

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO.**

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année Universitaire 2012/2013

N°

THESE

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES
SUR LA SANTE DE LA REPRODUCTION EN MILIEU
SCOLAIRE (Centre d'Enseignement Professionnel
et Lycée) A KALABAN CORO**

**Présentée et soutenue publiquement le ... /... / 2013 devant le
Jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali**

Par: **M. Moussa KONATE**

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Professeur Salif DIAKITE
Membre : Dr Soumana Oumar TRAORE
Co-directeur : Dr Alassane TRAORE
Directeur de thèse : Dr Moustapha TOURE

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail à :

ALLÂH Le Tout-Puissant, Le Clément, Le Miséricordieux, qui m'a donné la bonne santé, la force et le courage de mener à bien ce travail au bout. Qu'ALLÂH accepte ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de ma foi en lui. Merci Seigneur !

Mon défunt frère: Feu Sékou KONATE

J'aurai tant souhaité que tu sois avec nous ce jour mais le destin en a décidé autrement. Dors en paix dans le royaume de Dieu. Amen !

Mon Père : Modibo KONATE

Les mots me manquent pour traduire ce que je ressens. Tu t'es investi personnellement à mon éducation depuis mon enfance et tu as été pour moi un modèle de personnage par ton travail, ton dévouement, ta rigueur et ton pardon pour la vie humaine. Que ce modeste travail soit une récompense de tes nombreux sacrifices et t'apporte toute la satisfaction attendue. Que le Tout puissant me permette de m'inspirer de tes vertus en témoignage de ma reconnaissance. Longue vie, amen !

Ma Mère : Aoua CISSE

Chère maman, tu m'as toujours conseillé et assisté dans les moments difficiles. Ta générosité, ta douceur, ta chaleur, ton amour, ton courage, ta modestie et ton humilité ont beaucoup contribué à la stabilisation de notre famille. Ce travail est l'aboutissement de toutes les souffrances que tu as endurées pour nous. Qu'Allah le miséricordieux te donne longue vie. Amen !

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS :

Mes remerciements à :

Mes frères et sœur : Daouda dit Odiouma, Oumar et Aiché

Rien ne vaut la chaleur familiale. Que notre famille se maintienne et demeure unie à jamais. Votre soutien et votre assistance tout au long de ce difficile parcours m'ont été d'un réconfort inoubliable. Que ce travail qui est aussi le vôtre, témoigne de toute mon affection.

Mon grand-père Mr Famakan CISSE et famille

Merci pour l'investissement et l'assistance permanente que vous m'avez apporté dans mes études. Soyez rassurés de mon admiration pour la rigueur, le soutien et les conseils constructifs. Vous resterez pour moi une source d'inspiration et de richesse. Croyez à ma profonde reconnaissance. Que Dieu vous bénisse ainsi que vos enfants. Amen !

Mon cousin Karim Diakité et ma cousine Chata Niang : Ce travail est aussi le vôtre ; A vous ma grande tendresse et mon estime.

Mes Amis et Camarades : Mohamed Lamine Guindo, Dioncounda Sissoko, Aboubacar Guindo, Dr Raymond Sacko, Cheick Omar Guindo, Mamadou Sylla, Kardigué Kamissoko, Abdoulaye Berthé, Fousseiny Cissé, Mohamed Fomba...

L'amitié est un sentiment qui se vit et n'a pas besoin de se dire. Vous êtes ancrés dans mon cœur par tant de choses partagées ensemble. Merci pour votre affection et votre sympathie. A travers ce travail je vous réitère toute ma reconnaissance.

Mon Ami et compagnon de tous les jours Dr Lassina DRAME

Depuis la 11^{ème} Année SB nous sommes devenus inséparables. Tu as été pour moi un compagnon de lutte. Ensemble nous avons enduré des souffrances et des difficultés. Cher ami, les mots me manquent pour te dire merci car tu as toujours été à mes cotés pour que mon rêve soit une réalité. Ce travail est le tien.

Tout le personnel de la FMOS: Grâce à votre rigueur et votre dévouement pour le travail bien fait la FMOS jouit d'une renommée internationale; soyez assuré de notre profonde gratitude.

Mes maîtres formateurs:

Dr Modibo D SOUMARE, Dr Modibo DICKO, Dr Alassane TRAORE, Dr Yacouba SYLLA : Merci pour votre encadrement, votre simplicité, le respect pour la personne humaine, la rigueur et votre amour pour le travail bien fait. Je vous remercie infiniment.

Mes aînés Médecins

Merci pour votre effort d'encadrement et pour vos sages conseils de Grand frère.

Mes Collègues internes et externes :

Merci pour votre sympathie et pour la très bonne Collaboration.

Tout le personnel du CSRéf de la commune I: plus particulièrement à nos très chères « tanties » les sages femmes, merci pour l'enseignement dont nous avons bénéficié auprès de vous.

L'administration du Lycée Public de Kalaban-coro (L.P.Kro), du Lycée Privé Kampola (L.P.Kampola) et de l'Institut Secondaire de Formation et de Gestion d'Entreprise (I.S.F.G.E)

Votre franche collaboration a été très déterminante pour la réalisation de ce modeste travail, je ne peux taire toute la disponibilité, la simplicité et la courtoisie dont j'ai joui durant l'enquête. Je vous souhaite beaucoup de succès dans vos différentes tâches, plein de joie dans vos foyers respectifs.

Tout le corps professoral du Lycée Public de Kalaban-coro (L.P.Kro), du Lycée Privé Kampola (L.P.Kampola) et de l'Institut Secondaire de Formation et de Gestion d'Entreprise (I.S.F.G.E) : Pour leur compréhension et leur disponibilité. Je vous dis merci à tous et à toutes.

Tous les élèves du Lycée Public de Kalaban-coro (L.P.Kro), du Lycée Privé Kampola (L.P.Kampola) et de l'Institut Secondaire de Formation et de Gestion d'Entreprise (I.S.F.G.E)

Mes remerciements et encouragements ne suffiront peut être pas pour exprimer toute ma reconnaissance à votre endroit. Pour votre disponibilité, votre patience et votre curiosité, je ne saurais assez vous remercier. Qu'ALLAH vous satisfasse.

Dr Jacob Dabo et toute son équipe particulièrement le Major Mr **Bakary Samaké** de l'Association Santé Communautaire de Kalaban-coro(ASAKOKA) : Merci pour votre parfaite collaboration.

Un spécial remerciement à Docteur Mamadou Daba COULIBALY

Ce travail est le vôtre. Votre assistance, votre encadrement et les efforts consentis à l'élaboration de ce document m'ont été d'un apport capital.

**HOMMAGES
AUX HONORABLES
MEMBRES
DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Salif DIAKITE

- ✓ **Professeur titulaire honoraire de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.**

Cher maître,

Vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable.

Votre simplicité, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre désir d'égalité entre les hommes, votre humanisme, votre franchise font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

Puisse DIEU le tout puissant vous rendre au centuple vos bienfaits.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

Docteur Soumana Oumar TRAORE

✓ **Gynécologue Obstétricien au Centre de Santé de Référence de la Commune V**

Cher Maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de juger ce modeste travail en dépit de vos multiples occupations.

Homme de science et de rigueur ; votre souci constant de transmettre vos connaissances à forcé notre admiration. Votre amour pour le travail bien fait, fait de vous un exemple, ce travail est également le vôtre :

Recevez ici, l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre sincère respect

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Docteur Moustapha TOURE

- ✓ **Diplômé de Gynécologie et Obstétrique**
- ✓ **Diplômé d'échographie de la faculté de Médecine de Brest**
- ✓ **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 du Master en recherche sur le système de Santé de l'Université libre de Bruxelles**
- ✓ **Chef de service de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital du MALI**
- ✓ **Maître assistant de gynécologie et obstétrique à la FMOS**
- ✓ **Chevalier de l'ordre national du MALI**

Cher maître,

Votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant pour le travail bien fait, sont des qualités que vous incarnez.

Cher maître, toute notre fierté d'être encadrés par vous. C'est l'occasion pour nous de vous exprimer tout notre profond respect et à vous nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Alassane TRAORE

- ✓ **Chef de service adjoint de la Gynécologie obstétrique à l'Hôpital du Mali depuis 2011.**
- ✓ **Ex Gynécologue obstétricien au CSRéf.CI en 2011**
- ✓ **Ex Chef de service de la Gynécologie Obstétrique à l'Hôpital régional de Gao de 2005 à 2011.**

Cher maître,

Votre spontanéité à accepter de contribuer à ce travail nous a énormément touché.

Vos suggestions et vos remarques ont su conduire ce travail à son terme.

Votre sens du travail bien fait et votre ardeur à le parfaire nous donnent un exemple à suivre.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre respect et de notre gratitude.

INDEX ALPHABETIQUE DES ABREVIATIONS

INDEX ALPHABETIQUE DES ABREVIATIONS

ACI : Agence de Cession Immobilière

AMPPF : Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille

ARV : Anti-Rétroviraux

CERPOD : Centre d'Etude et de Recherche sur la Population et le Développement

CCV : Contraception Chirurgical Volontaire

CIPD : Conférence International sur la Population et le Développement

C.O.C : Contraceptif Oral Combiné.

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DBC : Distribution a Base Communautaire

DGSI : Direction Générale de la Statistique et de l'Informatique

DIU : Dispositif Intra-utérin

DSF : Division de la Santé Familiale

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EPS : Education Pour la Santé

FLCPF : Fédération Laïque des Centres de Planning Familial

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

GEU : Grossesse Extra-utérine

IEC: Information Education Communication

IPPF: International Planed Parent Hood Federation

I.S.F.G.E : Institut Secondaire de Formation et de Gestion d'Entreprise

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

L.P.Kampola : Lycée Privé Kampola

L.P.Kro : Lycée Public de Kalaban-coro

MIP : Maladie Inflammatoire du Pelvis

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU/SIDA : Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA

PF : Planification Familiale ou Planning Familial

SIDA : Syndrome de l'Immuno Déficience Humaine Acquis

SMI : Santé Maternelle et Infantile

SR : Santé de la Reproduction

USAID: United States Agency for International Development

(Agence des Etats-Unis pour le développement international)

VIH : Virus de l'Immuno Déficience Humaine

%: Pourcentage

SOMMAIRE

SOMMAIRE

| | | |
|--------------|---|-----------|
| I. | INTRODUCTION | 1 |
| II. | OBJECTIFS ET HYPOTHESES..... | 7 |
| | 1. Objectif général | |
| | 2. Objectifs spécifiques | |
| | 3. Hypothèses | |
| III. | GENERALITES..... | 10 |
| IV. | METHOLOGIE..... | 25 |
| | 1. Cadre de l'étude | |
| | 2. Type d'étude | |
| | 3. Période d'étude | |
| | 4. Population d'étude | |
| | 5. Critères d'inclusion | |
| | 6. Critères de non inclusion | |
| | 7. Déroulement de l'enquête | |
| | 8. Collecte des données | |
| | 9. Traitement et analyse des données | |
| V. | RESULTATS..... | 32 |
| VI. | COMMENTAIRES ET DISCUSSION..... | 58 |
| VII. | CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS..... | 65 |
| | 1. Conclusion | |
| | 2. Recommandations | |
| VIII. | REFERENCES..... | 69 |
| | ANNEXES..... | |

Chapitre 1

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Au Mali : Le concept de santé de la reproduction, tel que définit par la Conférence Mondiale sur la Population et le Développement du Caire (CIPD – 1994), a été adopté et prend en compte aujourd'hui toutes les étapes de vie (naissance, adolescence, procréation, ménopause), chez les hommes comme chez les femmes. Selon l'article 7 du rapport de la dite conférence, « **Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités**» y compris par ailleurs la santé sexuelle. [46]

La santé de la reproduction suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle responsable, satisfaisante et sans risque, qu'elle est capable et libre de procréer selon son choix, ainsi que d'utiliser les méthodes de régulation des naissances qui ne sont pas contraires à la loi. Ceci va de pair, pour les hommes et les femmes, avec le droit à l'information sur la régulation de la fécondité et à l'utilisation des méthodes contraceptives de leur choix, à la fois sûres, efficaces, peu coûteuses et acceptables.

Les services de santé de la reproduction comprennent l'ensemble des méthodes techniques qui contribuent à la santé et au bien être en matière de procréation, par la prévention et la résolution des problèmes pouvant se poser dans ce domaine. Ceci inclut aussi les soins liés à la santé sexuelle qui ne doivent pas se limiter aux conseils, les soins relatifs à la procréation et aux IST, mais aussi à l'amélioration de la qualité de vie et des relations interpersonnelles. [51]

Ses composantes sont :

- Soins prénatals
- Soins périnatals
- Soins postnatals
- La planification familiale
- Soins post abortum
- La prévention et le traitement des MST/VIH/SIDA
- Les soins liés à l'approche « genre et santé »
- La santé de la reproduction des jeunes adultes
- La survie des enfants de 0 à 5 ans.

