

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

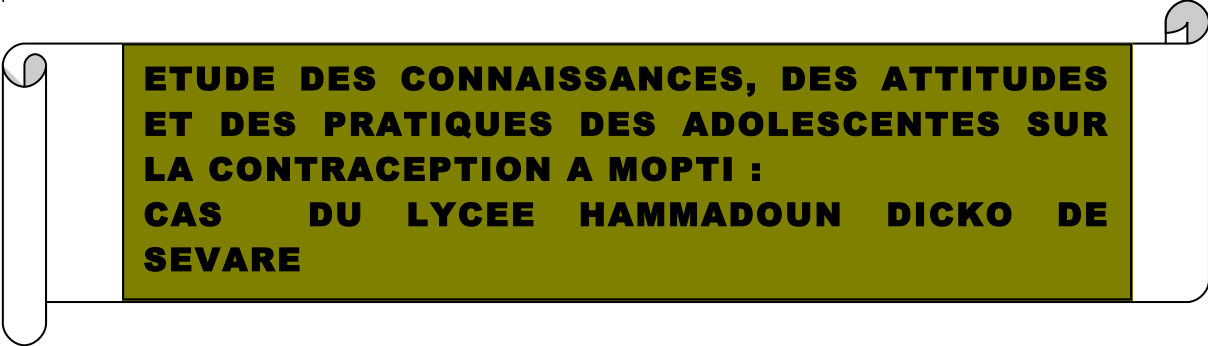
REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE: 2010 - 2011

Thèse N°...../



**ETUDE DES CONNAISSANCES, DES ATTITUDES
ET DES PRATIQUES DES ADOLESCENTES SUR
LA CONTRACEPTION A MOPTI :
CAS DU LYCEE HAMMADOUN DICKO DE
SEVARE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2011

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par Mme Fatoumata Fabé Sountoura

Pour obtenir le Grade de **Docteur en pharmacie**

(DIPLOME D'ETAT)

Jury :

PRESIDENT: Pr Moussa HARAMA

MEMBRES : Dr Coulibaly Marguerite DEMBELE

Dr Yacouba DIARRA

CODIRECTRICE DE THESE : Dr Sango Fanta SANGHO

DIRECTEUR DE THESE :

Dr Samba DIOP

**Gloire à Dieu le Tout Puissant, le
Clément, le Miséricordieux pour toutes
ses bontés et pour m’avoir permis de
réaliser ce travail.**

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2010 - 2011

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : BOUBACAR TRAORE - MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : IBRAHIM I. MAIGA - MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : IDRISSE AHMADOU CISSE - MAITRE -ASSISTANT

AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL -
CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne

Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation

Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique

Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale
Mr Mamady KANE	Radiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie Chef de D.E.R.
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie

Mr Souleymane DIALLO Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bouréma KOURIBA Immunologie

Mr Mahamadou DIAKITE Immunologie – Génétique

Mr Bakarou KAMATE Anatomie Pathologie

Mr Bakary MAIGA Immunologie

Mr Bokary Y. SACKO Biochimie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale

Mr Moussa FANE Parasitologie Entomologie

Mr Blaise DACKOUO Chimie Analytique

Mr Aldiouma GUINDO Hématologie

Mr Boubacar Ali TOURE Hématologie

Mr Issa KONATE Chimie Organique

Mr Moussa KONE Chimie Organique

Mr Hama Abdoulaye DIALLO Immunologie

Mr Seydina Aboubacar Samba DIAKITE Immunologie

Mr Mamoudou MAIGA Bactériologie

Mr Samba Adama SANGARE Bactériologie

Mr Oumar GUINDO Biochimie

Mr Seydou Sassou COULIBALY Biochimie

Mr Harouna BAMBA Anatomie Pathologie

Mr Sidi Boula SISSOKO Hysto-Embryologie

Mr Bréhima DIAKITE Génétique

Mr Yaya KASSOUGUE	Génétique
Mme Safiatou NIARE	Parasitologie
Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie
Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie Clinique
Mr Yaya GOITA	Biochimie Clinique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie, Chef de DER
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie/Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto Gastro-Entérologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Anselme KONATE	Hépto Gastro-Entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
3. MAITRES ASSISTANTS	
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne

Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/Ophtalmologie

4. Assistants

Mr Drissa TRAORE	Anatomie
------------------	----------

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie, Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

Mr Saïbou MAIGA Législation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE Galénique

Mr Ousmane KOITA Parasitologie Moléculaire

Mr Yaya COULIBALY Législation

Mr Abdoulaye DJIMDE Microbiologie-Immunologie

Mr Sékou BAH Pharmacologie

Mr Loséni BENGALY Pharmacie Hospitalière

4. ASSISTANT

Mr Aboubacar Alassane Oumar Pharmacologie Clinique

Mr Sanou Khô COULIBALY Toxicologie

Mr Tidiane DIALLO Toxicologie

Mr Bourama TRAORE Législation

Mr Issa COULIBALY Gestion

Mr Mahamadou TANDIA Chimie Analytique

Mr Madani MARIKO Chimie Analytique

Mr Mody CISSE Chimie Thérapeutique

Mr Ousmane DEMBELE Chimie Thérapeutique

Mr Hamma Boubacar MAIGA Galénique

Mr Bacary Moussa CISSE Galénique

Mr Adama DENOU Pharmacognosie

Mr Mahamane HAIDARA Pharmacognosie

Mr Hamadoun Abba TOURE Bromatologie

Mr Balla Fatoma COULIBALY Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
Mr Abdrahamne ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N’Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Zoubeïrou MAÏGA	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléyman GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
Mr Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
Mr Ousmane MAGASSY	Bibliographie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie
Pr. Pascal BONNABRY	Pharmacie Hospitalière



Dédicaces et Remerciemen ts

DEDICACES

A mon père **Bamoussa Fabé**

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

A ma mère **feue Aminata Haidara**

La joie serait encore plus grande si tu étais témoin de ce parcours. Ce travail t'est dédié entièrement.

A mon oncle **Amadou Fabé**

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

A mes frères **Amadou et Daouda**

Vous êtes les piliers de notre famille. Trouvez ici l'expression de mon profond attachement à la famille soudée.

A ma sœur **Royata et son mari Amadou Traoré**

Pour votre attention inestimable à mon endroit, trouvez dans ce modeste travail toute mon affection.

A mes grands-parents, **Fatoumata et feue Fatoumata, feu Daouda et feu Amadou**

Je n'ai malheureusement pas connu certains d'entre vous, mais recevez tous par ce travail l'expression de ma grande affection.

A mes tantes **Aminata Traoré et Oumou Koné**

Que Dieu vous bénisse et vous accorde longue vie.

A mes cousins **Alou, Sékou et Daouda et à ma cousine Nana**

J'ai toujours pu compter sur vous. Recevez par ce travail la preuve de ma grande affection.

A tous les membres de ma belle-famille

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

A mon mari **Lansiné Sountoura**

Pour l'esprit de famille que tu as su privilégier en toute circonstance, tes encouragements et tes conseils, merci.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Directeur de la DPM, Professeur Ousmane Doumbia pour nous avoir accueillis dans votre service.

Aux docteurs Yacouba Diarra, Ali Guindo

Vous avez été pour moi un guide. Je ne vous remercierai jamais assez pour votre grande disponibilité.

Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude

Au Dr Mohamed Bissan. Pour les conseils prodigués tout le long de mon cycle.

A tout le personnel de la DPM : pour votre aide et votre accueil chaleureux en toute circonstance.

A tout le personnel du lycée Hammadoun Dicko de Sévaré : pour votre aide pour le bon déroulement de mon enquête.

A toutes mes copines de chambre du campus : pour vos encouragements constants.

A mes amis (es) Kandia, Oumou Youma, Vincent, Socé, Fatim Flagnouma, Tounkara,

L'heure est venue de vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi au moment opportun.

Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

A tous mes ami(e)s de la FMPOS merci pour tout

A toutes les participantes et participants à l'étude

Pour votre disponibilité.

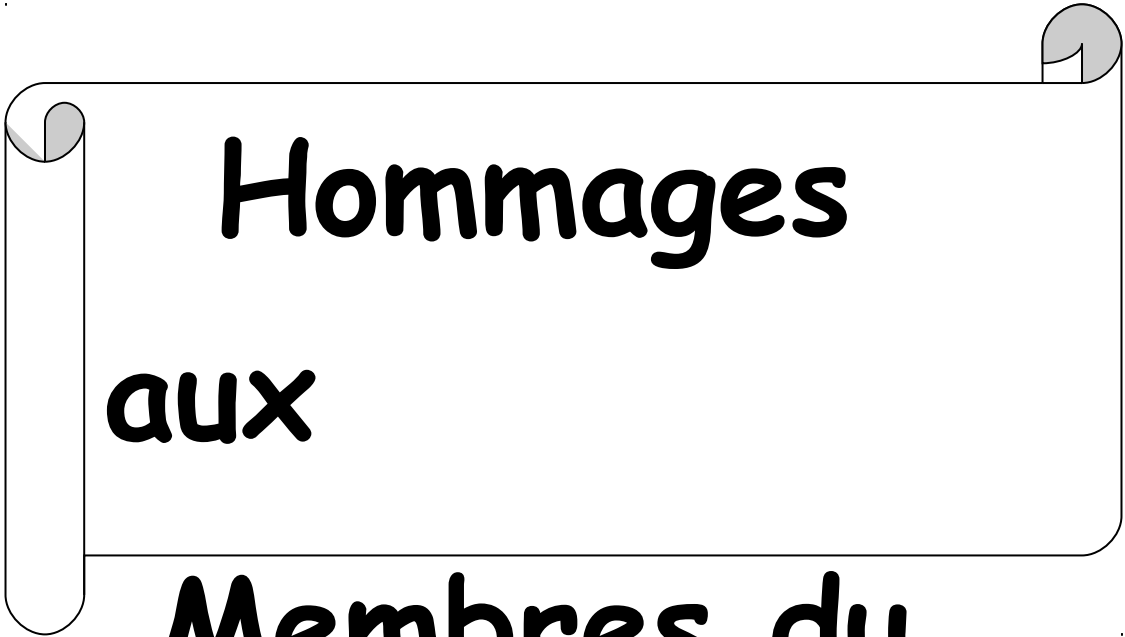
A tout le personnel enseignant de la FMPOS

Je suis heureuse de l'occasion qui m'est offerte de pouvoir vous exprimer mes sentiments de gratitude.

L'enseignement que vous avez dispensé avec dévouement restera un précieux souvenir qui guidera ma vie professionnelle.

Veillez mes chers maîtres, agréer l'expression de mes sentiments déférents et l'hommage de ma respectueuse reconnaissance.

A tous ceux et à toutes celles que je n'ai pas pu citer nommément, je ne pense pas moins à vous.



**Hommages
aux
Membres du
Jury**

A notre maître et président du jury,

Professeur Moussa HARAMA,

- Professeur des cours et Travaux Pratiques de chimie organique et de chimie analytique,
- Responsable de l'enseignement de chimie organique à la FMPOS,

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en présidant ce jury. Votre rigueur méthodologique et scientifique, votre recherche constante de l'excellence, votre humanisme et surtout votre dévouement et soutien aux causes nobles font de vous un maître adorable et adoré de tous.

