l'éternel dispose. Merci et merci pour tes bienfaits ; que ton âme repose en paix.

A mon Tonton et tuteur **Sekou COULIBALY** et épouse **Adam KEITA**

pas de mots pour vous remercier car vous m'avez tout donné. Votre amour inconditionnel, vos soutiens et conseils permanents ont toujours été un grand secours pour moi. Ce travail est le fruit, le couronnement de toutes ces années de cohabitation je vous dis merci et que l'éternel veille sur vous et vos enfants.

A mon Oncle **Sébère KEITA**

Homme de principe, gros travailleur, tu as toujours œuvré pour que nous allions de l'avant. Puis Allah le tout puissant te donner encore une longue vie dans la paix et le bonheur.

A **Seydou Ouattara et épouse Alimata Dembélé** merci pour hier merci pour aujourd'hui et demain et que Dieu lui-même vous en récompense au centuple car vous avez été d'un apport inestimable pour la réalisation de cette thèse longévité à votre couple beaucoup d'enfants et beaucoup de chance.

REMERCIEMENTS

« Quelque soit la valeur du cadeau qu'on donne à l'être humain il est quand même important de manifester sa reconnaissance par un petit mot à cinq lettres. »

A mes grands parents

Merci pour vos contes et devinettes à travers les quels nous nous inspirons pour être des enfants modèles et exemplaires dans la société.

A mes Tontons : Tiesson COULIBALY, Boubacar COULIBALY, Sidy COULIBALY, ALOU COULIBALY, Bakary COULIBALY, Taboure COULIBALY, Dramane COULIBALY, Boussourou
Thèse de Médecine Mr Sidy Coulibaly Année 2010-2011

COULIBALY, Diegue COULIBALY, Mody COULIBALY, Adama COULIBALY, Fadiegue COULIBALY. Plus que des parents vous avez été pour moi une bénédiction, un espoir depuis ma naissance jusqu'aujourd'hui vous qui m'avez supporté, soutenu dans les moments de difficultés comme dans les moments de joie, cher parents que Dieu lui même vous récompenses et vous gardes au près de nous pour le reste de vos jours.

A mes Mères et Tantes : Merci pour vos bénédictions et vos soutiens indéfectibles

A mes Frères : Bakary COULIBALY (Baba), Lassine COULIBALY, Daouda COULIBALY, Flanimory COULIBALY, Mahamadou COULIBALY, Daby COULIBALY, Aliou COULIBALY, Moussa COULIBALY, Toumany COULIBALY.

A mes sœurs: Sirantou COULIBALY, Alimatou COULIBALY, Hawa COULIBALY, Fatoumata COULIBALY, Maimouna COULIBALY, Ne COULIBALY, Baoumou COULIBALY, Djeneba COULIBALY.

A mes cousins et cousines : cette œuvre est aussi la votre.

A nos regrettés amis : Amadou KOURIBA (Le Vieux), Hama SIDIBÉ dit (Binke) ; merci pour les services rendus et que votre âme repose en paix.

A mes fils et fille : Courage et longévité a vous tous.

A mes ami(e)s : Merci pour votre accompagnements .

A mes complices : Boubacar KARANTAO, Mohamed KHIBE, Lassine KHIBE, Sadio KHIBE, Saratou KHIBE, MoussaTEME, pas de mot car moyenne a dépassé le total « lorsque le vent souffle, la température varie ».

A mes ami(e)s et Compagnons de la FMPOS : Adama COULIBALY (Molar), Mohamed G SAMAKE, Badara CISSOKO, Moussa CISSOKO, Ibrahima DIARRA, Tidiane DIARRA, Bantji KEITA (Mama), Salimata BAMBA, Fadima Coulibaly, Moussa DEMBÉLÉ (Vieux), Seydou DIARRA, Moussa CAMARA (Papus), Janette COULIBALY, Mohamed DIAKITÉ, Moussa Maiga, Diaboss . Merci pour tous vos soutiens.

A tout le personnel du Lycée Mamadou Abdoulaye BAH et de L'IFP de Macina : merci de nous avoir facilité la présente étude.

A tous les frères rasta du mali et de la fmpos en passant par la Curasma.

A mon guide maitre et conseiller ras sidy doucoure dit sidy boy depuis la France JE SUIS DE CŒUR AVEC TOI

ET BONNE CARRIÈRE MUSICALE

Aux aînés docteurs : Issa COULIBALY, Sah dit Baba COULIBALY, Aminata SIMPARA, Koniba COULIBALY, Issouf BOUARE.

A mes collègues internes de Macina : Daniel Bouare, Salif Koné dit Ras Bina ; Merci pour l'accompagnement quotidien

A tout le personnel du CS RÉF de Macina.

Docteur Traore Cheick A T

Cher maitre, nous avons été séduits par vos qualités humaines, votre dévouement, votre détermination et votre acharnement pour le travail bien fait. Vous n'avez ménagé aucun effort malgré vos multiples occupations pour la réalisation de ce travail dans une atmosphère amicale et sereine. Soyez assure de notre sincère reconnaissance.

Docteur Bakayoko Aliou

Nous avons appréciée votre disponibilité, votre simplicité, votre rigueur et souci du travail bien fait. Trouvez ici l'expression de votre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

Docteur Diallo Mamadou

Nous avons beaucoup appréciée vos qualités humaines et vos compétences pratique sur le terrain.

Votre contribution à la réalisation de ce travail est inestimable, au delà des connaissances que nous avons pu acquérir à vos cotes.

Veillez recevoir ici, l'expression de notre profonde gratitude.

Secrétaires : Djibril Samake, Mahin Naco

Maternité : Mme Diakite Sanata Diallo, Mme Traore Soumba Traore, Mme Koita Aminata Kone,

Mme Diallo Fatoumata Traore, Mme Dembele Fatoumata Daou, Mme Kadiatou Diambenta dite

Grand-mere, Mme Taye Kalapo, Mme Maiga Coumba Konate.

Medicine: Major Ballan Diakite, Major Mamoutou Tounkara,
Mr Djery Kante, Mr Amidou

Diarrassouba, Mme Rosalie Dakouo, Mme Sylla Binta Diarra,
Mr Sanogo Batigui, Aboubacrine Kone.

Odontostomatologie : Mr Mamoutou Traore

Ophtalmologie : Mr Ouattara

Laboratoire : Mr Dembele Mamo utou, Mme Keita Aminata,
Mr Doufeko Sanogo

Chauffeurs et apprentis : Mr Amadi Camara, Mr Nege Ballo,
Mr Baty Ouane, Mr Dramane Zalle,

Salia Bouare, Daba Diallo

Pharmacie : Mme Diawara Kady Guindo, Mme Diarra Oumou
Goita

Gestionnaire et agent comptable : Mr Tahar Coulibaly,
Balle Plea.

Stagiaires : Samba Diallo, Togo, Haidara, MD, Maimouna,
Sylla

Gardien et manœuvre : Samba Dolo, Solomane, Mme
Kadiata

Coup de chapeau a vous tous pour les bénédictions et les conseils

A tous les professeurs et charges de cours a la FMPOS, pour
les qualités de l'enseignement dont nous avons bénéficié

A notre maitre et président de jury

Pr Saharé FONGORO

- **Spécialiste en néphrologie**
- **Praticien hospitalier au CHU du point G**
- **Maitre de conférences à la FMPOS**
- **Chargé de cours de néphrologie à la FMPOS**
- **Chevalier de l'ordre national du mérite de la santé**

Votre promptitude à accepter la présidence de notre jury témoigne de votre disponibilité et de votre détermination pour une meilleure formation de vos disciples. Monsieur le président, à travers vous, nous admirons les qualités d'une haute personnalité humble et dévouée. Soyez-en remercié.

A notre maitre et juge

Dr DIAWARA Sory Ibrahim

- **MD,MPH Médecin chercheur à la FMPOS**

Cher Maître,

C'était un plaisir pour nous d'avoir des moments d'entretiens, de partages avec vous pour ce travail. Malgré vos multiples occupations si nécessaires, vous nous faites honneur en acceptant de juger ce travail.

Permettez nous, cher maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

A notre maitre et co-directeur de thèse

Dr CHEICK A T TRAORE

- **Médecin chef du centre de santé de référence de Macina**
- **Chevalier du mérite de la santé**
- **Diplômé inter - universitaire (DIU) « Organisation et management des systèmes publics de prévention vaccinale des pays en développement »**

Merci pour tout ce que nous avons appris à vos côtés. En plus de votre rôle de maître, vous avez été pour nous le grand frère et le conseiller supportant bien nos erreurs de la jeunesse. La joie du travail bien accompli explique toute la rigueur de vos méthodes. Cher maitre ce travail est le votre et nous vous prions d'accepter nos sentiments distingués.

A notre Maître et directeur de thèse

Professeur Samba DIOP

- **Maître de conférences en anthropologie médicale**
- **Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé publique de la FMPOS**
- **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique de SEREFO /VIH/SIDA/FMPOS**
- **Responsable du cours <<Anthropologie de la lutte contre la cécité : aspects sociaux et éthique >>, Centre hospitalier universitaire de l'institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique**
- **Responsable du cours <<Sciences et éthique>> du DEA d'anthropologie, Institut supérieur pour la formation à la recherche appliquée (ISFRA), Université de Bamako**
- **Responsable du cours << Culture et éthique>> du centre d'enseignement virtuel en Afrique, Ecole nationale des ingénieurs (ENI), Université de Bamako**
- **Membre du comité d'éthique de la FMPOS**

Cher maître, ce travail est le votre,

Votre disponibilité et votre sens de lecture des choses font de vous un maître exemplaire, Votre franchise votre rigueur scientifique et votre amour du travail bien fait font de vous un maître respectable. Je garderais de vous l'image d'un homme de science et un enseignant soucieux de la bonne formation de ses élèves. Je suis fière d'être compté parmi vos disciples. Nous vous prions d'accepter l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

Abréviations

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

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

EDS : Enquête démographique et de santé

EF : Economie familiale

EM : Enseignement ménagé

ISF : Indice synthétique de fécondité

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

PF : Planification familiale

UNESCO: United Nations Educational Scientific and Cultural Organisation

USAID : United States Agency for International Development

VIH/SIDA: Virus de l'immunodéficience Acquis/Syndrome Immunodéficience Acquis

Sommaire

I-Introduction	1
II. Hypothèse de recherche	4
III- Objectifs	5
IV- Généralités	6
V- Méthodologie	39
VI- Résultats	49
VII- Commentaires et discussions	66
VIII- Conclusion et recommandations	74
IX- Références	77
X- Annexes	

I- Introduction

Les adolescents, considérés longtemps comme sujet de préoccupation sociale dans les pays industrialisés, commencent depuis quelques années, à l'être dans les pays en développement. L'intérêt accru que suscite l'adolescence est dû en partie à l'importance de la population adolescente.

L'actuelle génération de jeunes est la plus nombreuse qui ne soit jamais apparue dans le monde [29]. Près de la moitié de la population du monde (Plus de 3 milliards de personnes) est âgée de moins de 25 ans.

Quatre-vingt-cinq pour cent des jeunes vivent dans les pays en développement [33].

Les adolescents traversent plus que les autres une phase de formation. Ces 1, 2 milliards d'adolescents âgés de 10 à 19 ans regorgent d'énergie et de possibilités [34]. Vu le taux d'accroissement rapide de la population africaine (double en moyenne tous les 27 ans), cette population adolescente sera de plus en plus importante [34].

La fécondité est de plus en plus précoce chez les adolescentes qui contribuent à la croissance de la population [32], [6].

A travers le monde, des efforts conséquents ont été consentis pour améliorer la connaissance sur la fécondité précoce et ses conséquences. Ces études ne se sont pas limitées à la mesure démographique du phénomène mais se sont étendues à l'étude qualitative des aspirations des jeunes [27], [11].

Au Mali les adolescentes de 15 à 19 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale [41]. Cette fécondité précoce comporte des risques de santé pour la mère et le fœtus pendant la grossesse et l'accouchement. Les problèmes liés à la grossesse constituent l'une des premières causes de mortalité chez les adolescentes [26].

Ainsi une grossesse précoce chez une jeune femme mariée ou non, peut constituer un obstacle considérable à l'amélioration de la qualité de vie. D'une manière générale les adolescentes du monde entier et surtout des pays en développement, sont exposées aux problèmes sanitaires de la reproduction et à leurs conséquences nuisibles.

En plus des risques sanitaires il y a les problèmes psychologiques, socio-économiques compromettant l'avenir scolaire des jeunes filles [3].

Outre les risques au niveau de l'individu, l'activité sexuelle précoce est à la base d'une morbidité et mortalité maternelle et infantile non négligeable au niveau national [3]. Les conséquences négatives d'une telle situation sur le bien être de la population ne pouvant être ignorées, la maîtrise progressive de la fécondité et la sauvegarde de la famille sont apparues incontournables [41].

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation actuelle de la contraception moderne est de 6% selon EDS IV Mali 2001 [38]. Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de la planification familiale représente environ 20% de la demande potentielle soit 80% de besoins non satisfaits.

Au Mali plusieurs travaux se sont intéressés aux différents problèmes liés à la grossesse chez l'adolescente. Ces différents travaux nous ont permis d'avoir des données épidémiologiques, cliniques et sociales, notamment celles des EDS qui fournissent des statistiques de base [6], [20], [31], [32], [41].

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

Une étude sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescentes au lycée Mamadou BAH et à l'Institut de Formation Professionnel de Macina sur la contraception peut contribuer à comprendre leurs comportements en vue de chercher des solutions appropriées pour améliorer leur accès aux méthodes contraceptives.

II. Hypothèse de recherche

L'éducation de la femme est sans aucun doute, un facteur ayant une forte incidence sur la qualité de la vie, la survie infantile ainsi que la productivité économique [15].

Une éducation délaissée au moment de l'initiation à la vie sexuelle peut occasionner des conséquences fâcheuses à long terme [3].

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

III- Objectifs

1- Objectif général

Étudier le comportement des adolescentes du lycée Mamadou BAH et de l'Institut de Formation Professionnel de Macina face à la contraception.