La santé de la reproduction comprend quatre volets à savoir la santé de la mère, de l'enfant, du jeune et celle de l'homme. Eu égard à ces indicateurs, la santé de la reproduction constitue un volet prioritaire du PRODESS, prenant en compte la santé de la reproduction des jeunes adultes. [46]

Depuis la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), la cause des adolescents bénéficie d'un regain d'attention. Cette attention découle de la nature spécifique de l'adolescence qui concerne généralement l'initiation de l'activité sexuelle et de la vie reproductive d'une part, et de nombreux risques et conséquences associés à cette entrée d'autre part.

Ainsi une priorité essentielle est elle accordée à la résolution des problèmes de santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents et des jeunes adultes de part le monde. En d'autres termes l'immaturité physiologique des adolescents, leur plus grande vulnérabilité face aux risques de santé génésique et des conséquences socio-économiques qui en résultent, montrent l'urgence des programmes de santé reproductive en leur faveur. [26]

Ceci s'explique aussi par le fait que la part de la population la plus importante et la plus sensible tant à l'échelle mondiale qu'à l'échelle locale malienne est sans doute la jeunesse composée d'adolescents (10-19 ans) et de jeunes adultes (20-24 ans) selon l'OMS. Cette dernière fait ressortir que les adolescents représentent environ 1/5^{ème} de la population mondiale tandis qu'au Mali une personne sur 3 est âgée de 10 à 24 ans. [46] En effet, selon EDSM IV – 2006, La population malienne est en majorité jeune, plus de 50% ont moins de 25 ans et plus de 30% sont âgées de 10 à 24 ans.

Si les jeunes ont des problèmes communs avec les adultes, d'autres leur sont spécifiques. Ils se trouvent dans une période de transition entre l'enfance et le stade adulte tant physiologiquement, psychologiquement et économiquement. Ils subissent en même temps l'influence de deux civilisations qui s'affrontent :

- La civilisation traditionnelle : selon laquelle la maturité physiologique de la jeune fille est atteinte à 14ans, ce qui signifie qu'à cet âge elle est sexuellement active
- La civilisation occidentale : selon laquelle la jeune fille n'a pas fini de grandir.

Ces deux perceptions de la maturité physiologique de la jeune fille s'affrontent sur deux points : la jeune fille devrait se marier le plus tôt possible selon la tradition tandis qu'au même moment l'occident l'encouragerait à poursuivre ses études. Localement la jeune fille voit son célibat se prolonger sans pour autant réduire son activité sexuelle, au contraire cette dernière persiste et la prédispose à avoir plusieurs partenaires ainsi que des comportements sexuels à risque.

Ainsi il ressort des différentes études menées au Mali que l'activité sexuelle est précoce et rependue en général sans une éducation initiale appropriée, avec 61,4% des jeunes qui sont sexuellement actifs à un âge inférieur ou égal à 16 ans et parmi ces jeunes sexuellement actifs 41,3% ont eu des relations avec des partenaires occasionnels et 75,9% ont eu au moins deux partenaires. Près de 40% des jeunes filles entre 15 et 19 ans sont enceintes ou sont déjà mères. [26, 46, 62]

La communication entre les parents et les enfants, adolescent(e)s et jeunes devrait donner des occasions privilégiées de démystifier les images romantiques de la sexualité véhiculées par les vidéoclips. A cet égard, l'usage des images incontrôlées avec la multiplication des chaînes de télévision dans nos pays favoriseraient même le début de l'activité sexuelle des jeunes dès l'âge de 10-12 ans.

Selon S.A SANOGO [58], ce facteur serait lié à :

- L'urbanisation galopante
- Les nouvelles technologies de l'information et de la communication
- Le déclin de l'autorité familiale.

L'activité sexuelle précoce non ou peu préparée d'un grand nombre d'adolescents et de jeunes adultes maliens se traduit par une non maîtrise de la sexualité par les jeunes. De nombreuses études montrent que plus précoce est l'entrée en vie sexuelle et/ou féconde, plus grand est le risque de faire l'expérience de la fécondité non désirée avec leur cortège de fille-mères, d'avortements illégaux, d'abandon d'enfants et d'infanticide, et celui des IST/SIDA.

Face à cette situation assez préoccupante des jeunes, force est de constater la rareté des travaux portant sur l'activité sexuelle, les comportements reproductifs, la contraception des jeunes dans les pays en développement en général, et au Mali en particulier. Il en résulte ainsi une difficulté particulière dans la conception, l'exécution, le suivi et l'évaluation des programmes de santé reproductive en faveur des jeunes dans ce pays.

OBJECTIFS ET HYPOTHESES

II. OBJECTIFS ET HYPOTHESES

1. Objectif général

Contribuer à l'étude des connaissances, attitudes et pratiques sur la santé de la reproduction en milieu scolaire.

2. Objectifs spécifiques

- Décrire le profil sociodémographique des populations cibles.
- Déterminer le niveau de connaissance des scolaires, leurs attitudes et pratiques sur la PF.
- Déterminer le niveau de connaissance des scolaires, leurs attitudes et pratiques sur la sexualité et les IST/SIDA.
- Déterminer les types de comportements sexuels chez les élèves dans ces trois établissements.
- Déterminer l'impact du niveau de connaissance des IST et du VIH/SIDA sur le comportement sexuel des élèves et étudiants.
- Proposer quelques recommandations

3. HYPOTHESES DE RECHERCHE

- La sexualité pré-nuptiale semble être de plus en plus courante en milieu urbain, même si elle n'est pas absente en milieu rural. La modernisation de la vie dans la commune rurale de Kalaban-coro amène les jeunes des deux sexes à poursuivre de plus en plus leurs études jusqu'à 25 ans voire plus et retarde ainsi le mariage dans ce milieu.
- Les adolescents n'obtiennent généralement pas d'information sur la sexualité auprès de leurs parents ou tuteurs.

- Ils sont pour la plupart informés sur les différentes méthodes contraceptives mais les taux d'utilisation de la contraception moderne demeurent bas.
- D'importante proportion d'adolescents et de jeunes adultes ont des rapports sexuels précoces et adoptent des comportements susceptibles de les exposer aux IST/SIDA; alors qu'ils sont pour la plupart informés de l'existence du VIH, de ses principaux modes de transmission et des méthodes de prévention possibles.

Chapitre 2

GENERALITES

III. GENERALITES

Les scolaires de 14 à 22 ans appartiennent à une tranche de la population composée d'adolescents (10 -19 ans) et de jeunes adultes (20-24 ans). Si l'individu à partir de 14 ans ne peut être considéré comme un enfant à cause des caractères sexuels secondaires et du développement physiologique de son corps, il ne peut pas non plus être considéré comme un adulte susceptible d'assumer toutes ses responsabilités. L'adolescence est alors la période transitoire au cours de laquelle le processus de maturation passe par la période de dépendance chez l'enfant à l'interdépendance chez l'adulte. [26]

1. Principales lois relatives à la santé de la reproduction au Mali :

- ❖ La loi N° 02-044 relative à la santé de la reproduction dite loi Lahaou Touré, adoptée le 24 juin 2002 :

Elle a été initiée par l'Assemblée Nationale sous forme de proposition de loi introduite par le REMAPOD et adaptée à partir d'une proposition régionale Ouest Africaine (Côte d'Ivoire 1999). Cette introduction a été faite dans un contexte marqué par de nombreuses barrières juridiques et non juridiques à la SR/PF : l'existence de la loi de 1920 qui interdisait la propagande anticonceptionnelle et l'avortement ; le statut légal de femme peu favorable à la S.R au Mali. L'adoption de cette loi a bénéficié de l'engagement des parlementaires maliens et du réseau régional de parlementaires, de la collaboration des ministères en charge de la santé et de la femme, de la société civile, des juristes et aussi du soutien de partenaires comme l'USAID, l'UNFPA et Policy projet.

La loi sur la SR est structurée en quatre titres et 21 Articles qui traitent : de la définition (titre I), de la santé de la reproduction (titre II), des dispositions pénales (titre III), et des dispositions transitoires et finales (titre IV).

Elle annonce deux décrets : Le 1er déterminant les conditions et les modalités de fabrication des produits contraceptifs au Mali, et le second fixant les conditions et modalités d'octroi de l'assistance particulière aux malades du SIDA ou personnes vivant avec le VIH et les garanties de confidentialité.

La loi relative à la SR annonce également deux arrêtés : le 1er portant sur la liste des produits, des méthodes et des moyens de contraception légalement approuvés et le 2^{ème}, interministériel, fixant les conditions d'importation des produits contraceptifs. [54]

❖ LETTRE-CIRCULAIRE N°004/MSP-AS/CAB du 25 janvier 1991 :

Cette lettre adressée aux responsables politiques, administratives et sanitaires, stipule que l'accès à une méthode contraceptive reste libre pour toute femme en âge de procréer qui le désire ou qui le nécessite. [55]

2. Rappels

2.1. La fécondation

Chez l'être humain, la fécondation est l'union intime de deux cellules, l'une féminine, l'autre masculine, à l'intérieur de l'organisme maternel, union qui provoque le développement d'un nouvel être.

Bien entendu, ce contact, cette fusion des deux cellules reproductrices a lieu lorsque toutes les deux sont vivantes. [13]

2.2. Trajet de l'ovule

Voici donc l'ovule arrivé dans la portion la plus externe de la trompe. Fécondé ou non, il doit continuer son trajet à travers la trompe, pour sortir vers l'extérieur (en cas de non fécondation) ou pour aller s'implanter à l'intérieur de l'utérus et s'y développer s'il y a eu fécondation. Deux mécanismes principaux font progresser l'ovule à l'intérieur de la trompe à savoir :

- Le mouvement des cils qui tapissent la trompe;

- Le mouvement de la trompe elle-même, qui se meut de façon à faire avancer l'ovule en direction de l'utérus. [13]

2.3. Trajet du spermatozoïde

Ceux-ci (des millions) sont libérés dans la cavité vaginale, d'ordinaire près du col de l'utérus, avec un liquide qui leur sert de milieu de dilution et véhicule. Le col est obturé par le bouchon muqueux cervical. Comme son nom l'indique, cette production muqueuse a pour objet de fermer l'entrée de l'appareil génital interne et d'en protéger les parties situées plus haut, évitant ainsi l'accès d'éléments perturbateurs tels que les microbes. La mobilité des spermatozoïdes est accentuée par l'action du milieu vaginal, qui les fait fuir jusqu'au col utérin où le milieu est alcalin. [13]

2.4. Facilités de passage. [13]

Au moment de l'ovulation, le bouchon muqueux se modifie, devient plus fluide, moins résistant. Il ne représente plus un obstacle pour les spermatozoïdes, qui peuvent le traverser avec facilité. De minutieuses observations ont démontré que le mucus est particulièrement fluide le jour correspondant à la sortie de l'ovule : cette fluidité diminue à mesure que l'on s'éloigne du quatorzième jour du cycle.

2.5. Migration de la cellule masculine

Une fois parvenus au col ou à l'intérieur de l'utérus, les spermatozoïdes continuent leur progression. Par d'intéressantes et minutieuses expériences, on est arrivé aussi à mesurer le temps qu'ils mettent pour parcourir l'intérieur de l'appareil Génital : des spermatozoïdes, dotés d'une bonne mobilité peuvent atteindre l'ovule en trois à cinq heures dans la portion externe de la trompe, après un long parcours de 20 cm.

2.6. Moment de la fécondation

Les jours favorables à la fécondation pour l'espèce humaine sont au nombre de trois : les deux jours précédant l'ovulation et celui qui la suit ; ce sont précisément les jours où la femme ressent le plus d'attirance vers l'homme.

2.7. Fusion des gamètes

Un seul spermatozoïde, parvient à introduire sa tête et sa partie intermédiaire à travers la membrane de l'ovule ; à partir de ce moment, ce dernier devient totalement impénétrable aux autres spermatozoïdes. [13]

3. Les moyens de régulation des naissances

La régulation des naissances se fait essentiellement à partir de la planification familiale. Elle fait intervenir : la contraception qui est l'ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécondant, de façon temporaire et réversible; la contraception post-coïtale utilisable après un rapport non protégé entre le temps de l'ovulation et l'implantation; la stérilisation (la méthode irréversible); l'interruption volontaire de grossesse (IVG). [4]

Il convient de remarquer que cette dernière n'est pas reconnue par la législation Malienne comme étant un moyen légal de régulation des naissances. [53].