En bon père soigneux et serviable, vous avez toujours favorablement répondu aux sollicitations diverses auxquelles vous êtes quotidiennement l'objet. Vous rassurez tous ceux qui franchissent le seuil de votre porte par un accueil chaleureux, une simplicité extraordinaire, une disponibilité totale et un humour familial. Toutes ces qualités remarquables parmi tant d'autres font de vous un modèle à suivre.

Nous venons avec déférence, cher maître, vous exprimer notre profonde gratitude et notre sincère admiration.

A notre maître et juge

Docteur Coulibaly Marguerite Dembélé

- Chef de Section Santé des adolescents et des jeunes à la Direction Nationale de la Santé,
Division Santé de la Reproduction

Chère maître,

Les mots nous manquent ici pour vous exprimer nos sentiments de reconnaissance pour votre apport inestimable et appréciable afin que ce travail soit peaufiné.

Votre humanisme, votre disponibilité constante et inconditionnelle, vos remarquables connaissances scientifiques, votre esprit de partage et votre simplicité nous ont toujours impressionnées.

Retrouvez ici, cher maître, toute notre profonde admiration et nos sincères remerciements.

A notre et maître Co-directrice de thèse

Docteur SANGO Fanta SANGHO

- maître Assistant en Santé Publique-Spécialité Santé Communautaire à la FMPOS
- Chef Division Assurance Qualité et Economie du Médicament à la Direction de la Pharmacie et du Médicament
- Responsable de cours de sante publique en deuxième année Pharmacie

Chère maître

C'est le lieu de vous remercier pour nous avoir admis dans votre service.

Votre modestie, votre générosité, votre rigueur, votre désire permanent de perfectionnement dans tout travail font de vous un maitre exemplaire reconnu de tous.

Les mots nous manquent Docteur pour vous dire combien nous vous sommes reconnaissants pour tout ce que vous avez fait pour nous.

Dieu seul pourra vous récompenser car former un citoyen dans le domaine pharmaceutique c'est sauver la vie de milliers d'hommes.

A notre maître et directeur de thèse :

Professeur Samba DIOP

- Maître de conférences en anthropologie médicale à la FMPOS
- Enseignant-chercheur en ethnologie - écologie humaine, Anthropologie et éthique publique, sociétale / Bioéthique - DER de Santé publique.
- Chef de l'Unité d'Enseignement, de formation et de recherche en sciences humaines, sociales et éthique à l'Initiative de Recherche – Formation sur le VIH –Sida / Tuberculose / Human Studies Unit Head.

Cher maître,

Nous sommes particulièrement sensibles au privilège et à la confiance que vous nous avez accordés et surtout la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.

Homme de principe, votre modestie, votre humanité, votre disponibilité, vos qualités d'homme de science font de vous un exemple à suivre.

Depuis les premières classes à la faculté nous avons reçu de vous des enseignements de qualité et surtout des cours très humanistes.

Veillez trouver ici, cher maître l'expression de notre vive gratitude et profond respect.

A notre maître et juge
Docteur Yacouba Diarra

- Assistant technique au programme de lutte contre le VIH /SIDA à la DPM

Cher maître

Vous nous avez fait honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons été impressionnés par vos qualités humaines et intellectuelles.

Veillez trouver ici cher maitre, l'expression de notre profonde gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

CAG :	Centrale d'Achat des Génériques
CIP :	Contraceptif Injectable Progestatif
CSCom :	Centre de Santé Communautaire
CS Réf :	Centre de Santé de Référence
DIU :	Dispositif Intra Utérin
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
IM :	Intramusculaire
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
IVG :	Interruption Volontaire de la Grossesse
LHDS :	Lycée Hammadoun Dicko de Sévaré
MN:	Méthodes Naturelles
MST :	Maladie Sexuellement Transmissible
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PF :	Planification Familiale
PSI :	Population Service International
UNESCO :	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
USAID :	Agence des États-Unis pour le Développement International
VIH/SIDA :	Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome de l'Immunodéficience Acquis

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 :** Répartition de l'échantillon en fonction des classes d'âges
- Figure 2:** Répartition des adolescentes en fonction du lieu de vie
- Figure 3 :** Répartition des adolescentes en fonction de l'ethnie
- Figure 4:** Répartition en fonction du statut matrimonial de l'adolescente
- Figure 5:** Répartition des adolescentes selon le niveau d'études
- Figure 6:** Répartition des adolescentes selon la durée de séjour à Sévaré
- Figure 7:** Répartition des adolescentes selon l'utilisation de contraceptif
- Figure 8 :** Répartition des adolescentes selon la méthode utilisée
- Figure 9 :** Répartition des adolescentes selon la fréquentation d'un service de PF.

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau I:** Répartition de l'échantillon en fonction du fait d'entendre parler de contraception.

- Tableau II :** Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance d'une signification de la contraception
- Tableau III :** Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des méthodes de contraception
- Tableau IV :** Répartition de l'échantillon en fonction des méthodes connues.
- Tableau V :** Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des sources d'approvisionnement en contraceptif.
- Tableau VI :** Répartition de l'échantillon en fonction des différentes sources d'informations sur la contraception
- Tableau VII :** Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance de l'existence de service de prestation de planification familiale.
- Tableau VIII :** Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des risques d'interruption volontaire de grossesse
- Tableau IX :** Répartition de l'échantillon en fonction des risques connus d'interruption volontaire de grossesse
- Tableau X :** Répartition de l'échantillon en fonction des risques cités pour une adolescente qui ne fait pas la contraception
- Tableau XI :** Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance de l'existence d'un préservatif féminin.
- Tableau XII :** Répartition de l'échantillon en fonction du bénéfice de counseling avant utilisation de contraceptif
- Tableau XIII :** Répartition de l'échantillon en fonction des raisons de non fréquentation des services de planification familiale.
- Tableau XIV :** Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur les interruptions volontaires de grossesse.
- Tableau XV :** Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur la contraception.
- Tableau XVI :** Répartition de l'échantillon en fonction des raisons de désapprobation de la contraception
- Tableau XVII :** Répartition de l'échantillon en fonction de la préférence parmi les méthodes contraceptives
- Tableau XVIII :** Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet de sexualité avec le partenaire.

- Tableau XIX :** Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet de contraception avec le partenaire.
- Tableau XX :** Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet d'utilisation du préservatif avec le partenaire.
- Tableau XXI :** Répartition de l'échantillon en fonction de l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel
- Tableau XXII :** Répartition de l'échantillon en fonction de la volonté d'utiliser un préservatif même si le partenaire s'y oppose.
- Tableau XXIII :** Répartition de l'échantillon en fonction du fait d'avoir pratiqué un avortement.
- Tableau XXIV:** Répartition de l'échantillon en fonction de l'existence d'un partenaire
- Tableau XXV:** Répartition de l'échantillon en fonction de la notion de rapports sexuels avec le partenaire.
- Tableau XXVI :** Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge du premier rapport sexuel.
- Tableau XXVII :** Répartition de l'échantillon en fonction du type de partenaire sexuel
- Tableau XXVIII :** Répartition de l'échantillon en fonction du nombre de partenaire sexuel jusqu'à ce jour

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	1-2
II.	Hypothèses de recherche	3
III.	Objectifs	4
	1. Objectif général.....	4
	2. Objectifs spécifiques	4
IV.	Généralités	5
	1. Définitions.....	6
	1.1. La contraception.....	6
	1.2. La planification familiale selon l’OMS.....	6
	2. Historique de la contraception.....	6
	3. Morale et éthique de la reproduction.....	7
	3-1. Antiquité.....	7
	3-2. Aspects religieux et philosophiques.....	7
	3-2-1. Le christianisme et la contraception.....	7
	3-2-2. L’islam et la contraception.....	8
	4. Méthodes modernes de contraception.....	8
	4-1. Les contraceptifs oraux ou pilules.....	8
	4-2. Les contraceptifs injectables.....	9
	4-3. Les méthodes de barrière.....	11
	4-3-1. Les préservatifs.....	11
	a) Le préservatif masculin.....	11
	b) Le préservatif féminin.....	11
	4-3-2. Le diaphragme et le cape cervicale.....	12
	4-4. Les dispositifs intra-utérin.....	13
	4-5. Les implants.....	14
	4-6. La contraception d’urgence.....	15
	4-7. Les spermicides.....	15
	4-8. La stérilisation.....	16
	5. Les méthodes naturelles.....	16
	5-1. La méthode du collier du cycle menstruel.....	16
	5-2. L’allaitement maternel.....	17
	6. Les méthodes de contraception traditionnelle au Mali.....	18

7. L'adolescence.....	18
7-1. Définition.....	18
7-2. Obstacles psychologiques à la contraception de l'adolescente.....	19
7-2-1. L'invulnérabilité.....	19
7-2-2. Le romantisme.....	19
7-2-3. Le plaisir sans risque.....	19
7-2-4. Les peurs prétextes.....	19
7-3. Sexualité des adolescentes et demande contraceptive.....	19
8. Approche conceptuelle : épidémiologie socioculturelle.....	20
V. Méthodologie	22
1. Matériel.....	23
2. Méthode.....	25
3. Analyse des données	25
VI. Résultats.....	26
A. Renseignement généraux.....	27
1. Répartition des adolescentes selon les classes d'âge	27
2. Répartition de l'échantillon selon le lieu de résidence.....	28
3. Répartition des adolescentes en fonction de l'ethnie.....	29
4. Répartition de l'échantillon en fonction du statut matrimonial.....	30
5. Répartition en fonction du niveau d'instruction des adolescentes.....	31
6. Répartition de l'échantillon en fonction du séjour à Sévaré.....	32
B. Connaissances, attitudes et pratiques.....	33
1. Information de l'adolescente par rapport à la question de la contraception.....	33
2. Signification de la contraception.....	33
3. Connaissance des méthodes contraceptives.....	34
4. Connaissance des contraceptifs par les adolescentes.....	34
5. Connaissance des sources d'approvisionnement	35
6. Les sources d'information sur la contraception.....	35
7. Connaissance de l'existence de service de prestation de planification familiale.....	36

8. Connaissance des conséquences d'interruption volontaire de grossesse.....	36
9. Conséquences citées des interruptions volontaires de grossesse.....	37
10. Risques encourus par une adolescente qui ne fait pas la contraception.....	37
11. Connaissance de l'existence du préservatif féminin.....	38
12. Bénéfice de counseling avant pratique de contraception.....	38
13. Raison de faible fréquentation du service de PF.....	39
14. Opinion sur les IVG.....	39
15. Opinion sur la contraception.....	40
16. Raison de désapprobation de la contraception.....	40
17. Préférence parmi les contraceptifs.....	41
18. Parler de sexualité avec le partenaire.....	41
19. Parler de contraception avec le partenaire.....	42
20. Parler d'utilisation du préservatif.....	42
21. Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel.....	43
22. Volonté d'utiliser le préservatif.....	43
23. Utilisation des contraceptifs.....	44
24. La méthode de contraception déjà utilisée.....	45
25. Fréquentation d'un service de PF.....	46
26. Pratique d'avortement par l'adolescente.....	46
27. Adolescente ayant un partenaire.....	47
28. Avoir des rapports sexuels.....	47
29. Age du premier rapport sexuel.....	48
30. Type de partenaire sexuel.....	48
31. Nombre de partenaire sexuel jusqu'à ce jour.....	49

VII.	Commentaires et discussions.....	50-55
VIII.	Conclusion.....	56-57
IX.	Recommandations.....	58-60
X.	Références bibliographiques.....	61-64
XI.	Annexes.....	65-74



Introduction

I. INTRODUCTION

Dans les pays africains, le rythme élevé de la croissance de la population constitue une contrainte majeure aux efforts de développement. Le déséquilibre persistant entre l'accroissement élevé de la population et la faible croissance économique contribue à la détérioration des conditions de vie. Une des priorités actuelles des pouvoirs publics est de mettre en place des stratégies adéquates pour une maîtrise efficiente de ce déséquilibre.

