

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relatives à la contraception en milieu
Scolaire dans la commune v du district de Bamako

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relatives à la contraception en milieu
Scolaire dans la commune v du district de Bamako

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - Un but - Une foi

Université des Sciences, des Techniques et Des Technologies de Bamako



U.S.T.T.B

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie



Année universitaire : 2017- 2018

N°...../

THESE

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES ADOLESCENTES RELATIVES A LA CONTRACEPTION EN MILIEU SCOLAIRE DANS LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le 20/02./2018 devant la
Faculté de Médecine et d'odontostomatologie

Par M. Arouna DEMBELE

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

JURY

Président : Pr Tiéman COULIBALY

Membre: Dr Ousmane Dantoumé TOURE

Co-directeur: Dr Hamidou ALBACHAR

Directeur: Pr Moustapha TOURE

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relatives à la contraception en milieu
Scolaire dans la commune v du district de Bamako

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail :

- A L'ETERNEL, mon DIEU, Qui m'a permis de réaliser ce travail.

Tu m'as guidé tout au long de ce travail, Je te confie mon avenir !

Merci Seigneur !!!

-A mon Père Boubacar Dembélé.

Vous nous avez inculqué le sens de l'honneur, du devoir, de la dignité, et vous n'avez cessé de nous rappeler que les attributs qui font valoir un homme sont : la culture, la connaissance et que le meilleur des héritages est la bonne éducation. Éternellement nous vous serions reconnaissants mes frères et moi pour vos sages conseils qui ont éclairé notre chemin et aussi notre conduite sociale dans un monde où les valeurs sociales connaissent une déperdition accélérée.

Ce travail est le fruit de vos prières, de vos bénédictions, « de l'amour constant que vous avez eu pour nous » ainsi que tous les sacrifices consentis. Que Dieu vous donne une longue vie pleine de satisfaction pour tous vos efforts.

A ma mère SAFIATOU SANOGO

Vous avez consenti de lourds sacrifices pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

A moi comme à mes autres frères et sœurs, vous avez toujours enseigné la patience, l'endurance et le courage dans le travail, car ce sont là les qualités d'un homme. Que de peine, que de patience, que de privation pour vos enfants. Puisse ce travail être fortifier par vos bénédictions ; prières et représenter une récompense pour vos peines et votre patience.

A mon défunt oncle AMADOU DEMBELE

J'aurais aimé que vous soyez présent en ce moment solennel pour voir combien vos conseils ont porté leurs fruits. Le temps passé à vos coté a été une étape très importante dans ma vie ; vous nous avez enseigné ce que veut dire le mot humanité et les valeurs morales de notre société que DIEU vous accueille dans son paradis.

Même si vous n'êtes plus parmi nous sachez qu'on sera toujours guidé par ce que vous nous avez appris et qu'on ne cessera jamais de nous battre pour que vous soyez fier de nous

A mes frères Issouf ; Kalifa ; Ousmane ; Siaka ; Oumar ; Adama et tous mes frères de la grande famille DEMBELE à Koutiala, Bamako et Ségou :

Vous avez été pour moi plus que des frères. C'est grâce à vos soutiens moraux et matériels que j'ai pu m'épanouir. Votre souci premier a toujours été ma réussite. Vous m'avez toujours montré ce qu'est une famille unie ! Je dédie ce travail à la solide famille que nous formons.

A mes Sœurs : Sadio ; Kadiatou ; Korotoumou; Aichata ainsi qu'à toute mes sœurs de notre grande famille :

Vous m'avez toujours porté dans vos prières, et je n'ai jamais manqué de réconfort auprès de vous pendant les moments difficiles. Ce travail est aussi le vôtre.

A mes oncles et tantes :

C'est le lieu ici de vous dire merci pour vos soutiens respectifs car j'ai eu la chance dans la vie d'avoir plusieurs pères et plusieurs mères et je ne peux qu'en être fier. C'est grâce à vos conseils judicieux et à votre accompagnement sans faille que j'ai pu étudier en toute tranquillité que le tout puissant fasse que je vous en sois reconnaissant.

REMERCIEMENTS

A mes chers maitres formateurs :

Pr Traoré Mamadou ; Dr Traoré Oumar Moussokoro ; Dr Traoré Soumana Oumar Dr AlbacharHamidou ; Dr Sissoko Hamady ; Dr TallSaoudatou ; Dr Silimata Fanta

Merci chers maitres pour l'enseignement de qualité et vos conseils judicieux vous n'avez cessé de nous apprendre ce que c'est la gynéco-obstétrique ainsi que les valeurs morales d'un médecin.

Merci infiniment pour tout ce que vous faites pour les étudiants que Dieu vous le récompense.

A mes amis et camarades médecins et étudiants :

Dembélé Lamine, Keita Tiemoko, Laya Niagaly, Ibrahim Samaké ; Mohamed Traoré ainsi à tous mes camarades de classes et collègues de la FMOS-FAPH.

A tous les internes anciens et actuels du CSREF CV :

Vous êtes pour moi des frères d'armes pour notre combat de tous les jours au service de la population.

A mon équipe de garde au CSREFCV :

Sékou M Sissoko, Sékou Tangara, Salamata Maiga, Ibrahim Traoré, Talibé Haidara , Nana Aminata Koné, Patouma Koné, Sékou Diakité et tous les étudiants qui nous accompagnent pour la garde.

Merci pour vos soutiens sans failles.

A mon équipe de garde à l'ASACOMA

Dr DoumboHarouna, Mohamed Diarra, Adama Zerbo, Nana Diarra et tous les autres membres de l'équipe merci infiniment

A tous le personnel du CSREF CV ET DE l'ASACOMA

A tous les enseignants de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

A tous ceux qui ont participé à ma formation

A tous ceux qui, de près ou de loin m'ont aidé dans ce travail de façon désintéressée. Recevez notre sincère gratitude !

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relatives à la contraception en milieu
Scolaire dans la commune v du district de Bamako

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Tiéman Coulibaly

- **Spécialiste en chirurgie Orthopédique et Traumatologique ;**
- **Chef de service de chirurgie Orthopédique et Traumatologique du
CHU Gabriel Touré ;**
- **Maitre de conférences à la Faculté de médecine et
d'odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Membre de la société malienne de chirurgie Orthopédique et
Traumatologique (SOMACOT).**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce Jury de Thèse malgré vos multiples occupations.

L'intégrité, l'assiduité, le courage, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

Veillez accepter cher Maître, l'expression de notre plus haute considération.

NOTRE MAITRE ET JUGE :

Docteur TOURE Ousmane Dantoumé

- **Diplômé de l'école nationale de santé publique de RABAT au MAROC ;**
- **Spécialiste en santé publique, PHD en santé publique « Management des organisations de santé » ;**
- **Chargé de recherche au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;**
- **Administrateur des services de santé ;**
- **Enseignant à l'institut supérieur de santé publique (ISSP) de BAMAKO ;**
- **Consultant speaks up Africa/ Catholic Relief service;**
- **Consultant à Save the children International;**
- **Actuellement, chef de service de santé publique de l'hôpital du MALI.**
- **Postes occupés de 1990 à 2008**
- **Chef de division à la direction régionale de la santé de KOULIKORO ;**
- **Coordinateur régional du programme quinquennal de lutte contre la cécité à la direction régionale de la santé de KOULIKORO ;**
- **Médecin chef du district sanitaire de Banamba ;**
- **Directeur du centre de santé communautaire de Sogoniko (BAMAKO) ;**
- **Participations aux colloques, Stages, Ateliers et Etudes en Chine, France, Maroc et Bamako.**

Cher Maître,

C'est un grand plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré votre emploi du temps chargé.

Votre disponibilité, votre dynamisme, votre souci pour le travail bien fait ainsi que vos qualités humaines font de vous un Maître admiré et admirable.

Veillez croire à l'assurance de mes sentiments les plus respectueux.

A NOTRE MAITRE CO-DIRECTEUR DE THESE :

Docteur ALBACHAR Hamidou

- **Gynécologue Obstétricien ;**
- **Chercheur au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire sur la santé de la précarité maternelle et périnatale à l'université Paris DESCARTES en France ;**
- **Actuel Médecin chef du CSREF de Kayes.**

Cher Maître,

Transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable. En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir.

Vous n'avez ménagé ni votre temps, ni votre patience dans la rédaction de cette thèse.

Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire.

Votre caractère social fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots me manquent pour vous remercier de votre encadrement et de votre formation enfin de faire de nous de bons médecins. Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude, merci infiniment.

A NOTRE MAITRE DIRECTEUR DE THESE :

Professeur TOURE MOUSTAPHA

- **Maitre de conférences en gynécologie obstétrique à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) du Mali ;**
- **Chef de Service de Gynécologie de l'Hôpital du Mali ;**
- **Gynécologue Obstétricien diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest en France ;**
- **Titulaire d'un certificat du cours européen d'épidémiologie tropicale de Bale en Suisse ;**
- **Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en Allemagne ;**
- **Titulaire d'un master en recherche sur les systèmes de santé de l'école de santé publique de l'université libre de Bruxelles ;**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali.**

Cher Maître,

Grand est notre honneur de vous avoir comme directeur de cette thèse.

Nous avons été fascinés par votre modestie, la qualité de vos enseignements et de l'ampleur de votre expérience. Nous avons très tôt compris et apprécié votre dévouement pour la formation des médecins.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

Puisse Dieu nous permettre de vous rendre un hommage particulier pour tout ce que vous faites pour la promotion de la médecine au Mali et surtout pour votre combat contre la mortalité maternelle. Nous vous prions, cher Maître, d'accepter nos sincères remerciements.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

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

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

EDS : Enquête démographique et de santé

EF : Economie familiale

EM : Enseignement ménagé

ISF : Indice synthétique de fécondité

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

PF : Planification familiale

UNESCO : United Nations Educational Scientific and Cultural Organisation
(Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la Culture)

USAID: United States Agency for International Development
(Agence des Etats-Unis pour le développement international)

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

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION.....	1
II-OBJECTIFS.....	5
III-GENERALITES.....	7
IV-METHODOLOGIE.....	34
V-RESULTATS.....	38
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	59
VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	69
VIII-REFERENCES.....	72
IX-ANNEXES.....	77

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

Les adolescents, considérés longtemps comme sujet de préoccupation sociale dans les pays industrialisés, commencent depuis quelques années, à l'être dans les pays en développement.

L'intérêt accru que suscite l'adolescence est dû en partie à l'importance de la population adolescente. L'actuelle génération de jeunes est la plus nombreuse qui ne soit jamais apparue dans le monde. Près de la moitié de la population du monde (plus de 3 milliards de personnes) est âgée de moins de 25 ans. Quarante-vingt-cinq pour cent (85%) des jeunes vivent dans les pays en développement [1]. Les adolescents traversent plus que les autres une phase de formation. Les 1, 2 milliards d'adolescents âgés de 10 à 19 ans regorgent d'énergie et de possibilités [2]. Vu le taux d'accroissement rapide de la population africaine (double en moyenne tous les 27 ans) une femme africaine a en moyenne 5 enfants, cette population adolescente sera de plus en plus importante [2]. Les adolescents contribuent de plus en plus à la croissance de la population car la fécondité est de plus en plus précoce [3].

A travers le monde, des efforts conséquents ont été consentis pour améliorer la connaissance sur la fécondité précoce et ses conséquences. Ces études ne se sont pas limitées à la mesure démographique du phénomène mais se sont étendues à l'étude qualitative des aspirations des jeunes [4].

Au Mali les adolescentes de 15 à 19 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale [5]. 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 [6]. Ainsi une grossesse précoce chez une jeune femme mariée ou non, peut constituer un obstacle considérable à l'amélioration de la qualité de vie. D'une manière générale les adolescentes du monde entier et particulièrement celles des pays en développement, sont exposées aux problèmes sanitaires de la reproduction et à leurs conséquences nuisibles.

En plus des risques sanitaires il y a les problèmes psychologiques, socio-économiques compromettant l'avenir scolaire des jeunes filles [7].

Outre les risques au niveau de l'individu, l'activité sexuelle précoce est à la base d'une morbidité et mortalité maternelle et infantile non négligeable au niveau national [7]. Les conséquences négatives d'une telle situation sur le bien-être de la population ne pouvant être ignorées, la maîtrise progressive de la fécondité et la sauvegarde de la famille sont apparues incontournables [5].