3.1. Les méthodes de barrière [27]

Ces méthodes font appel à une barrière mécanique ou chimique afin d'entraver la pénétration des spermatozoïdes dans les voies génitales supérieures de la femme.

3.1.1. Le condom masculin (Préservatif)

Bien que la plupart d'entre eux soient faits de latex, il existe également des condoms en polyuréthane, en silicone et en membrane d'agneau.

Effficacité : Le taux d'échec associé à une utilisation parfaite des condoms est estimé à 3%. [49]

3.1.2. Le Condom féminin

Il s'agit d'une gaine de polyuréthane souple à ajustement ample. D'environ 17 cm de long et un diamètre de 7 cm, il possède deux anneaux flexibles dont l'un est fixé à la gaine. L'intérieur est enduit d'un lubrifiant à base de silicone.

Efficacité : Le taux de grossesse à 12 mois pour une utilisation parfaite (*correcte et systématique*) du condom féminin est de 5 %. [49]

3.1.3. Le diaphragme

Le diaphragme est une méthode de contraception intra vaginale utilisée conjointement avec un spermicide. C'est un dôme de latex dont le pourtour contient un anneau d'acier flexible. Il s'insère dans le vagin afin de recouvrir le col utérin.

Il existe trois types de diaphragme :

- le diaphragme à ressort à boudin privilégié par les multipares;
- le diaphragme à ressort à arceau convenant mieux aux nullipares ;
- Le diaphragme à ressort à lame fait de silicone constitue une option pour les femmes allergiques au latex.

Efficacité : Les taux d'échec selon l'OMS au cours des 12 premiers mois d'utilisation sont de 6 % selon une utilisation parfaite. [49]

3.1.4. La cape cervicale

A utiliser conjointement avec un spermicide (gelée ou crème), la cape cervicale est indiquée chez les femmes allaitantes, celles ne souhaitant pas avoir recours à la contraception hormonale ou chez celle pour qui cette dernière est contre-indiquée.

Efficacité : La cape semble avoir une efficacité plus importante chez la nullipare que chez la multipare vu que l'OMS indique des taux d'échec respectivement égaux à 9% et à 26% selon une utilisation parfaite au cours des douze premiers mois. [49]

3.1.5. L'éponge contraceptive

Imprégnée de spermicide, l'éponge contraceptive consiste en de petits dispositifs jetables, ou en mousse de polyuréthane conçus pour recouvrir le col de l'utérus. Elle peut répondre tout particulièrement aux besoins des femmes qui souhaitent ou doivent éviter le recours à la contraception hormonale.

Efficacité : Les éponges contraceptives présentent des taux d'échec variant entre 18 et 20 % pour les nullipares et de 36 à 40 % pour les multipares. [40]

3.1.6. Les spermicides

Ils sont composés d'un agent spermicide en solution dans un excipient qui en permet la dispersion et la rétention dans le vagin. Le *nonoxynol-9* est le plus courant d'entre eux. Leur utilisation n'est recommandée qu'à titre de traitement d'appoint à utiliser conjointement avec une méthode de barrière dont ils renforcent l'action.

Efficacité : Le taux d'échec au cours de la première année d'utilisation est de 6 % selon une utilisation parfaite. [49]

3.2. La contraception hormonale combinée [3]

Elle désigne les moyens de contraception qui contiennent à la fois des œstrogènes et un progestatif. Il en existe quatre types : les contraceptifs oraux combinés ; le timbre contraceptif transdermique ; l'anneau vaginal contraceptif ; la contraception injectable combinée.

3.2.1. Les contraceptifs oraux combinés

Ils peuvent être :

- *Monophasiques*, contenant une quantité fixe d'œstrogène et de progestatif.
- *Diphasiques*, la quantité d'œstrogène est fixe, alors que celle de progestatif augmente au cours de la seconde moitié du cycle;
- *Tri phasiques* dont la quantité d'œstrogènes fixe ou variable, tandis que la quantité de progestatif augmente en trois phases égales.

Deux types d'œstrogènes sont utilisés : *l'éthinylestradiol* et le *mestranol* qui est un «*pro-médicament*» converti *in vivo* en *éthinylestradiol*. En fonction de leur structure chimique, les progestatifs peuvent être répartis en deux groupes :

- ✓ Les estranes (*noréthindrone, di acétate d'éthinodiol*)
- ✓ Les gonanes (*lévonorgestrel, désogestrel, norgestimate*) qui semblent être plus puissants. [3]

Efficacité : Les COC constituent un mode de contraception réversible très efficace. En utilisation parfaite, ils sont efficaces à 99,9 %. [49]

3.2.2. Le timbre contraceptif transdermique

Le timbre contraceptif diffuse 150 µg de *norelgestromine* (principal métabolite actif du *norgestimate*) et 20 µg d'*éthinylestradiol* quotidiennement dans la circulation générale. L'utilisatrice doit s'appliquer un timbre par semaine sur les fesses, la partie supérieure externe du bras, la partie inférieure de l'abdomen ou la partie supérieure du torse (en dehors des seins) pendant trois semaines consécutives et ensuite s'abstenir de le faire pendant une semaine.

Efficacité : L'indice de Pearl du timbre contraceptif transdermique (*taux des échecs en fonction du nombre de grossesses pour 100 années-femme*) est de 0,7 (IC de 95 %, 0,31–1,10), dans le cas d'une utilisation parfaite. [61]

3.2.3. L'anneau vaginal contraceptif

L'anneau vaginal contraceptif est un anneau flexible, pratiquement transparent, dont le diamètre extérieur est de 54 mm et le diamètre transversal, de 4 mm. Il diffuse un taux constant de 15 µg d'*éthinylestradiol* et de 0,120 mg d'*étonogestrel* (métabolite actif du désogestrel) par jour. Chaque anneau est utilisé pendant trois semaines d'utilisation continue d'un anneau, suivi d'un intervalle sans anneau pendant une semaine.

Efficacité : L'indice de Pearl global de l'anneau, se situe entre 0,65 et 1,18. [30]

3.2.4. La contraception injectable combinée

Cette forme contraceptive n'est pas encore largement utilisée. Il s'agit d'un contraceptif injectable mensuel composé de 5 mg de cypionate d'œstradiol et de 25 mg d'acétate de *médroxyprogestérone* (Lunelle®). Il s'administre en intramusculaire, en s'assurant que l'intervalle entre les injections ne dépasse pas 33 jours. [44].

3.3. Contraception hormonale à base de progestatif [1]

Les contraceptifs ne contenant qu'un progestatif peuvent être offerts sous forme de comprimé oral, d'implants ou de solution injectable.

3.3.1. Les progestatifs injectables

L'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) est utilisé à titre de contraceptif par des millions de femmes à travers le monde.

Efficacité : L'AMPR est une forme grandement efficace de contraception dont le taux d'échec est estimé à moins de 0,3 % par an. [40]

3.3.2. Progestatif oral : pilule de progestatif seul

Utilisées selon les indications les pilules de progestatif seul (PPS) sont très sûres et grandement efficaces. En utilisation parfaite, elles présentent un taux d'échec de 0,5%. [40]

3.3.3. Les implants de progestatif

Inserés en sous-cutanée, sous la face interne de l'avant-bras, les implants constituent une méthode contraceptive réversible de longue durée car restant efficace pendant cinq ans en moyenne. Ils peuvent être composés d'un, de deux ou de six bâtonnets.

Efficacité : Le taux d'échec associé aux implants se situe autour de 0,1 % par année. [49]

3.4. Les dispositifs intra-utérins (Stérilet) [2]

Il existe deux types de DIU :

- Le DIU libérant du *Lévonorgestrel* ou « système intra-utérin à libération de lévonorgestrel » (SIU-LNG) ;
- Deux DIU de cuivre (*NOVA-T* et *Flexi-T 300*).

Efficacité : Le taux d'échec du DIU de cuivre est estimé à 1,26 par 100 femmes-années, celui du DIU à libération de lévonorgestrel est estimé à 0,09 par 100 femmes-années. [8]

3.5. La contraception d'urgence [60]

La contraception d'urgence fait référence aux moyens utilisables après une relation sexuelle, mais dont l'action se fait avant l'implantation. Il en existe deux types :

- Les méthodes hormonales, aussi appelées contraception orale d'urgence (COU),
- L'insertion post coïtale d'un stérilet au cuivre.

3.6. Les méthodes de planification familiale naturelle [56]

On entend par « *planification familiale naturelle* » (PFN), les méthodes de contrôle de la fertilité qui ne font pas recours à des dispositifs ou à des agents chimiques de contraception. Elles reposent sur la compréhension de la physiologie du cycle menstruel et sur la détermination du moment de l'ovulation, et ce, dans le but de ne permettre le coït que lorsque le risque de grossesse est réduit ou même inexistant.

Parmi les méthodes de planification familiale naturelle, on trouve le coït interrompu (retrait), l'abstinence et la connaissance du cycle de fertilité.

3.6.1. Connaissance du cycle de fertilité

Les méthodes qui permettent d'y accéder s'affairent à déterminer la période de fertilité d'une femme et donc, les jours pendant lesquels les partenaires devraient s'abstenir de pratiquer le coït ou se protéger soigneusement à l'aide de méthodes de barrière.

Les trois principaux signes de fertilité sont les modifications de *la glaire cervicale*, de la *température basale* et de la *position du col utérin*. D'autres méthodes se fondent sur des calculs à l'aide d'un calendrier.

Efficacité : Les taux d'échec estimés par l'OMS sont de 1 à 9 %, selon une utilisation parfaite. [49]

3.6.2. Le coït interrompu (Retrait)

De toutes les méthodes, elle semble être la plus vastement utilisée dans le monde, tant dans les pays développés qu'en développement. [39]

Efficacité : Les taux d'échec au cours de la première année d'utilisation ont été décrits comme étant de 4 % selon une utilisation parfaite. [49]

3.6.3. L'abstinence

Le terme « abstinence » peut être défini de trois façons : [2]

- ✓ *Le fait de s'abstenir de tout comportement sexuel;*
- ✓ *Des comportements sexuels entraînant un contact entre les organes génitaux ;*
- ✓ *Des comportements sexuels entraînant une pénétration.*

Efficacité : L'abstinence constitue une méthode de contraception très efficace et permet aux gens de pratiquer d'autres activités sexuelles, sans pour autant accroître le risque de grossesse.

3.7. La Contraception Chirurgicale Volontaire [14]

La contraception chirurgicale volontaire (CCV) est la méthode contraceptive permanente. Elle peut intéresser l'homme ou la femme.

3.7.1. La ligature des trompes

Il est possible que des fertilisations surviennent malgré l'intervention. L'OMS indique qu'un taux d'échec de 0,5% lui est associé. [49]

3.7.2. La vasectomie

La vasectomie constitue la méthode de contraception chirurgicale appliquée aux hommes.

Efficacité : Les taux de grossesse constatés à la suite d'une vasectomie varient de 0 à 2,2 %, quelle que soit la méthode d'occlusion utilisée après une moyenne de vingt éjaculations intervenant après l'acte. [52]

3.8. Nouvelles approches en matière de contraception [66]

3.8.1. Les agents anti testiculaires

La *lonidamine* est un composé indazole-acide carboxylique utilisé dans le traitement du cancer. Il a été démontré que de récents dérivés de cette substance présentaient, dans le cadre d'études chez les animaux, une certaine efficacité et une réversibilité à titre d'agents contraceptifs, cela, sans entraîner une toxicité hépatique ou rénale. [22]

3.8.2. Stratégies anti-implantation

Au-delà de la génération d'anticorps anti-HCG, des recherches sont en cours sur les stratégies visant à stimuler des processus permettant de contrecarrer les étapes clés de l'implantation. Parmi ces étapes, on trouve l'angiogenèse et la protection du conceptus contre les réactions immunitaires. La *fumagilline* est un anti-angiogénique ayant démontré, dans le cadre d'études sur les singes, une certaine capacité à prévenir l'implantation lorsqu'elle était administrée par voie vaginale [45]. Aucune étude sur ce produit ne semble encore avoir été menée chez l'homme.

Le peptide *pré-implantation factor* est l'un des signes connus de reconnaissance embryo-maternelle qui apparaît le plus tôt; même les embryons ne comptant que deux cellules semblent en produire. [10]

3.9. Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali [42]

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

3.9.1. 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).

3.9.2. La Toile d'araignée

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

3.9.3. 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.

3.9.4. Les décoctions

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.

3.9.5. La séparation du couple après accouchement

Après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant 40 jours. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement.

4. Problèmes liés à la fécondité chez les scolaires

La fécondité est l'aptitude à la reproduction.

4.1. L'absence de préparation adéquate

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

4.2. Les grossesses précoces ou non désirés

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

4.3. L'Interruption Volontaire Grossesse

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

4.4. Les enfants à hauts risques

De très jeunes mères donnent souvent naissance aux enfants ayant un poids très faible à la naissance, ce qui occasionne la mort de ceux-ci.

4.5. Les IST/SIDA

Les IST/SIDA constituent une menace sérieuse pour la jeunesse au niveau mondial et local. Si par le passé une erreur de jeunesse pouvait occasionner une grossesse non désirée ou une infection sexuellement transmissible avec comme conséquence la stérilité secondaire et voire définitive à long terme, de nos jours, cette erreur peu entrainer la mort (à cause de la pandémie du SIDA).

Chapitre 3

NOTRE ETUDE

IV. METHODOLOGIE

1. CADRE D'ETUDE

La présente étude a été réalisée dans la commune rurale de Kalaban-coro, qui fait partie du cercle de Kati, donc elle est inclus dans la deuxième région du Mali c'est-à-dire la région de Koulikoro.

Présentation de la commune rurale de KALABAN-CORO

La commune rurale de Kalaban-coro à l'instar des autres communes en République du Mali, a été créée par la loi n° 96-059 ANRM du 04 Novembre 1996, portant création des communes au Mali.

La commune de Kalaban-coro a une superficie de : 340 Km², elle est composée de 12 villages que sont : Kalaban-coro village (chef lieu de commune) ; Siracoro-Méguétana ; Kabala ; N'golobougou ; Kouralé ; Gouana ; Missala ; Missalabougou ; Sabalibougou ; Niamana ; Tabacoro et Diatoula. [50]

La commune de Kalaban-coro est située au sud-est du district de Bamako, sur la rive droite du fleuve Niger. Elle fait partie des 37 communes du cercle de Kati, inclue donc dans la deuxième région économique de notre pays. [59]

La commune de Kalaban-coro avait une population estimée à 76011 habitants au 31 décembre 2006 avec un taux d'accroissement particulièrement élevé à 9,1%. [59]

Ce taux d'accroissement s'explique par la forte migration de la population du district de Bamako vers les communes voisines.

L'étude s'est déroulée dans trois établissements secondaires de la commune rurale dont deux lycées : Lycée Public de Kalaban-coro (L.P.Kro) et le Lycée Privé Kampola (L.P.Kampola), et un établissement de l'enseignement professionnel : Institut Secondaire de Formation et de Gestion d'Entreprise (I.S.F.G.E), qui ont été choisis pour leur proximité par rapport au CSCOM de Kalaban-coro.

2. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive et transversale.

3. PERIODE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée sur deux (2) mois ; **Mars à Avril 2013**, période de transition entre le deuxième et le troisième trimestre. C'est une période pendant laquelle la population scolaire est stable car elle correspond à la période des compositions d'une part et de délibération des résultats d'autre part.

4. POPULATION D'ETUDE

La population cible était composée des scolaires des deux sexes, âgés de 14 à 22 ans, fréquentant les établissements choisis.

5. ECHANTILLONNAGE

5.1. Méthodes et techniques d'échantillonnage :

Nous avons adopté la méthode non probabiliste et la technique accidentelle.

5.2. Taille minimale de l'échantillon (n)

$$n = (Z \alpha)^2 \frac{P \times Q}{i^2}$$

Un écart réduit $z \alpha = 1,96$

$\alpha =$ risque **5%**

Précision $i = 5\%$

La population malienne est en majorité jeune et plus de **20%** sont âgés de **14 à 22 ans**.

$$q = 1 - 0,20 = 0,80$$

$$n = (1,96)^2 \frac{0,20(1 - 0,20)}{(0,05)^2} = 245,8624$$

6. CRITERES

6.1. CRITERES D'INCLUSION

Ont été inclus dans notre étude :

- Les élèves des deux sexes régulièrement inscrits dans l'un des établissements scolaires.
- Les scolaires âgés de 14 ans au moins et de 22 ans au plus, volontaires pour répondre aux questions.

6.2. CRITERES DE NON INCLUSION

Ont été exclus de l'étude :

- Tout élève n'ayant pas accepté de façon volontaire de remplir le questionnaire

7. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

L'étude a été menée dans les trois établissements secondaires (choisis pour ce fait) après l'obtention d'une autorisation au niveau de la direction de l'académie d'enseignement de Kati, ensuite nous sommes entrés en contact avec les directions des différents établissements choisis pour permettre de mobiliser les élèves afin de mener à bien notre étude. Une demande manuscrite timbrée à 200F et un exemplaire du questionnaire ont été remis à la direction de chaque établissement.

A l'intérieur des établissements, on a procédé à une explication sommaire du sujet en question par classe pendant un quart d'heure, les objectifs escomptés ainsi que les avantages d'une telle étude dans les structures scolaires de la commune. Au terme de cet entretien, les volontaires se sont inscrits auprès de nous pour répondre plus tard aux questionnaires prévus pour la circonstance dans une salle de classe prévue par le surveillant de l'établissement.

De commun accord avec la direction et le personnel enseignant des établissements, cette salle de classe a été à chaque fois aménagée pour servir de lieu d'interview et parfois certains professeurs ont librement accepté de nous céder leurs heures de cours. Ceci dans le souci de nous permettre de mener à bien notre enquête.

Durant toute la période d'enquête, aucun problème majeur n'a été relevé ni du côté du personnel, ni de celui des élèves enquêtés.

8. COLLECTE DES DONNEES

Pour les besoins de cette étude, nous avons élaboré des questionnaires anonymes individuels qui ont été soumis aux enquêtés, portés en annexes.

9. TRAITEMENT DES DONNEES

La saisie a été faite avec les logiciels Word 2007, Excel 2007 et l'analyse sur SPSS 16.0.

CONSIDERATIONS ETHIQUES SUR LE TERRAIN

Avant le début de l'enquête, d'amples informations ont été fournies aux élèves, aux autorités scolaires sur les objectifs et la confidentialité de l'entretien pour avoir leur consentement éclairé.

Lors de l'administration du questionnaire aux élèves, nous avons tenu à traduire certaines questions en Bamanan pour permettre leur compréhension. Ainsi les réponses données en Bamanan étaient traduites en Français.

Au cours de l'interview, les zones d'ombre identifiées étaient prises en counseling à la fin du questionnaire.

Certains sujets qui évoquaient des problèmes de santé après l'interview, étaient référés soit à l'AMPPF soit au CSCOM de Kalaban-coro pour une prise en charge adéquate.

10. DEFINITIONS OPERATOIRES

❖ Adolescent

L'OMS définit l'adolescent comme tout individu ayant un âge compris entre 10-19 ans

❖ Jeune adulte

Personnes âgées de 20 à 24 ans selon l'OMS.

❖ **Planification familiale**

L'OMS définit la P.F comme l'ensemble des mesures permettant de favoriser les naissances, d'agir sur l'intervalle entre les naissances, d'éviter les naissances non désirées et de donner à chaque couple le moyen de déterminer le nombre d'enfants qu'il désire.

❖ **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. En général le contrôle des naissances ou la contraception est une méthode qui empêche une femme d'être enceinte.

❖ **La notion d'attitude et de comportement**

L'attitude peut-être considérée comme la manière particulière à une personne d'agir, de penser et de sentir. Elle détermine et oriente le comportement d'un individu ou de groupes d'individus.

Chapitre 4

RESULTATS

V. RESULTATS

I- FREQUENCES

- Notre étude à été réalisée dans deux (2) lycées et un centre d'enseignement professionnel de la commune rurale de Kalaban-coro sur un effectif total de 250 élèves dont 162 filles soit 64,8 % et 88 garçons soit 35,2%.
- Les élèves du lycée représentaient plus de la moitié de nos effectifs avec 167élèves soit 66,8% des effectifs contre 83 soit 33,2% de ceux de l'enseignement professionnel.
- 77 soit 30,8% des élèves interrogés avaient déjà eu des rapports sexuels contre 69,2% qui n'en avaient pas encore eu.
- Parmi ces élèves sexuellement actifs, 49 soit 63,6% sont de sexe féminin.
- 23 élèves soit 29,9% de l'effectif sexuellement actif ont utilisés le préservatif lors de leur premier rapport sexuel.
- Cependant 31 élèves sexuellement actifs n'ont jamais utilisé de préservatif lors des rapports sexuels.
- Seulement 6 filles parmi les élèves sexuellement actifs ont déjà eu au moins une grossesse.
- Dans notre étude la majorité des élèves (240 soit 96% des effectifs) connaissaient le SIDA.
- 227 soit 90,8% des élèves enquêtés croient en l'existence du SIDA contre 23 élèves soit 9,2% des effectifs.
- 117 soit 46,8% des scolaires de notre étude ne connaissaient aucune IST contre 53,2% qui en connaissaient au moins une.
- 12 élèves sexuellement actifs soit 15,6% déclarent avoir eu au moins un épisode d'IST.

- 76,8% des élèves soit 192 scolaires de notre étude étaient contre le fait d'avoir des rapports sexuels avant le mariage.
- 231 soit 92,4% des effectifs connaissent au moins une voie de transmission du SIDA.
- Sur les 6 filles de notre enquête ayant contractée au moins une grossesse, aucune d'entre elle n'a subi un avortement.

II- CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Tableau I : Répartition des élèves enquêtés par établissement et par sexe.

| Etablissement | Sexe | | Total |
|---------------|------------|-------------|-------------|
| | Masculin | Féminin | |
| L.P.Kro | 55 (22,0%) | 23 (9,2%) | 78 (31,2%) |
| L.P.Kampola | 33 (13,2%) | 56 (22,4%) | 89 (35,6%) |
| I.S.F.G.E | 0 | 83 (33,2%) | 83 (33,2%) |
| Total | 88 (35,2%) | 162 (64,8%) | 250(100,0%) |

Tableau II : Répartition des élèves enquêtés selon le quartier de résidence.

| Quartier | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------|-----------------|-------------|
| Kalaban Village | 84 | 33,6% |
| Plateau | 39 | 15,6% |
| Andéken | 30 | 12,0% |
| Sikoro I | 3 | 1,2% |
| Sikoro II | 4 | 1,6% |
| Koulouba | 14 | 5,6% |
| Tiènbani | 7 | 2,8% |
| Kabala | 35 | 14,0% |
| Niamakoro coura | 4 | 1,6% |
| Koco | 8 | 3,2% |
| Kouloubleni | 15 | 6,0% |
| Hors commune | 7 | 2,8% |
| Total | 250 | 100,0% |

Hors commune : Bacodjicoroni Golf=3, Bacodjicoroni ACI=1, Garantiguibougou=3

Les élèves de notre étude habitent en moyenne dans un rayon de deux (2) Kilomètres de leur établissement scolaire.

Tableau III : Répartition des élèves selon la tranche d'âge.

| Tranches d'âge | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------------|-----------------|-------------|
| 14-19 ans | 231 | 92,4% |
| 20-22 ans | 19 | 7,6% |
| Total | 250 | 100,0% |

Tableau IV : Répartition des élèves selon la classe.

| Niveau | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------|-----------------|-------------|
| 10 ^{ième} | 48 | 19,2% |
| 11 ^{ième} | 125 | 50,0% |
| 12 ^{ième} | 77 | 30,8% |
| Total | 250 | 100,0% |

Les élèves de l'enseignement professionnel étaient repartis entre les classes de 10^{ème} et 11^{ème} Année comme suit : les scolaires de la 1^{ère} Année SD (Secrétariat de Direction) étaient ajoutés à l'effectif de la 10^{ème} et ceux de la 2^{ème} Année SD dans l'effectif de la 11^{ème} Année.

Tableau V : Répartition des élèves selon le statut matrimonial et le sexe.

| Statut | Sexe | | Total |
|-------------|------------|-------------|-------------|
| | Masculin | Féminin | |
| Célibataire | 88 (35,2%) | 140 (56,0%) | 228 (91,2%) |
| Marié | 0 | 22 (8,8%) | 22 (8,8%) |
| Total | 88 (35,2%) | 162 (64,8%) | 250(100,0%) |

Tous les garçons de notre étude étaient célibataires

III- Connaissances

- 206 élèves soit 82,4% des effectifs avaient déjà entendu parler de la planification familiale.
- 69 garçons soit 78,4% des effectifs et 137 filles soit 84,6% connaissaient la PF

Tableau VI : Répartition des élèves selon la connaissance du PF en fonction de l'établissement

| Réponses | Etablissement | | Total |
|----------|---------------|---------------|-------------|
| | Lycée | Professionnel | |
| Oui | 134 (53,6%) | 72 (28,8%) | 206 (82,4%) |
| Non | 33 (13,2%) | 11 (4,4%) | 44 (17,6%) |

Tableau VII : Répartition des élèves selon leur opinion des rôles de la PF.

| Rôles de la PF | Effectif absolu | Pourcentage |
|---|-----------------|-------------|
| Espacer les naissances | 92 | 36,8% |
| Eviter les grossesses non désirées | 46 | 18,4% |
| Avoir le nombre d'enfants voulu | 30 | 12,0% |
| Protection contre les IST/SIDA | 21 | 8,4% |
| Economiser et meilleure éducation des enfants | 5 | 2,0% |
| Développement économique du pays | 5 | 2,0% |
| Encourager la prostitution chez les jeunes filles | 4 | 1,6% |
| Ne sais pas | 3 | 1,2% |
| Aucune réponse | 44 | 17,6% |
| Total | 250 | 100,0% |

Tableau VIII : Répartition des élèves selon les principales sources d'information sur la PF

| Principales sources d'information | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------------------------|-----------------|-------------|
| Agent de santé | 52 | 20,8% |
| Camarade | 40 | 16,0% |
| Parents | 5 | 2,0% |
| Medias | 109 | 43,6% |
| Total | 206 | 82,4% |

Tableau IX : répartition des élèves en fonction de la connaissance des différentes méthodes contraceptives modernes.

| Méthodes contraceptives connues | Effectif absolu | Pourcentage |
|---------------------------------|-----------------|-------------|
| Préservatif | 134 | 53,6% |
| Pilule | 71 | 28,4% |
| Injectable | 19 | 7,6% |
| DIU | 5 | 2,0% |
| Norplant | 12 | 4,8% |
| Autres | 9 | 3,6% |
| Total | 250 | 100,0% |

Autres : Traditionnelle =5, Coït interrompu=2, Ligature résection des trompes=1, Collier=1

Tableau X : Répartition des élèves selon leur connaissance des avantages des méthodes contraceptives.

| Méthodes | Avantages | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------------|--|-----------------|-------------|
| Préservatif | Eviter les grossesses non désirées | 88 | 35,2% |
| | Eviter les IST | 24 | 9,6% |
| | Eviter les IST/Grossesses non désirées | 21 | 8,4% |
| | Espacement des naissances | 1 | 0,4% |
| | Moins cher | 1 | 0,4% |
| Pilule | Espacement des naissances | 51 | 20,4% |
| | Eviter les grossesses non désirées | 10 | 4,0% |
| | Plaisir sexuel | 1 | 0,4% |
| | Moins chère | 1 | 0,4% |
| Traditionnelle | Eviter les grossesses non désirées | 3 | 1,2% |
| | Espacement des naissances | 1 | 0,4% |
| | Protection naturelle | 1 | 0,4% |
| Injectables | Eviter les grossesses non désirées | 18 | 7,2% |
| | Espacement des naissances | 4 | 1,6% |
| | Eviter les maladies | 1 | 0,4% |
| Norplant | Eviter les grossesses non désirées | 12 | 4,8% |
| | Efficacité | 1 | 0,4% |
| | Eviter les maladies | 1 | 0,4% |
| DIU | Eviter les grossesses non désirées | 4 | 1,6% |
| | Espacement des naissances | 1 | 0,4% |
| | Aucune réponse | 5 | 2,0% |
| Total | | 250 | 100,0% |

Tableau XI: Répartition des élèves selon leurs connaissances des conséquences liées à la sexualité sans protection.

| Conséquences connues | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------------------------------|-----------------|-------------|
| Grossesses non désirées/IST/SIDA | 183 | 73,2% |
| Grossesses et enfants à bas âge | 45 | 18% |
| Avortements provoqués | 5 | 2,0% |
| Aucune réponse | 17 | 6,8% |
| Total | 250 | 100,0% |

Tableau XII : Répartition des élèves selon leur connaissance des conséquences des grossesses rapprochées.

| Conséquences | Effectif absolu | Pourcentage |
|--|-----------------|-------------|
| Pauvreté, malnutrition et prématurité | 142 | 56,8% |
| mortalité maternelle et infantile élevée | 28 | 11,2% |
| Maladie fréquente chez la mère et l'enfant | 18 | 7,2% |
| Affaiblissement et vieillissement précoce de la mère | 9 | 3,6% |
| Enfants mal aimés | 6 | 2,4% |
| Aucune connaissance | 47 | 18,8% |
| Total | 250 | 100,0% |

Tableau XIII : Répartition des élèves sexuellement actifs selon leurs connaissances des principales raisons d'utilisation du préservatif.

| Principales raisons | Effectif N=77 | Pourcentage |
|------------------------------------|---------------|-------------|
| Eviter les IST/SIDA | 43 | 55,8% |
| Eviter les grossesses non désirées | 26 | 33,8% |
| Aucune raison | 8 | 10,4% |
| Total | 77 | 100,0% |

Tableau XIV : Répartition des élèves sexuellement actifs selon les raisons de la non utilisation du préservatif lors des rapports sexuels.

| Raisons de la non utilisation | Effectifs (N=31) | Pourcentage |
|-------------------------------------|------------------|-------------|
| Le préservatif diminue le plaisir | 8 | 25,8% |
| Refus du partenaire | 4 | 12,9% |
| Confiance et Fidélité du partenaire | 3 | 9,7% |
| Le mariage | 16 | 51,6% |
| Total | 31 | 100,0% |

Tableau XV : Répartition des élèves selon leur principale source d'information sur le SIDA.

| Sources | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------|-----------------|-------------|
| Medias | 140 | 56,0% |
| Parents | 38 | 15,2% |
| Amis | 57 | 22,8% |
| Agents de Santé | 15 | 6,0% |
| Total | 250 | 100,0% |

Tableau XVI : Répartition des élèves selon leur connaissance des voies de transmission du SIDA.

| Voies de Transmission | Effectif (N=231) | Absolu Pourcentage |
|---|---------------------|-----------------------|
| Rapports sexuels non protégés | 156 | 67,5% |
| Objets tranchants souillés (couteau, lame, ciseaux) | 39 | 16,9% |
| Mère-enfant | 24 | 10,4% |
| Techniques culturelles (circoncision, excision, tatouage) | 3 | 1,3% |
| Aucune réponse | 9 | 3,9% |

Tableau XVII : Répartition des élèves en fonction des IST citées.

| IST connues | Effectif absolu | |
|-----------------|-----------------|-------------|
| | (N=133) | Pourcentage |
| SIDA | 64 | 48,1% |
| Pertes blanches | 47 | 35,3% |
| Gonococcie | 13 | 9,8% |
| Bilharziose | 7 | 5,3% |
| Syphilis | 2 | 1,5% |
| Aucune | 117 | 46,8% |

Tableau XVIII : Répartition des élèves selon leur connaissance de l'existence du SIDA sans signes de la maladie.

| Réponses | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------|-----------------|-------------|
| Oui | 142 | 56,8% |
| Non | 88 | 35,2% |
| Aucune | 20 | 8,0% |
| Total | 250 | 100,0% |

Tableau XIX : Répartition des élèves selon leur connaissance des moyens de protection contre le SIDA.

| Moyens de protection | Effectif absolu | Pourcentage |
|--|-----------------|-------------|
| Préservatif | 163 | 65,2% |
| Fidélité | 110 | 44,0% |
| Abstinence | 59 | 23,6% |
| Eviter les objets souillés | 6 | 2,4% |
| Counseling et dialogue dans la famille | 3 | 1,2% |

IV- ATTITUDE DES SCOLAIRES FACE AUX IST/SIDA ET A LA PF

Tableau XX : Répartition des élèves selon les preuves d'inexistence du SIDA.

| Raisons évoquées | Effectif absolu | Pourcentage |
|---|-----------------|-------------|
| N'a jamais vu de malades ni de morts du SIDA | 11 | 47,8% |
| Le déni du SIDA | 5 | 21,7% |
| Invention et fausse publicité commerciale des blancs pour l'Afrique | 3 | 13,1% |
| C'est un paludisme grave | 1 | 4,3% |
| Aucune raison | 3 | 13,1% |
| Total | 23 | 100,0% |

Tableau XXI : Répartition des élèves par sexe selon la nécessité de discuter de la contraception.

| Réponses | Sexe | | Total |
|----------------|------------|-------------|------------|
| | Masculin | Féminin | |
| OUI | 56 (22,4%) | 89 (35,6%) | 145 (58%) |
| NON | 30 (12,0%) | 70 (28,0%) | 100 (40%) |
| Aucune réponse | 2 (0,8%) | 3 (1,2%) | 5 (2%) |
| Total | 88 (35,2%) | 162 (64,8%) | 250 (100%) |

Tableau XXII : Répartition des élèves selon qu'il faudrait ou non discuter de la contraception par établissement.

| Réponses | Etablissement | | Total |
|----------------|---------------|---------------|------------|
| | Lycée | Professionnel | |
| OUI | 96 (38,4%) | 49 (19,6%) | 145 (58%) |
| NON | 70 (28,0%) | 30 (12,0%) | 100 (40%) |
| Aucune réponse | 1 (0,4%) | 4 (1,6%) | 5 (2%) |
| Total | 167 (66,8%) | 83 (33,2%) | 250 (100%) |

Tableau XXIII : Répartition des élèves selon le type de personnes avec lequel ils pensent qu'il faudrait discuter de la contraception.

| Personnes indiquées | Effectif absolu | Pourcentage |
|---------------------|-----------------|-------------|
| Partenaire | 40 | 16,0% |
| Parent | 37 | 14,8% |
| Ami | 40 | 16,0% |
| Ecole | 12 | 4,8% |
| Agent de santé | 16 | 6,4% |
| Aucune réponse | 105 | 42,0% |
| Total | 250 | 100,0% |

Tableau XXIV : Répartition des élèves par sexe selon le conseil reçu en famille sur la sexualité.

| Réponses | Masculin | Féminin | Total |
|--------------|------------|-------------|--------------|
| OUI | 25 (10,0%) | 91 (36,4%) | 116 (46,4%) |
| NON | 58 (23,2%) | 69 (27,6%) | 127 (49,6%) |
| Sans réponse | 5 (2,0%) | 2 (0,8%) | 7 (2,8%) |
| Total | 88 (35,2%) | 162 (64,8%) | 250 (100,0%) |

Tableau XXV : Répartition des élèves selon qu'ils reçoivent les conseils en famille sur la sexualité en fonction de l'établissement.

| Réponses | Etablissement | | |
|--------------|---------------|---------------|--------------|
| | Lycée | Professionnel | Total |
| OUI | 90 (36,0%) | 26 (10,4%) | 116 (46,4%) |
| NON | 73 (29,2%) | 51 (20,4%) | 124 (49,6%) |
| Sans réponse | 4 (1,6%) | 6 (2,4%) | 10 (4,0%) |
| Total | 167 (66,8%) | 83 (33,2%) | 250 (100,0%) |

Tableau XXVI : Répartition des élèves selon les raisons données contre les rapports sexuels avant le mariage.

| Raisons données par les élèves | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------------------------|-----------------|-------------|
| Honneur familial | 77 | 40,1% |
| Religion | 33 | 17,2% |
| Eviter les IST/SIDA | 29 | 15,1% |
| Tradition | 21 | 10,9% |
| Eviter les grossesses non désirées | 15 | 7,8% |
| Confiance dans le couple | 6 | 3,1% |
| Crainte des parents | 3 | 1,6% |
| Aucune réponse | 8 | 4,2% |
| Total | 192 | 100,0% |

V- PRATIQUES

Tableau XXVII : Répartition des élèves selon qu'ils ont déjà eu ou pas des rapports sexuels.

| Réponses | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------|-----------------|-------------|
| Oui | 77 | 30,8% |
| Non | 173 | 69,2% |
| Total | 250 | 100,0% |

Tableau XXVIII : Répartition des élèves sexuellement actifs selon le sexe.

| Réponses | Masculin | Féminin | Total |
|----------|------------|-------------|-------------|
| OUI | 28 (11,2%) | 49 (19,6%) | 77 (30,8%) |
| NON | 60 (24,0%) | 113 (45,2%) | 173 (69,2%) |

Tableau XXIX : Répartition des élèves sexuellement actifs selon leur connaissance antérieure du préservatif au premier rapport sexuel.

| Réponses | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------|-----------------|-------------|
| Oui | 53 | 68,8% |
| Non | 24 | 31,2% |
| Total | 77 | 100,0% |

Tableau XXX : Répartition des élèves selon l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel en fonction du sexe.

| Réponses | Sexe | | Total |
|----------|------------|------------|-------------|
| | Masculin | Féminin | |
| OUI | 9 (11,7%) | 14 (18,2%) | 23 (29,9%) |
| NON | 19 (24,7%) | 35 (45,4%) | 54 (70,1%) |
| Total | 28 (36,4%) | 49 (63,6%) | 77 (100,0%) |