La fécondité comme composante majeure de cette évolution est au centre de toutes les préoccupations. Au Mali, malgré les actions entreprises, le niveau de fécondité reste parmi les plus élevés au monde (6,6 enfants par femme en 2006 contre 5,2 en Côte d'Ivoire en 1999 ; 4,4 au Ghana en 2003 et 2,1 en Afrique du Sud en 2003), (12), (32). La solution serait d'établir l'équilibre entre le taux de natalité et le développement socio économique (12).

Au Mali les adolescentes de 15 à 19 ans contribuent pour près de 14 % à la fécondité totale. 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 (36).

L'activité sexuelle précoce est à la base d'une morbidité et mortalité maternelle et infantile non négligeable au niveau national (4).

En plus des risques sanitaires, les problèmes psychologiques, socio-économiques peuvent compromettre l'avenir scolaire des jeunes filles.

A travers le monde, des efforts conséquents ont été consentis pour améliorer la connaissance sur la fécondité précoce et ses conséquences. En plus d'une mesure démographique du phénomène, ces études se sont étendues à l'aspect qualitatif des aspirations des jeunes (3).

En dépit d'énormes efforts déployés par le gouvernement en matière de santé de la reproduction, le taux de prévalence contraceptive chez l'adolescente reste encore faible. Cette prévalence est de 4,6% pour toutes les méthodes, 3,4% pour les méthodes modernes et 1,2% pour les méthodes traditionnelles (12). Au Mali plusieurs travaux se sont intéressés aux différents problèmes liés aux grossesses prématurées. Ces travaux nous ont permis d'avoir des données épidémiologiques, cliniques et sociales, notamment celles de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) IV qui a fourni des données statistiques de base (4) (20) (27).

Malgré ces travaux, à notre connaissance l'aspect socioculturel n'est pas encore assez bien étudié.

Une étude sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception peut contribuer à mieux comprendre ce type de comportements et à proposer des solutions appropriées pour faciliter l'accès aux méthodes efficaces de contraception.

II. HYPOTHESES DE LA RECHERCHE

1. 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 ;
2. Une éducation sexuelle au sein de la famille peut contribuer à l'initiation à la vie sexuelle et à la pratique de la contraception ;
3. Les méthodes contraceptives sont disponibles et accessibles partout ;
4. Une éducation délaissée au moment de l'initiation à la vie sexuelle peut occasionner des conséquences fâcheuses à long terme ;
5. Les adolescentes d'aujourd'hui qui seront les futures mamans de demain devront avoir les connaissances adéquates face à la contraception.

III. OBJECTIFS

Pour mieux comprendre le comportement des adolescentes vis-à-vis de la contraception, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

1. Objectif général

Etudier le comportement des adolescentes en milieu scolaire face à la contraception.

2. Objectifs spécifiques :

- Décrire la connaissance des adolescentes scolarisées sur la contraception ;
- Identifier les attitudes des adolescentes scolarisées face à la contraception ;
- Déterminer les pratiques des adolescentes scolarisées en matière de contraception ;



Généralités

IV. GENERALITES

1. Définitions :

1.1. La contraception :

La contraception est l'ensemble des moyens techniques médicaux ou non médicaux permettant de dissocier l'acte sexuel de la possibilité de procréation. (22)

1.2. Planification familiale selon l'OMS

La planification familiale est l'ensemble des mesures permettant de favoriser des naissances, d'agir sur l'intervalle entre les naissances, d'éviter les naissances non désirées et de donner à chaque couple le moyen de déterminer le nombre d'enfants qu'il désire. Elle englobe la lutte contre la stérilité, la mise en œuvre des moyens de contraception, l'éducation sexuelle et familiale.

2. Historique de la contraception

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 (34).

Au Mali, les sociétés traditionnelles ont toujours été fortement pro-natalistes pour des raisons d'ordre socio-culturel, économique et spirituel. Une nombreuse progéniture est source à la fois de richesse (maximum de bras valides pour augmenter la production) et de bénédiction divine (6).

Cependant, les maliens ont une tradition ancienne de l'espacement des naissances. C'est ainsi qu'après l'accouchement, il est de coutume de séparer le couple de quarante (40) jours à deux (2) ans pour permettre à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement.

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 (6).

Les méthodes scientifiques de contraception apparaissent dans le courant du XIX^{ème} siècle et surtout dans sa seconde moitié (34).

3. Morale et éthique de la reproduction

3.1. 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 années (34).

3.2. Aspects religieux et philosophiques

3.2.1. Le christianisme et la contraception

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larchet, 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, ont suscité des réactions aigues 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 à l'église orthodoxe) ont eu pour objectif, une limitation des naissances.

L'abstention de rapports sexuels durant la menstruation, 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 réduisaient considérablement le nombre de jours fertiles (17).

3.2.2. L'islam et la contraception

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat en 1971 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 » (13).

La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à cette conférence.

Les compagnons du prophète (Paix et salut sur Lui) la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique et en discutaient avec lui et il ne l'interdisait pas. (13)

Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, 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 qui décide librement de sa progéniture. Aucun texte de l'islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation reste l'objet essentiel de l'accouplement comme de l'harmonie sexuelle. Dans ce cas la contraception reste libre si un couple la souhaite (34).

4. Les méthodes modernes de contraception :

4.1. 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 oestro-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 de l'utérus.

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 diphasiques et les tri-phasiques. Les pilules sans variation sont les monophasiques ;
- ✓ Des pilules de 21 ou 28 comprimés.

Avantages

C'est une méthode contraceptive très efficace, très tolérée, efficace dès le 1^{er} comprimé, réversible dès l'arrêt. Elle permet d'avoir des cycles réguliers et les règles sont moins douloureuses.

Inconvénients

Il peut y avoir des petits saignements (spotting) en dehors des règles surtout lors des premières plaquettes, un peu de nausée et des gonflements des seins. La prise de poids exceptionnelle, est toujours modérée.

Contre-indications

Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans. (7)

4.2. Les contraceptifs injectables

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

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

Les Contraceptifs Injectables Progestatifs (CIP) tels que le Dépo-provera et le Megestrol ne contiennent pas d'œstrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite tous les deux ou trois mois selon le type de contraceptif injectable choisi.

Avantage

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

Limites

- Pas de protection contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et le Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquise (VIH/SIDA) ;
- Retour parfois lent à la fertilité (6 à 18 mois).

Effets secondaires

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

Mode d'utilisation :

Les CIP peuvent être administrés à n'importe quel moment du cycle si l'on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte.

Mode d'administration

L'injection des CIP se fait en IM profonde (7).

4.3. Les méthodes de barrière

4.3.1. Les préservatifs :

Ils assurent le rôle de la double protection contre les IST et les grossesses non désirées

a. Le préservatif masculin

Etui en latex avec ou sans réservoir, au moment de l'éjaculation le sperme est recueilli dans le préservatif et ne coule pas 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, jusqu'à la base. Le petit bourrelet de l'anneau doit être tourné vers l'extérieur. Après l'éjaculation se retirer avant la fin de l'érection en le retenant à la base.

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.

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. Il est en vente libre et disponible.

Inconvénients

Il peut diminuer la qualité et la spontanéité de l'acte sexuel car il 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 ce qui peut entraîner un taux de grossesse non désirée plus important qu'avec la pilule ou le stérilet.

b. Le préservatif féminin :

C'est une gaine cylindrique pré-lubrifiée en polyuréthane. Un anneau interne facilite l'introduction dans le vagin et son maintien pendant le rapport et un anneau externe repose sur la vulve pour permettre de retenir le préservatif après le rapport.

Mode d'emploi

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

Efficacité

Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

Avantages

Excellente protection contre les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) et le SIDA, utilisable par la femme en cas de refus ou d'impossibilité d'utilisation du préservatif masculin ou de viol.

4.3.2. Le diaphragme et la 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 capsule 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.

Mode d'emploi

Les deux (diaphragme et cape) 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 placer le diaphragme ou la cape cervicale.

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 de cancer du col de l'utérus, immédiatement réversible.

Inconvénients

Le taux d'échec est élevé lorsqu'ils sont mal utilisés. La mise en place nécessite un apprentissage avec un personnel qualifié, le spermicide peut couler de façon excessive. Ils sont encombrants (7)

4.4. Les dispositifs intra utérins (stérilet)

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

- Au progestatif
- Au cuivre : le plus connu au Mali est le DIU Cooper T380A

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'œuf, une modification de la glaire cervicale pour les stérilets au progestatif ce qui empêche les spermatozoïdes de franchir le col de l'utérus.

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 il est à poser dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé.

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.

Efficacité

Il est efficace dès la pose.

Avantages

Méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée et réversible dès le retrait. Les risques de grossesse extra-utérine sont rares.

Inconvénients

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

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

Contre indications

Les DIU sont contre-indiqués en cas :

- D'infection récente de l'utérus ou des trompes,
- D'antécédents de grossesse extra utérine,
- De malformations utérines importantes,
- De maladies hémorragiques (sauf stérilet au progestatif), de fibromes,
- Les femmes n'ayant jamais eu d'enfant (7).

4.5. Les implants :

Ce sont des contraceptifs de longue durée à base de progestérone dont l'efficacité est de 96,1 à 97,8% sur une période d'utilisation de 5 ans.

Au Mali, le Norplant^R qui comportait 6 tiges est maintenant remplacé par le Jadelle^R à deux tiges.

Mode d'action

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

Mode d'emploi

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

4.6. La contraception d'urgence : la pilule du lendemain

C'est une contraception d'exception à utiliser en cas de rapport sexuel non ou mal protégé. La plus connue est le Norlevo.

Elle agit d'une part sur l'ovulation et d'autre part, elle modifie l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf fécondé.

La prise doit se faire le plus tôt possible pendant le repas pour éviter les nausées, dans les 12 heures après le rapport mal ou non protégé ; ou au plus tard dans les 72 heures.

Avantages : Efficacité de 98% si la pilule est prise dans les 72 heures après la relation sexuelle.

Inconvénients

La nausée survient pour un tiers des clientes (temporaire), pertes de sang possible (irrégulières), saignement (des règles qui suivent de 7 à 10 jours la prise de la pilule).

Contre-indications

Pour le Norlevo : les femmes qui ont des antécédents de thrombose avec veine profonde ou embolie pulmonaire.

4.7. 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 gels ou d'éponges.

Avantages

Ils sont simples à utiliser, sans prescription donc facilement disponibles, ils peuvent jouer un rôle de lubrifiant.

Inconvénients

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

4.8. La stérilisation :

C'est une méthode irréversible.

La stérilisation féminine consiste en la ligature des trompes tandis que la stérilisation masculine ou vasectomie se fait par section des canaux déférents (canaux transportant les spermatozoïdes).