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation actuelle de la contraception moderne est de 9.9% selon EDS V Mali 2015 [8]. Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de la planification familiale représente environ 40% de la demande potentielle soit 25% de besoins non satisfaits [8].

Au Mali plusieurs travaux se sont intéressés aux différents problèmes liés à la grossesse chez l'adolescente. Ces différents travaux nous ont permis d'avoir des données épidémiologiques, cliniques et sociales, notamment celles des EDS qui fournissent des statistiques de base [3]. Cependant malgré ces études, l'aspect socioculturel n'est pas encore assez bien étudié.

Une étude sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception peut contribuer à comprendre les comportements de cette couche de la population et à apporter des solutions appropriées pour améliorer son accès aux méthodes de contraception efficace.

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 [9]. Une éducation délaissée au moment de l'initiation à la vie sexuelle peut occasionner des conséquences fâcheuses à long terme [7].

Cette étude s'inscrit dans le cadre de la recherche des problèmes de la sexualité en milieu scolaire enfin de contribuer en une meilleure compréhension du thème pour pouvoir aider les instances compétentes à apporter des solutions adéquates. Face à cette situation assez préoccupante des jeunes, il est à constater que peu de

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relatives à la contraception en milieu
Scolaire dans la commune v du district de Bamako

travaux ont été réalisés sur la problématique de la sexualité en milieu scolaire en
commune 5 du district de Bamako.

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

1-Objectif général :

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes face à la contraception dans lesdeux (02) lycées enquêtées, (le lycée Kankou Moussa de Daoudabougou et le lycée Castors de Badalabougou) de la commune 5 du district de Bamako.

2-Objectifs spécifiques :

- 1-Evaluer le niveau de connaissance des adolescentes sur la contraception.
- 2-Déterminer les pratiques des adolescentes en matière de contraception.
- 3-Déterminer la prévalence de la contraception chez les adolescentesau cours de l'enquête.
- 4-Identifier les facteurs limitant l'adhésion des adolescentes à la contraception.

GENERALITES

III- GENERALITES

1) Définitions

1- 1) La contraception

La contraception est définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé [10].

En général le contrôle des naissances ou la contraception est une méthode qui empêche une femme de devenir enceinte [11].

Les méthodes scientifiques de contraception apparaissent dans le courant du XIX^{ème} siècle et surtout dans sa seconde moitié. La contraception n'est pas une question nouvelle mais s'accompagne toujours de débat [12].

1- 2) Planification familiale

Elle est définie comme l'ensemble des moyens et méthodes qui permettent de conformer à la volonté des parents le nombre et l'espacement des naissances dans une famille [13].

2) Histoire de la contraception

2-1) Dans le monde

Selon Serfaty [12], la limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances.

La contraception était pratiquée dans l'antiquité, elle fut ensuite et l'est encore de nos jours dans des proportions extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci nous montre la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle [12]

Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix. C'est le propre de la pensée religieuse [12].

L'histoire de la contraception n'est en dehors des moyens employés, qu'une illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée toujours présents dans la société ou chez l'individu lui-même : le conservatisme ou le changement ; la tradition ou le progrès ; la foi ou la raison [12].

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

2-2) Au Mali

Les sociétés traditionnelles ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique culturel, économique et spirituel. Une nombreuse progéniture est source à la fois de richesse (maximum de bras valides pour augmenter la production) et de bénédiction divine [14].

La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme [15].

Une femme doit avoir des enfants, mais il demeure également vrai que la survenue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement serait sujette à de moqueries, appelée en langue Bambara « serrées ». Aussi, avoir des enfants « hors-mariage » ou adultérins en Bambara « Gnamoko den » renvoie à un signe de mauvaise éducation et d'immoralité et la femme y paie plus que l'homme [14].

Malgré le comportement pro-nataliste, les Maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances : c'est ainsi qu'après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant un certain temps. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement [14].

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 [14].

La société malienne contemporaine est prise en porte-à-faux entre les valeurs séculaires (culturelles, morales et religieuses) et les logiques postcoloniales d'une culture de la raison et de la liberté de l'individu selon le modèle d'humanisme progressiste hérité à la fois du colonialisme et de la révolution sociale des années 1962 [14].

3) Les méthodes de contraception modernes

3-1) Les contraceptifs oraux ou pilules

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

Mode d'action

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

Les avantages des pilules

C'est une méthode contraceptive très efficace, très bien tolérée, efficace dès le 1er comprimé.

Elle permet d'avoir des cycles réguliers et les règles sont moins abondantes, moins longues et moins douloureuses. Le retour à la fécondité est d'environ 3 à 7 mois.

Les inconvénients

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

La prise de poids, exceptionnelle, est toujours modérée.

Les contre - indications

Les contres indications sont : l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, les antécédents d'accident thromboembolique, les femmes diabétiques, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [16].

3-2) Les contraceptifs injectables

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

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

Les contraceptifs injectables progestatifs (tels le Dépo-Provera et le Noristérat) ne contiennent pas d'œstrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite toutes les 8 à 12 semaines, selon le type de contraceptif injectable choisi [16].

Les avantages

Ils sont faciles à utiliser. Ils nécessitent que peu de consultation médicale et ils sont très efficaces.

Les inconvénients

Comme les pilules les patientes sous contraceptifs injectables peuvent présenter des saignements en dehors des règles « spotting » et parfois des règles prolongées ou même des ménometrorragies, la prise de poids et le long retour à la fécondité.

Les contres indications

- Insuffisance hépatique ;
- Hépatite ou antécédents,
- Cancer du sein ou de l'endomètre ;
- Les maladies thromboemboliques ;
- Les fibromes utérins ;

- Le Diabète ;
- Obésité ;
- Hypertension artérielle ;
- Grossesse ou suspicion de grossesse.

3-3) La contraception mécanique :

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

3-3-1-1) Le préservatif masculin

C'est un étui en latex avec ou sans réservoir. Au moment de l'éjaculation le sperme est recueilli dans le préservatif et n'est pas répandu dans le vagin.

Mode d'emploi

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

L'efficacité

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

Les avantages

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

Les inconvénients

Il peut diminuer la qualité et la spontanéité de l'acte sexuel. 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, le taux de grossesse non-désirée est plus important qu'avec la pilule ou le stérilet.

3-3-1-2) Le préservatif féminin : Femidon

C'est une gaine cylindrique pré-lubrifiée en polyuréthane. IL comprend 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 pendant le rapport.

Le mode d'emploi

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

L'efficacité

Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

Les avantages

C'est une excellente protection contre les IST et le SIDA. Il est utilisable par la femme en cas de refus ou d'impossibilité d'utilisation du préservatif masculin.

3-3-2) 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 cupule en silicone, elle est placée au fond du vagin avant les rapports sexuels pour couvrir le col de l'utérus, comme un dé à coudre.

Le mode d'emploi

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

Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape.

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

L'efficacité

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

Les Avantages

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

Les inconvénients

Le taux d'échec est élevé si mal utilisé. La mise en place nécessite un apprentissage avec un médecin entraîné. Le spermicide peut couler de façon excessive. Ils sont un peu encombrants [16].

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

Mode d'action

Plusieurs modes d'action sont avancées: 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.

Il existe différentes formes, différentes tailles. Le médecin choisira le stérilet le mieux approprié à chaque femme soit en cuivre ou en progestatif.

Le mode d'emploi

Il est 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 sage-femme) et aussi le retrait.

En cas de contraception d'urgence il doit être posé dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé éventuellement.

La durée est de 3 à 12 ans selon les stérilets. La surveillance médicale régulière est de 1 à 2 fois par an. Le retrait se fait pendant ou après les règles de façon indolore et simple.

L'efficacité

Il est efficace dès la pose.

Les avantages

C'est une méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée, réversible dès le retrait.

Les inconvénients

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

Dans certains cas, il est peu conseillé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants à cause du risque de stérilité en cas d'infection. Il faut noter qu'il y a moins de risque d'infection avec le stérilet au progestatif.

Avec les stérilets il y a un risque d'expulsion de grossesse.

Les contre – indications

- Les infections récentes de l'utérus ou des trompes ;
- Antécédent de grossesse extra-utérine (dans certains cas) ;
- Les malformations utérines importantes ;
- Les maladies hémorragiques pour le stérilet en cuivre ;
- Certains fibromes ;
- Les femmes n'ayant jamais eu d'enfant [16].

3-4) Les autres méthodes modernes

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

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

Mode d'action :

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

Le mode d'emploi

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

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

L'efficacité

Elle est très efficace dès la pose.

Les avantages

Il n'y a pas de problème d'observance, il est bien toléré et réversible.

Les inconvénients

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

Les contre- indications

- Thrombose évolutive ;
- Affection hépatique sévère.

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

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

Mode d'action

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

Le mode d'emploi

On doit utiliser un (01) patch par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch). Les 4 sites d'application possibles sont : le bras, l'abdomen, le tronc, les fesses.

L'efficacité

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

Les avantages

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

Les inconvénients

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

Les contre- indications

Les contre- indications sont les mêmes comme pour la pilule oestro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans.

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

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

Mode d'action :

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

Le mode d'emploi

On doit utiliser un anneau par cycle pendant 3 semaines et une (01) semaine sans anneau. Les règles auront lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule. L'insertion et le retrait sont simples.

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

Les avantages

- Mise en place et retrait facile ;
- Meilleure observance qu'avec la pilule ;
- Moins de risques d'oublis ;
- Mêmes avantages que la pilule.

Les inconvénients

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

Les contre – indications

Les contre-indications sont comme celles de la pilule oestro-progestative.

3-4-5) La contraception d'urgence

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

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

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

Les différents types de contraception d'urgence

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

Le mode d'emploi

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

L'efficacité

Elle varie avec la méthode.

Les inconvénients

En général, elle est bien tolérée ; il y a la possibilité de vomissements ou de nausées.

3- 4- 6) Les spermicides

Mode d'action

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

Les avantages

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

Les inconvénients

- L'efficacité est insuffisante ;
- Coûteux ;
- Leur emploi est contraignant (un délai à respecter, mise en place difficile) ;
- Certains peuvent couler de façon excessive ;
- Possibilité d'intolérance locale.

3-4-7) La stérilisation à visée contraceptive

Elle est régie par des Lois dans plusieurs pays [16].

3-4-7-1) La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes

- Méthode par coelioscopie et laparotomie

Elle se pratique sous anesthésie générale (avec hospitalisation), elle consiste soit à sectionner et électro-coaguler les trompes, soit à poser des anneaux de Yoon sur les trompes. Cette méthode est en principe irréversible.

- Méthode par les voies naturelles

C'est une nouvelle méthode : le dispositif Essure se pratique par hystéroscopie sans anesthésie générale et sans hospitalisation. On accède aux trompes pour y placer un micro-implant souple dans chacune des trompes pour les obstruer.

C'est une méthode simple et rapide (environ 30 minutes) ne laissant pas de cicatrice.

Il faut attendre 3 mois (et continuer sa méthode de contraception habituelle) avant que la méthode soit efficace. Elle est irréversible.

3-4-7-2) La stérilisation masculine : la vasectomie

C'est la section des canaux déférents (canaux transportant les spermatozoïdes).

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

Au Mali, les services de prestation du planning familial(PF) mettent la plupart de ces méthodes modernes ci-dessus à la disposition de la population.

3-5) Les méthodes naturelles :

Ce sont les moins efficaces des contraceptions.

Historiquement, ce sont les plus utilisées et pourtant ce sont les moins fiables.

Elles peuvent être utilisées par des femmes voulant espacer les grossesses et qui accepteraient l'échec de ces méthodes.

3- 5-1) Le retrait ou coït interrompu

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

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

3- 5-2) L'abstinence périodique

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

3-5-2-1) La méthode du calendrier ou Ogino

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

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

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

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

3-5-2-2) La méthode des températures

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

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

3-5-2-3- La méthode de la glaire ou Billings

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

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

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

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

3-5-2-4- Les tests d'ovulation : Persona

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

Ils ont une efficacité légèrement supérieure aux méthodes précédentes toutefois leur coût reste très élevé [16].

3- 5-3) L'allaitement maternel

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

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

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

4) Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples [10]. On peut citer :

4-1) Le « Tafo »

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

4-2) La Toile d'araignée

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

4-3) Le miel et le jus de citron

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

4-4) Les solutions à boire

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

4-5) La séparation du couple après accouchement

Après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant un certain temps ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement.

Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles.

Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infection à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tel que l'infertilité, des algies pelviennes.

5) Morale et éthique de la contraception

5- 1) Dans l'antiquité

L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les régions et le milieu. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle ou collective, institutionnelle ou non, mais ne trouvant une opposition ou une annihilation que dans une structure morale d'essence religieuse, philosophique ou politique [12].

5- 2) Aspects religieux et philosophiques

5-2-1) Le christianisme et la contraception

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larckhet [19], mais l'expansion et la banalisation de cette pratique dans les sociétés modernes par la mise à disposition des moyens plus nombreux et plus sûrs, a suscité des réactions aiguës et accentué le débat du côté des confessions chrétiennes traditionnellement réservées vis à vis de la contraception.

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

L'abstention de rapports sexuels durant la menstruation, durant la grossesse, mais également lors des jours et des périodes de carême (qui totalisent la moitié des jours d'une année), ainsi que les jours précédant la communion et la pratique de l'allaitement maternel. Le nombre de jours fertiles se trouvait ainsi considérablement réduit [19].

5-2-2) L'islam et la contraception

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 [20] est la suivante : « la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer

le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture ».

La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas [20]. Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, alors les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite, ce qui n'est pas le cas.

Le mariage est une association de deux libertés ; la femme n'est ni un objet sexuel, ni une machine à reproduire, c'est la volonté du couple librement qui décide de la progéniture comme de l'harmonie sexuelle et la contraception reste libre s'il le souhaite.

Aucun texte de l'islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement [12].

6) L'adolescence

6-1) Définition

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

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

Les problèmes posés par la sexualité précoce des adolescents sont multiples et complexes [21]. L'attitude de la société envers cette sexualité reflète ce fait.

Les jeunes d'aujourd'hui vivent dans une société en mutation. Les mœurs changent, la structure même de la société et la famille évolue.

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

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

- **L'invulnérabilité** : l'adolescente n'a pas encore accédé à l'identité féminine (donc ne pense pas avoir acquis le pouvoir d'enfanter). La nécessité d'une contraception ne lui apparaît donc pas « je ne pensais pas que je pouvais tomber enceinte ». A l'opposé, il existe un besoin de réassurance par l'absurde « je suis normale et peut être enceinte ».

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

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

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

Réfuter ces pseudo-rationalisations par des données médicales n'est pas une réponse suffisante [22].

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

Dans le même ordre d'idée, on peut souligner également qu'une information psychologique bien faite préviendra sûrement plus d'accidents qu'une

ordonnance correcte mais sèche. Ces éléments expliquent également que la demande contraceptive ne soit généralement formulée par les adolescentes que plusieurs mois à un an après le début des rapports.

6-3) Sexualité des adolescents et demande contraceptive

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

- reconnaître qu'il existe un problème, c'est à dire s'accepter comme sujet sexuellement actif, et établir le lien entre son projet et le risque encouru ;
- être motivée pour recourir à une contraception, c'est-à-dire ne passe croire invulnérable, et accorder momentanément une valeur négative à la grossesse ;
- pouvoir anticiper pour accéder aux formalités de la contraception ;
- accepter qu'il n'y ait 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», voire d'échecs (oublis de pilule) [23].

7) Etat de lieux de la recherche

7-1) Dans le monde

En France, on estime environ à 10. 000 le nombre d'adolescentes qui tombent enceintes chaque année et dont la moitié avorte [6]. Devant cette situation accablante le gouvernement français en novembre 1999 a annoncé l'autorisation permettant aux infirmières scolaires de délivrer la pilule du lendemain aux adolescentes «en situation de détresse ou d'extrême urgence» cette mesure a suscité un débat juridique avec les religieux.

L'éducation sexuelle partie intégrante des programmes scolaires depuis 1973 a acquis une importance nouvelle en septembre 1999 par l'augmentation à 30 à 40

heures de cours pour les élèves de quatrième et de troisième. En janvier 2000, une grosse campagne d'information sur la contraception fut lancée par le gouvernement.

En Angleterre et au pays de Galles les taux de grossesse chez l'adolescente de 15 à 19 ans sont les plus élevés d'Europe occidentale avec 65 pour mille ; devant cette situation tout le monde pense qu'il faut agir, mais les opinions divergent sur les moyens à employer. Le gouvernement s'est engagé à réduire de moitié le taux de grossesse chez les adolescentes d'ici 2020.

Selon l'office britannique de la statistique, 35,5% de ces fœtus sont avortés.

Comparativement les taux de grossesse chez l'adolescente de 15 à 19 ans sont 65 pour mille en Grande Bretagne contre 84 pour mille aux USA et 102 pour mille en Russie [6]. Le ministère de la santé a autorisé, à titre d'essai, certaines pharmacies à vendre sans ordonnance la pilule du lendemain aux jeunes filles de plus de 14 ans.

En Afrique sub-saharienne, les adolescentes représentent plus de 50% des premières grossesses et elles donnent naissance à des bébés d'un poids insuffisant le plus souvent que les femmes adultes [6]. Les problèmes liés à la grossesse constituent l'une des premières causes de mortalité chez l'adolescente. Dans cette région, l'écart se creuse entre le début de l'activité sexuelle et le mariage car les femmes se marient plus tard. Chez les adolescentes le jeune âge ou le fait de ne pas être marié peut constituer des obstacles à l'obtention de services de planning familial.

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

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

Au Bangladesh, au Népal et dans certaines régions d'Afrique, 70 à 80% des jeunes filles sont mariées à 15 ou 16 ans [27]. Dans ce cas la grossesse peut être désirée, mais elle peut être risquée, d'un point de vue sanitaire, scolaire ou économique. Hors mariage, elle n'est généralement pas désirée.

La grossesse compromet l'avenir scolaire des adolescentes. Ce qui pousse certaines à l'avortement clandestin. Le Fonds des nations unies pour la population a beaucoup fait pour que la sexualité des adolescentes soit reconnue à travers le monde de même que leurs besoins spécifiques en matière d'éducation, d'information et d'accès aux services sociaux et médicaux. Cependant les états sont lents à réagir, ce sont les ONG qui sont très proactives dans ce domaine.

Ainsi plusieurs enquêtes dans le monde montrent une baisse du taux de fécondité grâce à l'usage croissant et à un développement de la planification familiale [24]. En général, la grossesse précoce chez les adolescentes pose les problèmes liés à leurs caractéristiques anatomiques. En Afrique, le taux de fécondité reste élevé et varie selon les régions et au sein d'une même région. Les taux les plus élevés sont enregistrés en Afrique sub-saharienne et dans les pays arabes [25].

7-2) Au Mali

Le Mali est parmi les pays à fort taux d'accroissement dans le monde [5]. Ce niveau d'accroissement est le fruit d'une fécondité encore élevée.

Alors que les autres pays africains connaissent une baisse dans ce domaine, la fécondité au Mali n'a pas connu de changement notable.

L'effectif de la population est passé d'environ 4 100 000 habitants en 1960 à 9.800.000 habitants en 1998. Au rythme auquel elle s'accroît, la population du Mali doublerait tous les 22 ans. Ce dédoublement se ferait pour les autres pays africains tous les 27ans ; tous les 50ans pour les pays d'Asie et tous les 45ans pour les pays d'Amérique centrale [5].

Cette réalité pourrait compromettre le processus de développement du pays et interpelle les décideurs à tous les niveaux.

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation actuelle de la contraception moderne est de 9.9%% [5]. Cela contraste fortement avec les besoins non satisfaits en planification familiale qui sont de l'ordre de 25%. Les faibles progrès enregistrés au niveau de la prévalence contraceptive se traduisent par une fécondité constante depuis une quinzaine d'années au Mali.

En matière de prévalence contraceptive, le Mali est en retard sur plusieurs pays africains dont le Ghana 13,4% en 1998, le Kenya 32% en 1999, la Zambie 50,1% en 1999 et la Tunisie 66% en 2000. Dans le monde, 10 000 femmes meurent chaque semaine parce qu'elles n'ont pas eu accès à la planification familiale [5].

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

Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de la planification familiale représente environ 9.9% de la demande potentielle au niveau du Mali. Cependant si le Mali répondait aux 25% de besoins non satisfaits en planification familiale, cela contribuerait énormément à l'amélioration des conditions de vie.

La fécondité débute très précocement à un niveau élevé à 15-19 ans, atteint son maximum à 20-24 ans, baisse à 40-44 ans.

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

Les adolescentes de 15-20 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale des femmes, 40% d'entre elles ont commencé leur vie féconde, 34% ont déjà eu un enfant et 7% sont enceintes pour la première fois. Ainsi le Mali a un taux de

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

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

Chaque année on enregistre dans le monde 75 millions de grossesses non désirées dues à deux causes principales : soit le couple n'utilisait pas la contraception soit la méthode utilisée a échoué [27]. Le manque d'accès à l'information et aux services de planification familiale est une des nombreuses raisons pour lesquelles la contraception n'est pas utilisée pour éviter une grossesse non désirée.

Les moyens contraceptifs sont de plus en plus disponibles mais hors de la portée pour beaucoup de gens. Dans le monde près de 60% des femmes et des hommes utilisent aujourd'hui des méthodes contraceptives modernes, mais environ 350millions de couples ne sont pas informés dans ce domaine et n'ont pas accès à différentes méthodes et prestations [27].

La planification familiale est reconnue depuis plusieurs années comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien être des femmes et de leurs familles [28].

Au Mali, beaucoup d'efforts ont été consentis dans ce cadre à travers les différents programmes de santé de la reproduction. Cependant la prévalence contraceptive reste l'une des plus faibles de la sous-région africaine [28].

7- 4) Approche conceptuelle : épidémiologie socioculturelle

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

les milieux sociaux. Hors mariage, une grossesse est généralement immorale et non-tolérée.

Dans bien des cas, la grossesse sera reconnue par le père et un mariage suivra.

Ailleurs dans certaines sociétés d'Afrique subsahariennes notamment forestières, la hantise de la stérilité est tellement présente que l'on souhaite que la femme fasse preuve de sa fertilité avant que le mariage ne soit définitivement conclu. Une grossesse d'adolescente, mariée ou non est donc dans ce contexte bien acceptée. Par contre dans d'autres milieux comme le milieu islamisé « religion la plus pratiquée au mali » où toute relation sexuelle avant le mariage est réprouvée, les familles sont favorables au mariage très précoce pour éviter toute grossesse hors-mariage.

Actuellement, dans notre monde de transition entre valeurs culturelles (morales, éthiques et religieuses) séculaires et pro-occidentales contemporaines, la grossesse est perçue plus comme un risque d'interruption des études de la jeune fille que comme un problème moral ou spirituel.

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

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

Mais avant tout, la fécondité pré maritale traduit une modification du cycle de vie des jeunes femmes. Le retard de l'entrée en union, en raison de la scolarisation notamment, a introduit une période plus longue qu'auparavant, entre puberté et mariage, qui augmente. Par ailleurs, la probabilité de grossesse pré ou extra-maritale reste élevée.

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

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

7-5 La place de la vulgarisation des médias

Auparavant la principale éducation sexuelle des jeunes se faisait généralement après le mariage ou se limitait uniquement à ce qu'elles se disaient entre eux ou entendait par les aînés mais actuellement avec la prolifération de la technologie (la télévision, l'internet, les téléphones portables), les jeunes ont accès à tout et n'importe quoi. Ce comportement a une très mauvaise influence sur l'éducation sexuelle des jeunes.

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

1- Matériels :

1.1- Cadre de l'étude :

Deux (2) établissements secondaires de la commune 5 du district de Bamako (le lycée Kankou Moussa de Daoudabougou et le lycée Castors de Badalabougou) ont servi de cadre d'étude.

1.2- Population d'étude :

Les adolescentes fréquentant les deux(02) établissements secondaires enquêtées.

1.3- Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude :

- Les adolescentes, selon la définition de l'OMS, sont des jeunes de 10 à 19ans fréquentant lesdits établissements qui ont accepté de participer à l'étude après obtention d'une permission des autorités administratives des établissements.

1.4- Critères de non-inclusion :

- Adolescente absente ou refusant de participer à l'étude ;
- Élève ayant dépassé l'âge d'adolescence.
- Adolescente ayant décidé d'interrompre sa participation à l'étude.
- Les questionnaires très mal remplis.