Tableau XXXI : Répartition des élèves sexuellement actifs selon qu'ils ont déjà eu au moins un épisode d'IST en fonction du sexe.

| Réponses | Sexe | | Total |
|----------------|------------|------------|-------------|
| | Masculin | Féminin | |
| OUI | 3 (3,9%) | 9 (11,7%) | 12 (15,6%) |
| NON | 18 (23,4%) | 36 (46,7%) | 54 (70,1%) |
| Aucune réponse | 7 (9,1%) | 4 (5,2%) | 11 (14,3%) |
| Total | 28 (36,4%) | 49 (63,6%) | 77 (100,0%) |

Tableau XXXII : Répartition des élèves ayant contracté une IST en fonction du type de traitement suivi.

| Type de traitement | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------|-----------------|-------------|
| Médecine moderne | 7 | 58,4% |
| Automédication | 1 | 8,3% |
| Traditionnel | 1 | 8,3% |
| Aucun | 3 | 25,0% |
| Total | 12 | 100,0% |

Tableau XXXIII : Répartition des élèves selon les raisons évoquées en fonction du type de traitement suivi.

| Type de traitement | Raisons données | Effectif | Pourcentage |
|--------------------|----------------------------------|----------|-------------|
| Automédication | Par peur d'aller à l'hôpital | 1 | 8,3% |
| | Peur de la réaction des parents | 1 | 8,3% |
| | Envie de guérir | 1 | 8,3% |
| Médecine moderne | Confiance en la médecine moderne | 1 | 8,3% |
| | Traitement adéquat | 2 | 16,7% |
| Traditionnel | Manque d'argent | 1 | 8,3% |
| | Honte d'aller a l'hôpital | 1 | 8,3% |
| | Par les parents | 1 | 8,3% |
| Aucun | Par ignorance | 2 | 16,7% |
| | Par manque d'argent | 1 | 8,3% |
| Total | | 12 | 100,0% |

Tableau XXXIV : Répartition des élèves sexuellement actifs selon la périodicité d'utilisation du préservatif.

| Utilisation du préservatif | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------------------------|-----------------|-------------|
| De temps en temps | 12 | 15,6% |
| Toujours | 32 | 41,6% |
| Jamais | 31 | 40,2% |
| Sans réponse | 2 | 2,6% |
| Total | 77 | 100,0% |

- Nous avons dans notre enquête 49 filles sexuellement actives sur un effectif total de 77 élèves sexuellement actifs.

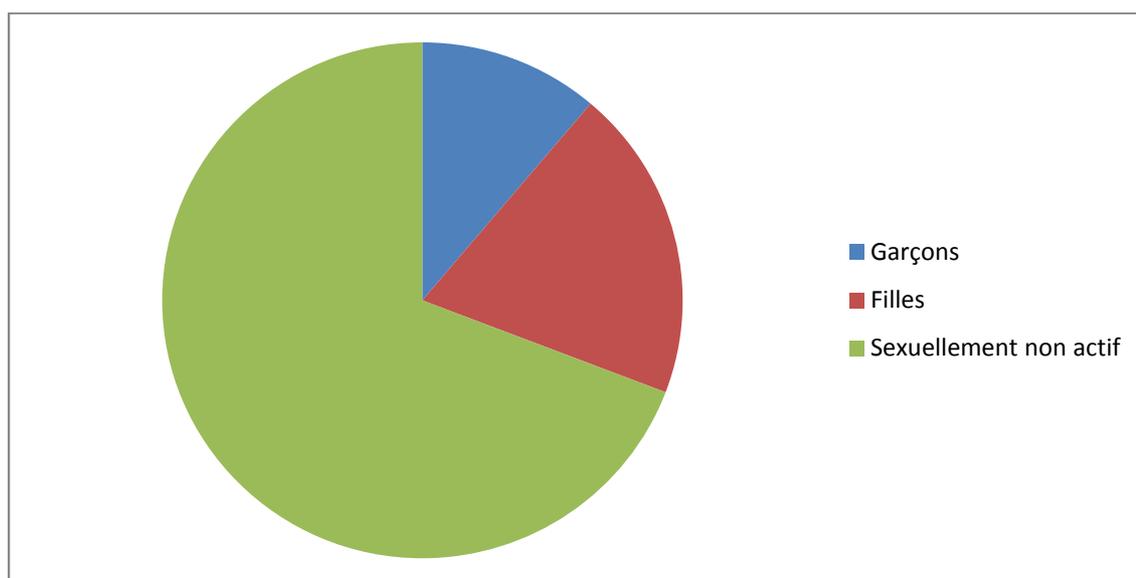


Tableau XXXV : Répartition des filles selon le nombre antérieur de grossesses.

| Nombre de grossesses | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------------------|-----------------|-------------|
| 0 | 43 | 87,7% |
| 1 | 4 | 8,2% |
| 2 | 2 | 4,1% |
| Total | 49 | 100,0% |

Tableau XXXVI : Répartition des grossesses selon qu'elles étaient désirées ou non.

| Réponses | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------|-----------------|-------------|
| Non désirées | 3 | 50,0% |
| Désirées | 3 | 50,0% |
| Total | 6 | 100,0% |

Tableau XXXVII : Répartition des élèves sexuellement actifs selon la méthode contraceptive utilisée en ce moment.

| Méthode utilisée | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------|-----------------|-------------|
| Préservatif | 56 | 72,7% |
| Pilule | 7 | 9,1% |
| Injectable | 2 | 2,6% |
| Aucune | 12 | 15,6% |
| Total | 77 | 100,0% |

Tableau XXXVIII: Répartition des élèves sexuellement actifs selon les raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives.

| Raisons données | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------------|-----------------|-------------|
| La virginité | 27 | 35,0% |
| Plaisir altéré | 16 | 20,8% |
| Marié | 16 | 20,8% |
| Pauvreté | 9 | 11,7% |
| Fidélité du partenaire | 1 | 1,3% |
| Effets secondaires | 1 | 1,3% |
| Aucune réponse | 7 | 9,1% |
| Total | 77 | 100,0% |

Tableau XXXIX : Répartition des élèves selon leur opinion sur la contraception en milieu scolaire en fonction de l'établissement.

| Opinion | Etablissement | | |
|----------------|---------------|---------------|--------------|
| | Lycée | Professionnel | Total |
| Favorable | 85 (34,0%) | 36 (14,4%) | 121 (48,4%) |
| Défavorable | 72 (28,8%) | 43 (17,2%) | 115 (46,0%) |
| Aucune opinion | 10 (4,0%) | 4 (1,6%) | 14 (5,6%) |
| Total | 167 (66,8%) | 83 (33,2%) | 250 (100,0%) |

Tableau XL : Répartition des élèves en fonction des obstacles à la contraception

| Obstacles | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------|-----------------|-------------|
| Prix | 63 | 25,2% |
| Religion | 47 | 18,8% |
| Peur | 47 | 18,8% |
| Effets secondaires | 34 | 13,6% |
| Manque d'info | 47 | 18,8% |
| Tradition | 4 | 1,6% |
| Total | 242 | 96,8% |
| Aucune | 8 | 3,2% |

Tableau XLI : Répartition des élèves selon les tranches d'âge ou devrait débiter la contraception.

| Tranches d'âge | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------------|-----------------|-------------|
| 10-19 ans | 113 | 58,9% |
| 20-25 ans | 50 | 26,0% |
| >25 ans | 17 | 8,9% |
| Ne sait pas | 12 | 6,0% |
| Total | 192 | 100,0% |

Tableau XLII : Répartition des élèves selon les propositions faites pour promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives en milieu scolaire.

| Propositions faites | Effectif absolu (192) | Pourcentage |
|----------------------------|-----------------------|-------------|
| Cours structurés | 140 | 72,9% |
| Information par les medias | 32 | 16,7% |
| Sketchs | 7 | 3,6% |
| Affiches | 3 | 1,6% |
| Aucune proposition | 10 | 5% |

Chapitre 5

COMMENTAIRES

ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

L'analyse des différents tableaux suscite certains commentaires et discussion

1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Cette section porte sur l'âge, l'ethnie, le sexe, le niveau d'étude, le quartier de résidence et l'établissement fréquenté.

1.1. L'âge et le sexe

Dans notre étude, la tranche d'âge de 14 à 19 ans était la plus représentée avec 92,4% des effectifs contre 7,6% pour les 20 à 22ans. Les élèves du lycée représentaient plus de la moitié de nos effectifs (66,8%). Le sexe féminin était majoritaire dans l'échantillon (64,8%), ceci dû à l'intitulé de notre thème qui semblait avoir plus d'intérêt pour elle.

1.2. Le quartier de résidence et l'ethnie

Dans leur grande majorité, les élèves enquêtés résidaient près des établissements scolaires où ce sont déroulées les enquêtes. Ce constat atteste le fait qu'il a été judicieux de rapprocher les élèves de leur établissement d'enseignement à travers l'orientation du Ministère de l'Education.

Nous avons noté que trois ethnies étaient les plus représentées. Il s'agit des Bambaras (22,4%), des Peulhs (17,2%) et des malinkés (14,4%) ce qui correspond aux ethnies majoritaires dans la commune rurale de Kalaban-coro

2. CONNAISSANCES

2.1. Connaissances sur la PF

La presque totalité des élèves enquêtés (soit 206 ce qui représente 82,4%) avaient déjà entendu parler de la PF, qu'ils assimilaient à l'espacement des enfants pour 36,8% d'entre eux et à la protection contre les grossesses non désirées pour 18,4%.

Les différentes méthodes contraceptives étaient également assez bien connues parmi lesquelles le préservatif était le plus cité par 53,6% des effectifs, suivi de la pilule et des injections avec respectivement 28,4% et 7,6%.

Ces résultats confirment le fait d'une assez bonne connaissance de la PF ainsi que de ses méthodes contraceptives par les scolaires de notre étude. Ceci est comparable aux résultats obtenus par D. SACKO [57] et B. DIALLO [28] qui avaient trouvé dans leurs études respectives que la PF était connue par tous les élèves.

Ailleurs en Afrique, T. KANE trouvait dans une étude réalisée par le CERPOD [21] à Banjul que les filles de 14 à 24 ans de son échantillon avaient toutes entendu parler de la PF et que les méthodes contraceptives les plus connues étaient le préservatif, la pilule et le DIU. Ces résultats sont également partagés par AKOTO E et al [5] au Burkina Faso et GUILBERT E. [37] à Québec au Canada.

Cependant, certains élèves ont fait part des rumeurs non justifiées relatives à la PF tels que la PF faisait avorter les femmes et qu'elle encourageait la prostitution. Force est de constater que malgré les nombreuses campagnes d'IEC, des préjugés persistent encore et les différents concepts de PF mériteraient d'être expliqués aux scolaires.

2.2. Connaissances sur les IST/SIDA

Pour évaluer le niveau de connaissances des scolaires, nous leur avons demandé s'ils avaient entendu parler d'IST et de SIDA. Il en ressort que 53,2% connaissaient les IST tandis que 96% connaissaient le SIDA parce qu'il existe diverses méthodes permettant une large diffusion d'informations y afférent : il s'agit de la publicité par les affiches, les spots, la télévision, les documentaires la radio ainsi que les campagnes de sensibilisation et d'éducation de la population.

Notre étude confirme également la bonne connaissance des voies de transmission et des moyens de prévention du SIDA par les scolaires. Les voies de transmission les plus connues étaient les rapports sexuels 67,5%, suivi des instruments souillés 16,9%. Le préservatif quant à lui étaient le moyen de prévention le plus connu (65,2%) suivi respectivement de la fidélité (44%) et de l'abstinence (23,6%).

3. ATTITUDES

Pour connaître leur attitude face à la PF on a demandé aux scolaires quelle était leur opinion sur la PF. Selon nos résultats : 48,4% des élèves enquêtés approuvaient la PF et étaient favorables à sa promotion en milieu scolaire. Ils pensaient que cette promotion devrait se faire à travers différentes voies que sont les médias appropriés, les cours structurés et les sketches. Ces différents résultats démontrent le besoin réel qu'ont les scolaires d'être informés sur les différentes méthodes contraceptives modernes.

Toujours selon notre étude 46,4% déclaraient recevoir des conseils en famille sur la sexualité. Ceci semble d'ailleurs au dessus de la réalité tant le tabou qui entoure toutes ces questions relatives à la sexualité dans nos sociétés Africaines en général et au Mali en particulier demeure grand; tabou qui aurait son origine dans la religion et dans la tradition.

Les résultats de notre étude nous démontrent qu'une proportion assez importante de scolaires (9,2%) ne croient toujours pas en l'existence du SIDA, et les raisons les plus avancées étaient le fait de n'avoir jamais vu un malade du SIDA d'une part et le déni du SIDA d'autre part.

Ces résultats du déni du SIDA semblent largement partagés par nos collègues tant au Mali [11, 15, 16, 28, 29] ; qu'ailleurs en Afrique comme au Burkina Faso et au Niger [5, 17, 48].

Pour apprécier leur perception sur les rapports sexuels avant le mariage, la presque totalité des scolaires enquêtés soit 76,8% étaient contre le fait d'avoir des rapports sexuels avant le mariage. Les principales causes évoquées étaient l'honneur familial, la religion et la tradition. Ce constat atteste que malgré l'évolution des mentalités, l'urbanisation galopante et l'accès aux nouvelles technologies de l'information, une partie importante de notre jeunesse croit encore en certaines valeurs morales telles que la virginité et aimeraient perpétuer cette tradition.

4. PRATIQUES

4.1. Comportements sexuels

Pour connaître les comportements sexuels des scolaires, on leur a demandé s'ils étaient déjà sexuellement actif et le moment de leurs premiers rapports sexuels. Les résultats de notre étude montrent que 30,8% des élèves étaient sexuellement actifs et les garçons étaient sexuellement plus actifs que les filles (3/5 contre 2/5).

Ces résultats sont proches de ceux de l'enquête du CERPOD [17] et de M. CAMARA [15] (2/3 contre 1/3). Le fait que les garçons paraissent sexuellement plus actifs que les filles, s'explique par le fait que dans de nombreux pays, les activités culturelles encouragent les jeunes hommes à avoir une activité sexuelle précoce et à avoir des partenaires multiples.

70,1% soit 54 de l'effectif des élèves sexuellement actifs de notre étude n'ont pas utilisé le préservatif lors de leurs premiers rapports sexuels ; cependant l'utilisation s'est accrue lors des rapports sexuels ultérieurs atteignant 81,8% des scolaires qui déclaraient utiliser le préservatif de temps en temps ou toujours.

Ceci se confirme quand on demande aux scolaires s'ils ont déjà eu au moins un épisode d'IST ; 11,7% de filles et 3,9% de garçons donnent une réponse affirmative. Nos résultats diffèrent de ceux de quelques études antérieurs, M. CAMARA [15] avait trouvé dans son enquête 13,33% de filles et 41,9% de garçons ; S.A. SANOGO [58] avait trouvé 8% de filles et 5% de garçons. Ailleurs en Afrique, une étude du CERPOD [18] avait trouvé 20% chez les garçons. Les taux de notre étude nous paraissent très faibles et peuvent s'expliquer d'une part par la proportion importante des élèves de 14 à 19 ans dans notre échantillon, et d'autre part par la réserve qu'éprouve les scolaires à parler de ce qui leur paraît être intime.

4.2. Pratique de la Contraception

Pour déterminer le degré de pratique de la contraception par nos élèves, nous leur avons demandé s'ils utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'enquête. Force nous a été de constater que malgré le degré de connaissance assez élevé des différentes méthodes contraceptives modernes, la pratique de la contraception reste encore faible chez nos scolaires. Les méthodes les plus utilisées étaient la pilule et les injectables respectivement 7 filles (9,1%) pour la pilule et 2 (2,6%) pour les injectables.

Les raisons d'utilisation des préservatifs par les scolaires étaient la double protection qu'elle procure ; à la fois contre les IST/SIDA et contre les grossesses.

La diminution du plaisir et la mauvaise qualité du rapport venaient en tête des raisons avancées par ceux qui n'utilisaient pas les préservatifs.

Des constats similaires avaient été faits au Mali [23, 58] ; au Burkina Faso [13] ; et ailleurs dans le monde par [47,9]

Chapitre 6

CONCLUSION

ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION

Il apparait à la lumière de notre étude que la sexualité devient de plus en plus précoce chez les adolescents et les jeunes adultes scolarisés ; Ils ont une connaissance assez approfondie de la santé de la reproduction en général, de la PF et des IST/SIDA en particulier. Par ailleurs nous constatons une communication moyenne entre les parents et leurs enfants sur la sexualité.

Bien que limitées, les données rapportées dans notre étude indiquent qu'une proportion importante de notre jeunesse court potentiellement le risque de diverses issues malheureuses en terme de Santé de la Reproduction en général, d'IST/SIDA et de grossesses précoces ou non désirées chez les jeunes en particulier.

2. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adresse :

❖ AU MINISTERE DE LA SANTE

- Créer des services de santé de la reproduction pour jeunes avec des prestataires jeunes des deux sexes pour l'efficacité dans la prise en charge des problèmes de Santé de la Reproduction des adolescents.
- Accentuer les campagnes de sensibilisation sur la PF et IST/SIDA dans les établissements à travers les conférences débats, les sketches et les affiches à partir de la 9^{ème} Année Fondamentale ;
- Créer des centres de proximité de PF dans les quartiers où se trouvent des effectifs importants de scolaires.
- Poursuivre des études de recherche opérationnelle sur les comportements sexuels des adolescents en milieu urbain, rural, scolaire et extrascolaire.

❖ AU MINISTERE DE L'EDUCATION

- Intégrer dans les programmes de communication et d'animation aux scolaires ; des questions touchant à la sexualité et à la Santé de la Reproduction des adolescents.
- Prendre en compte le contexte culturel dans la formulation et l'élaboration des programmes pour les adolescents.
- Accentuer les mesures spécifiques visant à favoriser la scolarisation des jeunes filles.

❖ **AUX PARENTS**

- Dépasser l'information sur le sexe comme un sujet tabou afin de donner à temps les informations utiles et nécessaires aux enfants.
- Aider leurs enfants à pratiquer correctement la contraception lorsqu'ils sont sexuellement actifs pour éviter les grossesses non désirées et toutes leurs conséquences pouvant même être mortelles.
- Réduire les mariages précoces.

❖ **AUX SCOLAIRES**

- S'organiser en groupes et inviter des professionnels pour échanger et recevoir des connaissances adéquates sur la sexualité, la PF et les IST/SIDA.
- Communiquer le plus possible avec les parents et les agents de santé sur la Santé de la Reproduction.

REFERENCES

VIII. REFERENCES

[1] A. Black, T. O'Grady, H. Pymar,

Consensus Canadien sur la contraception – Chapitre 5 - N° 143 – Deuxième partie de trois, Mars 2004

[2] A. Black

Consensus canadien sur la contraception- Chapitre 7 No 143, deuxième partie de trois, Mars 2004

[3] A. Black, N. Fleming, H. Pymar, T. Brown, T. Smith,

Consensus Canadien sur la contraception – N° 143 – Deuxième partie de trois, Mars 2004

[4] A. Campana.

Cours pour les étudiants de médecine - Family planning -Guidelines, reviews Document électronique consulté le 02 décembre 2012, http://www.gfmer.ch/Cours/Index_cours4e_annee.html

[5] Akoto E. et al,

« Sexualité, Contraception et Fécondité des adolescents au Burkina Faso », Projet Régional Santé familiale et Prévention du SIDA (SFPS), Septembre 2000.

[6] Akpadza K, Tchgafou M, Kambatibe N, et al.

Connaissances, attitudes, et pratiques des hommes des méthodes modernes de contraception dans la région de Kara (Togo).Journal de la SAGO, 2002, Vol. 1, n°1, 31-34

[7] A. Sidibé

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescents en milieu scolaire sur la contraception. Thèse de Médecine, Bamako 2006

[8] Andersson K, Odland V, Rybo G.

« Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova-T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial », *Contraception*, vol. 49, 1994, p. 56-72.]

[9] Ashraf L, Becker S.

Husband-wife communication about family planning and contraceptive use in Kenya. *International family planning. Perspectives* March 1997, n°1 vol 23

[10] Barnea Er.

« Embryo maternal dialogue: from pregnancy recognition to proliferation control », *Early Pregnancy*, vol. 5, 2001, p. 65–6.

[11] B. Berthé

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du Lycée Askia Mohamed en matière de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et du SIDA. Thèse de Médecine, Bamako 2000, n°76,140p

[12] 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.

[13] Boubacar M.

Etude épidémiologique-clinique du planning familial : Enquête auprès de 206 utilisatrices au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako d'Avril à Juin 2003. Thèse médecine, Bamako 2003, n°183.

[14] C. A. Fortin, E. Guilbert.

Consensus canadien sur la contraception- Chapitre 10 No 143, troisième partie de trois, Avril 2004

[15] M. Camara

Contraception chez l'adolescentes. Thèse de Médecine FMPOS. Bamako-Mali, 1993 n°64, 68p

[16] CERPOD.

Enquête démographique de la santé au Mali; Haute vallée, Bamako Novembre 1990, 101p

[17] CERPOD.

Etude régionale sur la santé de la reproduction des adolescents dans le Sahel, focus groups et interview individuelle au Burkina Faso, Mali et Niger. Rapport de recherche, Septembre 1996, Vol V, n°1

[18] CERPOD.

(Centre d'étude et de recherche sur la population et le développement) Les jeunes en danger/Résultats d'une étude régionale dans 5 pays de l'Afrique de l'Ouest, 1996.

[19] CERPOD.

Impact de la planification familiale sur la vie des jeunes : lorsque l'entourage hésite, Mali, 1999.

[20] CERPOD.

Conséquences sociales de l'avortement provoqué regards croisés sur une pratique persistante, Mali, 1999.

[21] CERPROD.

Fécondité de l'adolescente, drame d'une maternité précoce. Population Sahel, 1990, n°13.

[22] Cheng Cy, Mo M, Grima J, Saso L, Tita B, Mruk D et Coll.

« Indazole carboxylic acids in male contraception », *Contraception*, vol. 65, 2002, 265p

[23] A. Cissé

Connaissances et comportement sexuels des jeunes de 15-20 ans sur les MST/SIDA à Bamako-Mémoire de Faculté des Etudes Supérieures Québec-Novembre 1993, 83p.

[24] B. Coulibaly , Eckert E,

Etudes sur la santé de la reproduction chez les adolescents dans le Sahel, Résultats des focus groups : le cas du Mali. CERPOD 45p.

[25] Creeatsas G, Guerrero E, Guilbert E, Drouin J, Serfaty D, Lemiex L et coll. «A multinational evaluation of the efficacy, safety and acceptability of the Protectaid contraceptive sponge », *Eur J Contracept Reprod Health Care*, vol. 6, n° 3, 2001, p. 172–82.

[26] B. Dévolu

Connaissances Attitudes et Pratiques sur la Santé de la Reproduction en milieu scolaire (2^{ème} cycle fondamental et lycée) du District de Bamako, Thèse de Médecine, Mali, 2005.

[27] D. Francoeur, L. Hanvey, R. Miller, H. Pymar.

Consensus Canadien sur la contraception Chapitre 8, N°143, Troisième partie de trois, Avril 2003

[28] B. Diallo

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du Lycée Mabilé en matière de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et du SIDA, Thèse de Médecine FMPOS Bamako2000, n°33, 121p + annexes.

[29] F. Dicko

Connaissances sanitaires des enfants scolarisés : cas des élèves de 6^{ème} Année du District de Bamako. Thèse de Médecine, Bamako 1999, n°57, 171p

[30] Dieben To, Roumen Fj, Apter D.

« Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring », *Obstet Gynecol*, vol. 100, n° 3, 2002, p. 585-93.

[31] Dr Bakary Konaté et al.

Procédure en santé de la reproduction, Mali, 2005, Volume 6.

[32] Dunson DB, Sinai I, Colombo B.

« The relationship between cervical secretions and the daily probabilities of pregnancy: effectiveness of the two-day algorithm », *Hum Reprod*, vol. 16, 2001, p. 22-78-82.

[33] Enquête Démographique de la Santé (EDSM IV), Bamako 2006, P63

[34] Family Health International, Document électronique- consulté le 02 décembre 2012, <http://www.fhi.org/docs/site/fr/fpfaqf/fpfqfr11.html>

[35] Fédération Internationale pour la Planification Familiale, L'islam et la planification familiale, Rabat 1971.

[36] Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicale, Planification familiale

[37] Gilber E. et al,

L'usage de la contraception à l'adolescence : perceptions des adolescents et des professionnels, Journal SOGC, Avril 2000, Volume 23, n°4.

[38] Groupe Planification Familiale Leadership en faveur du repositionnement de la planification familiale au Mali (Mars 2008)

[39] Guillebaud J.

Contraception: your questions answered, 3e éd. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1999, p. 23–37, 39–43.

[40] Hatcher R, Trussell J, Stewart F, Cates W, Stewart G, Guest F et coll.
Contraceptive technology, 17e édition, New York, Ardent Media Inc, 1998.
297p

[41] Hooton TM, Scholes D, Hughes JP, Winter C, Roberts PL, Stapleton AL et coll.

«A prospective study of risk factors for symptomatic urinary tract infection in young women », *New Engl J Med*, vol. 335, 1996, p. 468–74.

[42] International Développement Research.

Planning traditionnel au Mali. Education sexuelle en Afrique tropicale 1973 ;
P54

[43] Jean Claude L.

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

[44] Kaunitz AM, Garceau RJ, Cromie MA.

« 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.

[45] Lalitkumar P, Sengupta J, Dhawan L, Sharma D, Lasley B, Overstreet J et coll.

« Anti-nidatory effect of vaginally administered fumagillin in the rhesus monkey », *Contraception*, vol. 62, 2000, 155p

[46] Manuel de Référence de Santé de la Reproduction des jeunes adultes à l'intention des prestataires de services, Mali, USAID/John Snow Inc./PDY, 2000

[47] Mackey J.

La fécondité des adolescentes, rapport d'une mission de consultation internationale. IPPF Londres, 1983, 66p.

[48] A. Ouédraogo, Lorenz N, Zina Y.

Sexualité des adolescents, stratégies d'éducation pour la santé. Institut de Médecine tropicale-Université Prince Léopold. Synthèse de l'atelier C.I.E, Paris 8-11 juillet 1991, Page 63 enquête CAP réalisée en milieu scolaire à Ouagadougou.

[49] Organisation Mondiale de la Santé. *Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use*, 2e édition. Genève, OMS, 2001.

[50] Plan de Développement Economique Social et Culturel (PDESC). Commune Rurale de Kalaban-coro Mai 2005.

[51] Politique et Normes des Services de Santé de la Reproduction-Version finale, Mali, Janvier 2006.

[52] Population Information Program. *Vasectomy: safe and simple. Population Reports, Series D, No. 4*, Baltimore, Johns Hopkins University, novembre / décembre 1983.

[53] PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE. Loi N°02 44 du 24 Juin 2002 relative à la santé de la reproduction, Article 14

[54] Présidence de la République du Mali.

Loi n° 02-044 du 24 juin 2002 relative à la Santé de la Reproduction WQ

[55] Présidence de la République du Mali.

Lettre Circulaire n°004/MSP-AS/CAB du 25 janvier 1991, relative au libre accès de toute femme en âge de procréer à une méthode contraceptive.

[56] R. Miller L. Hanvey.

Consensus Canadien sur la contraception- Chapitre 9 - No 143, troisième partie de trois, Avril 2004

[57] D. Sacko

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du Lycée BAH AMINATA DIALLO en matière de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et du SIDA, Thèse de Médecine FMPOS Bamako-Mali 2000, n°62, 138p + annexes.

[58] S.A. Sanogo

Connaissances attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes en matière d'IST/SIDA en milieu scolaire dans District de Bamako, Mali, 2001.

[59] Schéma Directeur d'Urbanisme de la Commune de Kalaban-coro et environ. RACE 2006.

[60] S. Dunn, E. Guilbert.

Consensus Canadien sur la contraception- No 143, première partie de trois, Février 2004

[61] 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 », *Obstet Gynecol*, vol. 98, 2001, p. 799-805.

[62] Idrissa Almamy Sow.

Sexualité des adolescentes études de 531 cas dans le District de Bamako, Thèse de Médecine, Mali, 1997.

[63] Alzouma Ibrahim Traoré.

Connaissances des MST, SIDA et grossesses indésirées chez les élèves du secondaire de la communauté urbaine de Niamey, Thèse de Médecine, Niger, 1992.

[64] Barkissa Traoré.

CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS FACE AU VIH/SIDA EN MILIEU SCOLAIRE, Thèse de Médecine, Mali, 2006.

[65] Trussell J, Rodriguez G, Ellertson C.

« New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception », *Contraception*, vol. 57, 1998, p. 363–9.

[66] T. Rowe.

Consensus canadien sur la contraception – Chapitre 12 No 143, troisième partie de trois, avril 2004

[67] T. Sidibé, H. Sangho.

CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES ELEVES D'UN LYCEE DE BAMAKO EN MATIERE DE CONTRACEPTION ET PREVENTION DES IST, Mali, 2006.

[68] Adam Yattassaye.

L'accouchement chez l'adolescente à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré, Thèse de Médecine, Mali, 1998.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE POUR LES SCOLAIRES

Date de l'Enquête ____/____/ 2013

Questionnaire N° _____ Nom de l'enquêteur _____

I- IDENTIFICATION ET CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- Q1- Age..... Q2- Ethnie..... Q3- Sexe : M ou F
Q4- Quartier..... Q5- Etablissement.....
Q6- Classe fréquentée..... Q7- Statut matrimonial.....

II- ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRIQUES ET COMPORTEMENTS SEXUELS

- Q8- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? OUI /__/ ou NON /__/
Q9- Si OUI, âge du premier rapport sexuel :ans
Q10- Connaissez-vous le préservatif au moment de votre premier rapport sexuel ?
OUI /__/ ou NON /__/
Q11- Avez-vous utilisé 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 /__/
Si OUI, était-elle désirée ?.....
Q16- Avez-vous déjà subi un avortement ? OUI /__/ ou NON /__/
Si OUI, à quel âge de la grossesse ?.....Mois.
Etait-il spontané OUI /__/ ou NON /__/
Ou provoqué ? OUI /__/ ou NON /__/
Q17- Avez-vous des enfants ? OUI /__/ ou NON /__/
SI OUI, combien ?.....

III- CONNAISSANCE DU PLANNING FAMILIAL (PF)

Q18- Avez-vous déjà entendu parler du Planning Familial ?

OUI /__/ ou NON /__/

Si OUI, à quoi ça sert ?

.....

Q19- Quelles sont vos principales sources d'information sur le Planning Familial ?

- Agents de santé /__/
- Camarades de classe /__/
- Parents /__/
- Média (radio- télé) /__/

Q20- Quelles sont les catégories de personnes visées par le PF ?

.....

Q21- A partir de quel âge une personne peut-elle se faire planifier ?.....ans

Q22- Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ?

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

Q23- Quels sont les avantages et les inconvénients de ces méthodes contraceptives ?

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

Q24- Quelles sont les conséquences liées à la sexualité sans protection chez les jeunes ?

.....

Q25- Quelles sont selon vous les conséquences des grossesses rapprochées ?

.....

Q26- 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 ?

.....

IV- ATTITUDE FACE A LA CONTRACEPTION

- Q27-** Pensez-vous qu'il faut discuter de contraception ? OUI /__/ ou NON /__/
Si OUI, avec qui ?.....
- Q28-** Vos parents vous donnent-ils des conseils sur la sexualité ?
OUI /__/ ou NON /__/
- Q29-** Une personne ne devrait pas avoir de rapports avant quel âge ?
- Avant 15 ans /__/
- Avant 18 ans /__/
- Avant 21 ans /__/
- Q30-** Une personne devrait-elle avoir des rapports sexuels avant le mariage ?
OUI /__/ ou NON /__/
Donnez vos raisons :.....
- Q31-** Est-il important qu'une fille ou un garçon reste vierge jusqu'au mariage ?
OUI /__/ ou NON /__/
Pourquoi ?.....
- Q32-** Pensez-vous qu'il est nécessaire d'avoir toujours l'approbation de votre partenaire avant l'utilisation du préservatif
- C'est obligatoire /__/
- C'est nécessaire /__/
- Je ne sais pas /__/
- Q33-** Quelles est votre opinion sur les avortements provoqués ?
- Je suis favorable /__/
- Je suis défavorable /__/

V- PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

- Q34-** 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 /__/
- Q35-** 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 /__/
- Q36-** Avez-vous utilisé une méthode de contraception dans le passé ?
OUI /__/ ou NON /__/
Si OUI, laquelle ?.....Pendant combien de temps ?.....

Q37- Continuez-vous encore cette méthode ? OUI /__/ ou NON /__/

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

Q38- 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 ?.....

Q39- Depuis combien de temps utilisez-vous cette méthode ?.....

Q40- Quelles sont les raisons du choix de cette méthode ?.....

Q41- Qui vous a conseillé d'utiliser une méthode de contraception ?.....

Q42- Avez-vous ressenti des effets secondaires (troubles) pendant l'application de cette méthode ? OUI /__/ ou NON /__/

Si OUI, de quel type ?

- Irritations /__/
- Vertiges /__/
- Nausées /__/
- Prises de poids /__/
- Autres (à préciser).....

Q43- Avez-vous subi une consultation avant l'utilisation de cette méthode ?

OUI /__/ ou NON /__/

Si NON, pourquoi ?.....

Q44- Quels sont les obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives par les scolaires ?

- Le prix /__/
- La religion /__/
- La peur d'être jugé défavorablement /__/
- Les effets secondaires /__/
- Le manque d'informations /__/
- La tradition /__/
- Autres (à préciser).....

Q45- 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 :.....

Q46- Qu'est-ce que vous préconisez pour promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives en milieu scolaire ?

- Cours structurés /__/
- Information plus larges par les médias /__/
- Les sketches /__/
- Autres (à préciser)/__/

VI- INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET SIDA

Q47- Connaissez-vous les IST ? OUI /__/ ou NON /__/

Si OUI, lesquelles ?

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

.....

Q48- Avez-vous déjà contracté une IST ? OUI /_/ ou NON /_/

Si OUI, quels étaient les principaux signes ?.....

.....

Q49- Quel traitement avez-vous fait ?

- Médecine moderne /_/

- Automédication /_/

- Traditionnelle /_/

- Aucun /_/

Donnez vos raisons :.....

Q50- Peut-on avoir une IST sans manifester les signes de la maladie ?

OUI /_/ ou NON /_/

Q51- Connaissez-vous le SIDA ? OUI /_/ ou NON /_/

Q52- Quelles sont vos principales sources d'information sur les IST/SIDA ?

- Médias /_/

- Parents /_/

- Amis /_/

- Autres (à préciser).....

Q53- Croyez-vous en l'existence du SIDA ? OUI /_/ ou NON /_/

Donnez vos raisons :.....

Q54- Quelles sont les voies de transmission du SIDA que vous connaissez ?

.....

Q55- Citez les symptômes du SIDA que vous connaissez :.....

.....

Q56- Peut-on être infecté par le virus du SIDA sans avoir les symptômes de la maladie du SIDA ? OUI /_/ ou NON /_/

Q57- Existe-t-il un traitement contre le SIDA ? OUI /_/ ou NON /_/

Si OUI, lequel ?.....

Q58- Quels sont les moyens de prévention contre les IST/SIDA que vous connaissez ?

.....

.....

FICHE SIGNALYTIQUE

NOM : KONATE

Prénom : Moussa

Titre : Connaissances, Attitudes et Pratiques sur la Santé de la
Reproduction en milieu scolaire (Centre d'Enseignement
Professionnel et Lycée) à Kalaban-coro

Année académique : 2012-2013

Nationalité : Malienne

Ville de Soutenance : Bamako

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et
d'Odonto-Stomatologie

Secteurs d'intérêt : Santé Publique – Gynéco-Obstétrique

Résumé

Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée de Mars à Avril 2013 dans trois établissements de la commune rurale de Kalaban-coro. Des données relatives aux connaissances, attitudes et pratiques des scolaires de 14 à 22 ans sur la Santé de la Reproduction ont été recueillis auprès de 250 scolaires résident dans la dite commune au Mali, dont 162 de sexe féminin et 88 de sexe masculin.

L'analyse des résultats a montré que les adolescents ont une connaissance théorique assez approfondie sur la PF et les IST/SIDA.

En effet 82,4% ont déjà entendu parler de la PF, 36,8% l'assimilent à l'espacement des naissances ; le préservatif et la pilule étaient les méthodes contraceptives les plus connues avec respectivement 53,6% et 28,4%.

Quant aux IST, le SIDA était la plus citée avec 48,1% et 67,5% de nos élèves savaient qu'il se transmet par les rapports sexuels ; et que le moyen de prévention le plus répandu est le préservatif.

Malgré une relative bonne connaissance sur la PF et les IST/SIDA, les scolaires ont un comportement sexuel à risque élevé. Dans l'ensemble, 30,8% ont déjà eu des rapports sexuels et parmi eux 70,1% n'ont pas utilisé de préservatif au premier rapport sexuel.

Ils sont pour la plupart favorables à la PF, mais le degré de pratique de la contraception moderne par rapport à la connaissance demeure encore très bas.

Mots clés : Santé, Reproduction, Adolescents, Jeunes Adultes, 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