On peut aussi citer le Patch Evra et l'anneau vaginal qui se font un peu rare sur le marché du Mali (7).

5. Les méthodes naturelles :

Elles peuvent être utilisées par des femmes voulant espacer les grossesses, qui supportent peu les inconvénients des méthodes modernes et qui acceptent l'échec de ces méthodes naturelles.

5.1. La méthode du collier du cycle menstruel :

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

Conditions d'utilisation du collier :

- ✓ La cliente doit avoir un cycle menstruel régulier compris entre 26 et 32 jours ;
- ✓ La cliente doit avoir 4 cycles après l'accouchement avant de commencer la méthode ;
- ✓ La cliente doit bien communiquer avec son partenaire.

Mode d'utilisation :

- ✓ Le 1er jour des menstruations, placer l'anneau sur la perle rouge ;
- ✓ Faire une marque sur le calendrier pour ce jour ;
- ✓ Chaque jour, déplacer l'anneau sur la perle suivante ;

- ✓ Déplacer toujours l'anneau dans la même direction, qui est indiquée par une flèche ;
- ✓ Eviter les rapports sexuels sans protection si l'on ne veut pas tomber enceinte pendant les jours correspondant aux perles blanches (7).

5.2. 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% des cas 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 exclusivement au sein;
- Le bébé à moins de 6 mois.

Outre son effet contraceptif temporaire, l'allaitement protège le nourrisson contre les maladies infectieuses pouvant souvent être mortelles (7).

Il existe d'autres méthodes naturelles historiquement utilisées mais moins efficaces que les précédentes méthodes comme:

- Le retrait ou coït interrompu,
- L'abstinence périodique,
- La méthode des températures,
- La méthode de la glaire cervicale,
- Les tests d'ovulation ou persona et
- La méthode du calendrier.

6. Les méthodes de contraception traditionnelle au Mali

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples. Il s'agit :

- **Du Tafo :**

Cordelette avec des nœuds imprégnés 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 homme autre que son mari).

- **De 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. Nous pouvons l'assimiler au diaphragme d'aujourd'hui.

- **Du miel et jus de citron :**

Introduits dans le vagin avant les rapports, ils entraînent une immobilisation des spermatozoïdes ; agissant ainsi comme des spermicides.

Nous pouvons aussi citer des potions à viser contraceptif (3).

7. L'adolescence

7.1. Définition

Il n'existe pas de définition universelle de l'adolescence. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (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.

7.2. Obstacles psychologiques à la contraception de l'adolescente

7.2.1 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.

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

7.2.3 Le plaisir sans risque : la contraception a dissocié féminité et maternité, le plaisir et le risque. Prendre une contraception c'est accepter sa féminité.

7.2.4 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 long temps, fait grossir, fait maigrir, dérègle l'organisme, etc.»

Le prestataire 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 sexuels (3).

7.3. Sexualité des adolescentes et demande contraceptive

Les problèmes posés par la sexualité précoce des adolescents sont multiples et complexes. 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 risque, 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.

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 une grossesse non désirée ;
- pouvoir se procurer des informations nécessaires 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) (3).

8. 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 quelque soit son âge : c'est une preuve de la 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 subsaharienne notamment forestières la hantise de la stérilité est tellement fréquente 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 ou toute relation sexuelle avant le mariage est condamnée, les familles sont favorables aux mariages précoces pour éviter tout risque de grossesse hors mariage. Actuellement dans notre monde de transition entre valeurs culturelles (morales, éthiques et religieuse) séculaire et pro occidentales contemporaines, la grossesse est plus perçue comme un risque d'interruption des études de la jeune fille que comme un problème moral ou spirituel

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

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 promotion et la carrière professionnelles des jeunes filles.

De nos jours, une des priorités des programmes de planification familiale est de faire des interventions pour éviter les grossesses précoces. C'est en effet un thème qui contribue largement à légitimer l'offre des services de contraception (3).



Méthodologie

V. METHODOLOGIE

1. Matériel

➤ Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée au sein du lycée Hammadoun Dicko de Sévaré situé dans la commune de Mopti. Mopti est la 5^{ème} région administrative du Mali. Elle couvre aujourd'hui une superficie de 79,017 km² soit 06,34% du territoire national avec une population estimée à 1 473 000 habitants. La région est composée de 8 cercles (Mopti, Bandiagara, Bankass, Djenné, Douentza, Koro, Teninkou et Youwarou) repartis en deux zones :

- Une zone inondée (Tenenkou et Youwarou)
- Et une zone exondée (Mopti, Bandiagara, Bankass, Djenné, Douentza, Koro).

Située dans le delta central du Niger, la région de Mopti est limitée au nord par la région de Tombouctou, au Nord Est par la région de Gao, à l'Ouest par la région de Ségou et au sud par le Burkina Faso.

L'économie de la région repose principalement sur l'agriculture, l'élevage et la pêche. Le commerce, l'artisanat et le tourisme constituent les autres activités économiques de la région.

Les principaux groupes ethniques sont : les peuls, les bozos, les somonos, les dogons, les bambaras, les bobos, les sonrhaïs etc. (10)

Présentation du lycée Hammadoun Dicko de Sévaré

Situé à **13 km** de Mopti, la ville de Sévaré est répartie en trois secteurs :

- Secteur I : Bamakocoura,
- Secteur II : Tchaboli,
- Secteur III : Banguetaba

Le lycée de Sévaré qui porte le nom de Hammadoun Dicko depuis **1995** (en hommage à cet homme politique originaire de la région de Mopti et ancien député du Parti Socialiste Progressiste à l'assemblée nationale Française), a été créé en **1937**.

Aujourd'hui, le Lycée Hammadoun Dicko de Sévaré (LHDS) a un effectif de 2 413 élèves dont 854 filles (35%) et 1559 garçons. Le personnel enseignant de l'établissement est composé de 76 professeurs dont 12 femmes (16%).

➤ **Population d'étude**

Toutes adolescentes âgées de 15 à 19 ans inscrites dans cet établissement.

➤ **Critère d'inclusion**

Nous avons inclus dans notre étude :

- Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans présentes dans l'établissement au moment de l'enquête.

➤ **Critère de non inclusion**

- Adolescentes non inscrites au LHDS,
- Adolescente refusant de participer à notre étude,
- Adolescentes < 15 ans et > 19 ans.

➤ **Echantillonnage**

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

$$N = \frac{4PQ}{I^2}$$

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

$$Q = 1 - P = 0,95$$

I= la précision souhaitée (**2%**)

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

Cette taille minimum s'élève à 475 adolescentes que nous avons arrondies à 500.

2. Méthode

➤ **Type d'étude :**

Il s'agissait d'une enquête transversale à passage unique.

➤ **Période d'étude :**

L'étude s'est déroulée sur une période de trois mois. La collecte des données a été faite du 10 au 16 juin 2010.

➤ **Recueil des données**

Les données ont été recueillies sur un questionnaire individuel qui a été rempli par chaque enquêtée.

3. Analyse des données

Les données individuelles ont été codifiées en numérique afin de permettre leur exploitation sur un ordinateur.

Les logiciels suivants ont servi à la saisie du rapport et à l'exploitation des données:

- SPSS : logiciel d'épidémiologie pour la saisie et l'analyse des données ;
- Excel : tableur utilisé pour les graphiques et les tableaux ;
- Word : traitement de texte pour la saisie.

4. Biais

Certaines réponses de participantes sont subjectives et difficiles à vérifier.

Certaines questions n'ont pas été répondues par toutes les participantes parce que jugées trop intimes.



Résultats

VI. RESULTATS

A. Renseignements généraux :

1. La répartition des adolescentes selon les classes d'âges :

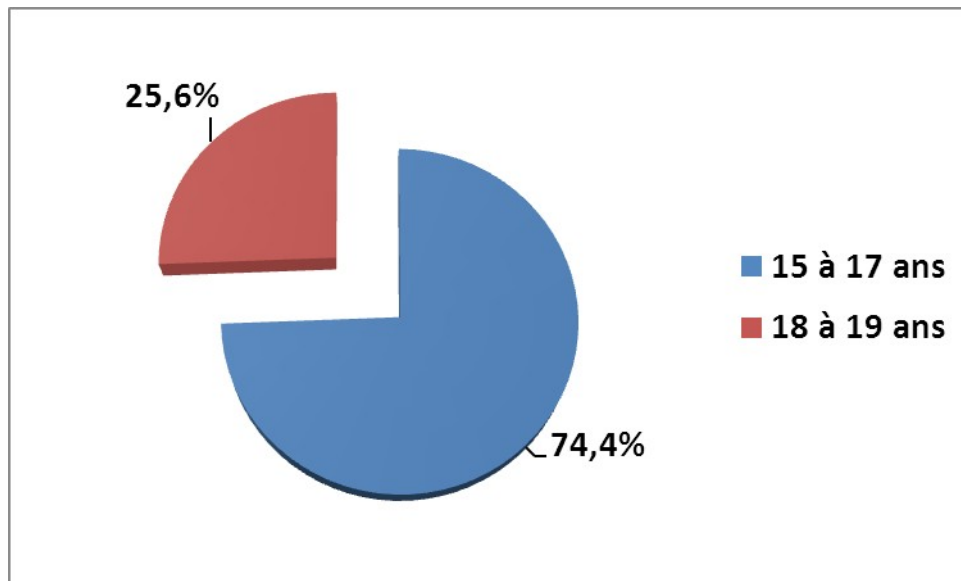


Figure 1 : Répartition des adolescentes en fonction des classes d'âge

L'âge moyen était 16,6 ans avec des extrêmes de 15 et 19 ans.

Les adolescentes de 15 à 17 ans représentaient 74,4% (n = 372) de notre échantillon.

2. La répartition de l'échantillon selon le lieu de résidence:

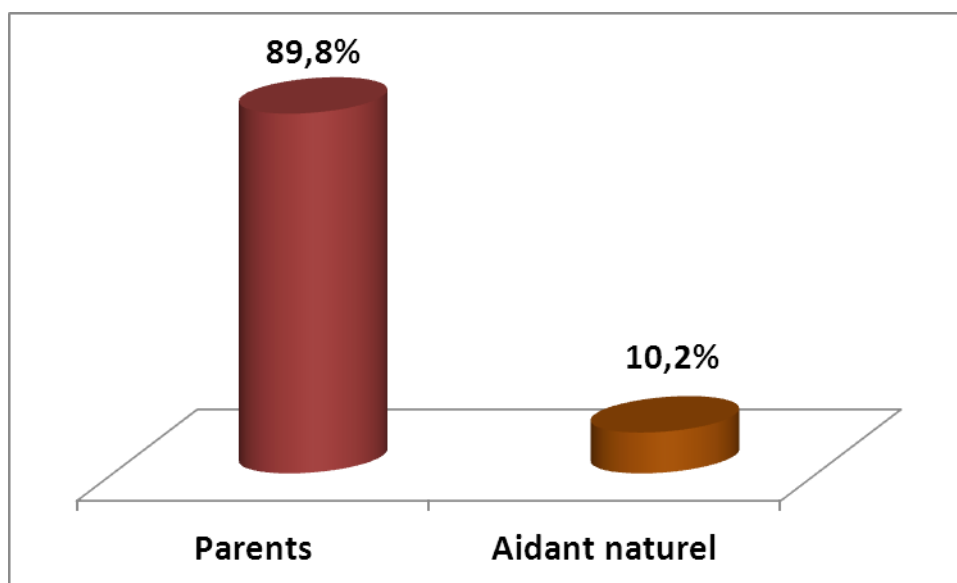


Figure 2 : Répartition des adolescentes en fonction du lieu de résidence :

Dans notre étude, 89,8% (n= 449) des adolescentes résidaient chez leurs parents contre 10,2% qui résidaient chez un **aidant** naturel ou social (logeur).