1.6- Ethique : Le consentement éclairé, l'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

2- Méthodes :

2.1-Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive à visée évaluative sur les connaissances attitudes et pratiques de la contraception en milieu scolaire avec deux volets quantitatif et qualitatif.

2.2- Période d'étude :

Le recueil des informations s'est étalé sur la période allant du 11 mai au 15 juin 2016.

2.3- Recueil de données :

2.3.1- Les données quantitatives

Elles ont été recueillies avec un questionnaire individuel prétesté auprès des élèves adolescentes d'un autre établissement pour mieux adapter les questions.

-2.3.2- Les données qualitatives : Elles ont été recueillies à partir des entretiens avec les focus groupes et d'entretien avec les élèves et les enseignants. Les résultats des entretiens des focus groupes et des entretiens ont été transcrits puis saisis sur un ordinateur pour permettre leur exploitation à partir des grilles d'analyse qualitative.

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.

Le test de Khi- deux de Pearson a été utilisé pour la comparaison des variables.

Pour les effectifs inférieurs à 5, nous avons utilisé le test exact de Fisher.

Les différences constatées étaient considérées comme significatives pour une probabilité inférieure à 0,05 avec un intervalle de confiance à 95%.

4- Biais et difficultés de l'étude :

4-1- Biais :

Certaines réponses de participantes sont subjectives et difficiles à vérifier.

Des questions n'ont pas été répondues parce que jugées intimes.

4-2- Difficultés :

On a été confronté à des difficultés telles que :

- Le manque de moyens d'enregistrement des entretiens et des interviews individuelles avec les adolescentes;
- L'indisponibilité des élèves car le plus souvent elles étaient en classe pour les cours ;
- Le traitement informatisé des données ;
- Le manque de moyens financiers pour mener l'enquête dans la majorité ces établissements secondaires de la commune 5 du district de Bamako.

RESULTATS

V.RESULTATS

Tableau I : Répartition des adolescentes selon la tranche d'âge.

Age	Effectif	Pourcentage
14 ans - 15ans	45	15,00
16 ans - 17 ans	222	74,00
18ans-19ans	33	11,00
Total	300	100,00

La tranche d'âge 16 à 17 ans était la plus représentée avec 74,0% avec des extrêmes de 14 à 19ans et un âge moyen de 16,50 ans.

Tableau II : Répartition des adolescentes selon les établissements scolaires.

Etablissement scolaire	Effectif	Pourcentage
Lycée Kankou Moussa	222	74,00
Lycée les Castors	78	26,00
Total	300	100,00

Le lycée Kankou Moussa était le plus représenté avec 74,0%.

Tableau III : Répartition des adolescentes selon les classes fréquentées.

Classes fréquentées	Effectif	Pourcentage
10 ^{ème}	48	16,00
11 ^{ème}	79	26,33
12 ^{ème}	173	57,66
Total	300	100,0

Les classes de 12^{ème} année étaient les plus représentées avec plus de 57,66%.

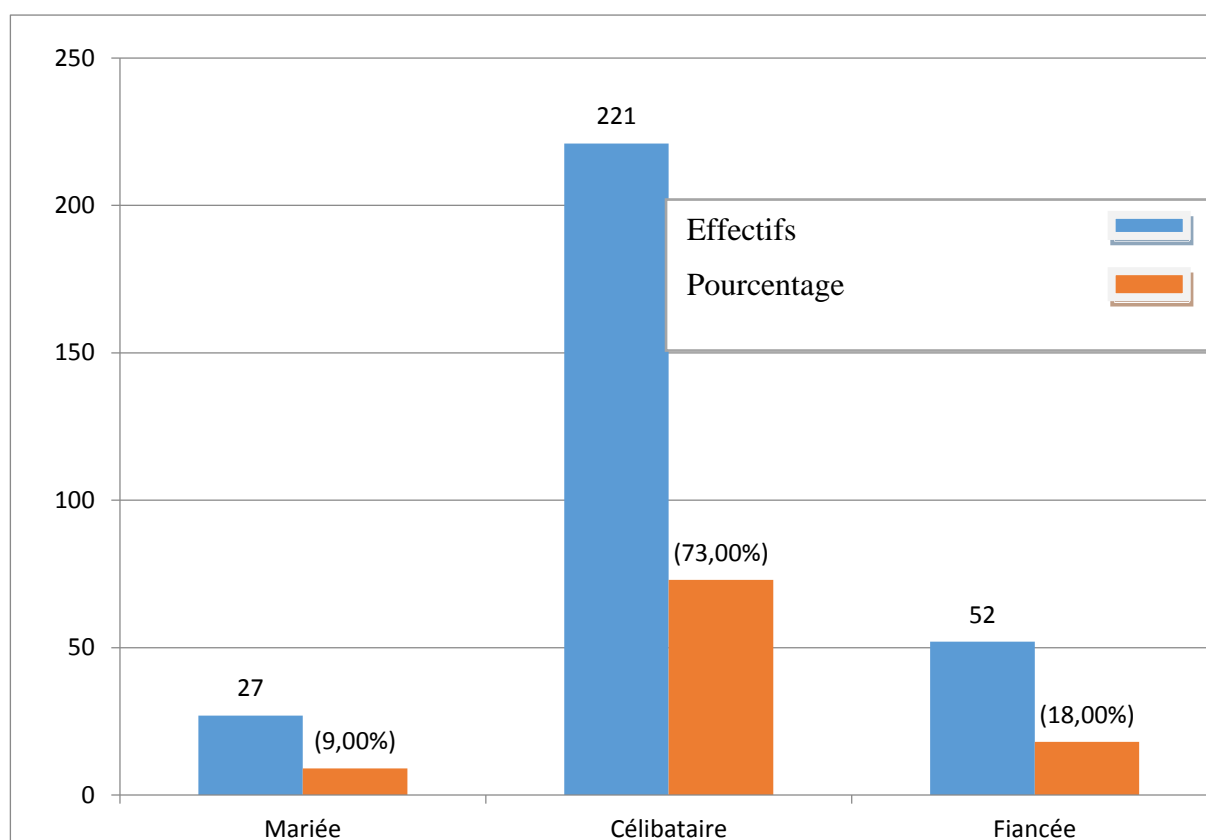


Figure 1 : Répartition des adolescentes selon le statut matrimonial.

La quasi-totalité était célibataire 73%.

Tableau IV : Répartition des adolescentes en fonction de celles qui ont déjà eu des rapports sexuels

Rapports sexuels	Effectif	Pourcentage
Adolescentes ayant eu des rapports sexuels	109	36,33
Adolescentes n'ayant pas eu de rapports sexuels	141	47,00
Aucune réponse	50	16,66
Total	300	100,00

Dans notre étude 36,33% avaient déjà eu des rapports sexuels avec 17 ans comme âge du premier rapport pour la plupart.

Tableau V : Répartition des adolescentes qui ont eu des rapports sexuels en fonction de l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel.

Utilisation du préservatif	Effectif	Pourcentage
Préservatif utilisé	32	29,36
Préservatif non utilisé	77	70,64
Total	109	100,00

Sur 109 adolescentes qui ont eu des rapports sexuels, 29,36% ont utilisé le préservatif lors de leur premier rapport.

Tableau VI : Répartition des adolescentes selon les raisons de l'utilisation du préservatif.

Raisons utilisation préservatifs	Effectif	Pourcentage
Protection contre les maladies	126	57,27
Eviter les grossesses non désirées	94	42,73
Total	220	100

Dans notre échantillonnage 220 adolescentes pensent que les raisons d'utilisation du préservatif étaient : l'éviction des grossesses non désirées et la protection contre les maladies IST VIH/Sida.

Tableau VII : Répartition des adolescentes selon les raisons de la non utilisation du préservatif.

Raisons non utilisation préservatifs	Effectif	Pourcentage
Diminutions du plaisir sexuel	40	50,00
Irritations génitales vierge	8 32	10,00 40,00
Total	80	100,00

Par rapport aux raisons de non utilisation du préservatif (80cas), 50% des cas ont pensé à la diminution du plaisir sexuel.

Tableau VII : Répartition des adolescentes en fonction de la notion d'antécédent de grossesse antérieure.

Antécédent de Grossesse	Effectif	Pourcentage
antécédent de grossesse	78	26,00
sans antécédent de grossesse	222	74,00
Total	300	100,00

Dans notre échantillon 26,00% des adolescentes avaient déjà contracté une grossesse.

Tableau VIII : Répartition des adolescentes qui ont des antécédents d'avortement.

Notion d'avortement	Effectif	Pourcentage
Antécédents avortement	14	17,95
Sans antécédents d'avortement	64	82,05
Total	78	100,00

Les adolescentes enquêtées qui avaient contracté une grossesse dans (17,95%) ont eu recours à un avortement clandestin.

Tableau IX : Répartition des adolescentes en fonction de celles qui ont des enfants.

Adolescentes enfants	et Effectif	Pourcentage
Adolescentes ayant des enfants	64	21,33
Adolescentes n'ayant pas d'enfants	236	78,66
Total	300	100,00

Dans les deux (02) lycées, 21,33% des adolescentes avaient des enfants.

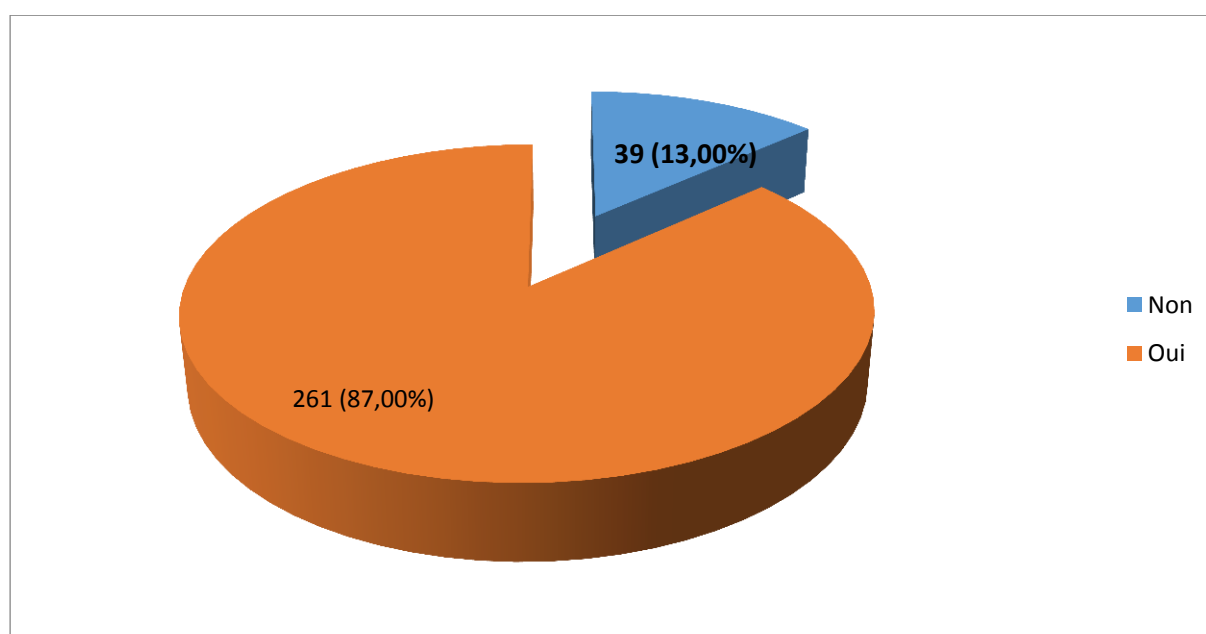


Figure II : Répartition des adolescentes en fonction de leur connaissance du Planning familial (PF)

La majorité des adolescentes soit 87% avait connaissance du planning familial.

Tableau X : Répartition des adolescentes selon les principales Sources d'informations sur le planning familial (PF).

sources d'information sur PF	Effectif	Pourcentage
Médias	128	42,66
Camarades de classe	72	24,0
Agents de santé	60	20,0
Ecole	20	6,66
Parents	20	6,66
TOTAL	300	100,00

Les médias et les camarades de classes étaient les principales sources d'information sur la contraception avec respectivement (42,66%) et (24,0%).