2- Objectifs spécifiques

1-Évaluer le niveau de connaissance des adolescentes scolarisées sur la contraception.

2- Identifier les attitudes des adolescentes du lycée Mamadou BAH et Institut de formation professionnel de Macina sur la contraception.

3- Déterminer les pratiques des adolescentes du lycée Mamadou BAH et Institut de formation professionnel de Macina en matière de contraception.

4- Proposer des solutions pour améliorer leur accès aux méthodes contraceptives.

IV- Généralités

1) Définitions

1- 1) La contraception

La contraception est définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé [22].

En général le contrôle des naissances ou la contraception est une méthode qui empêche une femme de devenir enceinte (4).

Les méthodes scientifiques de contraception apparaissent dans le courant du XIX^{ième} siècle et surtout dans sa seconde moitié.

La contraception n'est pas une question nouvelle mais s'accompagne toujours de débat[39].

1- 2) Planification familiale

Elle est définie comme l'ensemble des moyens et méthodes qui permettent de conformer à la volonté des parents le nombre et l'espacement des naissances dans une famille [14].

2) Histoire de la contraception

2-1) Dans le monde

Selon Serfaty [39], la limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances.

La contraception était pratiquée dans l'antiquité, elle le fut ensuite et l'est encore de nos jours dans les proportions respectives extrêmement variables selon les lieux et les époques.

Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle [39].

Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix. C'est le propre de la pensée religieuse [39].

L'histoire de la contraception n'est en dehors des moyens employés, qu'une illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée toujours présents dans la société ou chez l'individu lui-même : le conservatisme ou le changement ; la tradition ou le progrès ; la foi ou la raison [39].

Autrement, si l'homme tend en général à vouloir modifier son être, non pas pour le sens d'un artifice destructeur, mais pour son bien actuel et futur, le contrôle de sa reproduction fait partie de ce souci d'une vision large de son avenir.

2-2) Au Mali

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre socioculturel, économique et spirituel. Une nombreuse progéniture est source à la fois de richesse (maximum de bras travailleurs pour augmenter la production) et de bénédiction divine [5].

La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme [32].

Une femme doit avoir des enfants, mais il demeure également vrai que la survenue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) serait sujet de moqueries.

Cependant, avoir des enfants hors – mariage ou adultérins renvoie à un signe de mauvaise éducation et d'immoralité et la femme y paie plus que l'homme [5].

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 à trois ans. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement [5].

On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs comme le tafo. La fréquence de ces pratiques serait en diminution notamment dans le milieu urbain [5].

La société malienne contemporaine est prise en porte – à – faux entre les valeurs séculaires (culturelles, morales et religieuses) et les logiques post-coloniales d'une culture de la raison et de la liberté de l'individu selon le modèle d'humanisme progressiste hérité à la fois du colonialisme et de la révolution socialiste des années 1962 [5].

3) Les méthodes de contraception modernes

3-1) Les contraceptifs oraux ou pilules

Il existe deux grands groupes : les contraceptifs oraux combinés (œstrogène plus progestérone) et les contraceptifs oraux progestatifs.

Mode d'action

- La pilule œstro-progestative agit principalement en bloquant l'ovulation, en modifiant l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf et en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col.
- La micropilule (micro dose de progestatif) agit uniquement en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col sauf Cerazette qui supprime aussi l'ovulation.

Les différentes pilules contraceptives

Il existe :

- différents dosages même si l'œstrogène utilisé est toujours le même : 50 - 35 - 30 - 20 et 15 microgrammes.
- différents types de progestatifs.
- des variations de dosages des œstrogènes et des progestatifs sur la plaquette pour les différentes pilules déterminent les bi phasiques et les tri phasiques. Les pilules sans variations sont les monophasiques.
- il y a des pilules de 21 ou 28 comprimés.

Les avantages

C'est une méthode contraceptive très efficace, très bien tolérée, efficace dès le 1er comprimé, réversible dès l'arrêt. Elle permet

d'avoir des cycles réguliers et les règles sont moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

Les inconvénients

Il peut y avoir des petits saignements (spotting) en dehors des règles surtout lors des premières plaquettes, un peu de nausées, quelques douleurs et des gonflements des seins.

La prise de poids, exceptionnelle, est toujours modérée.

Les contre - indications

Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thrombo-embolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [24].

3-2) Les contraceptifs injectables

Les contraceptifs injectables sont des méthodes populaires parce que leurs utilisatrices n'ont besoin de consulter un prestataire qu'à certains intervalles, mais aussi parce qu'ils sont très efficaces. De plus, ils peuvent être utilisés à l'insu du partenaire et qu'ils ne gênent pas les relations sexuelles.

Les contraceptifs injectables combinés contiennent deux hormones, l'oestrogène et un progestatif. Ils sont administrés par voie intramusculaire une fois par mois.

Les contraceptifs injectables progestatifs (tels le Dépo-Provera et le Noristérat) ne contiennent pas d'oestrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite tous les deux ou trois mois, selon le type de contraceptif injectable choisi [25].

3-3) La contraception mécanique

3-3-1) Les préservatifs : la meilleure des protections contre les IST / VIH/ SIDA

a) Le préservatif masculin

Etui en latex avec ou sans réservoir, au moment de l'éjaculation le sperme est recueilli dans le préservatif et n'est pas répandu dans le vagin.

Mode d'emploi

S'il ne possède pas de réservoir, laisser 1 à 2 cm en haut afin de créer un réservoir, pincer le haut du préservatif entre les doigts pour en chasser l'air, dérouler le sur le pénis en érection avant la pénétration, aussi loin que possible ; le petit bourrelet de l'anneau doit être tourné vers l'extérieur.

Se retirer avant la fin de l'érection en le retenant à la base.

L'efficacité

Le taux d'échec est inférieur à 5 % s'il est bien utilisé, son efficacité est renforcée s'il est associé à des spermicides.

Les avantages

C'est la meilleure protection contre les IST et le VIH/ SIDA, méthode simple, facile à se procurer, prise en charge de la contraception par l'homme, protection contre le cancer du col.

Il est en vente libre et disponible.

Les inconvénients

Il peut diminuer la qualité et la spontanéité de l'acte sexuel : doit être mis sur le pénis en érection et être retiré avant la fin de l'érection sinon le préservatif n'est plus maintenu et peut laisser passer le sperme dans le vagin. Il peut se déchirer, le taux de

grossesse non-désirée est plus important qu'avec la pilule ou le stérilet.

b) Le préservatif féminin : Femidon

C'est une gaine cylindrique pré-lubrifiée en polyuréthane.

Un anneau interne facilite l'introduction dans le vagin et son maintien pendant le rapport, un anneau externe repose sur la vulve pour permettre de retenir le préservatif pendant le rapport.

Le mode d'emploi

Peut être mis à n'importe quel moment avant le rapport sexuel.

L'efficacité

Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

Les avantages

Excellente protection contre les IST et l'infection à VIH, utilisable par la femme en cas de refus ou d'impossibilité d'utilisation du préservatif masculin.

3-3-2) Le diaphragme et cape cervicale

Mode d'action

Le diaphragme est une membrane en latex ronde et concave tendue sur un ressort circulaire. Il est placé dans le vagin avant les rapports sexuels pour recouvrir le col de l'utérus.

La cape cervicale est une cupule en silicone, elle est placée au fond du vagin avant les rapports sexuels pour couvrir le col de l'utérus, comme un dé à coudre.

Le mode d'emploi

Ils sont à utiliser avec des spermicides. Ils empêchent le sperme de pénétrer dans le col de l'utérus.

Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape.

L'utilisation des capes cervicales est à rapprocher de celle du diaphragme : Le choix de la taille est évalué par le médecin qui aide la femme à savoir placer le diaphragme ou la cape cervicale.

L'efficacité

S'ils sont correctement utilisés et à tous les rapports sexuels, leur efficacité est supérieure à celle des spermicides seuls et équivalente à celle des préservatifs masculins.

Avantages

C'est la méthode vaginale de contraception la plus fiable, peu onéreuse, pas de contre-indication médicale, pas de risque pour la santé. Peut être placé discrètement à l'avance diminue le risque du cancer du col de l'utérus, immédiatement réversible.

Les inconvénients

Le taux d'échec est élevé si mal utilisé. La mise en place nécessite un apprentissage avec un médecin entraîné, le spermicide peut couler de façon excessive. Ils sont encombrants [25].

3-3-3) Les dispositifs intra-utérins (stérilet)

Mode d'action

Plusieurs modes d'action sont avancés : une altération des spermatozoïdes par l'action du cuivre qui empêche la fécondation, une modification de l'endomètre qui empêche la nidation de l'oeuf, une modification de la glaire cervicale pour les stérilets au progestatif ce qui empêche les spermatozoïdes de franchir le col.

Il existe différentes formes, différentes tailles. Le médecin choisira le stérilet le mieux approprié à chaque femme.

- Au cuivre

- Au progestatif

Le mode d'emploi

Posé par le médecin ou la sage femme formée, en principe à la fin des règles ou n'importe quel jour du cycle.

Sans anesthésie, il est introduit par le col, placé au fond de l'utérus, les fils du stérilet dépassant le col pour permettre le contrôle du stérilet (par le médecin et par la femme) et pour permettre le retrait.

En cas de contraception d'urgence à poser dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé éventuellement.

Durée : 3 à 5 ans selon les stérilets avec une surveillance médicale régulière, 1 à 2 fois par an. Le retrait se fait pendant ou après les règles : indolore et simple

L'efficacité

Il est efficace dès la pose.

Les avantages

Méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée, réversible dès le retrait.

Les inconvénients

Les règles peuvent être abondantes et longues avec certains stérilets, possibilité de douleurs et saignements en dehors des règles, risques d'infection en cas de partenaires multiples.

Dans certains cas, peu conseillé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants en raison du risque de stérilité en cas d'infection, moins de risque d'infection avec le stérilet au progestatif.

Risque de grossesse, de grossesse extra-utérine et d'expulsion.

Les contre - indications

Infection récente de l'utérus ou des trompes, antécédent de grossesse extra-utérine (dans certains cas), les malformations utérines importantes, les maladies hémorragiques (sauf stérilet au progestatif) certains fibromes, les femmes n'ayant jamais eu d'enfant [25].

3-4) Les autres méthodes modernes

3-4-1) L'implant "Implanon" :

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

Mode d'action

Il agit en empêchant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

Le mode d'emploi

L'implant se met sous la peau de la face interne du bras, à l'aide d'un applicateur stérile à usage unique après une anesthésie locale.

Il se retire aussi après une anesthésie locale, à l'aide d'une petite incision de 2 mm, avec une pince. La pose et le retrait sont simples et rapides, environ 1 minute 30 pour la pose et 3 minutes 30 pour le retrait. Il est mis en place pour 3 ans par le médecin ou la sage femme pendant une consultation.

L'efficacité

Elle est très efficace dès la pose.

Les avantages

Sans problème d'observance, il est bien toléré et réversible dès le retrait.

Les inconvénients

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

Les contre- indications

Thrombose évolutive, affection hépatique sévère.

3-4-2) Le patch "EVRA" :

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

Mode d'action

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

Le mode d'emploi

Utiliser un patch par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch).

Les 4 sites d'application possibles sont : le bras, l'abdomen, le tronc, les fesses.

Attention : ne pas appliquer sur les seins

L'efficacité

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

Les avantages

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

Les inconvénients

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

Les contre- indications

Comme la pilule oestro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans.

3-4-3) L'anneau vaginal "Nuvaring" :

L'anneau NUVARING (diamètre = 54 mm et section = 4 mm) délivre une association œstro-progestative, comme une pilule à 15 microgrammes.

Mode d'action

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

Le mode d'emploi

Utiliser un anneau par cycle, 3 semaines avec anneau, 1 semaine sans anneau. Les règles auront lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule. L'insertion et le retrait sont simples.

L'efficacité

Comme la pilule œstro-progestative, il est efficace à condition d'être bien utilisé. Efficace dès la pose du 1er anneau et aussi pendant la semaine d'arrêt.

Les avantages

Mise en place et retrait facile, meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oublis. Mêmes avantages que la pilule.

Les inconvénients

Comme pour toute contraception hormonale, on peut observer : des nausées, des céphalées, une prise de poids, de la tension mammaire.

Les contre - indications

Comme la pilule œstro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [24].

3-4-5) La contraception d'urgence

C'est une contraception d'exception à utiliser en cas de rapport sexuel non ou mal protégé et quel que soit le moment du cycle.

A prendre si possible dans les 12h et au plus tard jusqu'à 5 jours pour le stérilet.

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

Les différents types de contraception d'urgence

La Pilule (le plus connu est le Norlevo) et le Stérilet (dispositif intra-utérin).

Le mode d'emploi

Le Norlevo à prendre le plus tôt possible pendant le repas pour éviter les nausées, dans les 12 heures après le rapport mal ou non protégé, au plus tard dans les 72 heures après le rapport sexuel.

L'efficacité

Elle varie avec la méthode.

Les inconvénients

En général, elle est bien tolérée ; Possibilité de vomissements ou de nausées.

Les contre- indications

Le Norlevo aucune, le Sterilet ne peut pas, dans certains cas, être posé chez des femmes n'ayant pas eu d'enfant [24].

3- 4- 6) Les spermicides

Mode d'action

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

Les avantages

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

Les inconvénients

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

3-4-7) La stérilisation à visée contraceptive

Elle est régie par des lois dans plusieurs pays [24]

a) La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes

- Méthode par coelioscopie et laparotomie

Elle se pratique sous anesthésie générale (avec hospitalisation), elle consiste soit à : sectionner et électro-coaguler les trompes ; poser des anneaux de Yoon (clips) sur les trompes.

Cette méthode est en principe irréversible.

- Méthode par les voies naturelles

C'est une nouvelle méthode : le dispositif Essure se pratique par hystéroscopie sans anesthésie générale et sans hospitalisation.

On accède aux trompes pour y placer un micro-implant souple dans chacune des trompes pour les obstruer.