3. Répartition des adolescentes en fonction de l'ethnie:

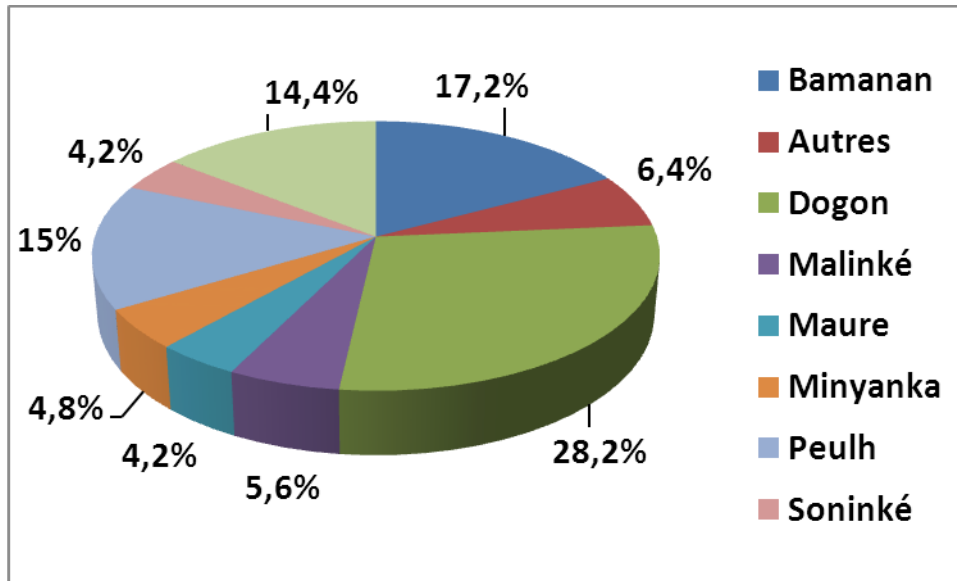


Figure 3 : Répartition des adolescentes en fonction de l'ethnie:

L'ethnie dogon était la plus représentée dans notre échantillon avec 28,2% (n = 141).

4. Statut matrimonial des adolescentes

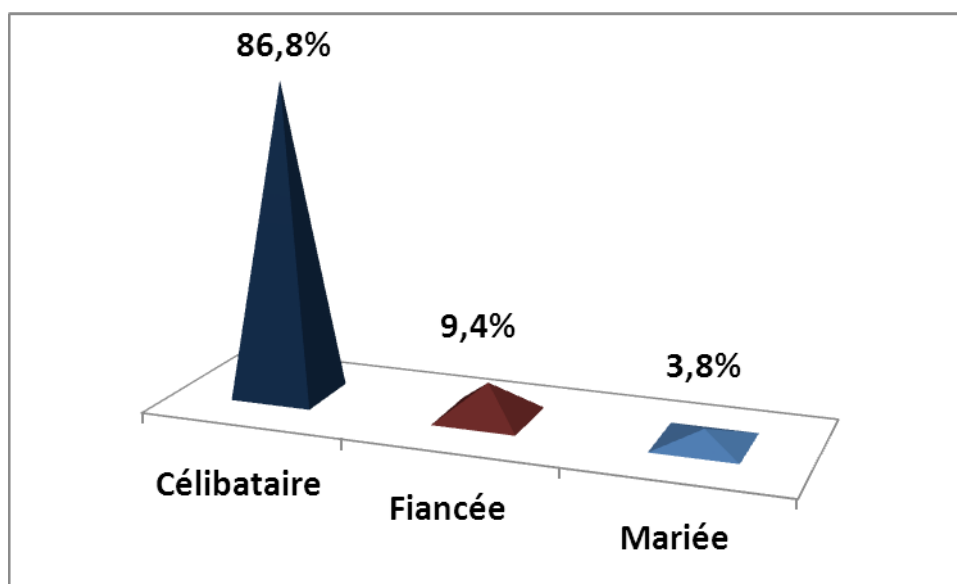


Figure 4 : Répartition en fonction du statut matrimonial des adolescentes

Les adolescentes étaient célibataires dans 86,8% des cas, (n=434).

5. Niveau d'instruction des adolescentes

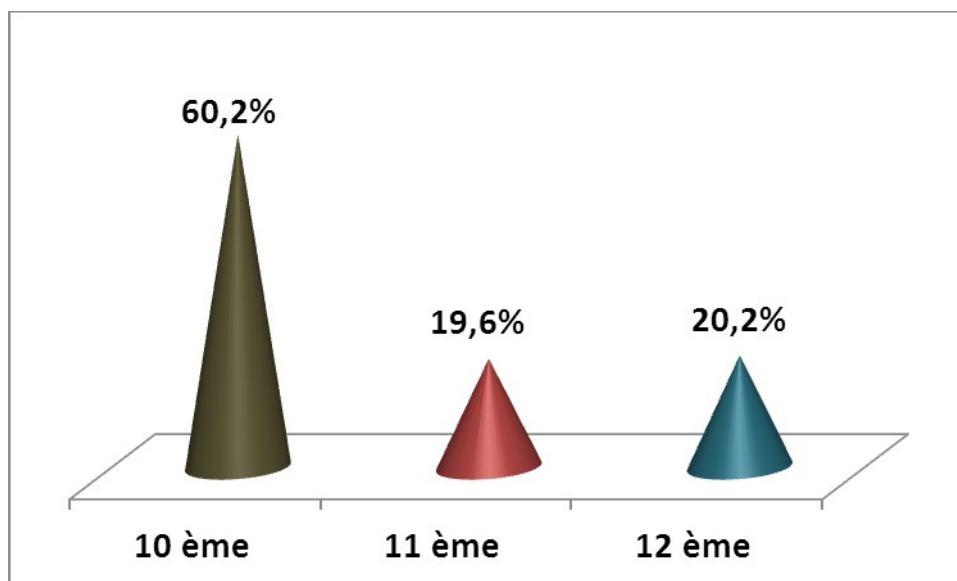


Figure 5 : Répartition des adolescentes selon le niveau d'étude

La majorité de notre échantillon soit 60,2% était de la 10^{ième}
Année n= (301), (correspondant international 2^{ième}).

6. Durée de séjour à Sévaré

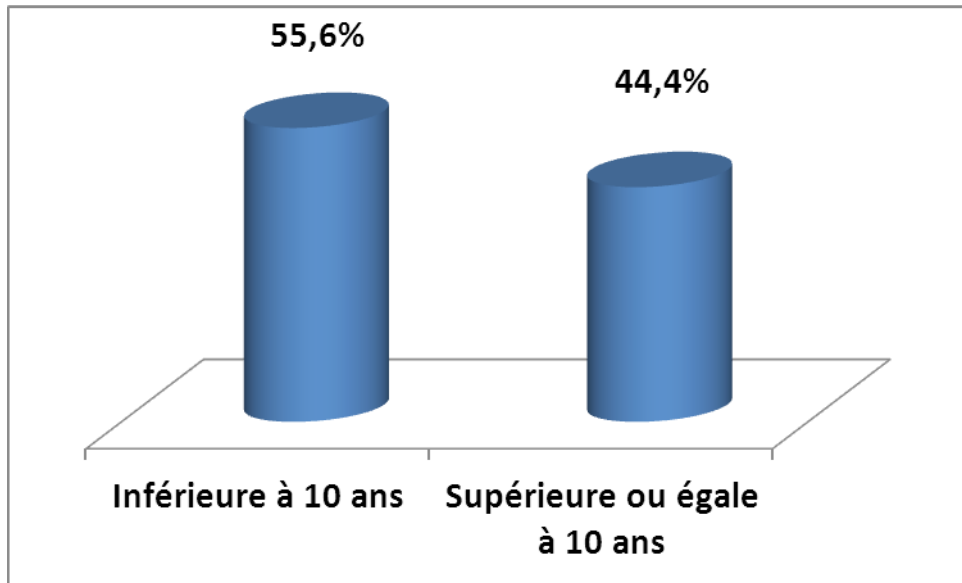


Figure 6: Répartition des adolescentes selon la durée de séjour à Sévaré.

Plus de la moitié des adolescentes soit 55,6% avaient séjourné moins de 10 ans à Sévaré. n = (278)

B. Connaissances, attitudes et pratiques

1. Information de l'adolescente par rapport à la question de la contraception (connaissance)

Tableau I: Répartition de l'échantillon selon que l'adolescente ait entendu parler de contraception.

Avoir entendu parler de contraception	Fréquence	Pourcentage
Oui	486	97,6
Non	12	2,4
Total	498	100,0

La majorité des adolescentes 97,6% avait entendu parler de contraception.

2. Signification de la contraception (connaissance)

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

Signification de la contraception	Fréquence	Pourcentage
Au moins une signification	445	90,4
Toutes les significations	30	6,1
Aucune	17	3,5
Total	492	100,0

Les adolescentes connaissaient au moins une signification de la contraception dans 90,4% des cas.

3. Connaissance des méthodes contraceptives (connaissance)

Tableau III: Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance de certaines méthodes de contraception

Connaissance des méthodes	Fréquence	Pourcentage
ixiv	Thèse Pharmacie Fatoumata FABE	SOUNTOURA

contraceptives		
Oui	466	93,6
Non	32	6,4
Total	498	100,0

Dans notre échantillon, 93,6% des adolescentes connaissaient certaines méthodes de contraception

4. Connaissance des contraceptifs par les adolescentes (connaissance)

Tableau IV: Répartition de l'échantillon en fonction des contraceptifs connus

Contraceptifs connus	Fréquence	Pourcentage
Préservatif	250	53,5
Pilule	105	22,5
Contraceptifs injectables	60	12,8
Plus d'une methode	32	6,9
Allaitement maternel	6	1,3
Implants	5	1,1
Spermicides	3	0,6
Méthodes traditionnelles	3	0,6
Dispositif Intra Uterin	2	0,4
Méthodes naturelles	1	0,2
Total	467	100,0

Le préservatif était le plus connu avec 53,5% suivi par la pilule 22,5%.

5. Connaissance des sources d'approvisionnement (connaissance)

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

Sources d'approvisionnement	Fréquence	Pourcentage
Pharmacie	181	36,3
CSRéf et CSCom	149	29,9

Boutique	129	25,9
Aucune	39	7,8
Total	498	100

La pharmacie a été la source la plus citée dans 36,3% des cas.

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

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

Source d'information sur la contraception	Fréquence	Pourcentage
Plus d'une source	204	42,8
Medias	108	22,6
Ami(e)s	86	18
Ecole	55	11,5
Formations sanitaires	24	5
Total	477	100,0

Dans notre étude 42,8% des adolescentes avaient plus d'une source d'information sur la contraception. Seulement 5% des adolescentes avaient eu des informations à travers les structures sanitaires.

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

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

Connaissance de l'existence de service de PF	Fréquence	Pourcentage
Oui	377	75,7
Non	121	24,3
Total	498	100,0

Les adolescentes connaissaient l'existence de service de PF dans 75,7% des cas.

8. Connaissance des conséquences d'interruption volontaire de grossesse (connaissance)

Tableau VIII : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des risques d'interruption volontaire de grossesse (IVG)

Connaissance des risques d'IGV	Fréquence	Pourcentage
Oui	272	55,2
Non	221	44,8
Total	493	100,0

Plus de la moitié soit 55,2% des adolescentes connaissaient des risques liés aux avortements provoqués.

9. Conséquences citées des interruptions volontaires de grossesse (connaissance)

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

Risques cites	Fréquence	Pourcentage
Décès	189	69,2
Maladie	84	30,8
Total	273	100,0

La mort et les maladies étaient les risques connus par respectivement 69,2% et 30,8% des adolescentes.

10. Risques encourus par une adolescente qui ne fait pas la contraception (connaissance)

Tableau X: Répartition de l'échantillon en fonction des risques cités pour une adolescente sexuellement active et qui ne fait pas la contraception

Risques cites	Fréquence	Pourcentage
Grossesse non désirée	244	72,4
IST/VIH-SIDA	93	27,6
Total	337	100,0

La grossesse non désirée était le risque cité par la majorité des adolescentes soit 72,4%.

11. Connaissance de l'existence du préservatif féminin (connaissance)

Tableau XI: Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance de l'existence du préservatif féminin.

Connaissance de l'existence d'un préservatif féminin	Fréquence	Pourcentage
Oui	354	76,1
Non	111	23,9
Total	465	100,0

La majorité de notre échantillon savait l'existence du préservatif féminin soit 76,1%.

12. Bénéfice de counseling avant pratique de contraception (attitude)

Tableau XII : Répartition des adolescentes en fonction du fait d'avoir bénéficié d'un counseling sur la contraception avant utilisation.

Bénéfice d'un counseling avant pratique de contraception	Fréquence	Pourcentage
--	-----------	-------------

Non	37	72,5
Oui	14	27,5
Total	51	100,0

La grande majorité des utilisatrices n'avait pas bénéficié d'entretien expliquant les différentes méthodes de contraception au niveau d'un service de PF.

13. Raisons de faible fréquentation des services de planification familiale (attitude)

Tableau XIII : Répartition de l'échantillon en fonction des raisons de faible fréquentation des services de planification familiale

Raison de faible fréquentation des services de PF	Fréquence	Pourcentage
Pas besoin	276	80,9
Réligion	36	10,6
Discrétion	15	4,4
Coutume	13	3,8
Désapprobation du mari	1	0,3
Total	341	100

Les adolescentes ont déclaré ne pas avoir besoin de fréquenter ces services dans 80,9% des cas ,la religion était la seconde raison citée avec 10,6%.

14. Opinion sur les IVG (attitude)

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

Opinion sur les IVG	Fréquence	Pourcentage
Désapprouve	438	95,2
Approuve	22	4,8
Total	460	100,0

La majorité soit 95,2% de notre échantillon désapprouvait les IVG.

15. Opinion sur la contraception (attitude)

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

Opinion sur la contraception	Fréquence	Pourcentage
Approuve	293	59,6
Désapprouve	199	40,4
Total	492	100,0

Les adolescentes désapprouvaient la contraception dans 40% des cas.

16. Raisons de désapprobation de la contraception (attitude)

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

Raisons de désapprobation de la contraception	Fréquence	Pourcentage
Effets secondaires indésirables	98	51,0
Religion	70	36,5
Coutume	24	12,5
Total	192	100,0

La moitié des adolescentes évoquait les effets secondaires comme la principale raison de désapprobation de la contraception.

17. Préférence parmi les contraceptifs (attitude)

Tableau XVII: Répartition des adolescentes selon leur préférence parmi les contraceptifs.

Préférence de l'adolescente parmi les contraceptifs	Fréquence	Pourcentage
Préservatif	28	93,4
Implants	1	3,3
DIU	1	3,3
Total	30	100,0

La majorité des adolescentes ayant répondu à cette question préférait le préservatif par rapport aux autres méthodes soit 93,4%.

18. Parler de sexualité avec le partenaire (attitude)

Tableau XVIII : Répartition de l'échantillon en fonction des échanges sur la sexualité avec son partenaire.

Parler de sexualité avec le partenaire	Fréquence	Pourcentage
Oui	115	63,5
Non	66	36,5
Total	181	100,0

Les adolescentes avaient abordé le sujet de sexualité avec leur partenaire dans 63,5% des cas.

19. Parler de contraception avec le partenaire (attitude)

Tableau XIX : Répartition de l'échantillon sur le sujet de la contraception avec son partenaire.

Parler de contraception avec le partenaire	Fréquence	Pourcentage
Non	111	65,7
Oui	58	34,3
Total	169	100,0

Dans notre étude 65,7% des adolescentes n'avaient pas parlé de contraception avec leurs partenaires.

20. Parler d'utilisation du préservatif (attitude)

Tableau XX : Répartition de l'échantillon sur l'utilisation du préservatif avec son partenaire.

Parler de l'utilisation du préservatif avec le partenaire	Fréquence	Pourcentage
Non	113	65,7
Oui	59	34,3
Total	172	100,0

Plus de la moitié soit 65,7% des adolescentes n'avaient pas parlé de l'utilisation du préservatif avec leur partenaire.

21. Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel (attitude)

Tableau XXI: Répartition de l'échantillon selon l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel.

Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel	Fréquence	Pourcentage
---	-----------	-------------

Non	44	80%
Oui	11	20%
Total	55	100,0

Seulement 20% des adolescentes avaient utilisé le préservatif lors du premier rapport sexuel.

22. Volonté d'utiliser le préservatif (attitude)

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

Volonté d'utiliser le préservatif même si le partenaire s'y oppose	Fréquence	Pourcentage
Oui	141	61%
Non	90	39%
Total	231	100,0

Un grand nombre de jeunes filles soit 61% des adolescentes était prêt à utiliser un préservatif même si leurs partenaires s'y opposaient.

23. Utilisation des contraceptifs (pratique)

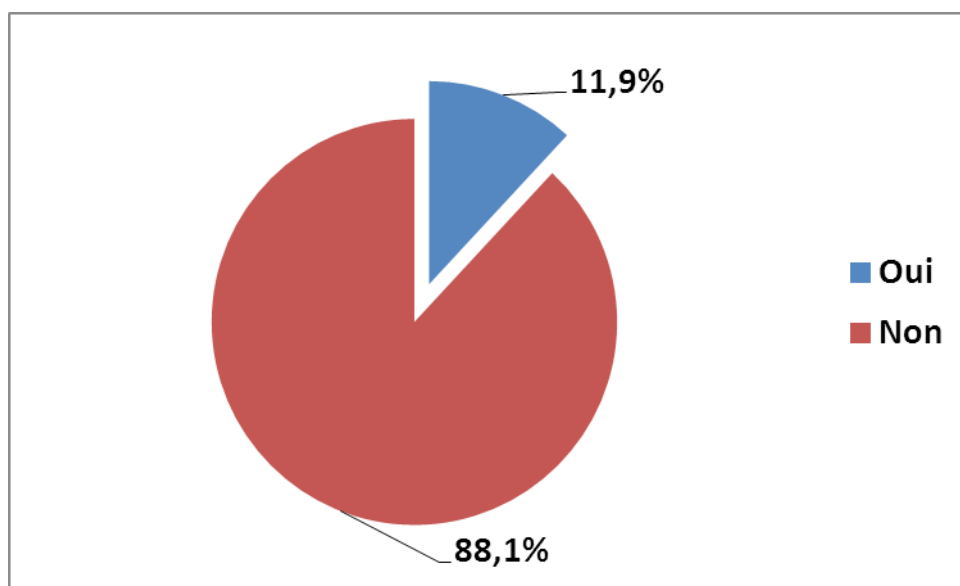


Figure 7 : Répartition des adolescentes selon l'utilisation des contraceptifs

La proportion des utilisatrices de contraceptif était de 11,9%. 5 sujets n'ont pas voulu répondre à cette question.

24. La méthode contraceptive déjà utilisée (pratique)

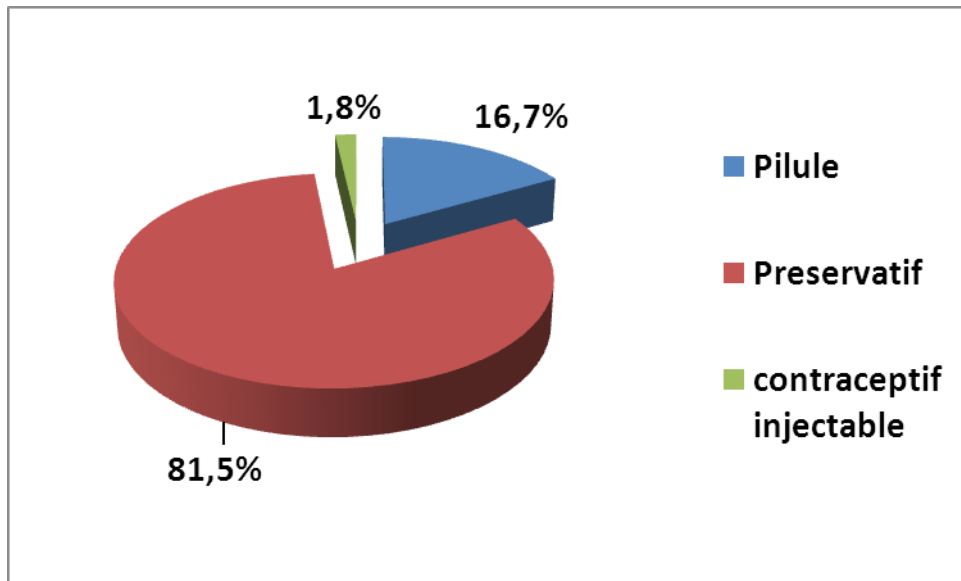


Figure 8 : Répartition des adolescentes selon la méthode utilisée

Les élèves avaient utilisé le préservatif dans 81,5% (n= 44) des cas suivi par la pilule dans 16,7% des cas.

25. Fréquentation d'un service de PF (pratique)

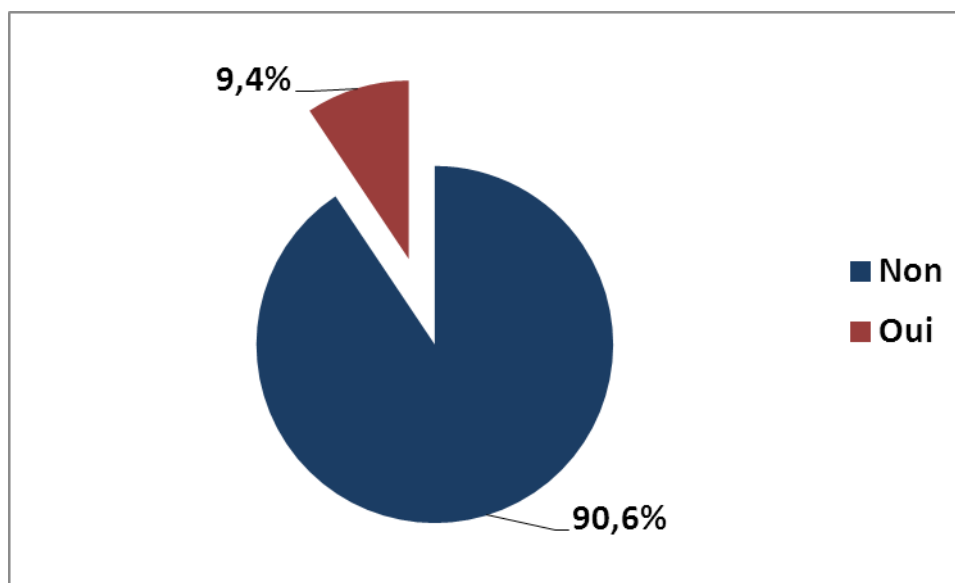


Figure 9 : Répartition de l'échantillon selon la fréquentation d'un service de planification familial.

Une faible proportion de celles qui connaissaient l'existence de ces services soit 9,4% des adolescentes fréquentait en réalité un service de PF.

26. Pratique d'avortement par l'adolescente (pratique)

Tableau XXIII: Répartition de l'échantillon selon la pratique d'avortement par l'adolescente

Pratique d'avortement	Fréquence	Pourcentage
Non	493	98,8
Oui	6	1,2
Total	499	100,0

Une très faible portion de notre échantillon soit 1,2% avait fait un avortement.

27. Adolescente ayant un partenaire (pratique)

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

Presence d'un partenaire	Fréquence	Pourcentage
Non	306	62,3
Oui	185	37,7
Total	491	100,0

Plus de la moitié des adolescentes disaient ne pas avoir de partenaire soit 62,3%.

28. Avoir des rapports sexuels (pratique)

Tableau XXV: Répartition de l'échantillon en fonction de l'existence de rapports sexuels avec le partenaire.

Existence de rapport sexuel avec le partenaire	Fréquence	Pourcentage
Non	107	61,5
Oui	67	38,5
Total	174	100,0

Les adolescentes n'avaient pas eu de rapport sexuel avec leurs partenaires dans 61,5% des cas.

29. Age du premier rapport sexuel (pratique)

Tableau XXVI : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge du premier rapport sexuel

Age au moment du premier rapport sexuel	Fréquence	Pourcentage
13-14 ans	30	55,5
15-16 ans	11	20,4

17-19 ans	13	24,1
Total	54	10,8

Le premier rapport sexuel était précoce entre 13 et 14 ans dans 55,5 % des cas. L'âge moyen du premier rapport sexuel est de 15 ans.

30. Type de partenaire sexuel (pratique)

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

Partenaires sexuels occasionnels	Fréquence	Pourcentage
Non	460	98,1
Oui	9	1,9
Total	469	100,0

Les adolescentes ont eu des partenaires sexuels occasionnels dans 1,9% des cas.

31. Nombre de partenaire sexuel jusqu'à ce jour (pratique)

Tableau XXVIII : Répartition de l'échantillon en fonction du nombre de partenaires sexuels jusqu'à ce jour.

Nombre	Fréquence	Pourcentage
Aucun	346	72,5%
1 partenaire	103	21,6%
2 partenaires	24	5,1%
plus de 2 partenaires	4	0,8%

Total	477	100%
-------	-----	------

Dans notre étude 72,5% des adolescentes n'avaient pas de partenaire sexuel.



**Commentaires
et
Discussions**

VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Dans notre étude, les adolescentes de 15-17 ans représentaient 74,4% de l'échantillon. L'âge moyen est de 16,6 ans avec des extrêmes de 15 et 19 ans. Ces chiffres sont voisins de ceux retrouvés chez Kané (20) où l'âge moyen était de 16,44 ans.

Parmi les adolescentes 89,8% vivaient avec leurs parents contre 10,2% avec un aidant naturel ou social. Ces résultats sont proches de ceux de l'étude d'Alima S. (3) qui a trouvé que 79,8% vivaient avec leurs parents contre 20,2% chez un aidant naturel.

Les dogons étaient majoritaires 28,2%. Ceci pourrait s'expliquer par la situation géographique de la ville de Sévaré qui est limitée par des cercles majoritairement habités par les dogons (Bandiagara, Bankass, Koro et Douentza).

Une minorité soit 3,8% des élèves étaient mariées, le vécu socioculturel peut expliquer ce fait : les filles qui vont au lycée envisagent en général une étude universitaire qui ne va pas de paire avec les obligations matrimoniales.

Les adolescentes de la 10^{ième} année représentaient 60,2% de notre échantillon. Cela s'expliquerait par le fait que les filles sont plus nombreuses à la première année du lycée.

Dans notre étude, 97,6% des adolescentes avaient entendu parler de contraception. Ce taux est supérieur à celui d'Adom en 2006 (2), Kané en 2006 (20) et Langille en 1999 (21) qui ont trouvé respectivement 69,40%, 60% et 42%. Cela pourrait s'expliquer par la multiplication des campagnes de sensibilisation sur la contraception au fil des années.

Parmi les adolescentes 42,8% avaient plus d'une source d'information sur la contraception. Ce taux est inférieur à celui trouvé chez Kané (20) qui était de 78,7%.

Notre taux d'information au niveau scolaire était de 11,5% et inférieur à celui d'Adom (2), Miller (24) et Kamtchouing (19) qui ont trouvé respectivement 31,16%, 42% et 21%.

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

La famille est une source qui n'a été mentionnée par aucune des adolescentes. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la contraception qui est lié à la sexualité reste toujours un sujet tabou dans notre société.

Seulement 5% des adolescentes avaient eu des informations à travers les structures sanitaires. Ce qui dénote d'une insuffisance dans l'accessibilité des jeunes filles aux structures sanitaires.

Le préservatif était la méthode de contraception la plus citée (53,5%) suivi par la pilule (22,5%) et l'injectable (12,8%). Le préservatif semble plus adapté aux adolescentes.

Outre l'allaitement maternel cité par 6 adolescentes, 1 seule personne a fait mention des méthodes naturelles. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les campagnes de sensibilisation ne sont pas axées sur ces méthodes sauf la méthode MAMA qui n'intéresse que les femmes allaitantes.

Sur l'ensemble des adolescentes enquêtées 55,2% disaient connaître les risques de l'avortement provoqué. La maladie et la mort ont été les risques cités par respectivement 30,8% et 69,2%. Alima S avait trouvé des proportions égales 50% pour ces 2 risques.

La majorité des adolescentes soit 76,1% connaissait l'existence d'un préservatif féminin cela peut s'expliquer par la communication interpersonnelle car 18% des adolescentes s'informaient entre amies.

La majorité des élèves soit 81,5% avaient utilisé le préservatif suivi par la pilule à 16,7%, et le contraceptif injectable 1,8%. Ce taux élevé d'utilisation de préservatif pourrait s'expliquer par la disponibilité et la vente libre de ce contraceptif.

Ces résultats sont comparables à ceux de Kané (20) où le préservatif était utilisé dans 77,3% des cas, suivis par la pilule à 8% et les injectables à 2,7%.

Abaueth (1) avait trouvé 55,7% pour le préservatif, 13,76% pour la pilule, 2,17% pour les injectables.

Parmi les adolescentes 72,5% de ceux qui utilisaient ces méthodes contraceptives n'ont pas bénéficié de counseling.

Seulement 9,4% des adolescentes ont fréquenté un service de PF. Alima S. (3) a trouvé 22%. La vulgarisation a été un acquis dans la diffusion des contraceptifs surtout le préservatif.

Environ 38% des adolescentes ont avoué avoir un partenaire sexuel. Ceci pourrait être un signe de stabilité sexuelle chez ces jeunes filles (15-17ans).

Parmi les enquêtées 38,5% avaient eu des rapports sexuels avec leurs partenaires contre 61,5% qui n'en ont pas eu.

Ce taux est voisin de celui d'Adom (2) qui a été de 39,03%, mais différent de ceux de Forguet (15), Kané (20) qui ont trouvé respectivement que 49,5% et 50,5% des adolescentes avaient eu des rapports sexuels.

Peu d'adolescentes ont répondu à la question du premier rapport sexuel. Sur 54 jeunes filles 30 soit 55,5% ont eu leur premier rapport sexuel entre 13 et 14 ans ce qui est vraiment précoce.

L'âge moyen du premier rapport sexuel a été de 15 ans. Ce résultat concorde avec ceux de Bilodeau (5), Kané (20) et Forget (15) qui ont trouvé respectivement 14 ans, 14,87 ans et 15,7 ans comme âge moyen de la première expérience sexuelle.

Au moment de notre enquête, la majorité des adolescentes qui ont répondu à cette question soit 72,5% ont rapporté ne pas avoir de partenaire sexuel.

La majorité des adolescentes 80,9% a dit ne pas avoir besoin de fréquenter les services de PF. La religion était la seconde cause de non fréquentation de ces services et 4,4% ont parlé de discrétion (besoin de confidentialité).

Dans notre étude 95,2% de notre échantillon désapprouvaient l'IVG contre 4,2% qui l'approuvaient. Ces résultats corroborent avec ceux trouvés par Alima S. (3) où 97,5% désapprouvaient les IVG contre 2,5% qui l'approuvaient.

Parmi les adolescentes enquêtées 40% n'approuvaient pas la contraception.

Les effets secondaires et la religion étaient les raisons de désapprobation de la contraception pour respectivement 51% et 36,5% d'entre eux. Cela pourrait être lié à une insuffisance d'information sur les effets secondaires et leur prise en charge.

Il ressort de notre étude que 63,5% des adolescentes ont discutée de sexualité avec leur partenaire. Ce taux est un peu différent de celui trouvé par Alima S. (3) soit 55,2%.

Cependant 65,7% des adolescentes n'ont pas échangé sur la contraception avec leur partenaire sexuel contre 34,3% qui ont eu l'occasion d'en parler.

Alima S. (3) a trouvé un taux de 54,3% ce qui est supérieur au nôtre. Cela peut s'expliquer par le fait que seulement 38,5% de notre échantillon ont des rapports sexuels avec leur partenaire et les autres n'ont pas jugé nécessaire d'en parler car n'ont pas de relation sexuelle avec leur partenaire.

Seulement 20% (n = 11) des adolescentes avaient utilisé un préservatif lors du premier rapport. Cela peut être dû au fait que le premier rapport sexuel n'est pas en général programmé. Aussi le manque d'expérience fait que ces adolescentes n'appréhendent pas les risques liés à un rapport sexuel non protégé.

La connaissance des méthodes de contraceptions n'équivalait pas à leur utilisation chez les adolescentes. En effet 93,6% de l'échantillon connaissaient des méthodes de contraception et parmi elles, 11,9% avaient utilisé un contraceptif.

Ces résultats sont comparables à ceux de Camara (8) qui a trouvé 90% et 10%. Des résultats similaires ont été retrouvés en Tanzanie 80% et 10% (11).

Notre faible taux d'utilisation s'observe aussi chez Miller au Cameroun (24) où 17% des élèves utilisaient une méthode de contraception. En revanche, Kamtchouing (19), Duprez (11) et Daures (9) ont trouvé 41%.



Conclusion

VIII. CONCLUSION

Notre travail est une étude sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescentes scolarisées en matière de contraception au sein du lycée Hammadoun Dicko de Sévaré. C'est une étude transversale descriptive sur les adolescentes fréquentant le dit lycée.

Nous nous sommes proposé comme objectif d'étudier le comportement des adolescentes face à la contraception au sein de ce lycée.

Les principaux résultats sont les suivants :

La majorité des élèves (93,6%) déclaraient connaître des méthodes de contraception et parmi elles une minorité pratiquait la contraception (11,9%) ;

Les raisons de désapprobation de la contraception étaient la religion et les effets secondaires indésirables respectivement dans 36,5% et 51% des cas ;

Les adolescentes avaient plusieurs sources d'information sur la contraception mais seulement 5% avaient eu des informations par des structures sanitaires ;

Une faible proportion des adolescentes était sexuellement active (38 ,5% de l'échantillon) et avait des rapports sexuels précoces 55 ,5% (13-14 ans) ;

Peu d'adolescentes avait des rapports sexuels occasionnels et 72,5% des adolescentes avaient rapporté ne pas avoir encore de partenaire sexuel.



Recommandation

S

IX. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous avons formulé quelques recommandations :

Aux autorités :

- Diligenter l'enseignement du planning familial au niveau des établissements secondaires ;
- Organiser des conférences au sein des établissements scolaires sur les effets secondaires des contraceptifs et leur prise en charge ;
- Vulgariser l'accès aux méthodes contraceptives et les rendre disponibles dans les infirmeries de tous les établissements secondaires ;
- Créer et multiplier les centres agréés pour les jeunes (comme le projet jeune sport et santé de Sogoniko) au niveau national et au niveau régional afin de permettre aux adolescents de venir régulièrement et facilement au centre le plus proche de leur lieu d'habitation ;
- Renforcer les compétences des personnels sanitaires en matière de PF.
- Conduire des études de recherche opérationnelle sur les comportements sexuels des adolescents en milieu scolaire urbain et rural pour apprécier le niveau de connaissance à différents niveaux.

Aux adolescentes

- Communiquer le plus possible avec les parents et les agents de santé sur la santé de la reproduction, discuter avec eux des problèmes de sexualité pour lever les tabous et éviter les idées fausses qui constituent un obstacle à la pratique de la contraception ;
- 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.

Au personnel médical et para médical

- Manier aisément les concepts médicaux de la sexualité ;
- Maîtriser les différentes méthodes contraceptives ;
- Mener un counseling initial spécifique et de suivi (la consultation médicale ne doit pas être de type demande de contraception, fourniture d'une ordonnance mais nécessite un dialogue personnalisé avec la jeune fille).

Aux éducateurs (enseignants)

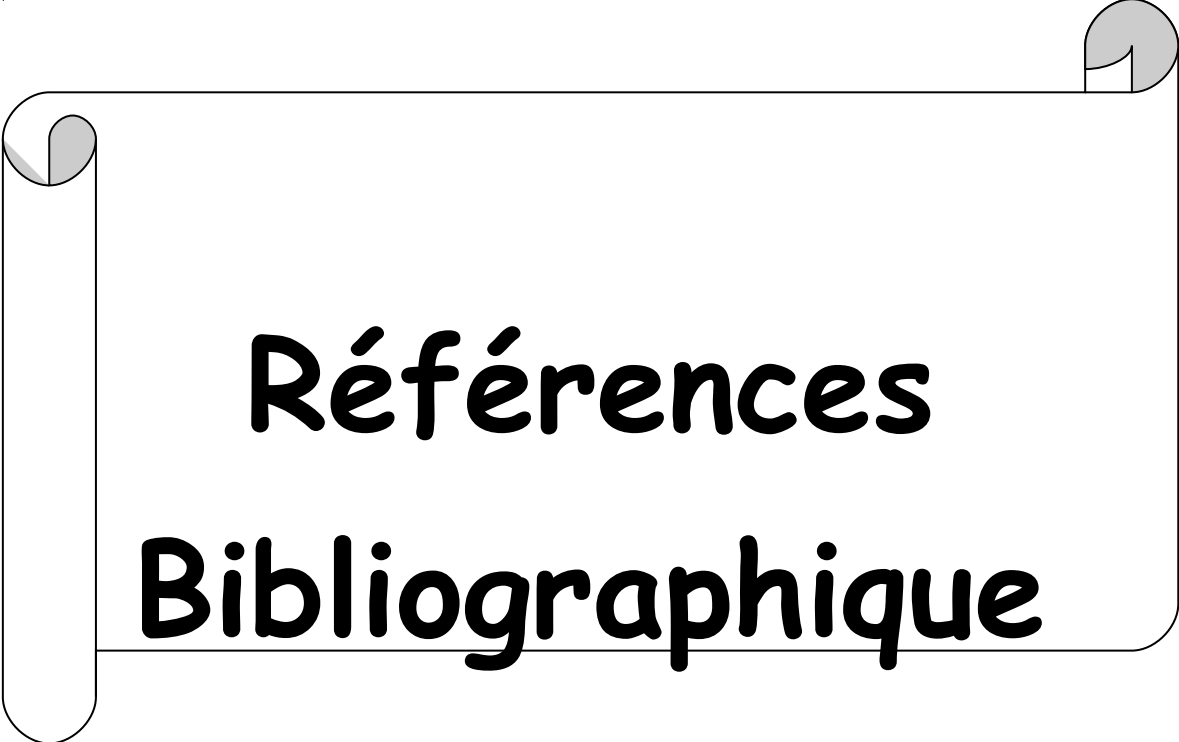
- Maîtriser les techniques d'animation de groupe (communication inter personnelle) ;
- S'informer pour mieux orienter les élèves.

Aux parents

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

Aux ONG

S'impliquer d'avantage dans les processus d'élaboration et de mise en pratique de la contraception en menant des counseling auprès des parents et des adolescentes.



Références Bibliographique

S

X. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Abouleth R, Koffi A, Kakou C, Adjoby R, Mian B, Angoi V. et col.**
Connaissance et utilisation de la contraception chez l'adolescente. IIIème Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006.
2. **Adom-Anoumatacky M.** La contraception chez l'adolescente en milieu scolaire. IIIe Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006.
3. **Alima S.** Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception. Thèse médecine, Bamako 2006.
4. **Berthe F.** Vulnérabilité des jeunes liées aux pratiques et aux comportements néfastes à la santé en milieu urbain et péri-urbain bamakois. Thèse méd., Bamako 2004. (04M49)
5. **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.
6. **Boubacar M.** Etude épidémiologique 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.
7. **CAG en collaboration avec PSI/Mali.** (manuel pour agent de pharmacie et promoteurs de contraceptifs). 2006
8. **Camara M.** La contraception chez l'adolescente. Thèse méd., Bamako 1992. (92M44)
9. **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.
10. **Direction Régionale de la Santé (présentation de la région de Mopti le 15 juin 2010)**
11. **Duprez D., Viala M.** Adolescence et avortement. Évolution psychiatrique 1985 ; 50, 2 : 357-81.
12. **EDSM IV.** 2006 (enquête démographique et de santé du Mali)
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 (16 Mai 2010)

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., Takoungani., 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. **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.
22. **Larousse médical 1995 (page 198)**
23. **L’éducation sexuelle en ballottage.**
www.uia.org/uiademo date de consultation 08 Février 2010.
24. **Miller W.B.** Sexuality, contraception and pregnancy in a high school population. California Med 1973 ; 119, 2 : 14-21.
25. **Ministère de la santé USAID 2003.** Population développement et qualité de la vie au Mali.
26. **Ministère délégué au plan.** Direction nationale de la statistique et de l’informatique. Troisième recensement général de la population et de l’habitat 1998
27. **Nekan F.** Les facteurs de risque de la grossesse chez l’adolescente célibataire de la commune IV. Thèse méd, Bamako 1995. (95M39).
28. **Nian M.** Approche épidémio-clinique de la grossesse chez l’adolescente à l’hôpital régional de Kayes. Thèse méd., Bamako 2000. (00M99)
29. **ONU. 2004.** Rapport mondial sur la jeunesse, 2005: Rapport du Secrétaire général (A/60/61 – E/2005/7), p. 1. New York: ONU.

30. **Pichot F., Dayan Lintzer M.** Résistance et compliance à la contraception à l'adolescence. *Contraception, Fertilité, sexualité* 1985 ; 19, 10 : 1055-61.
31. Population Reports 2003. **www.population reports.org/Pr/prf/fm17 (16 Mai 2010)**
32. Ressources pour analyse de la population et de son impact sur le développement (**RAPID MALI**) ; Ministère de la santé-USAID, Bamako janvier 2009.
33. **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).
34. **Serfaty D.** La contraception. Doin éditeurs, Paris. 1986
35. **Ta-Ngoc Chau.** Aspect démographique de la planification de l'éducation. UNESCO 2002.
36. **TRAORE S. et col.** Enquête démographique et de santé du Mali. Planification familiale. Bamako, Mali, EDS M III juin 2002 ; 450- 57-80



Annexes

XI. ANNEXES

Annexes 1 : Questionnaire à l'intention des adolescentes au lycée

Introduction (Information et consentement volontaire) :

Ce questionnaire a pour but de recueillir vos impressions, connaissances et perceptions sur la contraception au Mali.

Nous vous remercions d'avance de votre participation. Les Informations recueillies sont anonymes et confidentielles.

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

Localité.....

Nom de l'établissement.....

A. Renseignements généraux

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

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

/ ___/___/ ième enfant de la mère / ___/___/ ième enfant du père

/ ___/ nombre d'enfants de la mère / ___/ nombre d'enfants du père

3) Lieu de vie

4) Ethnie (encercler le nom de l'ethnie à laquelle vous appartenez)

Bambara /___/

Sénoufo

Sarakolé

Minyanka

Malinké

Khassonké

Peulh

Dogon

Sonrhāi

Maures

Bozo

Autres (à préciser)

5) Statut matrimonial de l'adolescente

Mariée x1

Mariée x2

Mariée x3

Mariée x4

Célibataire

Fiancée

Divorcée

Concubinage

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

ANNEXE 2 FICHE SIGNALETIQUE

Nom : FABE

Prénom : Fatoumata

Année Universitaire: 2009 – 2010

Titre de la thèse : Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescentes sur la contraception à Mopti: cas du lycée Hammadoun Dicko de Sévaré.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Santé publique

RESUME

Notre étude transversale quantitative s'est déroulée au lycée Hammadoun Dicko de Sévaré du 10 juin 2010 au 16 juin 2010. L'objectif était d'étudier le comportement des adolescentes face à la contraception au sein du lycée Hammadoun Dicko de Sévaré.

La majorité des élèves soit 93,6% déclaraient connaître des méthodes de contraceptions et parmi elles seulement 11,9% pratiquaient la contraception. La majorité des adolescentes ont dit ne pas avoir besoin de contraception qui est la principale raison de non fréquentation des services de PF, la religion était la seconde raison citée (10,6% des cas). 38,5% des adolescentes étaient sexuellement actives, l'âge moyen du premier rapport sexuel était de 15 ans.

Mots Clefs : Connaissances – Attitudes – Pratiques – Adolescente - Lycée- contraception.

ANNEXE 3 SERMENT DE GALIEN

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

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ;

En aucun cas, je ne consentirais à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;

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

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

Je le jure !