Tableau XI : Répartition des adolescentes sur leur avis par rapport à l'âge indiqué pour l'utilisation du PF

Age indiqué pour PF	Effectif	Pourcentage
16-18 ans	74	24,66
18-20 ans	102	34,00
20-25 ans	82	27,33
25 ans et plus	69	23,00
Total	300	100,00

L'âge de début de la contraception selon les adolescentes est de 18 à 20 ans (34%) et de 20 à 25 ans (27,33 %).

Tableau XII : Répartition des adolescentes en fonction de la connaissance des méthodes contraceptives

Connaissance des méthodes	Effectif	Pourcentage
Condom	73	24,33
Pilules	36	12,0
Injectables	22	7,33
Implants	8	2,66
Condom + pilules	61	20,33
Condom pilules +implants	47	15,66
Pilules+condom+implant+DIU	26	8,66
Autres	8	2,66
Pas de réponse	19	6,33
Total	300	100,00

La méthode de contraception la plus connue par l'ensemble les adolescentes enquêtées était le préservatif (24,33%).

Tableau XIII: Répartition des adolescentes en fonction de la connaissance des méthodes contraceptives selon les établissements

Connaissance des méthodes	Lycée Kankou Moussa		Lycée Castors	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Condom	52	23%	21	29%
Pilules	30	13%	06	8%
Injectables	17	8%	05	6%
Implants	05	2%	03	4%
Condom+ pilules	47	21%	14	18%
Condom+pilules+implants	34	15%	13	17%
Condom+pilules+injectables+DUI	16	7%	10	13%
Autres	07	3%	01	1%
Aucune réponse	14	6%	05	6%
Total	222		78	

On remarque une différence sur la connaissance des contraceptifs entre les adolescentes des deux (02) établissements.

Tableau XIV : Connaissance des adolescentes sur les avantages et les inconvénients des principales du planning familial (PF)

Connaissances avantages et inconvénients des méthodes	Effectifs	Pourcentage
connaissance avantages et inconvénients PF	94	31,33
Méconnaissances des avantages et inconvénients PF	206	68,66
Total	300	100,00

Les avantages et les inconvénients des méthodes contraceptives étaient peu connus par les personnes enquêtées des deux(02) établissements avec seulement (31,33%).

Tableau XV : Connaissances des adolescentes sur les conséquences de la sexualité précoce.

Conséquences de la sexualité précoce	Effectif	Pourcentage
Les maladies	159	53,0
Les grossesses non désirées	94	31,33
L'arrêt précoce des études	47	15,66
Total	300	100,00

Selon les adolescentes enquêtées des deux(02) lycées les conséquences de la sexualité précoce sont les maladies sexuellement transmissibles (53,00%) suivi des grossesses non désirées (31,33%) et l'arrêt précoce de la scolarité(15,66).

Tableau XVI : Répartition des adolescentes selon leurs opinions sur les avortements provoqués.

Opinions sur avortements provoqués	Effectif	Pourcentage
Favorable	23	7,66
Défavorable	244	81,33
Aucune réponse	33	11,0
Total	300	100

La majorité des adolescentes soit (81,33%) n'était pas favorable aux avortements provoqués.

Tableau XVIIa : Répartition des adolescentes selon la connaissance des risques des avortements provoqués clandestins

Connaissances risques d'avortements clandestins	Effectif	Pourcentage
Risques d'avortements connus	200	66,66
Méconnaissances des risques d'avortements	63	21,0
Aucune réponse	37	12,33
Total	300	100,00

Plus de la moitié des adolescentes soit 66,66% des cas connaissaient les risques d'avortements clandestins, la mort et la stérilité ont été les risques les plus cités.

Tableau XVIIb : Répartition des adolescentes sur la connaissance des risques d'avortements provoqués clandestins en fonction des établissements

Risques avortements connus	Lycée KankouMoussa		Lycée les Castors	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Risques avortements connus	135	60,81	65	83,33
Risques avortements méconnus	58	26,12	5	6,41
Aucune réponse	29	13,06	8	10,25
Total	222		78	100%

Il y'a une différence sur la connaissance des risques des avortements clandestins entre les adolescentes des deux (02) lycées.

Tableau XVIII : Répartition des adolescentes qui reçoivent des conseils des parents sur la sexualité

Conseils sur la sexualité des parents	Effectif	Pourcentage
Conseils des parents sur la sexualité	63	21,00
Absence de conseils des parents sur la sexualité	237	79,00
Aucune réponse	29	10,00
Total	300	100,00

Plus de la moitié des adolescentes soit 79% affirmaient que les parents ne leur donnaient pas de conseils sur la sexualité.

Tableau XIX : Opinions des adolescentes sur les rapports sexuels avant le mariage.

Avis sur rapports sexuels avant le mariage	Effectif	Pourcentage
Pour les rapports sexuels avant le mariage	25	8,33
Contre les rapports sexuels avant le mariage	261	87,00
Aucune réponse	16	5,33
Total	300	100,00

Seulement 8,33% étaient d'accord pour les relations sexuelles avant le mariage.

Tableau XX : Répartition des adolescentes sur leurs habitudes à discuter de contraception

Habitudes à discuter de contraception	Effectif	Pourcentage
Habitudes	205	68,33
Pas d'habitudes	72	24,0
Aucune réponse	23	7,66
Total	300	100,00

Les jeunes filles enquêtées dans 68,33% avaient l'habitude de discuter de la contraception avec les camarades et dès fois avec un agent de santé.

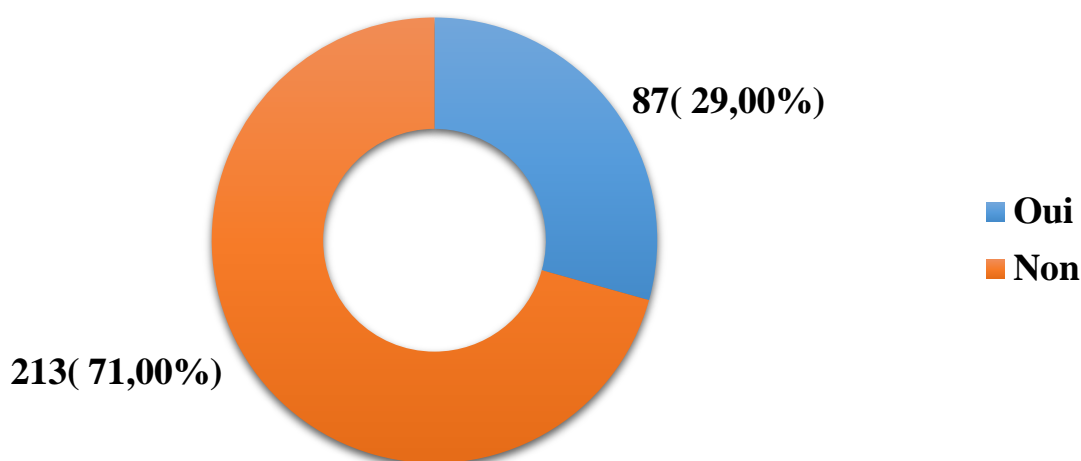


Figure 3 : Répartition des adolescentes en fonction de l'utilisation d'une méthode de contraception.

29,00% des adolescentes affirmaient avoir utilisé une méthode de contraception.

Tableau XXI : Répartition des adolescentes selon le type de méthodes contraceptives utilisées.

Méthodes contraceptives utilisées	Effectif	Pourcentage
Condom	45	51,11
Pilules	19	21,60
Injectables	12	13,63
DIU	-	-
Norplant	8	0,9
Traditionnelles	4	0.45
Total	88	99,65

Le préservatif était la méthode la plus utilisée 51,11%, suivi des pilules 21,60% et les contraceptifs injectables 13,63%.

Tableau XXII : Répartition des adolescentes sur la continuité d'utilisation de leur méthode contraceptive

Continuité d'utilisation de la méthode contraceptive	Effectif	Pourcentage
Utilisation continue de la méthode contraceptive	54	61,36
Arrêt d'utilisation de la méthode contraceptive	34	38,63
Total	88	100,00

Plus de la moitié 61,36% des adolescentes continuent d'utiliser leur méthode contraceptive choisie.

Tableau XXIII : Répartition des adolescentes en fonction des raisons de non utilisation de méthodes contraceptives chez les adolescentes n'utilisant pas de méthodes de contraception

Raisons de la non utilisation de méthodes contraceptives	Effectif	Pourcentage
La peur des effets secondaires	43	20,28%
Le cout et la disponibilité	12	5,66%
L'environnement socioreligieux	90	42,45%
Le manque d'information	67	31,60%
Total	212	100,00

L'environnement socioreligieux (42,45%) et le manque d'information sur les méthodes contraceptives (31,60%) étaient les principales raisons de non utilisation de la contraception.

Tableau XXIV : Répartition des adolescentes en fonction des effets secondaires liés à l'utilisation des méthodes contraceptives chez celles qui utilisaient une méthode de contraception

Effets secondaires	Effectif	Pourcentage
Effets secondaires ressentis	30	34,09
Effets secondaires non ressentis	58	65,90
Total	88	99,99

Les adolescentes dans 34,09% affirmaient avoir ressenties des effets secondaires lors de l'utilisation des méthodes contraceptives.

Tableau XXV : Répartition des adolescentes selon le type d'effets secondaires ressentis en fonction de la méthode contraceptive utilisée.

Effets secondaires/ Méthodes contraceptives	Irritation spotting				Nausées vertiges				prise de poids	
	EFF	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Préservatif	14	46%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Pilules	0	0%	4	13%	2	6%	3	10%	1	3%
Injectables	0	0%	5	17%	0	0%	1	3%	4	13%
Implants	0	0%	4	13%	0	0%	0	0%	3	10%
DUI	4	13%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%

Les principaux effets secondaires étaient les irritations génitales liées à l'usage du préservatif chez 46% des adolescentes.

Tableau XXVI : Opinions des adolescentes par rapport aux obstacles à la contraception.

obstacles à la contraception.	Effectif	Pourcentage
Coût	11	3,66
Environnement socioreligieux	112	37,33
Peur des préjugés négatifs	39	13,0
Effets secondaires	23	7,66
Manque d'information	53	17,66
Les coutumes	61	20,33
Autres	1	0,003
Total	300	100,00

L'environnement socioreligieux était le premier obstacle à la contraception cité par les adolescentes 37,33%, suivi des coutumes 20,33% et du manque d'information 17,66%.

Tableau XXVII : Avis des adolescentes sur l'utilisation de la contraception en milieu scolaire.

Avis sur l'utilisation de la contraception en milieu scolaire	Effectif	Pourcentage
favorable	83	27,66
défavorable	217	72,33
Total	300	100,00

Les adolescentes étaient favorables à l'utilisation de la contraception en milieu scolaire dans 27,66% des cas.

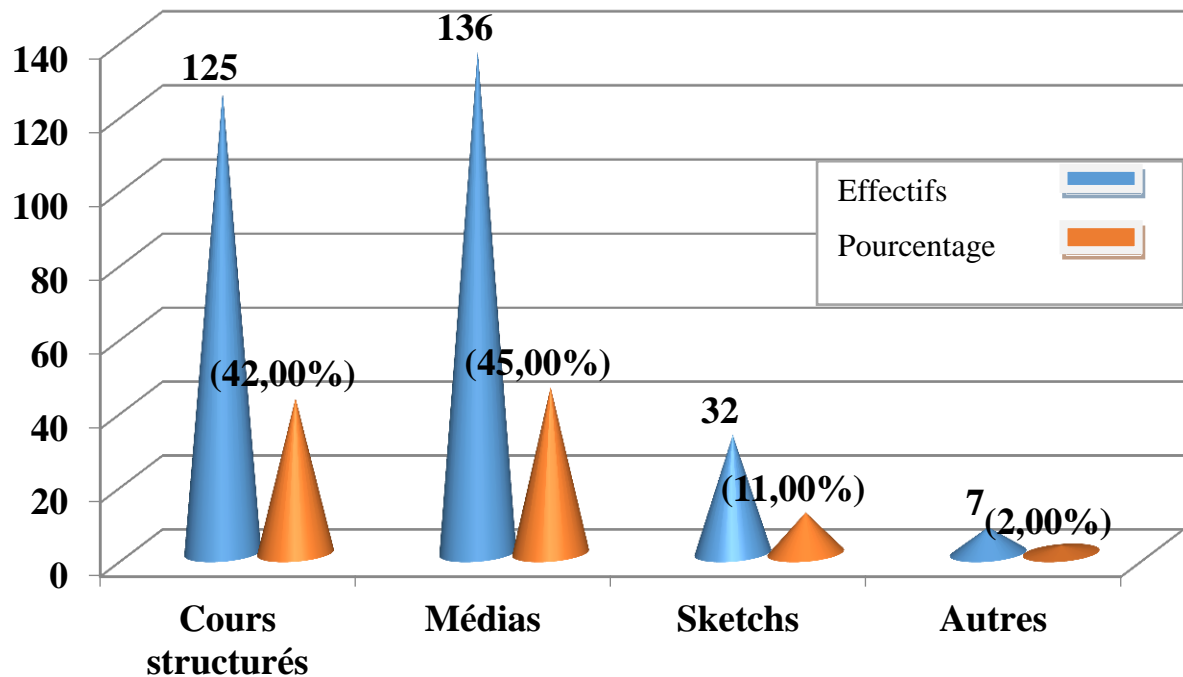


Figure 4 : Les solutions préconisées par les adolescentes pour la promotion de la contraception en milieu scolaire

Une information plus large par les médias et les cours structurés ont été les solutions les plus proposées par les adolescentes avec respectivement 45,00% et 42,00%.