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

b) La stérilisation masculine : la vasectomie

C'est la section des canaux déférents (canaux transportant les spermatozoïdes). C'est une intervention chirurgicale simple, sous anesthésie locale, sans grands risques opératoires, en principe irréversible ; il existe la possibilité d'autoconservation du sperme au préalable dans des banques de sperme.

Au Mali, les services de prestation de PF mettent la plus part de ces méthodes à la disposition de la population.

3-5) Les méthodes naturelles : les moins efficaces des contraceptions

Historiquement, ce sont les plus utilisées et pourtant ce sont les moins fiables. Elles peuvent être utilisées par des femmes voulant espacer les grossesses et qui accepteraient l'échec de ces méthodes.

3- 5-1) Le retrait ou coït interrompu

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

C'est une méthode qui rompt l'harmonie du rapport sexuel.

3- 5-2) L'abstinence périodique

Il s'agit de détecter la phase fertile du cycle menstruel et de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels ou d'utiliser des contraceptions locales pendant cette période.

Cette méthode est fondée sur le fait que les spermatozoïdes et les ovules ont une durée de vie de quelques jours. La fécondation ne

peut se réaliser que si les rapports sexuels ont lieu quelques jours avant, pendant ou après l'ovulation. Cette méthode nécessite un apprentissage.

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

a- La méthode du calendrier ou Ogino

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

Elle est basée sur le calcul de la période fertile (ovulation), considérant les autres périodes du cycle comme non à risque de grossesse.

Cette méthode est peu fiable car la date de l'ovulation n'est jamais prévisible, elle peut être décalée même si les cycles sont réguliers et de nombreux facteurs peuvent perturber le cycle.

Tout rapport sexuel présente un risque de grossesse, quelque soit le jour du cycle (même pendant les règles).

b- La méthode des températures

Lors de l'ovulation la température basale du corps monte de 1 à 4 degrés et reste la même (en plateau) jusqu'aux règles suivantes. Cette méthode consiste à détecter l'ovulation en prenant sa température rectale tous les matins au réveil avant de se lever.

L'abstinence est longue. Elle doit se faire du début des règles jusqu'au 2ème jour après la montée de température. De nombreux facteurs peuvent perturber la température basale (infections, nuits courtes, heure du réveil) et induire en erreur l'utilisatrice. Cette méthode est contraignante.

c- La méthode de la glaire ou Billings

La glaire cervicale change de consistance au moment de l'ovulation.

Cette méthode consiste à détecter la modification de la consistance de la glaire cervicale observée à l'entrée du col tous les jours : il faut pour cela imbiber le pouce de glaire et apprécier la longueur du "fil" obtenu (5 à 10 cm) et la transparence de la glaire.

Au moment de l'ovulation et juste avant, la glaire cervicale est plus abondante et a une consistance comparable à celle du blanc d'oeuf. L'abstinence doit se faire à partir de cette modification et jusqu'à 3 jours après qu'elle ait disparu.

Cette méthode demande un apprentissage et est réservée aux initiées motivées, elle est source de nombreuses erreurs.

d- Les tests d'ovulation : Persona

Ce sont des tests qui permettent de détecter le début et la fin de l'ovulation par la mesure des variations hormonales dans les urines, si les cycles sont réguliers.

Ils ont une efficacité légèrement supérieure aux méthodes précédentes toutefois leur coût reste très élevé [24].

3- 5-3) L'allaitement maternel

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est le recours à l'allaitement comme méthode temporaire de planification familiale. La MAMA est efficace à 98 % environ contre la grossesse si les critères suivants sont remplis : la mère n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement ; elle nourrit son enfant au sein, exclusivement ou presque exclusivement ; le bébé a moins de 6 mois. Outre son effet contraceptif temporaire, l'allaitement protège le nourrisson contre les maladies infectieuses, lesquelles peuvent être mortelles. Toutefois, dans le

cas des femmes séropositives pour le VIH, il convient de peser soigneusement le risque de transmission de ce virus de la mère à l'enfant contre les avantages bien connus de l'allaitement [24].

4) Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples [16].

On peut citer :

a- Le Tafo :

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

b- La Toile d'araignée :

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

c- Le miel et le jus de citron :

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

d- Les solutions à boire :

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

e- La séparation du couple après accouchement :

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

5) Morale et éthique de la reproduction

5- 1) Dans l'antiquité

L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle ou collective, institutionnelle ou non, mais ne trouvant une opposition ou une annihilation que dans une structure morale d'essence religieuse, philosophique ou politique (39).

5- 2) Aspects religieux et philosophiques

a- Le christianisme et la contraception

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larchet (17), mais l'expansion et la banalisation de cette pratique dans les sociétés modernes par la mise à disposition des moyens plus nombreux et plus sûrs, a suscité des réactions aiguës et accentué le débat du côté des confessions chrétiennes traditionnellement réservées vis à vis de la contraception.

On notera que certaines pratiques et prescriptions communément admises au sein de l'église ancienne (et toujours en vigueur de l'église orthodoxe) ont eu pour effet objectif, une limitation des naissances.

L'abstention de rapports sexuels durant la menstruation, durant la grossesse, mais également lors des jours et des périodes de carême (qui totalisent la moitié des jours d'une année), ainsi que les jours précédant la communion et la pratique de l'allaitement maternel. Le nombre de jours fertiles se trouvait ainsi considérablement réduit [17].

b- L'islam et la contraception

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 [13] est la suivante : « la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture ».

La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas [13]. Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, alors les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite, ce qui n'est pas le cas.

Le mariage est une association de deux libertés ; la femme n'est ni un objet sexuel, ni une machine à reproduire, c'est la volonté du couple librement qui décide de la progéniture comme de l'harmonie sexuelle et la contraception reste libre s'il le souhaite. Aucun texte de l'islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement [39].

6) L'adolescence

6-1) Définition

Il n'existe pas de définition universelle de l'adolescence. Pour l'OMS, est considéré comme adolescent tout garçon ou toute fille d'âge compris entre 10 et 19 ans. Elle définit cette période comme celle au cours de laquelle :

- l'individu progresse du stade de l'apparition initiale des caractères sexuels secondaires jusqu'à celui de la maturité sexuelle ;
- les processus psychologiques et modes d'identification de l'individu évoluent, de ceux qui sont propres à un enfant, à ceux qui caractérisent un adulte ;
- l'individu passe de l'état de dépendance sociale et économique totale à celui d'indépendance relative.

Les problèmes posés par la sexualité précoce des adolescents sont multiples et complexes [12]. L'attitude de la société envers cette sexualité reflète ce fait. Les jeunes d'aujourd'hui vivent dans une société en mutation. Les mœurs changent, la structure même de la société et la famille évolue.

La liberté sexuelle chez les adolescentes les expose aux grossesses à risques, aux IST/VIH. En plus des risques sanitaires, il existe des problèmes psychologiques, sociaux (économiques et culturels) liés aux grossesses précoces, obligeant souvent les adolescentes à quitter l'école.

6-2) Obstacles Psychologiques à la contraception de l'adolescente

- **L'invulnérabilité** : l'adolescente n'a pas encore accédé à l'identité féminine (donc ne pense pas avoir acquis le pouvoir d'enfanter). La nécessité d'une contraception ne lui apparaît donc pas « je ne pensais pas que je pouvais être enceinte ».

A l'opposé, existe un besoin de réassurance par l'absurde « je suis normale et peut être enceinte ».

- **Le romantisme** : le fait d'envisager une contraception à l'avance est aperçu comme enlevant toute spontanéité au futur rapport amoureux.

- **Le plaisir sans risque** : La contraception a dissocié féminité et maternité, le plaisir et le risque. Prendre une contraception, c'est accepter pleinement sa féminité.

- **Les peurs - prétextes** : quelques peurs – prétextes viennent alors en écran à ces refus inconscients de la contraception. La pilule « donne des cancers, rend stérile, donne des enfants anormaux si on la prend trop longtemps, fait grossir, fait maigrir, dérègle l'organisme, etc. ».

Réfuter ces pseudo-rationalisations par des données médicales n'est pas une réponse suffisante [2].

Le médecin doit savoir qu'il y a des correspondances plus profondes avec l'inconscient. Dans ces conditions, on comprend que la consultation médicale ne puisse pas être de type demande de contraception, fourniture d'une ordonnance, mais nécessite un dialogue avec la jeune fille.

Dans le même ordre d'idée, on peut souligner également qu'une information physiologique bien faite préviendra sûrement plus d'accidents qu'une ordonnance correcte mais sèche. Ces éléments expliquent également que la demande contraceptive ne soit généralement formulée par les adolescentes que plusieurs mois à un an après le début des rapports.

6-3) Sexualité des adolescents et demande contraceptive

Le décalage est donc souvent important entre la situation affective de l'adolescente et les conditions souhaitables à la bonne observation d'une contraception.

Pour bénéficier d'une contraception, l'intéressée devrait :

- reconnaître qu'il existe un problème, c'est à dire s'accepter comme sujet sexuellement actif, et établir le lien entre son projet et le risque encouru ;
- être motivée pour recourir à une contraception, c'est-à-dire ne pas se croire invulnérable, et accorder momentanément une valeur négative à la grossesse ;
- pouvoir anticiper pour accéder aux formalités de la contraception ;
- accepter qu'il n'y a pas de contraception parfaite et dissocier le risque médicalement encouru de ses peurs.

Il peut y avoir un fossé entre ce qui est dit par le prescripteur, le discours médical, et ce qui est entendu par la jeune fille.

Imaginaire et fantasmes de l'adolescente vont se cristalliser sur la contraception choisie. La dissociation entre le discours médical et le sujet se traduira sous forme de « mauvaise tolérance », voir d'échecs (oublis de pilule) [36].

7) État de lieux de la recherche

7-1) Dans le monde

En France, on estime environ à 10 000 le nombre d'adolescentes qui tombent enceintes chaque année et dont la moitié avorte [26].

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

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

En Angleterre et au pays de Galles les taux de grossesse chez l'adolescente de 15 à 19 ans sont les plus élevés d'Europe occidentale avec 65 pour mille ; devant cette situation tout le monde pense qu'il faut agir, mais les opinions divergent sur les

moyens à employer. Le gouvernement c'est engagé à réduire de moitié le taux de grossesse chez les adolescentes d'ici 2010.

Selon l'office britannique de la statistique, 35,5% de ces fœtus sont avortés. Comparativement les taux de grossesse chez l'adolescente de 15 à 19 ans sont 65 pour mille en Grande Bretagne contre 84 pour mille aux USA et 102 pour mille en Russie [26].

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

En Afrique sub-saharienne, les adolescentes représentent plus de 50% des premières grossesses et elles donnent naissance à des bébés d'un poids insuffisant le plus souvent que les femmes adultes [26], [37]. Les problèmes liés à la grossesse constituent l'une des premières causes de mortalité chez l'adolescente.

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

La réussite scolaire des femmes a un effet important sur la fécondité, plus les femmes sont allées loin dans leur scolarisation, plus leur niveau de fécondité est faible.

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

Au Bangladesh, au Népal et dans certaines régions d'Afrique, 70 à 80% des jeunes filles sont mariées à 15 ou 16 ans [26]. Dans ce cas la grossesse peut être désirée, mais elle peut être risquée, d'un point de vue sanitaire, scolaire ou économique. Hors mariage, elle n'est généralement pas désirée.

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

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

Ainsi plusieurs enquêtes dans le monde montrent une baisse du taux de fécondité grâce à l'usage croissant et à un développement de la planification familiale [40]. Mais le taux de fécondité est plus élevé dans les pays en développement que dans les pays industrialisés malgré que les taux d'utilisation de la contraception soient plus élevés dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. Cela est lié à l'importance de la population dans ces pays.

En général, la grossesse précoce chez les adolescentes pose les problèmes liés à l'importance de cette population et aux risques sanitaires pour la mère et le fœtus. En Afrique, le taux de fécondité reste élevé et varie selon les régions et au sein d'une même région. Les taux les plus élevés sont enregistrés en Afrique sub-saharienne et dans les pays arabes [37].

7-2) Au Mali

Le Mali est parmi les pays à fort taux d'accroissement dans le monde [28]. Ce niveau d'accroissement est le fruit d'une fécondité encore élevée ; l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est passé de 6,9 en 1987 à 6,8 en 2001[EDS IV]

En 2006 EDSM nous renseigne la femme donne naissance en moyenne à 6,6 enfants au cours de sa vie féconde. La comparaison avec les EDSM précédente ne fait pas apparaître de changement important.

Alors que les autres pays africains connaissent une baisse dans ce domaine, la fécondité au Mali n'a pas connu de changement notable. L'effectif de la population est passé d'environ 4 100 000 habitants en 1960 à 9 800 000 habitants en 1998. Au rythme auquel elle s'accroît, la population du Mali doublerait tous les 22 ans [41].

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

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation actuelle de la contraception moderne est de 5,7% [41]. Cela contraste fortement avec les besoins non satisfaits en planification familiale qui sont de l'ordre de 28,5%.

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

En matière de prévalence contraceptive, le Mali est en retard sur plusieurs pays africains dont le Ghana 13,4% en 1998, le Kenya 32% en 1999, la Zambie 50,1% en 1999 et la Tunisie 66% en 2000. Dans le monde, 10 000 femmes meurent chaque semaine parce qu'elles n'ont pas eu accès à la planification familiale [41].

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

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

La fécondité débute très précocement [6], [31], [32], [38], [41] à un niveau élevé à 15-19 ans, atteint son maximum à 20-24 ans, baisse à 40-44 ans.

A Bamako le taux de fécondité des 15-19 ans est de l'ordre de 102 pour mille [41].

Il y a des différences de niveau de fécondité selon le lieu de résidence ; ainsi l'ISF de 6,8 enfants par femme pour le pays varie de 5,5 en milieu urbain à 7,3 en milieu rural. Ces différences

s'observent à tout âge, mais l'écart relatif à la résidence est important aux très jeunes âges : ainsi à 15-19 ans, le taux est de 129 pour mille en milieu urbain contre 218 pour mille en milieu rural.

Les études mettent en évidence une diminution de la fécondité avec l'augmentation du niveau d'instruction ; ainsi l'ISF varie de 7,1 pour les femmes sans instruction à 6,6 pour les femmes d'instruction primaire et 4,1 pour le niveau secondaire et plus.

Cette influence de l'instruction sur la fécondité est surtout sensible après le niveau primaire.

Les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale des femmes, 40% d'entre elles ont commencé leur vie féconde, 34% ont déjà eu un enfant et 7% sont enceintes pour la première fois. La précocité est accentuée en milieu rural 49% contre 20% en milieu urbain. A Bamako, 23% sont fécondes, 15% déjà mères et 5% sont enceintes [41].

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

7- 3) L'accès aux structures de santé reproductive

Chaque année on enregistre dans le monde 75 millions de grossesses non désirées dues à deux causes principales : soit le couple n'utilisait pas la contraception soit la méthode utilisée a

échoué [18]. Le manque d'accès à l'information et aux services de planification familiale est une des nombreuses raisons pour lesquelles la contraception n'est pas utilisée pour éviter une grossesse non-désirée.

Les moyens contraceptifs sont de plus en plus disponibles mais hors de la portée pour beaucoup de gens. Près de 60% des femmes et des hommes utilisent aujourd'hui dans le monde des méthodes contraceptives modernes, mais environ 350 millions de couples ne sont pas informés dans ce domaine et n'ont pas accès à différentes méthodes et prestations [18].

La planification familiale est reconnue depuis plusieurs années comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien être des femmes et de leurs familles [35].

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

Cependant la prévalence contraceptive reste l'une des plus faibles de la sous région africaine [35].

7- 4) Approche conceptuelle : épidémiologie socioculturelle

Une grossesse précoce, lorsqu'elle a lieu dans le mariage est rarement identifiée comme un problème. Elle est au contraire souhaitée pour la jeune mariée quel que soit son âge. C'est une preuve de sa fertilité. Une grossesse pré maritale (sous ou en dehors des fiançailles), par contre, est accueillie différemment selon les milieux sociaux. Hors mariage, une grossesse est généralement immorale et non-tolérée.

Dans bien des cas, la grossesse sera reconnue par le père et un mariage suivra. Ailleurs dans certaines sociétés d'Afrique

subsahariennes notamment forestières, la hantise de la stérilité est tellement présente que l'on souhaite que la femme fasse preuve de sa fertilité avant que le mariage ne soit définitivement conclu.

Une grossesse d'adolescente, mariée ou non est donc dans ce contexte bien acceptée. Par contre dans d'autres milieux séculaires (Bamanan) comme dans le milieu islamisé où toute relation sexuelle avant le mariage est réprouvée, les familles sont favorables au mariage très précoce pour éviter toute grossesse hors-mariage. Actuellement, dans notre monde de transition entre valeurs culturelles (morales, éthiques et religieuses) séculaires et pro-occidentales contemporains, la grossesse est perçue plus comme un risque d'interruption des études de la jeune fille que comme un problème moral ou spirituel.

Cependant, il s'est tout de même développé dans le milieu aussi bien familial qu'officiel mais également dans celui des mouvements de jeunes, un discours réprobateur et moraliste qui stigmatise de plus en plus le dévergondage des jeunes filles.

Ici, on incrimine peu des adolescents ou jeunes adultes masculins ou encore des hommes qui profitent de leur statut social favorisé pour entraîner les adolescentes à des relations sexuelles précoces ou à risque.

Mais avant tout, la fécondité pré maritale traduit une modification du cycle de vie des jeunes femmes. Le retard de l'entrée en union, en raison de la scolarisation notamment, a introduit une période plus longue qu'auparavant, entre puberté et

mariage, qui augmente. Par ailleurs, la probabilité de grossesse pré ou extra-maritale reste élevée.

De l'approche de la fécondité des adolescentes comme transgression d'une norme, on passe progressivement à une approche plus objective prenant en compte les implications sanitaires et sociales de la maternité précoce. Les études sur la santé en montrent bien des dangers pour les adolescentes (n'ayant pas achevé leur propre croissance) ainsi que les risques liés aux avortements clandestins, de plus en plus fréquents chez les jeunes filles.

A travers le monde les organismes chargés de la promotion des femmes soulignent le handicap que constituent les maternités d'adolescentes pour la formation et la carrière professionnelle des jeunes filles. De nos jours les programmes de planification familiale ont fait de l'intervention pour éviter les grossesses précoces une de leurs priorités. C'est en effet un thème qui contribue largement à légitimer l'offre des services de contraception.

V- Méthodologie

1. Cadre d'étude :

La présente étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Macina situé à 150 km de Ségou dans le septentrion Est de la 4^{ème} région administrative du Mali.

A califourchon sur le fleuve Niger, le cercle de Macina est l'une des circonscriptions les plus anciennes de la région de Ségou qui couvre une superficie de [11750 km²].

Il est limité :

- A l'est par les cercles de Ténenkou et de Djenné ;
- A l'ouest par le cercle de Ségou ;
- Au Nord par le cercle de Niono ;
- Au Sud par le cercle de San.

Le découpage administratif du territoire national le plus récent résulte de l'application de la loi n°96-059 du 04 novembre 1996 portant création des communes. Le cercle est divisé en 11 communes rurales et 242 villages : la commune de Macina, Kolongo, Monimpé, Folomana, Saloba, Sana, Kokry, Boky-wéré, Tongue, Matomo, Souleye. Chaque commune est dirigée par un conseil communal présidé par le maire. Les communes sont représentées au niveau cercle par le conseil de cercle dirigé par un président. L'état est représenté par le Préfet au niveau du cercle et par le sous Préfet auprès des communes relevant des anciens arrondissements.

La population du cercle de Macina serait 218 794 habitants en 2008 pour 107 408 hommes et 111 386 femmes avec un taux global d'accroissement de 1,5% et une densité de 33,34 habitants/km². Les mouvements des populations se font pendant toute l'année. La migration a trait à un premier mouvement intense saisonnier de pêcheurs représentés le plus souvent par les communautés bozos vers les lieux de pêche dès l'amorce de la décrue. Un second groupe à la recherche de fortune dans les pays lointains comme la Lybie, l'Espagne etc.

La population du cercle est constitué de presque de tous les groupes ethniques du pays : les bambaras, bozos, peulhs, mosis, samokos, Sarakolés, Miniankas, Bella, sonrhaïs, etc. La langue commune véhiculaire est le bambara.

Le climat est de type soudano-sahélien avec l'alternance d'une saison sèche et d'une saison des pluies. Les moyennes thermiques oscillent entre 21°C en janvier et 35° en Mai.

Les ressources en eaux du cercle de Macina sont le fleuve Niger pour environ 100 km sur les 292 km de son parcours dans la région de Ségou. Il y a aussi le canal de Macina à partir du Point A à 91 km de Macina qui assure l'irrigation des parcelles de l'office du Niger. Ce canal est alimenté par le fleuve Niger en amont du barrage de Markala.

La faune, jadis très riche en espèce animale, est aujourd'hui très peu fournie. Ce pendant, on y rencontre en faune terrestre des singes, des phacochères, des chacals, des lapins et beaucoup de

reptiles. En faune ailée, il y a des francolins, des oies, des tourterelles et des serpentaires. En faune aquatique, il faut noter l'existence de différentes espèces de poissons et souvent des hippopotames et des lamantins.

La flore se caractérise par la présence d'espèces épineuses (dattes sauvages, jujubiers, baki etc.) et de rôniers. Dans les cas, toutes les formations végétales vont de clairs à nulles sur toute l'étendue du territoire. La dégradation des ressources naturelles est bien perceptible, par l'existence de nombreuses plages nues (walawala).

Le relief est de type soudano sahélien. Il est constitué par les plaines sablonneuses, alluviales, limoneuses favorables à la culture du mil, de l'arachide, du fonio et des plaines argileuses favorables à celles du riz et du sorgho. Le cercle de Macina est situé sur quatre zones à potentiel homogène de la région de Ségou. Cette répartition zonale relative au découpage des anciens arrondissements, se présente comme suit :

- **Macina Central** : les vallées fluviales des lacs ;
- **Kolongotomo** : l'Office du Niger,
- **Monimpébougou** : le Delta mort
- **Sarro** : le moyen Bani-Niger
- **Saye** : le moyen Bani-Niger

La gestion de ces centres scolaires est assurée par un personnel composé de 460 hommes et 154 femmes. Les activités d'alphabétisation ont été effectuées dans le cercle par certains

partenaires et ONG (PDR, Inter VIDA). Le taux d'alphabétisation est de 26% dont 22% pour les hommes et 4% pour les femmes. Le cercle a à son actif 102 écoles communautaires (1er cycle), 46 écoles gouvernementales dont 34 premiers cycles et 11 second cycles avec un Institut de Formation Professionnel, 21 centres d'éducation pour le développement, 04 écoles privées dont un lycée, 03 jardins d'enfant et 28 medersas.

L'agriculture est l'activité principale, dominée par les **cultures céréalières** : le mil, le sorgho, le fonio et le riz en zone Office du Niger. **Les légumineuses** : l'arachide, le voandzou et le niébé. **Le maraîchage**, assez développé sur les parcelles de l'Office du Niger, fournit : oignon, laitue, tomate, choux, melon, pastèque et menthe. **Les produits fruitiers** sont : la banane, la goyave et du citron. **Les tubercules** sont rares, on y voit un peu de patate et de pomme de terre.

Quant à l'élevage, au cours de ces années, le secteur n'a pas connu d'épizootie décimant le cheptel et on peut noter la nette progression du bétail. L'élevage est intéressant pour les espèces bovines, les ovins et les caprins. Le cercle de Macina est une zone de transhumance par excellence.

Le cheptel du cercle fut estimé en 2008 à 164280 bovins, 191538 ovins, 299998 caprins et 2754090 volailles.

Le cercle de Macina est situé à l'entrée de la vaste région du delta central du Niger qui offre des possibilités piscicoles relativement importantes exploitées par les Bozos. La pêche est pratiquée de

manière traditionnelle. De nos jours, elle n'est plus l'apanage des seuls bozo. Elle fait l'objet d'activités individuelles et aussi collectives pour les eaux mises en défend. La production en 2008 était estimée à 1191 tonnes pour le poisson frais, 388 pour le poisson séché et 279 tonnes pour le poisson fumé.

Le commerce est peu développé par le manque de la présence de grands opérateurs économiques. Il est surtout relatif aux denrées de premières nécessités. Celui des céréales prend de l'ampleur, avec les fortes productions de plus de 6 tonnes/ha pour la culture du riz et surtout avec les aménagements rizicoles en vue de l'Office du Niger. Il existe 13 foires hebdomadaires dans le cercle dont les plus importantes sont : Macina, Bolibana, Matomo, Sarro, Koé, Monimpé, Kouna, Tongué, Kokry.

Les micros finances se réalisent à travers la création de caisses villageoises, de caisses d'épargnes et de crédits initiés par les partenaires au développement.

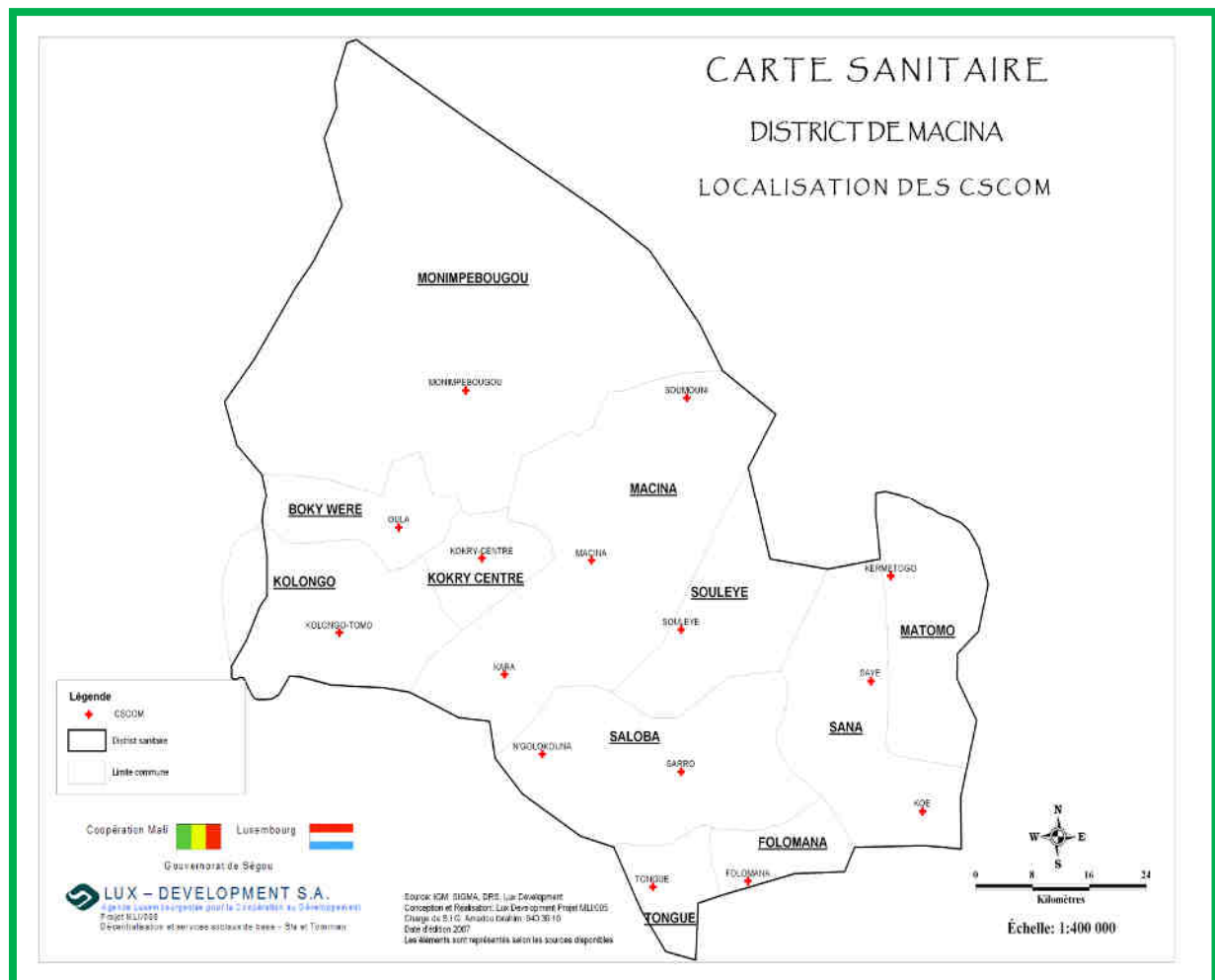
L'artisanat est axé sur la mise en valeur de sous-produits du rônier, de par les confections de tarât, de chaises, de paniers, d'éponges et de balais, etc. Les forgerons et les bijoutiers s'attèlent à l'outillage, l'équipement agricole, aux objets d'art et à la poterie.

Le secteur industriel est quasi inexistant car le cercle n'a pas bénéficié de plan d'industrialisation. Cependant, nous y trouvons quelques minuscules unités industrielles notamment une

boulangerie moderne, la rizerie de l'office du Niger à Kolongo et Kokry non fonctionnelle depuis 2000.

Le secteur informel est peu accentué à Macina. On peut noter entre autres les commerçants ambulants ou détaillants parmi lesquels les étalagistes, les vendeuses ambulantes, les tailleurs, les coiffeurs, les photographes et les cabines téléphoniques.

CARTE DU DISTRICT SANITAIRE DE MACINA



Le district est composé d'un CSRef et de 15 aires de santé fonctionnelles. Seulement 5 des 15 aires de santé fonctionnelles sont dirigées par des médecins généralistes, le reste par des TSS

et des TS. Au niveau du CSRef on retrouve 3 médecins généralistes à tendance chirurgicale. Ce qui fait un total de 8 médecins pour l'ensemble du district sanitaire de Macina, correspondant à 1 médecin pour 31 000 habitants.

Le centre de santé de référence comprend :

- Un bâtiment de consultation médecine ;
- Un bâtiment pour le Programme Elargi de Vaccination (PEV) abritant le service de Développement Social et de l'Economie Solidaire ;
- Un bâtiment pour le bloc opératoire ;
- Un bâtiment pour la maternité ;
- Un bâtiment pour le laboratoire ;
- Un bâtiment pour les hospitalisations médicales et consultations infirmières ;
- Un bâtiment pour les hospitalisations chirurgicales ;
- Un bâtiment pour le Dépôt Répartiteur du cercle (DRC) ;
- Un bâtiment pour le Dépôt de Vente (DV) et l'accueil ;
- Un bâtiment pour les magasins et le gardien ;
- 2 blocs de latrines.

Le centre est alimenté en eau par un château muni d'une pompe solaire et l'électrification est assurée par un groupe électrogène mais aujourd'hui le projet d'électrification avec l'EDM est en cours.

Au niveau du CS Réf, l'état du bâtiment est très mauvais à cause des fissures et de la vétusté de certains bâtiments. Au niveau d'un grand nombre de bâtiment les planchers sont dégradés et les

plafonds sont en très mauvais état, avec des fuites d'eaux à travers la toiture pendant la saison pluvieuse.

Le Centre de Santé de Référence de Macina est dirigé par un Médecin chef assisté par trois autres. Les décisions importantes sont prises au cours des staffs ou des réunions de l'équipe cadre. Chaque médecin est responsable d'un programme de santé et d'une unité de prestation. Les unités sont dirigées par un chef d'unité (Médecine, chirurgie, maternité et laboratoire) qui rend compte au Médecin chef.

Les consultations curatives sont faites par les médecins et les infirmiers. Les références sont faites aux médecins au cas où les compétences des infirmiers sont dépassées. Au niveau de la médecine et de la maternité, la permanence est assurée par une équipe de garde. Le RAC à la maternité fonctionne vingt quatre heures sur vingt quatre pour la prise en charge des évacuations des 14 CS Com fonctionnels.

Deux ambulances assurent les références/évacuations au niveau des centres de santé périphériques. Puisque le cercle est divisé en deux par le fleuve Niger, un véhicule est en permanence stationné sur l'autre berge pour assurer les références/ évacuations et les autres activités du service (supervision, monitoring/micro planification, ravitaillement vaccins et médicaments essentiels etc.)

Notre étude s'est déroulée dans les établissements secondaires du cercle de Macina.

2. Population d'étude

Toute adolescente âgée de 15 à 19 ans fréquentant les établissements secondaires retenus comme sites de l'étude.

3. Échantillonnage :

Notre étude s'est porté sur 361 scolaires soit 181 pour l'IFP et 180 pour le lycée.

3.1 - Critères d'inclusion

Toutes les adolescentes âgées de 15 à 19 ans après obtention d'une permission des autorités administratives des établissements concernés mais également de l'assentiment de participer à notre étude.

3.2 - Critères de non-inclusion

Toutes les adolescentes refusant de participer à l'étude.

4. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale prospective portant sur les adolescentes fréquentant les établissements secondaires (l'IFP et le lycée) de Macina.

5. Période d'étude

Le recueil des informations s'est déroulé sur la période allant de janvier à mars 2011.

6. Recueil de données

Les données ont été recueillies sur un questionnaire à partir d'un entretien individuel avec les adolescentes.

7. Plan d'analyse et de traitement des données :

La saisie des données a été faite sur le logiciel EPI – INFO version 6

8. Aspect éthique

Pour bien mener cette étude, d'amples informations furent fournies aux scolaires et aux autorités des dites écoles sur les objectifs et la confidentialité de l'entretien afin d'avoir leur consentement éclairé.

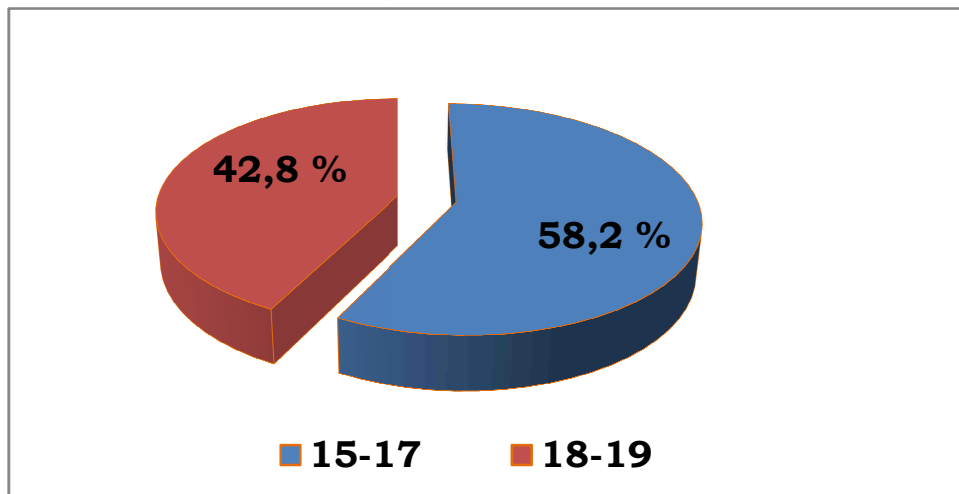
VI- RÉSULTATS

A- Renseignements généraux

1- Les classes d'âges

L'âge moyen de la population d'étude était de 17,1 ans (avec des extrêmes de 15 et 19 ans).

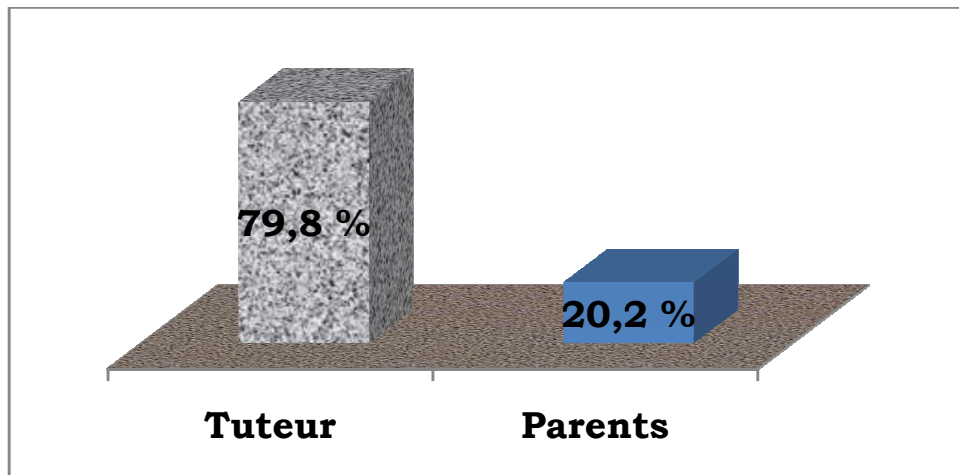
Figure I : Répartition de l'échantillon en fonction des classes d'âges :



Les adolescentes de 15 à 17 ans représentaient 58,2% de notre échantillon.

2- Lieu de vie de l'adolescente

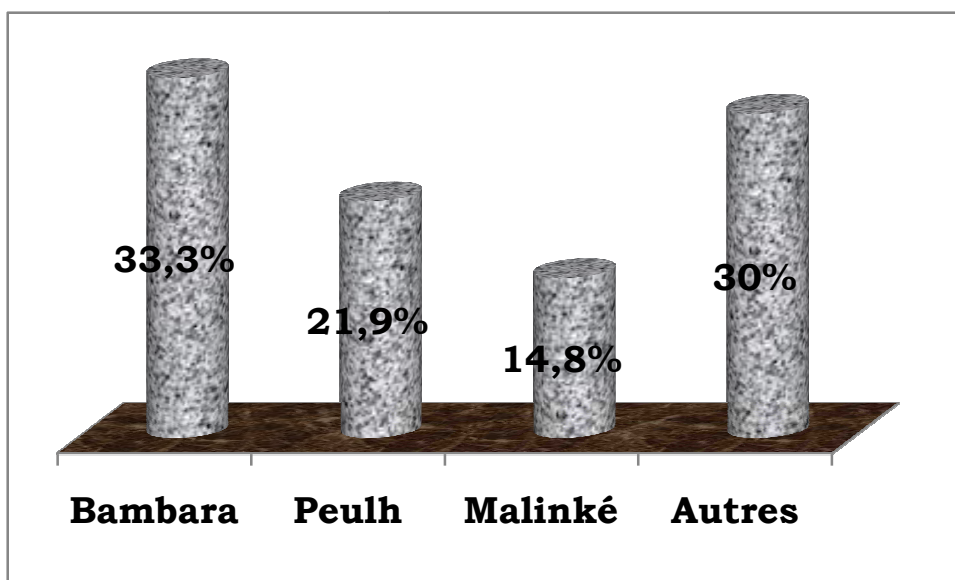
Figure II : Répartition des adolescentes en fonction du lieu de vie



79,80% des adolescentes résidaient chez un tuteur ou aide social contre 20,20% qui résidaient chez leurs parents.

3- Ethnie des adolescentes

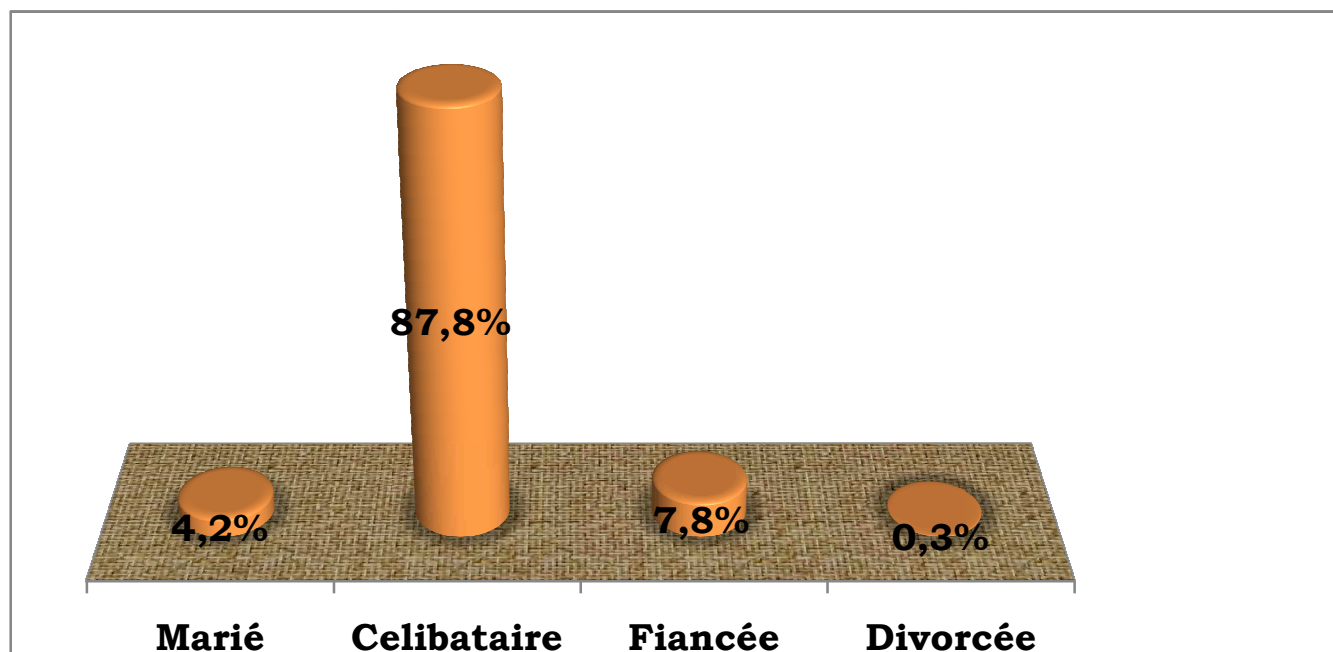
Figure III : Répartition des adolescentes en fonction de l'ethnie



L'ethnie Bambara avec 33,3% prédominait.

4- Statut matrimonial de l'adolescente

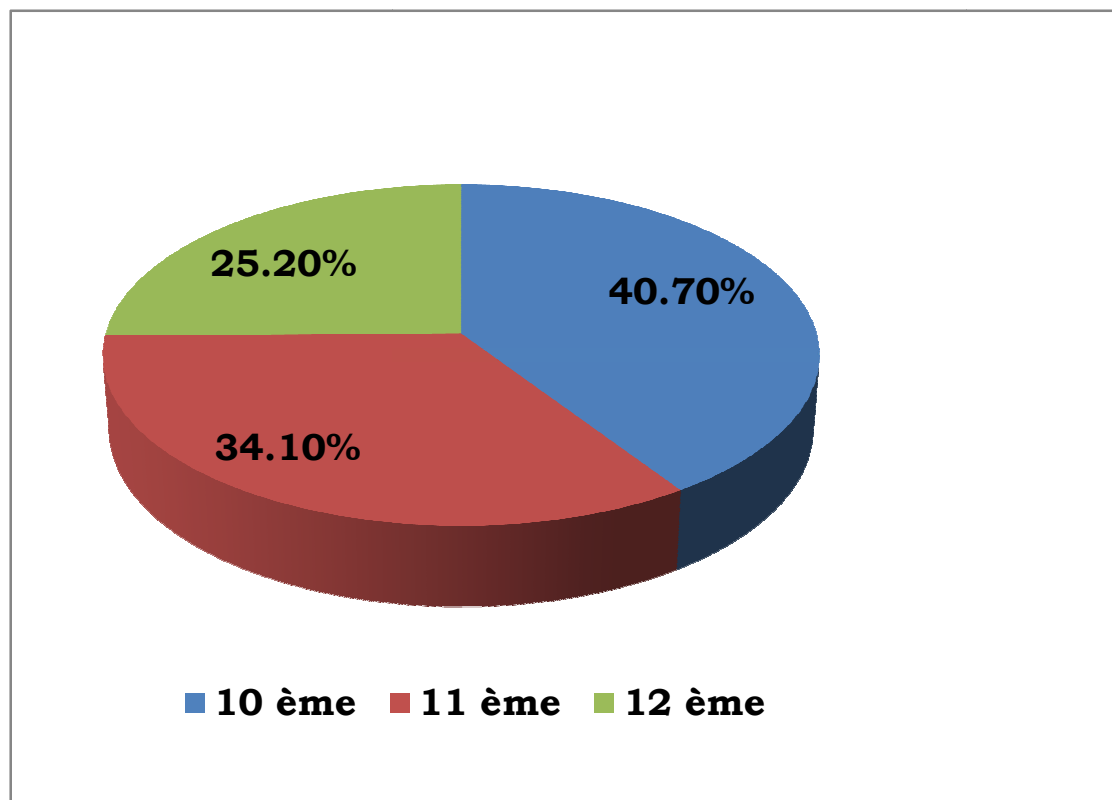
Figure IV : Répartition en fonction du statut matrimonial de l'adolescente



Les adolescentes étaient célibataires dans 87,8% des cas.

5- Niveau d'instruction de l'adolescente

Figure V : Répartition des adolescentes selon le niveau d'étude



La majorité des adolescentes était en 10^{ème} Année soit 40,70%.

B- Connaissances, attitudes et pratiques

1- Signification de la contraception (connaissance)

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance d'une signification de la contraception

Définition connue	Effectif	Fréquence
Aucune	20	5,5%
Au moins 1 Signification	231	64%
Toutes les 7 Significations	110	30,5%
Total	361	100%

30,5% des adolescentes connaissaient toutes les 7 significations de la contraception.

2- Connaissance des méthodes contraceptives (connaissance)

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des méthodes de contraception

Connaissance de méthodes contraceptives	Effectif	Fréquence
Oui	358	99,2%
Non	3	0,8%
Total	361	100%

La méthode contraceptive était connue par 99,2%.

3- Connaissance de sources d'approvisionnement (connaissance)

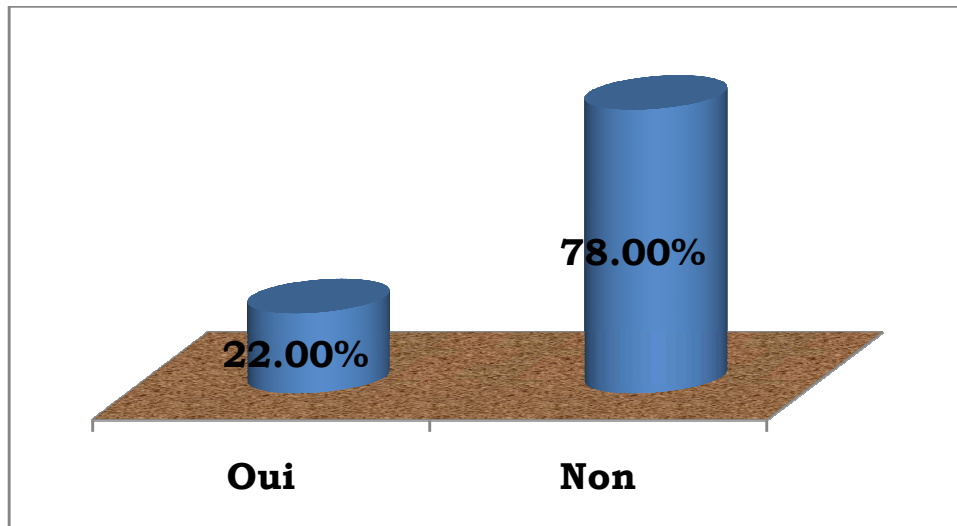
Tableau 3 : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des sources d'approvisionnement en contraceptif.

Nombre de source	Effectif	Fréquence
1 seule source	48	13,4%
2 sources	171	47,8%
3 sources	139	38,8%
Sans avis	03	0,83%
Total	361	100%

Les adolescentes connaissaient 2 sources d'approvisionnements soit 47,8%.

4-Utilisation des contraceptifs (pratique)

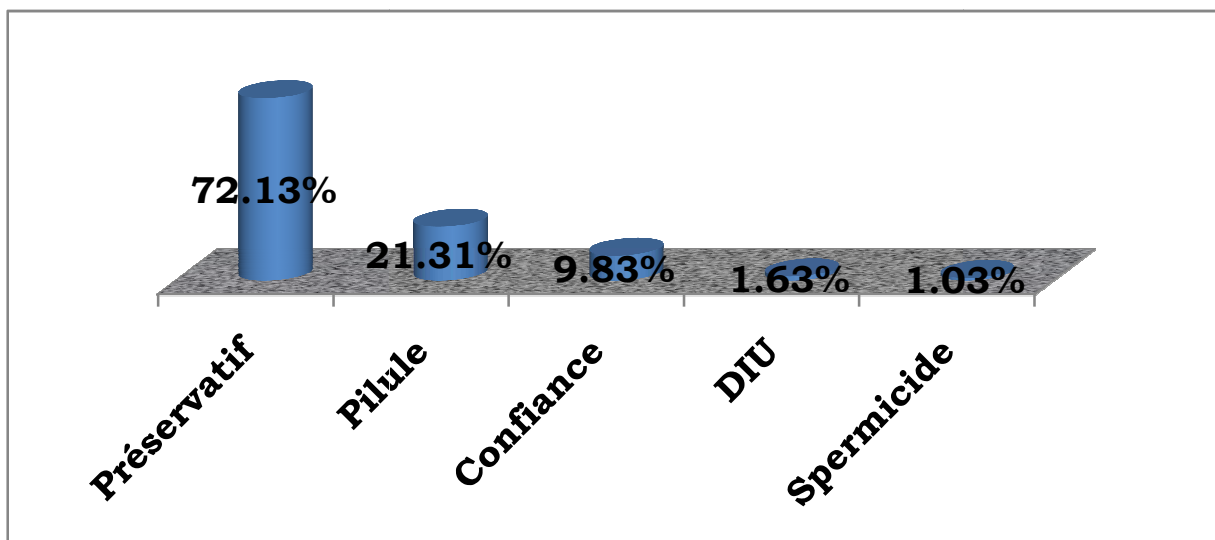
Figure VIII : Répartition des adolescentes selon l'utilisation de contraceptif



La contraception était utilisée dans 22%.

5- La méthode contraceptive déjà utilisée (pratique)

Figure IX : Répartition des adolescentes selon la méthode utilisée



le préservatif était utilisé dans 72,13% et la pilule dans 21,31%.

6- Les sources d'information sur la contraception (connaissance)

Tableau 4 : Répartition de l'échantillon en fonction des différentes sources d'information sur la contraception

Sources d'information sur la contraception	Effectif	Fréquence
École	7	2%
Formations sanitaires	7	2%
Parents et aidant naturel	7	2%
Médias et conférences	31	9%
Plus d'une source d'information	309	85%
Total	361	100%

Dans notre étude 85% des adolescentes avaient plus d'une source d'information sur la contraception.

7- Connaissance de l'existence de service de prestation de planification familiale (connaissance)

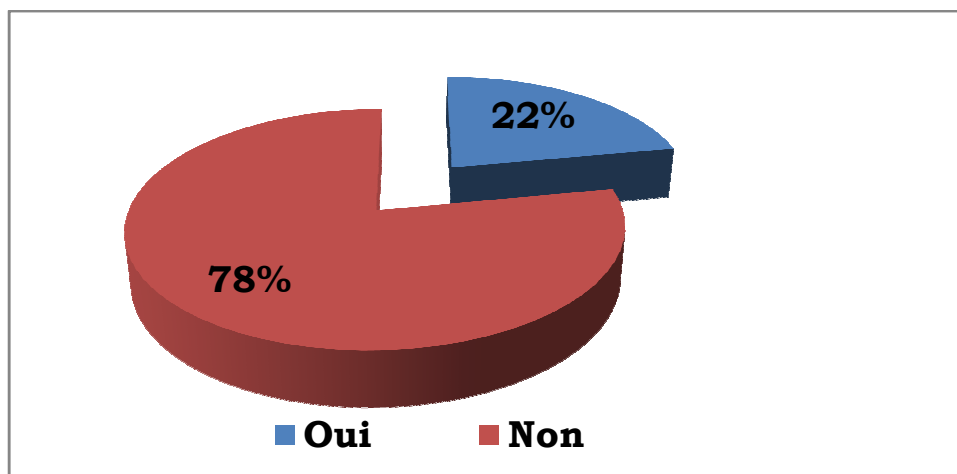
Tableau 5 : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance de l'existence de service de prestation de planification familiale.

Connaissance de l'existence de services de PF	Effectif	Fréquence
Oui	292	80,9%
Non	69	19,1%
Total	361	100%

Les adolescentes connaissaient l'existence de service de PF soit 80,9%.

Fréquentation d'un service de PF (pratique)

Figure X : Répartition selon la fréquentation d'un service de planification familiale



Le taux de fréquentation du service de PF était de 22% des cas.

9- Raisons de non-fréquentation des services de planification familiale (attitude)

Tableau 6 : Répartition de l'échantillon en fonction des raisons de non-fréquentation des services de planification familiale

Raisons	Effectif	Fréquence
Oui	330	91%
Non	31	9%
Total	361	100%

La coutume était la principale raison de non-fréquentation de ces services chez 91% des adolescentes.

NB : Raisons : la coutume, la religion

10- Risques d'IVG connus (connaissance)

Tableau 7 : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des risques d'interruption volontaire de grossesse

Connaissance des risques d'IVG	Effectif	Fréquence
Oui	317	87,8%
Non	44	12,2%
Total	361	100%

Plus des deux tiers soit 87,8% des adolescentes connaissaient des risques liés aux avortements provoqués.

11- Conséquences des interruptions volontaires de grossesse (connaissance)

Tableau 8 : Répartition de l'échantillon en fonction des risques connus d'interruption volontaire de grossesse.

Risques cités	Effectif	Fréquence
Mort	260	82%
Maladies	57	18%
Total	317	100%

La mort était le principal risque dans 82% des cas.

12- Opinion sur les IVG (attitude)

Tableau 9 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur les interruptions volontaires de grossesse.

Opinion sur les IVG	Effectif	Fréquence
Approuve	8	2%
Désapprouve	318	88%
Pas de réponses	35	10%
Total	361	100%

La majorité soit 88% de notre échantillon désapprouvait les IVG.

13- Opinion sur la contraception (attitude)

Tableau 10 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur la contraception.

Opinion sur la contraception	Effectif	Fréquence
Approuve	328	91%
Désapprouve	31	8%
Pas de réponses	2	1%
Total	361	100%

Les adolescentes approuvaient la contraception dans 91% des cas.

14- Raisons de désapprobation de la contraception (attitude)

Tableau 11 : Répartition de l'échantillon en fonction des raisons de désapprobation de la contraception

Raisons de désapprobation de la contraception	Effectif	Fréquence
Coutume	15	49%
Complications	16	51%
Total	31	100%

Les complications étaient les raisons de désapprobation de la contraception dans 51%.

15- Adolescente ayant un partenaire (pratique)

Tableau 12 : Répartition de l'échantillon en fonction du fait d'avoir un partenaire

Fait d'avoir un partenaire	Effectif	Fréquence
Oui	272	75%
Non	89	25%
Total	361	100%

Les deux tiers de notre échantillon soit 75,% des adolescentes affirmaient avoir un partenaire.

16-Parler de sexualité avec le partenaire (attitude)

Tableau 13 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet de sexualité avec ce partenaire.

Parler de sexualité avec le partenaire	Effectif	Fréquence
Oui	196	54%
Non	159	44%
Pas de réponses	6	2%
Total	361	100%

Les adolescentes avaient parlé de sexualité avec leur partenaire dans 54% des cas.

17-Parler de contraception avec le partenaire (attitude)

Tableau 14 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet de contraception avec ce partenaire.

Parler de contraception avec le partenaire	Effectif	Fréquence
Oui	146	54%
Non	126	46%
Total	272	100%

Dans notre étude 54% des adolescentes avaient déjà parlé de contraception avec leurs partenaires.

18-Parler d'utilisation du préservatif (attitude)

Tableau 15 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet d'utilisation du préservatif avec ce partenaire.

Parler de l'utilisation du préservatif avec le partenaire	Effectif	Fréquence
Oui	160	58,8%
Non	112	41,2%
Total	272	100%

Plus de la moitié soit 58,8% des adolescentes avaient parlé de l'utilisation du préservatif avec leur partenaire.

19-Avoir des rapports sexuels (pratique)

Tableau 16 : Répartition de l'échantillon en fonction de la notion de rapports sexuels avec ce partenaire.

Existence de rapports sexuels avec le Partenaire	Effectif	Fréquence
Oui	147	54%
Non	125	46%
Total	272	100%

Les adolescentes avaient eu des rapports sexuels avec leurs partenaires dans 54%.

21-Volonté d'utiliser le préservatif (attitude)

Tableau 17 : Répartition de l'échantillon en fonction de la volonté d'utiliser un préservatif même si le partenaire s'y oppose.

Utilisation du préservatif même si le partenaire s'y oppose	Effectif	Fréquence
Oui	252	70%
Non	64	18%
Pas de réponses	45	12%
Total	361	100%

Un grand nombre soit 70 % des adolescentes utilisait un préservatif même si leurs partenaires s'y opposaient.

22- Type de partenaire sexuel (pratique)

Tableau 18 : Répartition de l'échantillon en fonction du type de partenaire sexuel

Partenaire sexuel occasionnel	Effectif	Fréquence
Oui	50	14%
Non	295	82%
Pas de réponses	16	4%
Total	361	100%

Les adolescentes ont eu des partenaires sexuels occasionnels dans 14% des cas.

23-Utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels (pratique)

Tableau 19 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels.

Utilisation de préservatif lors de rapports sexuels occasionnels	Effectif	Fréquence
Oui	24	48%
Non	26	52%
Total	50	100%

52% n'avait pas utilisé de préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels. 1 personne n'a pas répondu à cette question.

24-Fréquence d'utilisation du préservatif (pratique)

Tableau 20 : Répartition de l'échantillon en fonction de la fréquence d'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels.

Fréquence d'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels	Effectif	Fréquence
Toujours	6	25%
Quelques fois	18	75%
Total	24	100%

Parmi les utilisatrices 25% des adolescentes avaient toujours utilisé le préservatif.

25-Nombre de partenaire sexuel jusqu'à ce jour (pratique)

Tableau 21 : Répartition de l'échantillon en fonction du nombre de partenaire sexuel jusqu'à ce jour

Nombre	Effectif	Fréquence
1 partenaire	108	40%
2 à 3 partenaires	100	37%
4 à 5 partenaires	34	12%
Plus de 5 partenaires	30	11%
Total	272	100%

40% des adolescentes avaient 1 partenaire sexuel. .

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Approche méthodologique : nous avons réalisé une étude prospective et transversale qui s'est déroulée de Janvier en mars 2011 soit une période de trois mois. Cette étude portant sur 361 scolaires nous a permis de mieux comprendre les problèmes sociodémographiques, les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes scolaires de Macina sur la contraception.

1- L'âge

Dans cette étude, les adolescentes âgées de 15 à 17 ans représentent 58,2% de l'échantillon.

L'âge moyen est de 17,14 ans avec des extrêmes de 15 et 19 ans.

Kané (20), Abauleth (1) et Miller (27) avaient rapporté respectivement : 16,44 ans, 16,6 ans et 17,6 ans

2- Ethnie de l'adolescente

Les bambaras étaient majoritaires 33,3%.

Kané (20) avait trouvé à Mopti 12,9% de bambara.

Ceci peut être lié à la situation géographique (Les Bambaras sont moins fréquents que les peulhs à Mopti).

3- Statut matrimonial

Une minorité soit 4,2% des élèves, était mariée, le vécu socioculturel peut expliquer ce fait : les filles qui vont au lycée envisagent en général une étude universitaire qui ne va pas de

pair avec les obligations matrimoniales. On a retrouvé une différence statistiquement significative entre le statut matrimonial et l'utilisation de contraceptif ($\chi^2=6,72$ et $P=0,009551$).

4- Filière d'étude

Les séries scientifiques étaient plus représentées avec 61,2% de notre échantillon. Cela peut s'expliquer par le fait que les scientifiques étaient plus intéressées par l'étude que les littéraires.

5- Avoir entendu parler de contraception

Toutes les adolescentes avaient entendu parler de contraception soit 100%.

Adom (2), Kané (20) et Langille (21) ont trouvé respectivement 69,40%, 60% et 42%.

Notre taux supérieur peut s'expliquer par l'importance des campagnes d'informations sur la PF à MACINA.

6- Nombre de méthodes utilisées

Une seule méthode de contraception était utilisée par 88,5% des adolescentes, 9,8% avaient utilisé deux méthodes de contraception et 1,6% avaient déjà utilisé trois méthodes de contraception et 0,1 % des élèves n'ont pas répondu à cette question.

7- La méthode contraceptive déjà utilisée

La majorité des élèves utilisatrices soit 72,13% avait utilisé le préservatif suivi par la pilule à 21,31%, du contraceptif injectable 9,83%, du dispositif intra-utérin et des spermicides à proportion égale soit 1,63%. Ce taux d'utilisation élevé de préservatif peut s'expliquer par la disponibilité et la vente libre de ce contraceptif.

Chez Kané (20) le préservatif était utilisé dans 77,3% des cas, suivis par la pilule à 8% et les injectables à 2,7%.

Abauleth (1) avait trouvé 55,7% pour le préservatif, 13,76% pour la pilule, 2,17% pour les injectables, 0,72% pour le dispositif intra-utérin.

Notre résultat est proche à celui de Kané (20).

8- La source d'information des adolescentes sur la contraception

Dans notre étude, 85% des adolescentes avaient plus d'une source d'information sur la contraception, d'autres avaient eu des informations par des structures sanitaires, l'école, les parents et tuteur à pourcentage égal soit 2%, les médias représentaient 9%.

Chez Kané (20) on retrouve des chiffres voisins 78,7% de sources multiples, 1% de personnel médical, 2,5% de parents ou amis, 6,4% de l'école et 8,9% pour les médias.

Notre taux d'information au niveau scolaire est inférieur à celui d'Adom (2), Miller (27) et Kamtchouing (19) qui ont trouvé respectivement 31,16%, 42%, 21%.

Notre bas taux d'information au niveau scolaire peut être lié à l'absence de programme scolaire spécifique en la matière.

9- Fréquentation du service de PF

Moins d'un quart des adolescentes soit 22% seulement ont fréquenté un service de PF contre 78% qui n'en ont jamais fréquenté.

10- Raisons de non-fréquentation des services de PF

Malgré les efforts consentis dans le domaine de la PF, la coutume était la principale raison de non-fréquentation de ces services chez 91% des adolescentes ainsi que l'ignorance chez 9% des adolescentes.

11- Opinion sur IVG

Dans notre étude 88% de notre échantillon désapprouvaient l'IVG contre 2% qui l'approuvaient et 10% n'ont pas répondu. Beaucoup d'élèves ont affirmé que c'est la pesanteur sociale (économique et culturelle) qui pousse les filles à avorter et le plus souvent sous la direction de leur mère.

12- Raisons de désapprobation de la contraception

La coutume et les effets secondaires étaient les raisons de désapprobation de la contraception à pourcentage égal. Cela peut être lié à la structure même de notre société.

13- Connaissance et utilisation des méthodes de contraception

La connaissance des méthodes de contraceptions n'équivaut pas à leur utilisation chez les adolescentes, en effet 99,2% de l'échantillon connaissaient des méthodes de contraception et parmi elles, seules 22% avaient utilisé un contraceptif. Cela peut être lié à la coutume et aux effets secondaires.

Ces résultats sont comparables à ceux de Camara (6) qui a trouvé 90% et 14%, les résultats similaires ont été retrouvés en

Tanzanie 80% et 14% (11).

Notre bas taux d'utilisation s'observe chez Miller (27) ou 21% des élèves utilisaient une méthode de contraception. En revanche, Kamtchouing (19), Duprez (10) et Daures (7) ont trouvé 45%.

14-Parler de sexualité et de contraception avec le partenaire

Il ressort de notre étude que 54% des adolescentes avaient parlée de sexualité avec leur partenaire. Notre enquête montre que 54% des adolescentes avaient déjà parlé de contraception avec leurs partenaires. Ces facteurs ont eu une influence statistiquement significative ($P=0,995905$) sur l'utilisation de contraceptif et cela peut s'expliquer par la mauvaise communication interpersonnelle.

15-Avoir des rapports sexuels avec son partenaire

Dans notre étude 54% des adolescentes avaient eu des rapports sexuels avec leurs partenaires contre 46% qui n'ont pas eu de

rapports sexuels. Ce taux peut s'expliquer par la précocité des rapports sexuels.

Ces taux sont voisins de ceux d'Adom (2), Forguet (15), Kané (20) qui ont trouvé respectivement que 39,03%, 49,5% et 50,5% des adolescentes avaient eu des rapports sexuels.

16-Age au premier rapport sexuel

La première expérience sexuelle est précoce entre 10 et 19 ans avec une moyenne de 16,13 ans et cela dans 41% des cas.

Cet âge moyen est comparable à ceux retrouvés au Ghana 16,8 ans Echange MAQ (11), Pichot (36) retrouve dans sa série que 34% des adolescentes ont leur premier rapport avant 16 ans.

Chez Bilodeau (4), Forget (15), et Kané (20) on retrouve les âges moyens au premier rapport sexuel qui sont respectivement 14 ans, 15,7 ans, 14,87 ans. Ces âges sont un peu plus bas que le nôtre.

17- Utilisation de préservatif au premier rapport

Moins de la moitié de celles qui ont eu des rapports sexuels soit 48% de l'échantillon avaient utilisé un préservatif à cette occasion. Cela peut être dû au fait que le premier rapport sexuel n'est pas en général programmé.

18- Avoir eu des partenaires sexuels occasionnels

Les adolescentes ont eu des partenaires sexuels occasionnels dans 14% des cas et 52% de ces rapports occasionnels n'étaient pas protégées. Cela peut s'expliquer par l'ignorance.

19-Fréquence d'utilisation de préservatif avec les partenaires occasionnels

L'étude montre que 25% des adolescentes avaient toujours utilisé le préservatif et 75% l'avaient utilisé quelques fois.

Ces résultats sont supérieurs à ceux d'Adom (2) qui a trouvé que 12,01% des élèves avaient des rapports toujours protégés.

20-Nombre de partenaires sexuels

Les adolescentes avaient un nombre de partenaires sexuels entre 1 et 3 avec une moyenne de 0,91. Nous n'avons pas trouvé d'explication à cela.

Cette moyenne est inférieure à celle d'Abauleth (1) qui avait trouvé une moyenne de 1,8 partenaire sexuel par élève.

VIII- Conclusion et recommandations

1- Conclusion

La majorité des élèves déclarait connaître des méthodes de contraception et parmi elles une minorité utilisait la contraception. Les adolescentes avaient plusieurs sources d'informations sur la contraception, mais seulement 2% avaient eu des informations par des structures sanitaires. Les raisons de désapprobation de la contraception étaient la coutume et les complications, à pourcentage égal.

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

La pesanteur socioculturelle et l'absence de programmes scolaires spécifiques rendent difficile l'éducation sexuelle, favorisent les mauvais comportements et la précocité des rapports sexuels.

Les facteurs de la non-utilisation de contraceptifs sont d'ordre économique, social, culturel et infrastructurel.

2- Recommandations

1. Aux autorités :

1.1. Promouvoir la pratique de la contraception

En levant les incompréhensions sociales, culturelles et religieuses pour améliorer la prévalence contraceptive chez les adolescentes.

1.2. Mener des campagnes d'information (plaidoyer)

Pour combler l'ignorance des adolescents tout en respectant leurs découvertes personnelles, les aidera à faire le lien entre l'acte sexuel et les conséquences nuisibles à leur épanouissement.

2. Aux adolescents

- S'informer avant même la puberté des différentes modifications physiologiques de l'organisme afin de comprendre le cycle menstruel, l'acte sexuel, la contraception, etc.
- Discuter avec les parents, les enseignants des problèmes de sexualité pour lever les tabous et éviter les idées fausses qui constituent un obstacle à la prise de contraception.

3. Aux personnels de santé

- Il doit être attentif, disponible
- Manier aisément les concepts médicaux de la sexualité

4. Aux parents

Dépasser les tabous sexuels, religieux, socioculturels pour permettre aux adolescents d'affronter leur sexualité d'une manière responsable.

IX- Références

- 1. Abauleth R, Koffi A, Kakou C, Adjoby R, Mian B, Angoi V. et col.** Connaissance et utilisation de la contraception chez l'adolescente. III^e Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006 à Bamako.
- 2. Adom-Anoumatacky M.** La contraception chez l'adolescente en milieu scolaire. III^e Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006 à Bamako.
- 3. Berthe F.** Vulnérabilité des jeunes liées aux pratiques et aux comportements néfastes à la santé en milieu urbain et périurbain bamakois. Thèse méd, Bamako 2004. (04M49)
- 4. Bilodeau A.; Forget G.; Tetrault J.** L'auto efficacité relative à la contraception chez les adolescents: validation de la version française de l'échelle de mesure de Levinson. Revue canadienne de santé publique 1994 ; 85, 2 : 115-20.
- 5. Boubacar M.** Etude épidémiologique-clinique du planning familial : Enquête auprès de 206 utilisatrices au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako d'Avril à Juin\2003. Thèse méd, Bamako 2003.
- 6. Camara M.** La contraception chez l'adolescente. Thèse méd, Bamako 1992. (92M44)
- 7. Daures JP. ; Chaix D.G.; Maurin M.; Viala J.L. ; Gremy F.** Étude préliminaire des interruptions volontaires de grossesses (I.V.G.) et des maladies sexuellement transmissibles (M.S.T.) chez l'adolescent par une

information en classe de troisième. Contraception, fertilité 1989 ; 17, 11: 1021-26.

- 8. Direction nationale de l'enseignement secondaire général.** Flash sur la rentrée scolaire 2004-2005.
- 9. Direction Régionale de la Santé :** Le district de Bamako
présentation générale
- 10. Duprez D., Viala M.** Adolescence et avortement.
Évolution psychiatrique 1985 ; 50, 2 : 357-81.
- 11. Echange MAQ.** Les adolescents,
[http://www.maqweb.org/franco/slides/Mod 12 Adolescents.pdf](http://www.maqweb.org/franco/slides/Mod%2012%20Adolescents.pdf).
- 12. Faites confiance aux ados.** www.ippf.org
- 13. Fédération internationale pour la planification familiale.** L'islam et la planification familiale Rabat 1971
- 14. Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales.** Planification familiale,
www.gfmer.ch/Cours/Planification_familiale.html
- 15. Forget G.; Bilodeau.A. ; Tetrault j.** Facteurs reliés à la sexualité et à la contraception chez les jeunes et décrochage scolaire. Un lien insolite mais réel. Apprentissage et socialisation 1992 ; 15 : 29-38.
- 16. International Development Research Centre.**
Planning traditionnel au Mali. Education sexuelle en Afrique tropicale 1973 ; p 54
- 17. Jean Claude L.** Pour une éthique de la procréation.
Paris, éditions du Cerf 1998 ; 2 : 31.

18. **Journée Mondiale Maternité sans risque.** Eviter les grossesses non désirées 7 avril 1998
19. **Kamtchouing P., Takougangi., N’Goh N., Yakam I.** La sexualité des adolescents en milieu scolaire à Yaoundé (Cameroun). Contraception, fertilité, sexualité 1997; 25,10 : 798-801.
20. **Kané F, Zino J M, Peña M L, Diallo.** La contraception en milieu scolaire à Mopti. IIIè Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006
21. **L'éducation sexuelle en ballottage.**
www.uia.org/uiademo
22. **La contraception**
<http://www.contraceptions.org/html/index>.
23. **L'allaitement maternel**
<http://www.FHI.org/fr/Topics/Breastfeeding.htm>
24. **Langille D.B., Dalaney M.E.** Knowledge and use of emergency post coital. Contraception by female students at a high school in Nova Scotia. Canadian J. Public Health 1999; 91,1: 29-32.
25. **Larousse médical 1995**
26. **Les contraceptifs injectables**
[http://search.fhi.org/sitesearch.asp?query=injectables+pro gestatif](http://search.fhi.org/sitesearch.asp?query=injectables+pro+gestatif)
27. **Miller W.B.** Sexuality, contraception and pregnancy in a high school population. California Med 1973 ; 119, 2 : 14 21.

28. **Ministère de la santé USAID 2003.** Population développement et qualité de la vie au Mali.
29. **Ministère délégué au plan.** Direction nationale de la statistique et de l'informatique. Troisième recensement général de la population et de l'habitat 1998
30. **Mlle Alima SIDIBE :** étude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception.
31. **Nekan F.** Les facteurs de risque de la grossesse chez l'adolescente célibataire de la commune IV. Thèse méd, Bamako 1995. (95M39).
32. **Nian M.** Approche épidémiologique de la grossesse chez l'adolescente à l'hôpital régional de Kayes. Thèse méd, Bamako 2000. (00M99)
33. **ONU. 2004.** Rapport mondial sur la jeunesse, 2005: Rapport du Secrétaire général (A/60/61 – E/2005/7), p 1 New York: ONU
34. **ONU. 2005.** "World Population Prospects: The 2004 Revision: File 1: Total Population Both Sexes by Age Group, Major Area, Region and Country, Annually for 1950-2050 (in thousands) (Pop/DB/WPP/Rev.2004/4/F1). Tableau électronique. New York : Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
35. **Ordre des sages femmes du Mali.** Bulletin Semestriel de l'ordre des sages-femmes du Mali Août 2005 – NUMERAU 002

36. **Pichot F., Dayan Lintzer M.** Résistance et compliance à la contraception à l'adolescence. Contraception, Fertilité, sexualité 1985 ; 19, 10 : 1055-61.
37. **Population Reports 2003.** www.populationreports.org/pr/prf/fm17
38. **Sangaré A. K.** Connaissances, attitudes pratiques des adolescentes en matière des IST/ SIDA et de planification familiale, comportement en matière de sexualité dans 3 lycées du district de Bamako. Thèse méd, Bamako 2003. (03M6).
39. **Serfaty D.** La contraception. Doin éditeurs, Paris. 1986
40. **Ta-Ngoc Chau.** Aspect démographique de la planification de l'éducation. UNESCO 2002.
41. **TRAORE S. et col.** Enquête démographique et de santé du Mali. Planification familiale. Bamako, Mali, EDS M III juin 2002 ; 450- 57-80

Questionnaire à l'intention des adolescentes

Introduction (Information et consentement volontaire) :

Ce questionnaire a pour but de recueillir vos connaissances, attitudes et vos pratiques en matière de contraception afin d'améliorer son offre en votre faveur. Nous vous remercions d'avance de votre participation. Les Informations recueillies sont anonymes et confidentielles.

Numéro du questionnaire / ___/___/___/___/

Commune.....

Nom de

l'établissement.....

I - Renseignements généraux

N° question filtres codes

01) Age (en années révolues) /___/___/

02) Rang de l'adolescent à la naissance / nombre d'enfants de la mère et du père

/___/_ ___/ ième enfant de la mère

/___/ nombre d'enfants de la mère

/___/___/ ième enfant du père

/___/ nombre d'enfants du père

03) Lieu de vie

04) Ethnie

1- Bambara 5 - Malinké 9 - Sonrhäï

2 -Sénoufo 6- Khassonké 10 - Maures

3 - Sarakolé 7 - Peulh 11- Bozo

4 – Minyanka 8 - Dogon Autres (à préciser)

05) Statut matrimonial de l'adolescente

1- Mariée x1 4 - Mariée x4 7 - Divorcée

2 -Mariée x2 5 – Célibataire 8 - Concubinage

3 -Mariée x3 6- Fiancée

06) Niveau d'instruction

10ème science 10ème lettre

11ème science 11ème lettre

12ème science 12ème lettre

07) Durée de séjour à Bamako

1- Inférieure de 10 ans 2- Supérieure ou égale à 10 ans

08) Statut matrimonial des parents

1- polygames 3 – Divorcé(e) 4- Concubinage

2-Marié(e) 4- Fiancé(e) Veuf (ve)

09) Profession du père

1-Décédé 10- Médecin 19-Mendiant

2-Fonctionnaire 11-Profession paramédicale 20-Chômeur

3-Cultivateur 12- Commerçant 21-Vendeur

4- Homme en tenue 13-Ouvrier 22-Imam

5- Eleveur 14- Ingénieur 23-Marabout

6-Artisan 15-Thérapeute 24- Talibé

7- Salarié du secteur privé 15-Aide familial 25- Artiste

8-Salarié du secteur public 17-Apprenti Autres (à préciser).....

9- Enseignant 18-Retraité

10) Niveau d'instruction du père

1-Aucun 5-Supérieur 9- Medersa supérieur

2-Fondamental 1 6-Medersa fondamental 1 10-Medersa supérieure

3-Fondamental 2 7-Medersa fondamental 2 Autres (à préciser).....

4-Secondaire 8-Medersa secondaires

11) Profession de la mère

1-Décédée 8- Médecin 15-Retraitee

2-Fonctionnaire 9-Profession paramédicale 16-Mendiant

3-Femme en tenue 10- Commerçant 17-Ménagère

4-Teinturière 11-Ouvrière 18-Vendeuse

5- Salariée du secteur privé 12- Ingénieur 19- Artiste

6-Salariée du secteur public 13-Thérapeute Autres (à préciser).....

7- Enseignante 14-Aide ménagé

12) Niveau d'instruction de la mère

1-Aucun 5-Supérieur 9- Medersa supérieure

2-Fondamental 1 6-Medersa fondamental 1 10-Medersa supérieures

3-Fondamental 2 7-Medersa fondamental 2 Autres (à préciser)......

4-Secondaire 8-Medersa secondaires

13) Niveau de vie des parents

1- Electricité 5- Voiture 8- Latrines

2-Téléviseur 6- Location 9- Puits
4-Réfrigérateur 7- W-C Autres (à préciser).....

II- Connaissances, attitudes et pratiques

14) Avez vous déjà entendu parler de contraception ?

- 2. Non
- 1. Oui

15) Si vous avez répondu Oui que signifie l'expression à votre entendement

1- Espacement des naissances 4- Moins de naissance 7-
Meilleure éducation des enfants
2-Santé de la mère 5- Moins de dépense 8-Non réponse
3-Santé de l'enfant 6- Famille heureuse 9- Ne sait pas
Autres (à préciser).....

16) Connaissez-vous des méthodes contraceptives ?

2. Non

1. Oui : lesquelles ?

1-Pilule 4-Norplant 7- Allaitement maternel
2-Préservatif 5- Dispositif intra utérin 8- Méthode traditionnelle
3- Spermicide 6- Contraceptif injectable 9- Ne sait pas
Autre (à
préciser).....

..

17) Quelles sont les sources d'approvisionnement en méthode contraceptives que vous connaissez ?

1- Centre de santé/Hôpital 3- Boutique 9- Ne sait pas
2-Pharmacie 8- Non réponse
Autres (à préciser).....

18) Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive ?

2. Non

1. Oui : lesquelles ?

19) Quelles sont vos principales sources d'information sur la contraception ?

1- Ecole 4- Médias 7-Frère/sœurs

2- Centre de santé/hôpital 5- Père 8- Ami(es)

3-Conférence 6-Mère 9-Ne sait pas

Autres (à

préciser).....

20) Savez-vous qu'il existe des services de prestation de planification familiale ?

Oui =1 Non = 2

21) Si vous avez répondu oui : avez vous déjà fréquenté ces services ?

1. Oui

2. Non : pourquoi ?

1- Coutume 2- Religion 3- Pas besoin

Autres (à préciser).....

22) Avez-vous eu un enfant ?

1. Oui

2. Non

22 bis) Selon vous quel est le temps qui doit exister entre deux maternités ?

Intervalle en mois :

23) Connaissez-vous les risques encourus par les filles qui pratiquent les avortements ?

2-Non

1-Oui : quels sont ces risques ?

.....
.....

24) Quelle est votre opinion sur les avortements provoqués ?

1- Approuve 2-Désapprouve 8-Pas de réponse

25) Appréciez-vous la contraception ?

1. Oui

2- Non : pour quelle raison principalement?

1- Coutume 2- Religion 3- Effets secondaires

Autres (à

préciser).....
.....

26) Avez-vous présentement/un partenaire ?

1- Oui 2- Non 8- Pas de réponse

27) Si vous avez répondu oui, vous est-il arrivé de parler avec votre partenaire de ?

-Sexualité en général

1- Oui 2- Non 8- Pas de réponse

-Méthodes de contraception

1- Oui 2- Non 8- Pas de réponse

-Utilisation du préservatif

1- Oui 2- Non 8- Pas de réponse

28) Avez vous déjà eu des rapports sexuels avec ce partenaire ?

1- Oui 2- Non 8- Pas de réponse

29) Si oui, quel âge aviez-vous pour la première fois ?

Age en année : 88-Pas de réponse 99- Je ne me rappelle pas

30) A cette occasion, avez-vous utilisé un préservatif

1- Oui 2- Non 8- Pas de réponse

31) Etes-vous prêtes à utiliser un préservatif même si votre partenaire s'y oppose ?

1- Oui 2- Non 8- Pas de réponse

32) Avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ?

1- Oui 2- Non 8- Pas de réponse

33) Si vous avez répondu oui avez-vous utilisé un préservatif lors de ce rapport sexuel occasionnel ?

2. non

1- Oui : indiquez la fréquence :

1- Toujours 3- rarement 8- Pas de réponse

2. souvent 4- Jamais 9 - ne sait pas

34) Combien de partenaires sexuels avez-vous jusqu'à ce jour ?

Nombre: 1 ; 2-5, Plus de 5

ICONOGRAPHIES



Icône 1 : Quelle méthode de contraception choisir chez la femme ?

Il a été démontré qu'une méthode de contraception adaptée à la situation personnelle de la patiente est mieux acceptée et donc mieux suivie par celle-ci



Icône 2 : *La contraception : c'est un moyen fiable de stopper la fécondité, elle est de plus en plus utilisée dans le monde. Le plus souvent utilisée par les femmes, souvent oubliée, peut aussi être utilisée par les hommes.*



Icône 3 : © JournalduMali.com
Le planning familial expliqué aux femmes

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Coulibaly

Prénom : SIDY

Titre de la thèse : Étude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des adolescentes en milieu scolaire de Macina sur la contraception

Année Universitaire : 2010 – 2011

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Santé Publique et anthropologie médicale

RÉSUMÉ

Notre étude transversale prospective s'est déroulée à Macina de janvier à mars 2011. L'objectif consistait à étudier le comportement des adolescentes en milieu scolaire face à la contraception la majorité des élèves soit 99,2% déclaraient connaître des méthodes de contraceptions et parmi elles seulement 22% utilisaient la contraception. La coutume était la principale raison de non-fréquentation des services de PF chez 91% des adolescentes suivit par l'ignorance. 54% des adolescentes étaient sexuellement actives, l'âge moyen au premier

rapport sexuel était 16,13 ans. Plus de la moitié n'avaient pas utilisé les préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels. Nous avons retrouvé plusieurs facteurs qui influencent la contraception chez l'adolescente. Les données qualitatives nous ont révélées que les facteurs de non-utilisation de contraceptifs sont d'ordre économique, social, culturel et infrastructurel.

Mots Clefs : Connaissances- Attitudes- Pratiques- Adolescente- Milieu scolaire- contraception

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue tairai 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.