Tableau XXVIII : Répartition des adolescentes selon leurs connaissances des ISTVIH /SIDA.

Connaissances des IST/VIH	Effectif	Pourcentage
Connaissances sur les ISTVIH /SIDA.	212	70,66
Aucune connaissance sur les ISTVIH /SIDA.	88	29,33
Total	300	100,00

La plupart 70,66% des adolescentes connaissaient les **ISTVIH /SIDA**.

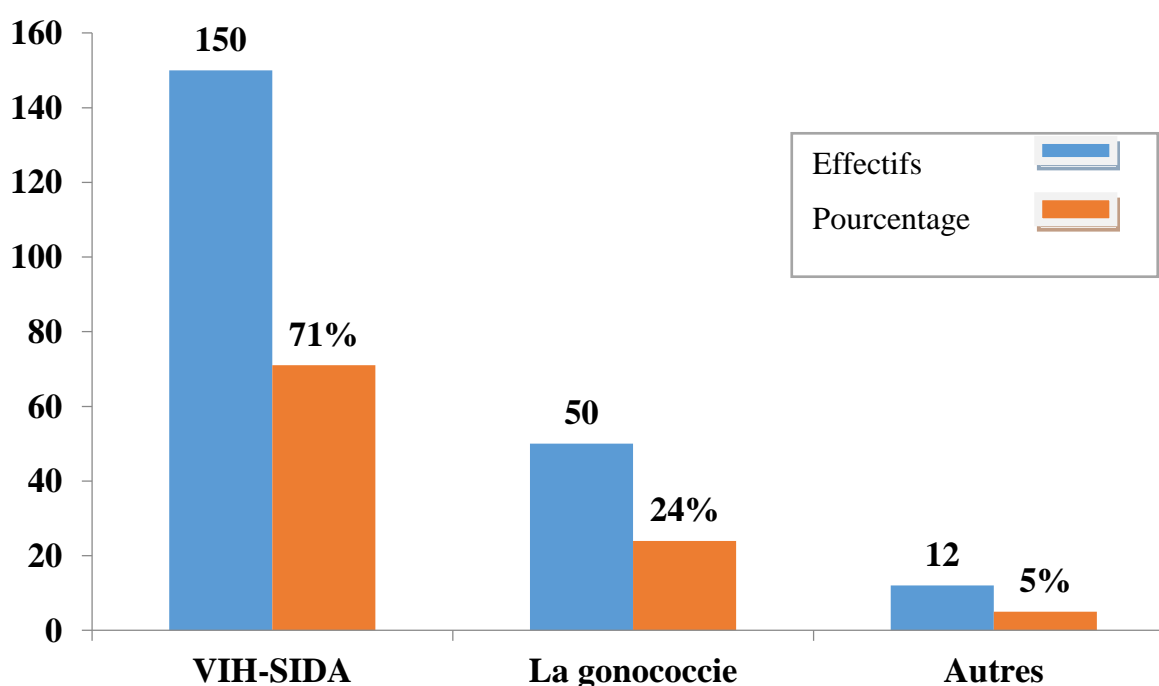


Figure 5 : Répartition des adolescentes selon les types IST Connus

Le VIH-SIDA (71%) et la gonococcie (24%) étaient les deux (02) IST les plus connus des adolescentes.

Tableau XXIX : Répartition des adolescentes selon leurs principales sources d'information sur les IST VIH/SIDA

sources d'information sur les IST VIH /SIDA	Effectif	Pourcentage
Médias	165	55,0
Ecole	65	21,66
Parents	20	6,66
Amis	40	13,33
Autres	10	3,33
Total	300	100

Les médias étaient la principale source des adolescentes sur les IST VIH/ SIDA 55,0%, suivi de l'information reçue à l'école 21,66 et l'information entre amis 13,33%.

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relatives à la contraception en milieu
Scolaire dans la commune v du district de Bamako

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Données qualitatives

1-1- Opinions des adolescentes

1-1-1- Connaissance d'une éducation sexuelle donnée aux jeunes au Mali en milieu familial et scolaire

La plupart des adolescentes trouvent que la sexualité est un sujet tabou qui n'est généralement pas abordé ; c'est pour cela qu'il n'y a pas d'éducation sexuelle en milieu familial. Même avec les aînés ce n'est pas facile de parler de sexualité disait une participante. Une autre ajouta que dans certaines familles on confond l'éducation sexuelle avec les interdits et les mauvaises choses, les avantages de parler de la sexualité ne sont jamais abordés.

Par contre, certaines pensent que l'éducation sexuelle d'une manière générale ne se fait que dans les familles où les parents mènent une vie occidentale. La non utilisation des contraceptifs s'explique par des considérations religieuses, sociales et culturelles. En effet, une participante affirmait que : « les parents pensent qu'en parlant de sexualité avec les enfants cela les ferait dévier du mauvais côté et que l'enfant va emprunter un chemin obscur qui peut le conduire à sa perte. C'est pourquoi, on se débrouille avec les moyens de bord, nous nous informons entre nous si non ils ne nous disent rien, attesta-t-elle ».

De nos entretiens, il ressort qu'il n'y a pas de cours dispensés sur l'éducation sexuelle en milieu scolaire, les cours sur la reproduction dispensés en biologie ne sont autres que l'anatomie et la physiologie. A ce propos, une participante disait ceci : « on ne donne que des cours sur la reproduction ».

Sur ce plan il faut féliciter les ONG qui jouent un rôle capital auprès de nombreuses adolescentes. C'est ainsi qu'une participante ajouta : « A MARIE STOP International, le projet des jeunes joue un rôle très important pour nous, ils prennent tout leur temps pour nous écouter et expliquer tout ce dont on a besoin, je les remercie beaucoup ».

Nous en concluons que la pesanteur socioculturelle et l'absence de programmes scolaires spécifiques sur l'éducation sexuelle constituent un facteur de risque pour les adolescentes et, que de tels programmes sont nécessaires pour la sensibilisation des adolescentes par rapport aux avantages et inconvénients de la contraception.

1-1-2-Attitudes actuelles des adolescentes par rapport à la sexualité

De nos entretiens, il ressort que l'absence de cadre approprié pour s'informer sur la sexualité serait à l'origine des comportements sexuels à risque des adolescentes. Ce sont les médias seulement qui donnent ces informations sans toutefois répondre en substance aux attentes et besoins des adolescentes en matière d'éducation sexuelle. Cependant ces informations souvent non structurées et mal formulées peuvent avoir des effets contraires capables d'induire en erreur les adolescentes en les poussant sur des chemins dangereux. En effet, une participante disait : « on n'a qu'une source d'éducation sexuelle, c'est les médias et cela n'est pas suffisant, on peut être tenté de passer à l'action sans mesurer les conséquences... ».

D'autres ajoutaient que le comportement sexuel à risque des adolescentes est marqué par une précocité, un laisser-aller sous prétexte de civilisation ou de modernité. Elles ajoutaient que les parents ont une part de responsabilité en maintenant les enfants dans l'ignorance ou dans leur isolement.

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

1-1-3-Opinions par rapport à la contraception (planning familial)

La majorité des adolescentes estime que la contraception permet de contrôler les naissances et de maîtriser la fécondité par conséquent d'éviter les IST/VIH-SIDA, les grossesses non désirées.

Elle apparaît ici comme une méthode sûre et fiable sans inconvénient. La planification familiale est vue par d'autres comme un moyen pour les

occidentaux d'avoir de l'argent d'où ces propos : « Ce sont les blancs qui fabriquent ces contraceptifs à but lucratif ».

En revanche, certaines considèrent cette pratique comme un acte lié à l'ignorance : « c'est l'ignorance qui fait que les gens la pratiquent car elle a des conséquences graves affirma une participante ».

Pour conclure, nous dirons que le concept de planification familiale reste confus pour beaucoup d'adolescentes.

1-1-4-Perceptions des adolescentes sur l'utilisation des contraceptifs sur la santé :

De nos entretiens, il ressort que les contraceptifs ont des inconvénients comme la stérilité, les saignements, les maux de ventre, qui peuvent être évités si on s'informe au niveau des structures spécialisées dans ce domaine. Elles affirment que la contraception a certes des avantages mais également beaucoup d'inconvénients. L'abus d'usage, la mauvaise utilisation sont des facteurs qui font que la contraception peut avoir des conséquences.

Certaines préconisent les préservatifs seulement aux jeunes non mariés. Pour d'autres participantes, le préservatif peut se déchirer et entraîner un risque d'IST/VIH-SIDA et de grossesses non désirées.

Nous en concluons que les effets secondaires de la contraception sont mal connus des adolescentes.

1-1-5-Perceptions de la non utilisation des méthodes contraceptives

Les adolescentes pensent qu'avoir des rapports sexuels sans contraception est un comportement à risque. Elles ont évoqué plusieurs facteurs : l'ignorance, le manque de sensibilisation, la pauvreté, la naïveté, les préjugés au sujet des contraceptifs, la volonté de prouver son amour au partenaire. Selon certaines participantes : « C'est surtout le partenaire masculin qui ne veut pas de la protection il demande une preuve d'amour, trouve que le préservatif est démodé et sans goût ».

D'autres pensent que pour des considérations religieuses l'utilisation de la contraception est déconseillée. A ce propos, une participante disait : « elle n'est pas permise à tout le monde, le Pape l'a condamné ».

La pesanteur socioculturelle est également un facteur important. Au cours de notre enquête nous avons eu à collaborer avec l'ONG « MARIE STOP INTERNATIONAL » qui avait organisé une journée de contraception gratuite au sein d'un lycée à l'occasion de la semaine internationale de la planification familiale et ce jour aucun élève n'est venu vers nous et un des enseignants nous disait : « les jeunes ont honte d'aller dans les services de santé pour se planifier car on demande si tu es mariée et si ce n'est pas le cas, c'est mal vu ».

Il apparaît que certaines filles ne font pas de contraception car elles veulent faire des enfants par intérêt « soit pour se marier ou pour se faire entretenir à travers les enfants ». Les raisons de ce comportement à risque sont multiples et variées comme en témoignent les propos cités ci-dessus d'où la nécessité d'une éducation sexuelle formelle et structurée.

Nous pouvons en conclure que les facteurs de la non-utilisation de contraceptifs sont d'ordres multiples : économique, socioculturel, religieux et infrastructurel.

1-1-6- Perceptions des adolescentes sur l'utilisation d'un préservatif après consentement du partenaire

En ce qui concerne l'utilisation du préservatif, les adolescentes d'une façon générale sont prêtes à l'accepter si le partenaire le désire. Mais s'il s'y oppose, il faut alors se plier à sa décision et cela pour plusieurs raisons car c'est l'homme qui finance les besoins de la femme chez certaines ; tandis que chez d'autres, c'est une preuve d'amour et de confiance.

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

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

1-2- Opinions des enseignants

En complément aux entretiens de groupes focalisés, nous avons discuté du sujet avec certains enseignants pour avoir leur opinion enfin de compléter celles des élèves. Les informations reçues au cours de nos entretiens ont été commentées ci-dessous

1-2-1-Opinions des enseignants sur l'éducation sexuelle des adolescentes

De nos entretiens, il ressort qu'aujourd'hui le comportement sexuel des adolescentes laisse à désirer, il est caractérisé par un libertinage (un laissé - aller, désordre) et une absence d'éducation sexuelle à la fois au niveau familial qu'au niveau scolaire. C'est dans ce cadre que le premier à prendre la parole affirmait que : « le temps à l'école ne leur permet pas d'éduquer les adolescentes sur le plan sexuel. Ce sont les parents qui doivent le faire mais ceux - ci sont plutôt préoccupés par la recherche du gain quotidien. De ce fait les adolescentes sont laissées à elles-mêmes et développent des comportements critiques et alarmants sur le plan sexuel ».

En abordant dans le même sens un autre enseignant affirma que : « le comportement sexuel actuel des adolescentes est catastrophique. Pour lui, à 10 ans déjà les adolescentes connaissent l'homme, l'école est remplie de fille-mères et de filles enceintes. Elles ne se gênent pas du tout devant leurs parents de faire le bras dessus, bras dessous avec leurs petits copains ».

Pour conclure, on dira que le comportement sexuel à risque des adolescentes est influencé par le manque d'éducation sexuelle.

1-2-2-Propositions d'amélioration des enseignants par rapport à l'éducation sexuelle des adolescentes

Par rapport à ce sujet il ressort de nos entretiens que l'éducation, les informations et les conseils donnés aux adolescentes dans le domaine de la sexualité sont non seulement insuffisants mais également ne prennent pas en

compte tous leurs besoins en la matière. Pour une meilleure éducation sexuelle des adolescentes, nos différents interviewés ont fait des propositions diverses. Les uns et les autres trouvent qu'il est souhaitable tout d'abord de recenser les différentes préoccupations en matière de sexualité et de créer ensuite un programme scolaire cohérent en faisant de l'éducation sexuelle une matière à part entière.

Ces cours pourront par exemple commencer au niveau du second cycle fondamental pour se poursuivre dans les établissements secondaires, voir supérieurs. La participation des ONG, des médecins et d'autres spécialistes en la matière sera d'un atout inestimable. Les uns et les autres pensent également qu'il faut démystifier le sujet de la sexualité en multipliant les campagnes de sensibilisation auprès de la population sur le sujet. Enfin certains pensent que les familles ont un grand rôle à jouer dans l'éducation sexuelle des adolescentes. Elles doivent surtout les contrôler et les orienter.

Nous en concluons que malgré les efforts consentis dans le domaine, il reste beaucoup à faire, en passant par la prise en compte de l'éducation sexuelle comme une matière à part entière dans le programme scolaire.

2- Données quantitatives

2-1-L'âge

Dans notre étude, les adolescentes de 16-17 ans représentaient (74,00%) de l'échantillon. Une différence statistiquement significative entre la classe d'âge et l'utilisation de contraceptif a été retrouvée.

L'âge moyen est de 16,50 ans avec des extrêmes de 14-19 ans. Ces chiffres sont voisins de ceux retrouvés chez Kané (21) où l'âge moyen était de 16,44 ans. Il était de 16,6 ans chez Abauleth (28) et de 17,6 ans chez Miller (29).

2-2-Statut matrimonial

Dans notre étude 18% des adolescentes étaient fiancées et seulement 9% étaient mariées, les filles qui vont au lycée envisagent en général une étude universitaire qui ne va pas de pair avec les obligations matrimoniales.

2-3-Etablissement secondaire

Les élèves du lycée Kankou Moussa représentaient (74,00%) de notre échantillon. Cela peut s'expliquer par le fait que le Kankou Moussa est un lycée public alors que le Castors est un établissement privé et une différence significative a été retrouvée avec la connaissance des contraceptifs car les adolescentes qui fréquentent le privé sont en générale issues d'une famille aisée financièrement et ont en général des parents instruits qui leur donnent généralement des conseils sur la sexualité et elles ont accès à beaucoup de méthodes de la technologie moderne (ordinateurs, téléphones ,internet) .

2-4-Adolescentes ayant déjà eu des rapports sexuels

Dans notre étude (36,33%) des adolescentes affirmaient avoir déjà fait au moins une fois des rapports sexuels. La différence est statistiquement significative sur l'utilisation de contraceptif. Cela peut s'expliquer par l'ignorance et l'insouciance des adolescentes.

2-5-Age du premier rapport sexuel

L'âge moyen de la première expérience sexuelle était de 17ans dans notre étude Cet âge moyen est comparable à celui retrouvé au Ghana 16,8 ans dans le magazine Echange MAQ (11), Pichot (36) a trouvé dans son étude que 34% des adolescentes ont eu leur premier rapport sexuel avant 16 ans.

Chez Bilodeau (4), Forget (15), et Kané (21) trouve que les âges moyens au premier rapport sexuel sont respectivement 14 ans, 15,7 ans, 14,87 ans. Cet âge est inférieur à celui de notre étude.

2-6-Connaissance sur la contraception

Dans notre étude, les adolescentes avaient entendu parler de contraception dans 87,00%. Ce taux est supérieur à celui d'Adom (22) et Kané (21) qui ont trouvé respectivement 69,40%, 60%. Cela peut être lié à la diversité des médias actuels

2-7-La source d'information des adolescentes sur la contraception :

Dans notre étude, 42,66% des adolescentes avaient comme source d'information sur la contraception les médias, d'autres avaient eu des informations par des amis dans 24,00% ; les structures sanitaires 20,66% ; l'école et les parents 6,66%.

Notre taux d'information au niveau scolaire est inférieur à celui d'Adom (22), Miller (28) et Kamtchouing (20) qui ont trouvé respectivement 31,16%, 42%, 21%. La source d'information des adolescentes sur la contraception dans le cadre de notre étude à l'école semble être faible, cela peut être lié à l'absence de programme scolaire spécifique en la matière.

2-8-Connaissance et utilisation des méthodes de contraception

La connaissance des méthodes de contraception n'équivaut pas à leurs utilisations pratiques chez les adolescentes. En effet 87% de l'échantillon connaissaient la contraception et parmi elles, seules 29% avaient utilisé un contraceptif. Cela peut être d'ordre socioculturel ou religieux ou liée au manque d'information.

Nos résultats sont comparables à ceux de Camara (6) qui a trouvé 90% et 10%, les résultats similaires ont été retrouvés en Tanzanie 80% et 10% (11).

Cependant Miller (28) a trouvé que 17% des élèves utilisaient une méthode de contraception. En revanche, Kamtchouing (20), Duprez (10) et Daures (7) ont trouvé 41%.

2-9-Les différents types de méthode contraceptive déjà utilisée par les adolescentes

Le préservatif était la méthode contraceptive la plus utilisée avec 51,11% suivi de la pilule 21,60% et des contraceptifs injectables 13,63%. Le taux d'utilisation élevé d'utilisation du préservatif peut s'expliquer par la disponibilité et la vente libre de ce contraceptif.

Ces résultats sont comparables à ceux de Kané (21) où le préservatif était utilisé dans 77,3% des cas, suivi par la pilule 8% et les injectables 12,7%.

Abaueth (28) avait trouvé 55,7% pour le préservatif, 13,76% pour la pilule, 12,17% pour les injectables.

2-10-Raisons de non-utilisation des méthodes de PF

Malgré les efforts consentis dans le domaine de la PF, la religion et l'environnement socioculturel étaient les principales raisons de non-utilisation de ces méthodes dans 42,45% des cas, le manque d'information 31,60%.

Nos résultats sont comparables à ceux de CISSE.Y. A(3) qui a trouvé que la religion était la principale raison de non utilisation de la contraception dans 46,10%, suivi de l'ignorance 35,50%.

2-11-Raisons de désapprobation de la contraception

L'environnement socioreligieux ; les coutumes, le manque d'information et la peur des effets secondaires étaient les raisons de désapprobation de la contraception. Cela peut être lié au manque de communication sur le sujet.

2-12-Opinions sur les avortements provoqués

Dans notre étude 81,33% de l'échantillon désapprouvaient l'IVG contre 7,66% qui l'approuvaient et 11,00% des adolescentes n'ont pas donné de réponse. Beaucoup d'adolescentes ont affirmé que c'est la pesanteur sociale, économique et culturelle qui pousse les filles à avorter et le plus souvent sous la direction de leur mère.

Cependant la connaissance des risques d'avortement provoqué n'a pas eu une influence statistiquement significative sur l'utilisation de contraceptif.

2-13-Les facteurs pouvant influencer la contraception

Au cours de notre étude, certains facteurs pouvant influencés l'utilisation de la contraception chez les adolescentes ont été étudiés.

Plusieurs facteurs (la classe d'âge, la filière d'étude, la connaissance de l'existence de services PF, existence d'un partenaire, le statut matrimonial de l'adolescente, l'environnement socioculturel, la religion ; le manque d'information ; avoir des rapports sexuels avec des partenaires multiples,) ont une influence sur l'utilisation de la contraception.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VIII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- Conclusion

La connaissance de la contraception n'équivaut pas à son utilisation pratique chez les adolescentes. La majorité des adolescentes déclarait connaître la contraception parmi lesquelles seules quelques une d'entre elles utilisaient un contraceptif. Les adolescentes avaient plusieurs sources d'informations sur la contraception, dominées par les médias et les camarades.

Les raisons de désapprobation de la contraception étaient respectivement l'environnement socioreligieux ; les coutumes et l'ignorance.

Les différentes solutions proposées par les adolescentes étaient les cours structurés et une information plus large par les médias.

Malgré les efforts consentis il reste beaucoup à faire auprès des adolescentes pour une meilleure compréhension de la sexualité et des méthodes contraceptives pour diminuer l'incidence des grossesses non désirées, des avortements clandestins et des IST- VIH/SIDA.

2-Recommandations

2-1-Aux Autorités Politiques et Sanitaires

2-1-1-Introduire l'éducation sexuelle au niveau de l'enseignement fondamental et secondaire.

2-1-2-Créer et multiplier les centres agréés pour les jeunes au niveau national et au niveau régional et local afin de permettre aux adolescentes de les fréquenter régulièrement et facilement.

2-1-3 Promouvoir la scolarisation des filles

2-2-Aux adolescentes

- S'informer à partir de la puberté des différentes modifications physiologiques de l'organisme afin de comprendre le cycle menstruel, la sexualité, la contraception, etc.

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

2-3- Au personnel médical et para médical

- Etre attentif et disponible à l'égard des adolescentes.

-Mener un counseling initial spécifique et de suivi sur le planning familial

2-4- Aux éducateurs (enseignants)

-S'informer sur la sexualité pour mieux orienter les élèves.

2-5- Aux parents

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

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-Rapport ONU 2014

Virgina, Le et al the world's youngest populations, euro monitor international, 2012; p 1-64

2-ONU. 2005.

“World Population Prospects: The 2004 Revision: File 1: Total Population Both Sexes by Age Group, Major Area, Region and Country, Annually for 1950-2050 (in thousands) (Pop/DB/WPP/Rev.2004/4/F1).” Tableau électronique. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.

3_ CISSE Y. A.

La contraception en milieu scolaire en commune urbain de GAO. Thèse méd. GAO USTTB 2008. (10M200)

4- Barbara. S, Maryse. D : Les cahiers dynamiques Aborder la sexualité à la Roche Brest ; 2011 ; 50

5- INFOSTAT ET CELULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE (CPS) : Enquête démographique et de santé du Mali Planification familiale Mali, EDS M V Mai 2014 450- 57-80.

7-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 USTTB 2004. (04M49)

8-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 USTTB 2003. (03M6).

9- 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.

10-Dr Galtier. B+

Larousse medical 00001 2^{ème} edition Paris [10] 1996; 1203p

11-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

12-Serfaty D.

La contraception. Doin éditeurs, Paris. 1986

13- ROBERT J.I. LEKE :

Aspect éthique de la planification familiale en ligne sur http://www.gfmer.ch/Cours/Planification_familiale.html 14- 16- Cameroun 30/9/2004

14-Boubacar M.

Etude épidémioclinique 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 USTTB 2003.

15-Nian M.

Approche épidémioclinique de la grossesse chez l'adolescente à l'hôpital régional de Kayes. Thèse méd, Bamako USTTB; 2000. (00M99)

16-Smallwood G, Meador M, Lenihan J, Shangold G, Fisher A, Creasy G. ORTHO EVRA/EVRA 002 Study Group.

«Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system», *ObstetGynecol*, vol. 98, 2001, p. 799-805.

17-Dieben TO, Roumen FJ, Apter D. « Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring », *ObstetGynecol*, vol. 100, n° 3, 2002, p. 585-93.27.Kaunitz

AM, Garceau RJ, CromieMA.

«Comparative safety, efficacy, and cycle control of Lunelle monthly contraceptive injection and Ortho-Novum 7/7/7 oral contraceptive », Contraception, vol. 60, n° 4, 1999, p. 179-87.

18-International Development Research Centre.

Planning traditionnel au Mali. Education sexuelle en Afrique tropicale 1973 ; p 54.

19-Jean Claude L.

Pour une éthique de la procréation. Paris, éditions du Cerf 1998 ; 2 : 31.

20-Fédération inteance : utilisation de la contraception chez l'adolescente. III^{ème} Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006

21-Nekan F.

Les facteurs de risque de la grossesse chez l'adolescente célibataire de la commune IV. Thèse méd, Bamako : USTTB ; 1995. (95M39).

22 Adom-AnoumatackyML La contraception chez l'adolescente en milieu scolaire. III^{ème} Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006

23-Pichot F., Dayan Lintzer M.

Résistance et complianc e à la contraception à l'adolescence. Contraception, Fertilité, sexualité 1985 ; 19, 10 : 1055-61.

24- Ta-Ngoc Chau

Aspect démographique de la planification de l'éducation. UNESCO 2002

25 Bellamy.C

Une maternité sans risque dès aujourd'hui [en ligne] 1998 [7 Avril] disponible : [http\\ :www.unicef.org](http://www.unicef.org) « french »newsl ine

26-Ordre des sages-femmes du Mali

Bulletin Semestriel de l'ordre des sages-femmes du Mali en Aout 2005 numéro 002

27-Kané F, Zino J M, Peña M L, Diallo.

La contraception en milieu scolaire à Mopti. IIIème' Congrès de la SOMAGO
du 3 au 5 avril 2006

28-Abaueth R, Koffi A, Adjoby R, Mian B, Angoi V et col

Connaissances et utilisations de la contraception chez l'adolescente. IIIème
Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 Avril 2006

29-Miller W.B.

Sexuality, contraception and pregnancy in a high school population. California
Med 1973 ; 119, 2 : 14-21.

30-Kamtchouing P., Takoungi., N'Goh N., Yakam I.

La sexualité des adolescents en milieu scolaire à Yaoundé (Cameroun).
Contraception, fertilité, sexualité 1997; 25,10 : 798-801.

31-Duprez D., Viala M.

Adolescence et avortement. Évolution psychiatrique 1985 ; 50, 2 : 357-81.

32-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.

33- Pichot. F, Dayan Lintzer. M

Résistance et compliance à la contraception à l'adolescence.
Contraception, Fertilité, Sexualité 1985; 19 ;10: 1055-61

34-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.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE POUR LES SCOLAIRES

Date de l'enquête...../...../201...

Questionnaire N°.....Nom de

l'enquêteur.....

I. IDENTIFICATION ET CARACTERISTIQUE SOCIO

DEMOGRAPHIQUE

Q1- Age.....Q2-Ethnie.....

Q3- Quartier

Q4- Etablissement.....

Q5- Classe fréquentée.....

Q6- Statut matrimonial.....

II. ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRIQUE ET COMPORTEMENTS

SEXUELS

Q7- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? OUI.....ou NON.....

Q8- Si OUI, âgé du premier rapport

sexuel :.....ans

Q9- Connaissez-vous le préservatif au moment de votre premier rapport sexuel ?

OUI..... Ou NON.....

Q10-Avez-vous un préservatif lors de ce premier rapport

OUI..... Ou NON.....

Q12- Qui a pris la décision :

- Vous-même..... ; - Votre partenaire..... - Vous

deux.....

Q13- Et lors des rapports suivants, utilisez-vous le préservatif

- Toujours ; - De temps en temps..... ; -

Jamais.....

Q14- Donnez vos raisons sur l'utilisation ou la non utilisation du préservatif lors

des rapports sexuels ?.....

.....

Q15- Avez-vous déjà eu une grossesse ? OUI.....ou

NON.....

Q16- Avez-vous déjà fait un avortement ? OUI.....ou

NON.....

Si OUI, à quel âge de la grossesse ?.....Mois

Etait-il spontané OUI..... ou NON.....

Q17- Avez-vous des enfants ? OUI..... ou

NON.....

Si oui combien ?.....

Connaissance du planning familial (PF)

Q18- Savez-vous qu'on peut prévenir les grossesses non désirées ? OUI.....ou

NON.....

Si OUI comment.....

Q19- Avez-vous déjà entendu parler du planning familial ?

OUI..... ou NON.....

Si OUI, à quoi ça sert ?

.....

.....

Q20- Quelles sont vos principales sources d'information sur planning familial ?

- Agent de santé
- Camarades de classe
- Parents
- Médias (radio-télé)

Q21- Quelles sont les catégories de personnes visées par le PF ?

.....

.....

Q22- a partir de quel âge une personne peut-elle visée se faire

planifier.....ans

Q23- Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ?

- Préservatif (condom)
- Pilules
- Injectables
- DIU
- Norplant
- Traditionnelles
- Autres à préciser

Q24- Connaissez-vous les avantages et les inconvénients liés à chaque méthodes
contraceptives ?

Méthodes	Avantages	Inconvénients
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		

Q25- Quelles sont les conséquences liées à la sexualité sans protection chez les
jeunes ?.....

Q26- Quelles sont selon vous les conséquences des grossesses rapprochées ?

.....
.....

Q27- Connaissez-vous les risques encourus par les filles qui pratiquent les
avortements ?

OUI..... ou NON.....

Si OUI, pouvez-vous citer quelques-uns de ces risques ?

.....
.....

III. ATTITUDE FACE LA CONTRACEPTION

Q28- Pensez-vous qu'il faut discuter de contraception ? OUI..... ou

NON.....

Si OUI, avec qui ?

.....

..

Q29- Vos parents vous donnent-il des conseils sur la sexualité ?

OUI..... ou NON.....

Q30- Une personne ne devrait pas avoir de rapports jusqu'à quel âge ?

- Avant 15 ans
- Avant 18 ans
- Avant 21 ans

Q31- Une personne devrait-elle avoir des rapports sexuels avant le mariage ?

OUI..... ou NON.....

Donnez vos raisons

Q32- Est-il important qu'une fille reste vierge jusqu'au mariage ?

OUI..... ou NON.....

Pourquoi ?

.....

Q33- Pensez-vous qu'il nécessaire d'avoir toujours l'approbation de votre
partenaire avant l'utilisation le préservatif.

- C'est obligatoire
- C'est nécessaire
- Je ne sais pas.....

Q34- Quelle est votre opinion sur les avortements provoqués

- Je suis favorable
- Je suis défavorable

IV PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

Q35- Avez-vous déjà discuté de contraception ? OUI..... ou

NON.....

Si OUI, avec qui

- Avec votre partenaire

- Avec vos parents
- Avec des amis.....
- A l'école.....
- Avec un agent de la santé

Q36- A votre avis qui doit décider de la contraception ?

- Vous-même.....
- Votre partenaire
- Votre partenaire et vous (vous deux).....
- Vos parents
- Je ne sais pas.....

Q37- Avez-vous utilisée une méthode de contraception dans le passé ?

OUI..... ou NON.....

Si OUI, laquelle..... Pendant combien de
temps.....

Q38- Continuez-vous encore cette méthode ? OUI..... ou
NON.....

Si NON, qu'est-ce qui vous a fait abandonner cette
méthode ?.....

.....
.....

Q39- Utilisez-vous une méthode de contraception en ce moment ?

OUI..... ou NON.....

Si OUI,

laquelle ?..... Pourquoi.....
.....

Si NON, donnez- les raisons pour lesquelles vous n'utilisez pas de méthodes de
contraception ?.....

.....

Q40- Depuis combien de temps utilisez-vous cette
méthode ?.....

Q41- Quelles sont les raisons du choix de cette
méthode ?.....

Q42- Qui vous a conseillé d'utiliser une méthode de
contraception ?.....

Q43- Avez-vous ressenti des effets secondaires (troubles) pendant l'application
de cette méthode ? OUI..... ou NON.....

Si OUI, de quel type ?

- Irritation
- Vertiges.....
- Nausées.....
- Prises de poids.....
- Autres (à
préciser).....

Q44- Avez-vous fait une consultation avant l'utilisation de cette méthode ?
OUI..... ou NON.....

Si NON,

pourquoi ?.....

.....

Q45- Quels sont les obstacles à l'utilisation de cette méthode

- Le prix.....
- La religion.....
- La peur d'être jugé défavorablement.....
- Les effets secondaires.....
- Le manque d'information.....
- La tradition.....

- Autres (à préciser).....

.....

Q46- Etes-vous favorable à l'utilisation de la contraception en milieu scolaire ?

OUI..... ou NON.....

Si OUI, à partir de quel âge ?..... Donnez-
vos raisons :

.....

.....

Q47- Qu'est-ce-que vous préconisez pour promouvoir l'utilisation des méthodes
contraceptives en milieu scolaire ?

- Cours structuré
- Information plus larges par les médias
- Les sketches
- Autres (à préciser)

V. INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE ET SIDA

Q48- Connaissez-vous les IST ? OUI..... ou NON.....

Si OUI ?

Lesquelles ?.....

....

Quels sont les maîtres de symptômes des affections que vous
connaissez ?.....

.....

.....

Q49- Avez-vous déjà contracté une IST ? OUI..... ou

NON.....

Si OUI, quels étaient les principaux

signes ?.....

.....
.....
Q50- Quel traitement avez-vous fait :

- Médecine moderne ?.....
- Automédication.....
- Traditionnelle.....
- Aucun.....

Donnez-vos raisons ?.....

Q51- Peut-on avoir une IST sans manifester les signes de la maladie ?

OUI..... ou NON.....

Q52- Connaissez-vous le SIDA ? OUI..... ou NON.....

Q53- Quelles sont vos principales sources d'information sur les IST.SIDA ?

- Médias.....
- Parents.....
- Amis.....
- Autres (à préciser).....

Q54- Croyez-vous à l'existence du SIDA. OUI..... ou

NON.....

Donnez-vos

raisons :

.....

Q55- Quelles sont les voies de transmissions du SIDA que vous
connaissez ?.....

.....

.....

Q56- Citez les symptômes du SIDA que vous

connaissez :

.....

.....

Q57- Peut-on être infecté par le virus du SIDA sans avoir les symptômes de la
maladie du SIDA ? OUI..... ou NON.....

Q58- Existe-t-il un traitement contre le SIDA que vous connaissez ?

.....
.....
.....
.....

Q59- Peut-on guérir définitivement du VIH/SIDA ? OUI..... ou
NON.....

Existe-t-il un vaccin ? OUI..... ou NON.....

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : DEMBELE

PRENOM : AROUNA

**Titre de la thèse : Connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relatives
à la contraception en milieu scolaire dans la commune v du district de Bamako**

ANNEE DE LA SOUTENANCE : 2018

VILLE DE LA SOUTENANCE : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : santé publique / santé de la reproduction

**RESUME : nous avons réalisé une étude transversale à visée évaluative et
descriptive sur les connaissances, attitudes et pratiques de la contraception chez
l'adolescente en milieu scolaire dans 2 établissements secondaires de la
commune v du district de Bamako « le lycée Kankou Moussa et le lycée
CASTORS » :**

Dans notre étude nous avons constaté que la majorité des adolescentes
connaissaient la contraception 87% et peu d'entre elles utilisaient une méthode
contraceptive seulement 29% et la plupart était sexuellement active. L'utilisation
de la contraception en milieu scolaire est influencée par la pesanteur
socioculturelle et religieuse et l'ignorance (le manque d'éducation sexuelle) et la
solution face à ce problème par l'introduction de l'éducation sexuelle dans les
programmes scolaires et la création de nombreux centres d'appuis et d'écoutes
pour les jeunes pour une meilleure compréhension des problèmes et les besoins
de cette couche de la société assez vulnérable.

**Mots clés : contraception ; adolescentes ; milieu scolaire ; connaissances ;
attitudes ; pratiques.**

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure