

**MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE**

**RÉPUBLIQUE DU MALI**

**Un Peuple - Un But - Une Foi**

**Université des Sciences, des  
Techniques et des Technologies  
de Bamako(U.S.T.T.B)**



**Faculté de Médecine, de Pharmacie  
et d'Odontostomatologie (FMPOS)**



**Année Universitaire 2013 - 2014**

**N°...../2014**

**TITRE**

**ETUDE DES CONNAISSANCES ATTITUDES ET  
PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION EN MILIEU  
SCOLAIRE DANS LA COMMUNE URBAINE DE  
SEGOU**

**THESE**

**Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de  
Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

**Par**

**Monsieur ADAMA LAMINE COULIBALY**

**Pour obtenir le grade de Docteur en médecine**

**(DIPLOME D'ETAT)**

**JURY:**

**PRESIDENT: Professeur Fanta Sambou DIABATE**

**MEMBRE: Docteur Seydina Alioune BEYE**

**CO-DIRECTEUR : Docteur Bakary Abou TRAORE**

**DIRECTEUR : Professeur NIANI MOUNKORO**

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## DEDICACES

Je dédie cette thèse à :

➤ A mon père **Lamine COULIBALY**

Tu m'as donné une éducation dans le sens du bien et de la probité ; c'est grâce à tes conseils et suggestions et surtout à ton assistance que j'ai pu atteindre ce jour ; je ne saurais jamais te remercier assez, qu'ALLAH t'accorde le bonheur ; longue vie à toi père.

➤ A ma mère **Assitan COULIBALY**

Brave femme, animée d'un esprit de loyauté et d'honnêteté incomparable, tu es pour moi un modèle de courage et de bonté ; puisse ALLAH le Tout Puissant bénir et te donner encore une longue vie pour qu'enfin tu puisses goûter au fruit de tant d'années de sacrifices.

➤ A ma tante **Kadidia FANE**

Pour toute une vie d'attention et d'écoute à mon éducation et à ma formation.

Les mots seront impuissants à traduire mon éternel tribut d'amour et de vénération. Avec tous mes respects et considérations.

➤ A mon tonton **Seydou COULIBALY**

Cher tonton, tu es exemplaire ; tu as su me reconforter durant des moments difficiles ; je ne pourrai jamais l'oublier. Que Dieu te bénisse et te donne encore longue vie.

➤ A mes frères et sœurs : **BABA, Modibo, Yacouba, Binta, et Salimata.**

Vous m'avez tous et à tous les niveaux apporté votre contribution dans le cadre de la solidarité familiale ; avec chacun de vous, j'ai pu découvrir la convivialité et la symbiose qui doivent régner dans une famille. Puisse Dieu nous prêter encore longue vie et nous aider à rester unis pour la bonne marche de la famille.

➤ A mes cousins et cousines : **Issa, Moussa, Salif, Younouss, Fatoumata, et Safiatou.** Merci pour tous.

➤ A mon oncle et tante : **Dramane COULIBALY et Aminata DIAKITE.**

Cette thèse est le fruit de vos engagements merci.

## REMERCIEMENTS

Je remercie **ALLAH le TOUT PUISSANT** pour m'avoir permis de mener à terme ce modeste travail.

➤ Aux Dr **Moussa DIARRA, COULIBALY. Mahamadou, TRAORE. Abdoulaye**  
Pour votre constante disponibilité, votre soutien et vos précieux conseils. Pour m'avoir toujours fait profiter de votre expérience, je ne saurais par de simples mots vous remercier pour tous les services rendus.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

➤ A mes frères et amis : **B. KIENOU, P. KELEMA, Dr KAMISSOKO.C, Dr KONE. J.D, Sylvain.G, KARAMBE.O et Adam MAIGA, SIAMAN.I.**

Remerciements infinis.

➤ Aux Dr **KOKAINA.C, Traore.T, Samassa.L, Diarra.S.**

Merci pour votre bon encadrement.

➤ A tout le personnel de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou : Médecins, Anesthésistes-réanimateurs, sages femmes, infirmiers, aides-soignants, manœuvres, gardiens.

Merci pour toutes ces connaissances acquises auprès de vous.

➤ A tout le personnel et tous les élèves de la ville de Ségou  
Mes sincères reconnaissances.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et membre du jury**

**Docteur BEYE Seydina Alioune**

Spécialiste en anesthésie-réanimation.

Praticien à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Chef de service du Bloc Technique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Cher maître,

Votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant du travail bien fait sont des qualités admirables. Toute notre fierté est d'être encadré, par vous C'est l'occasion pour nous, cher maître, de vous exprimer notre profond attachement.

**A notre maître et Co-directeur de thèse**

**Docteur Bakary Abou TRAORE**

Spécialiste en Gynéco-Obstétrique

Praticien au centre de santé de référence de la commune III.

Ancien chef de service adjoint au service de Gynécologie

Obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Sékou.

Cher maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service.

Les mots nous manquent pour exprimer le sentiment qui nous anime après ces moments passés auprès de vous.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de simplicité et de rigueur.

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

**A notre Maître et Directeur de thèse**

**Professeur Niani MOUNKORO**

Maitre de conférences de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Chef de service d'obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré.

Chevalier de l'ordre du mérite de la santé

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de diriger cette thèse.

Votre travail tant dans l'enseignement que dans la pratique hospitalière a contribué à la promotion de la gynéco-obstétrique au Mali. Convaincu que vous êtes un modèle d'intellectuel et de cadre pour notre pays.

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

**A notre maître et présidente du jury**

**Professeur Fatimata Sambou DIABATE**

Professeur Titulaire de gynécologie et d'obstétrique a la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Cher maître,

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

Votre rigueur scientifique, votre compétence, votre riche expérience professionnelle et la qualité de votre enseignement, font de vous un maître de référence.

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

Que le tout Puissant vous accorde, santé et longévité.

## INDEX ALPHABETIQUE DES ABREVIATIONS

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>1. AMPPF</b>   | Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille |
| <b>2. CAP</b>     | Connaissances, attitudes, pratiques                                   |
| <b>3. CCV</b>     | Contraception chirurgicale volontaire                                 |
| <b>4. CETI</b>    | Collège enseignement technique industriel                             |
| <b>5. CIP</b>     | Contraceptif injectable progestatif                                   |
| <b>6. CTM</b>     | Collège technique moderne   |
| <b>7. COC</b>     | Contraceptifs oraux combinés  |
| <b>8. COP</b>     | Contraceptifs oraux progestatifs                                      |
| <b>9. EA</b>      | Effectif absolu   |
| <b>10. ECOLAV</b> | Ecole pour l'avenir   |
| <b>11. UNFPA</b>  | Fonds des Nations Unis pour la Population                             |
| <b>12. IST</b>    | Infections sexuellement transmissibles                                |
| <b>13. LAKCC</b>  | Lycée Abdoul Karim Camara dit Cabral                                  |
| <b>14. LAGUID</b> | Lycée Almamy Guidio   |
| <b>15. MAMA</b>   | Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée                  |
| <b>16. LMD</b>    | Lycée Mariam Dembélé  |
| <b>17. LMA</b>    | Lycée Michel Allaire  |
| <b>18. MST</b>    | Maladie sexuellement transmissible                                    |
| <b>19. Nbre</b>   | Nombre  |
| <b>20. OMS</b>    | Organisation Mondiale de la Santé                                     |
| <b>21. PF</b>     | Planification familiale   |
| <b>22. Sup</b>    | Supérieur   |
| <b>23. SMI</b>    | Santé Maternelle et Infantile   |

## Liste des tableaux

**TABLEAU I** répartition des enquêtés selon la résidence.

**TABLEAU II** répartition des enquêtés selon la tranche d'âge.

**TABLEAU III** répartition des enquêtés en fonction du sexe.

**TABLEAU IV** répartition des enquêtés selon l'établissement.

**TABLEAU V** répartition enquêtés selon la classe fréquentée.

**TABLEAU VI** répartition selon le statut matrimonial.

**TABLEAU VII** répartition selon le sexe de ceux qui sont mariés.

**TABLEAU VIII** répartition des filles selon leur tranche d'âge de ménarche.

**TABLEAU IX** évaluation selon leur connaissance à propos de la relation sexuelle.

**TABLEAU X** répartition selon le sexe de ceux qui n'ont pas eue le rapport sexuel.

**TABLEAU XI** répartition selon l'âge au premier rapport.

**TABLEAU XII** répartition en fonction du caractère programmé ou non du rapport sexuel.

**TABLEAU XIII** répartition selon la régularité des rapports sexuels.

**TABLEAU XIV** répartition en fonction du nombre de fois de changement de partenaires.

**TABLEAU XV** répartition en fonction du sexe de ceux qui n'avaient pas de partenaires sexuels.

**TABLEAU XVI** répartition selon le nombre de partenaires sexuels.

**TABLEAU XVII** répartition des filles selon le délai entre la ménarche et premier rapport sexuel.

**TABLEAU XVIII** répartition en fonction de leur connaissance à propos de la définition de la contraception.

**TABLEAU XIX** répartition en fonction de leurs sources d'information sur la contraception.

**TABLEAU XX:** connaissance sur l'existence des différentes méthodes contraceptives.

**TABLEAU XXI:** répartition de l'utilisation d'une méthode contraceptive au premier rapport sexuel chez les élèves et étudiants ayant eu à pratiquer.

**TABLEAU XXII** répartition en fonction de l'utilisation d'une méthode contraceptive au premier rapport sexuel selon le type.

**TABLEAU XXIII** répartition selon les raisons de l'utilisation d'une méthode contraceptive au premier rapport sexuel.

**TABLEAU XXIV** répartition selon les raisons de non utilisation d'une méthode contraceptive au premier rapport sexuel.

**TABLEAU XXV** répartition selon leur connaissance sur l'existence d'une période de fécondité.

**TABLEAU XXVI** connaissance de la possibilité de grossesse dès le premier rapport sexuel.

**TABLEAU XXVII** répartition selon le lieu d'approvisionnement des contraceptifs.

# Sommaire

|   |           |
|---|-----------|
| <b>I-Introduction .....</b>                     | <b>1</b>  |
| <b>II- Objectifs .....</b>                      | <b>17</b> |
| <b>III- Généralités.....</b>                    | <b>18</b> |
| <b>IV- Méthodologie .....</b>                   | <b>39</b> |
| <b>V- Résultats .....</b>                       | <b>45</b> |
| <b>VI- Commentaires et discussion.....</b>      | <b>61</b> |
| <b>VII- Conclusion et recommandations .....</b> | <b>67</b> |
| <b>VIII- Références .....</b>                   | <b>69</b> |
| <b>IX- Annexes .....</b>                        | <b>79</b> |

# **INTRODUCTION**

# **OBJECTIFS**

## Introduction

Le concept santé de la reproduction tel que défini par la Conférence Internationale sur la Population et le Développement en 1994 a été adopté par le Mali. Ce concept se définit comme suit par santé en matière de reproduction ou santé de la reproduction, on entend le bien être général, tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. <sup>[1]</sup> Selon le Fonds des Nations Unis pour la Population (UNFPA), la santé de la reproduction signifie que les gens sont en mesure d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et dépourvue de danger et qu'ils ont à la fois les moyens de procréer et la liberté de décider si, quand et avec quelle fréquence ils le font. <sup>[2]</sup> Selon l'OMS, l'adolescence et la jeunesse situe entre les 10 à 24 ans. <sup>[3]</sup> Pendant cette phase de la vie, de nombreux changements interviennent chez l'adolescent qui est en phase de transition vers l'âge adulte. En 1994, lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, il a été rapporté que 1.3 milliard de femmes vivant dans le monde et en âge de procréer avaient plus de 1.2 milliard de grossesses qui, dans plus de 25% des cas n'étaient pas désirées. Ces grossesses non désirées ont entraîné la mort de près de 700.000 femmes dont la majorité par suite de complications d'avortements à risque. <sup>[4]</sup>

En 1997, le comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté un document intitulé : **Santé reproductive : Stratégie de la région Africaine**, confirmant le rôle fondamental de la planification familiale dans l'instauration d'une santé reproductive optimale et d'un bien-être général. En 2003, ce même comité a adopté le document intitulé : **Santé de la femme : Stratégie de la région Africaine**. <sup>[5]</sup> Dans le monde environ 14 millions d'adolescentes deviennent mères chaque année et près de 90% de celles-ci vivent dans les pays en voie de développement. <sup>[6]</sup> Face à cette pression démographique, diverses doctrines de

population vivent le jour à travers le monde. Ainsi la déclaration de Bucarest en 1978 stipulait le droit à la planification familiale tandis que celle d'Alma Ata en 1978 préconisait la prise en compte de la planification familiale, comme composante de la santé maternelle et infantile. L'Afrique sub saharienne où ne vit que 10% de la population féminine mondiale annuellement 12 millions de grossesses non désirées ou imprévues <sup>[7]</sup> et 40% de l'ensemble des décès liés à la grossesse dans le monde. <sup>[8]</sup> Les femmes de moins de 20 ans représentent 70% des cas de complications d'avortement résultant de grossesses non désirées ou imprévues. <sup>[9]</sup> En Afrique sub-saharienne, le taux estimatif de prévalence de la contraception est de 5.5%, le risque de décès maternel de 1 pour 14. <sup>[10]</sup> Ces statistiques témoignent de l'impérieuse nécessité de planification familiale en Afrique.

Le Mali pour sa part a doublé sa population de moins de 40 ans, passant de 4.100.000 habitants en 1960 à 9.800.000 habitants en 1998. <sup>[11]</sup> Les femmes se caractérisent par une fécondité très élevée au jeune âge (188 ‰ à 15-19 ans) et qui augmente rapidement pour atteindre son maximum à 25-29 ans (292 ‰), avant de baisser de façon régulière avec l'âge.

L'indice synthétique de fécondité s'élève ainsi à 6,6 enfants par femme <sup>[12]</sup>. Cependant force est de constater que le Mali fait partie des pays où la prévalence contraceptive est l'une des plus basses en dépit des efforts entrepris en matière de santé de la reproduction.

Selon certaines études réalisées en milieu scolaire, la pratique contraceptive ou prévalence reste toujours basse malgré le niveau de connaissance assez élevé des différentes méthodes contraceptives.

Le présent travail a pour but d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des élèves sur la contraception ; et surtout de déterminer les obstacles liés à l'utilisation de la contraception en milieu scolaire à Ségou.

## OBJECTIFS

### **Général :**

Evaluer la connaissance sur la sexualité et la contraception ainsi que le comportement des élèves face aux MST-VIH/SIDA en milieu scolaire à Ségou.

### **Spécifiques :**

**1-**Evaluer la connaissance, l'attitude et la pratique des élèves face à la contraception en milieu scolaire.

**2-**Etudier le comportement des élèves sur la sexualité à risque en milieu scolaire.

**3-**Identifier leurs sources d'information et d'approvisionnement en méthodes contraceptives

**4-**Déterminer le taux d'utilisation des méthodes de contraception en milieu scolaire dans la région de Ségou.

# GENERALITES

## **II- GENERALITES**

### **A- DEFINITIONS : ADOLESCENCE ET JEUNESSE**

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

L'adolescence est une phase de la vie humaine en transition entre l'enfance et l'âge adulte. La poussée hormonale de l'adolescence provoque une déstabilisation de l'équilibre de l'enfance qui a des conséquences sur tout le champ de la personnalité. Cette phase est marquée par des changements physiques (puberté puis fin de la croissance), affectifs (modification de la vie relationnelle), intellectuels (compréhension de la vie et de sa vie) et psychiques (recherche identitaire, acquisition progressive de l'autonomie). Dans l'espèce humaine, l'adolescence correspond à une particularité biologique. Comme chez la plupart des espèces animales de vertébrés, la croissance de l'animal n'est pas terminée avant la mise en route de la reproduction.

La jeunesse représente la couche de la population qui aspire à une plus grande liberté et est à la pointe de l'évolution grâce à son dynamisme, son impatience et sa combativité. Elle est assimilée souvent à la folie où tout est permis. Elle se caractérise aussi comme une période de croissance et de développement physique et mental. C'est la période des grands défis, des grandes exaltations et surtout de l'affirmation de soi. Elle est caractérisée également par un élan de liberté, des prises de risques, d'idéalisme et l'envie de changer le monde à sa manière. C'est une période de la vie comprise entre l'adolescence et la maturité. La jeunesse marque le début de l'âge adulte. <sup>[13]</sup>

### **B- GENERALITES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE**

#### **I- Historique :**

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

est toujours mal vécue. Une femme doit avoir des enfants, mais il demeure vrai que la venue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) soit sujette de moquerie. En milieu Bambara, par exemple, il existe des expressions consacrées pour désigner ces personnes « séré-mouso » pour la femme et « séré- den » pour l'enfant. Malgré le comportement pro nataliste, les maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances : c'est ainsi qu'après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant deux (2) à trois (3) ans. Ceci permet à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement. On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement de naissance telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs, (de Tafo...) La fréquence de ces pratiques serait en diminution surtout dans le milieu urbain. <sup>[14]</sup>

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

Le Mali a été l'un des premiers pays sub-sahariens à adopter une attitude de tolérance vis-à-vis des activités du planning familial <sup>[15]</sup>. En effet depuis 1971, une délégation Malienne s'est rendue à Montréal (Canada) pour participer à un séminaire sur la planification familiale. Après, le Mali a signé un accord avec les organisateurs de ce séminaire pour un projet d'assistance en planning familial pour 4 ans. <sup>[16]</sup> C'est dans cet élan que l'AMPPF a été créée le 7 juin 1971. En 1972, le Mali a abrogé la loi du 31 juillet 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisaient la propagande anticonceptionnelle <sup>[17]</sup>.

Un centre pilote du planning familial a été créé à Bamako par l'AMPPF dont l'objectif était l'espacement des naissances et non une limitation des naissances. La pratique du planning familial était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes mariées et parentale pour les célibataires <sup>[18]</sup>. En 1973, deux séminaires dont un inter Africain sur l'éducation sexuelle et l'autre inter syndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako. <sup>[19]</sup> En 1974, le Mali a souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) sur le droit au planning familial. En 1978, le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma Ata (ALMA

ATA/URSS) sur les soins de santé primaires dont une des composantes est le planning familial dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances. En 1980, la division santé familiale (DSF) a été créée au sein du ministère de la santé publique et des affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de santé maternelle et infantile en y intégrant le planning familial. <sup>[20]</sup> En 1990, deux séminaires nationaux ont été organisés à Bamako pour l'ébauche d'une politique de population femme et développement. En 1991, le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population. <sup>[21]</sup> En 1994 avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Égypte), les gouvernements (dont le Mali) se sont engagés à agir dans le domaine de la santé de la reproduction engagement réitéré lors de la 4<sup>ème</sup> conférence mondiale sur les femmes à Beijing (chine) en Septembre 1995. En juin 1995 a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle infantile et planning familial (SMI/ PF). <sup>[22]</sup> Avec le temps le concept Malien en matière de PF a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuel qui définit la PF comme : « l'ensemble des mesures et moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale , mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelle, infantile et juvénile notamment celle liée aux IST,VIH SIDA, aux grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien être familial et individuel » . Ceci implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour les aider à choisir la mesure ou le moyen de régulation de la fécondité. <sup>[23]</sup> Pour le Mali la santé de la reproduction englobe la santé de la mère y compris le planning familial et la santé de l'enfant y compris celle de la petite fille.

### **III- Définition des différents concepts de planification familiale utilisés par les programmes <sup>[24]</sup> :**

#### **1. La santé de la reproduction :**

Elle recouvre le bien-être général, tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. Elle englobe l'information des hommes et des femmes sur la planification familiale et l'accès à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien la grossesse et l'accouchement.

#### **2. Définition de la planification familiale selon L'OMS :**

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

#### **3. Différents concepts de planification familiale utilisés par les programmes (AU MALI):**

##### **3.1.Santé de la reproduction chez les jeunes(Concept du Mali):**

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

##### **3.2 L'espace des naissances :**

Ce concept insiste sur la notion d'intervalle inter génésique pour le bien être de la famille. Beaucoup de pratiques sociales telles que l'abstinence périodique, l'allaitement maternel prolongé, l'envoi de la femme dans sa famille d'origine prouvent ce concept. Celui-ci est beaucoup utilisé dans les Pays Francophones

d'Afrique dans la mise en place de leurs programmes de planification familiale (cas du Mali).

### **3.3 La régulation des naissances :**

Elle insiste sur l'idée de régulation par opposition à la fatalité biologique liée au hasard dans la naissance des enfants. Ce concept est assez proche de l'espacement des naissances.

### **3.4 Le contrôle de naissance :**

Il insiste sur la réglementation du nombre des naissances aussi bien par les familles que par les nations. Il intervient dans le cadre de certaines politiques de population élaborées par les gouvernements. On peut soit augmenter les avantages sociaux, soit alléger les impôts pour les premiers enfants, soit supprimer les avantages pour les enfants venant au de là d'un certain rang.

### **3.5 La limitation des naissances :**

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

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

### **4.1 L'absence de préparation adéquate à la sexualité :**

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

### **4.2 Les grossesses précoces ou non désirées :**

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

### **4.3 L'interruption volontaire de grossesse :**

L'interruption volontaire de grossesse n'est pas autorisée dans la législation malienne. Elle y est cependant pratiquée clandestinement et constitue

aujourd'hui l'une des plus importantes causes de morbidité maternelle. Elle est susceptible d'entraîner une stérilité pouvant être définitive.

#### **4.4. Les IST/SIDA et leurs complications :**

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

### **IV. CLASSIFICATION DES DIFFERENTES METHODES**

#### **CONTRACEPTIVES :**

##### **1. Définition de la contraception :**

C'est l'utilisation de l'ensemble des méthodes naturelles ou artificielles mises à la disposition d'un couple ou d'un individu pour empêcher temporairement ou définitivement la conception.<sup>[25]</sup>

##### **2. Classification :**

Les méthodes de contraception sont classées en 2 grandes catégories :

- Les Méthodes temporaires
- Les Méthodes permanentes

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

##### **2.1 Les Méthodes temporaires :**

###### **2.1.1 Les Méthodes de courte durée :**

###### **A- La méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée : La MAMA**

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

- Absence de retour de couche (aménorrhée)
- Cliente dans les 6 premiers mois du post – partum

Allaitement exclusif et fréquent : au moins 8 à 12 tétées par jour.

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

### **B- Les méthodes naturelles :**

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

#### **- Méthode du calendrier :**

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

**Instructions :** noter le nombre de jour de chaque cycle pendant au moins 6 mois. On calcule le 1<sup>er</sup> jour fertile en soustrayant **18** du cycle le plus court ; et le dernier jour fertile en soustrayant **11** du cycle le plus long.

Le taux d'échec est élevé.

#### **- Méthode de la glaire cervicale ou méthode Billing :**

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

#### **- Méthode de la température :**

Elle repose sur l'évaluation de la température corporelle liée à la sécrétion de la progestérone par le corps jaune après l'ovulation. Après l'ovulation, la température augmente de 0,2° à 0,4°C et reste élevée jusqu'à la prochaine menstruation. Il est alors conseillé au couple d'éviter les rapports sexuels du premier au troisième jour consécutifs de température élevée. Elle devient inutilisable en cas d'aménorrhée, de spanioménorrhée, dans les suites de

couches, en période péri ménopausique et chez les femmes ayant des cycles anovulatoires.

**- Méthode d'Ogino-Knaus :**

La méthode Ogino-Knaus a pour principe de base qu'il n'y a qu'une ovulation par cycle et que celle-ci a lieu entre 12 et 16 jours avant les règles suivantes, que les spermatozoïdes survivent 3 jours dans les voies génitales supérieures de la femme et donc qu'un rapport peut être fécondant 3 jours avant l'ovulation, enfin que l'ovule vit et reste fécondable 48 heures et donc que les 2 jours qui suivent l'ovulation sont fertiles. Ainsi, dans un cycle idéal de 28 jours, la fertilité existe du 10<sup>e</sup> au 17<sup>e</sup> jour, auxquels on peut rajouter un jour au début et à la fin de la période, par sécurité. Pour appliquer cette méthode, il faut que la patiente connaisse parfaitement la longueur de ses 12 cycles précédents.

**- Méthode Sympto-thermique :**

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

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

Le retrait est une méthode employée encore couramment dans le monde.

Le partenaire doit prévoir le moment de l'éjaculation et se retirer du vagin avant l'éjaculation. C'est une méthode difficile à appliquer correctement et le taux de réussite est bas, cela est dû à l'impossibilité de contrôler l'éjaculation ou, dans certains cas, à la présence de spermatozoïdes dans les sécrétions préliminaires.

**- Méthode du collier :**

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

Conditions d'utilisation du collier :

- La cliente doit avoir un cycle menstruel compris entre 26 et 32 jours

-La cliente doit avoir 4 cycles après l'accouchement avant de commencer la

méthode

-La cliente doit être motivée

**Mode d'utilisation :**

Le 1<sup>er</sup> jour des menstruations, déplacer l'anneau sur la perle rouge ;

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

**C-Méthodes hormonales :**

**Mécanisme d'action :**

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

**Contraceptifs oraux**

❖ **Contraceptifs oraux combinés (COC) :**

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

**Les avantages :**

- Très efficace ; taux d'efficacité élevé (98-99%) ;
- Efficace immédiatement
- L'examen gynécologique n'est pas nécessaire
- Peut être fourni par un personnel non médical
- Diminue la quantité des règles et leur durée

- Diminue les crampes des menstrues
- Diminue le risque d'anémie ou l'améliorer
- Méthode réversible ;
- Régularise le cycle

#### **Inconvénients :**

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

#### **Conditions demandant des précautions**

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

#### **Effets secondaires**

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

## Convient aux

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

## Utilisation

- Quand commencer

-A n'importe quel moment quand on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte

-Du 1er au 7<sup>ème</sup> jour du cycle

-Post partum : - après 6 mois si la femme utilisait la MAMA

- après 3 semaines si pas d'allaitement maternel

- Mode d'utilisation des COC

-Pour les plaquettes de 21 comprimés ;

-Prendre 1 comprimé pendant 21 jours ;

-Arrêter (se reposer) pendant 7 jours ;

-Commencer une autre plaquette le 8eme jour

-Pour les plaquettes de 28 comprimés (21 blancs+ 7 marrons) :

-Prendre un comprimé sans arrêt, tous les jours jusqu'à la fin

-Commencer une nouvelle plaquette le lendemain.

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

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

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

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

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

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

#### **Les avantages :**

- Très efficaces si la prise est correcte ;
- Le retour à la fécondité est immédiat ;
- N'influencent pas la lactation
- Donnent une protection relative contre le cancer de l'endomètre.

#### **Inconvénients:**

- Contraignant
- Les COP ne protègent pas contre les IST/SIDA ;

#### **Effets secondaires :**

- Prise de poids ;
- Aménorrhée ;
- Saignements irréguliers.

### **Utilisation des C.O.P**

- Quand Commencer :

-Du 1<sup>er</sup> au 5eme jour du cycle menstruel, ou immédiatement après une fausse couche, ou dans les 5 jours après avortement ;

-A n'importe quel moment si on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte.

-Pendant le post partum : Conseiller la prise de COP chez la cliente qui a utilisé la MAMA et qui sort des critères.

-Si la cliente allaite, conseiller la prise de COP dès la sixième semaine.

-Si la cliente n'allait pas, conseiller la prise immédiatement ou à n'importe quel moment durant les six premières semaines après l'accouchement.

- Mode d'utilisation des COP : prendre un comprimé sans arrêt, tous les jours à la même heure. Pas besoin d'attendre que les règles reprennent.
- En cas d'oubli :

-De 1 comprimé : prendre le comprimé oublié dès qu'on se le rappelle puis le comprimé suivant à l'heure habituelle avec méthode de barrière pendant 7 jours.

-De 2 comprimés ou plus : prendre 2 comprimés dès qu'on se le rappelle et puis le comprimé suivant à l'heure habituelle avec méthode de barrière ou abstinence pendant 7 jours et continuer la prise.

-En cas de retard de 3 heures par rapport à l'heure habituelle de prise, associer une méthode de barrière pendant deux jours.

### **Contraceptifs injectables : le Depo-Provera**

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

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

#### **Avantages :**

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

**Inconvénients:**

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

**Effets secondaires :**

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

**Mode d'utilisation :**

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

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

- Mode d'administration :
  - Respecter les étapes de la technique d'administration et de la prévention de l'infection.
  - Si Depo-provera : au cas où le produit est déposé dans le flacon rouler le flacon dans les mains. Éviter de mousser le produit.
  - L'injection des CIP se fait en IM profonde. Ne pas masser le site de l'injection et dire à la cliente de ne pas masser.

**Donner un rendez-vous s'il y a un problème**

## **D- Méthodes dites de barrières**

### ➤ **Méthodes mécaniques :**

#### **1. Le préservatif féminin :**

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

L'efficacité est certaine et il est généralement bien toléré. Mais compte tenu d'une part du soin qu'il faut apporter à leur mise en place et d'autre part d'une mauvaise application, on enregistre un certain nombre d'échec.

#### **2. Le préservatif masculin**

Le préservatif masculin, tout comme le préservatif féminin est un mince fourreau de caoutchouc conçu pour recouvrir le pénis en érection afin de se protéger contre les IST /Sida et la grossesse. Pour être efficace il doit être employé correctement à chaque rapport sexuel. Il aide souvent à empêcher l'éjaculation prématurée chez certains hommes.

#### **3. Le Diaphragmes :**

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

#### **4. Capes cervicales:**

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

#### **E-Méthodes chimiques : les Spermicides :**

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

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

#### **2.1.2. Les Méthodes de longue durée :**

##### **a- Les implants : implant Jadelle**

C'est un contraceptif contenant un progestatif retard qui diffuse à travers 2 capsules insérées en sous-cutané à la face interne du bras de la cliente.

##### **Avantages**

- Aussi efficace que la ligature des trompes (99 à 99,8% d'efficacité), même chez les femmes de poids élevé ;
- Son action est immédiate. (elle commence 24h après l'insertion) ;  
Actif dans l'organisme pendant :

- 5 ans pour les femmes

Toutefois les capsules peuvent être retirées à tout moment.

- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- N'affecte pas l'allaitement ;
- Les capsules ne gênent pas et sont à peine visibles sous la peau ;
- Cette méthode n'exige pas un effort de mémoire, sauf en cas d'effets secondaires désagréables (infection du site d'insertion).

- Implant jadelle peut prévenir l'anémie en diminuant le flux menstruel ;
- Il a peu d'effets secondaires, à part les irrégularités du cycle menstruel et le Spotting.

**Inconvénients :**

- La pose ou le retrait des capsules nécessite un personnel qualifié ;
- Implant ne protège pas contre les IST/SIDA ;
- La pose et le retrait nécessitent une procédure chirurgicale mineure
- Les capsules peuvent être visibles sous la peau ;
- Il existe quelques risques mineurs liés à l'opération : saignement, hématome, infection locale ;
- La cliente ne peut pas arrêter la méthode d'elle-même.

**Effets secondaires :**

- Spotting
- Aménorrhée.
- Céphalées, Vertiges, Acné, éruption cutanée (rare)
- Prise de poids et modification de l'appétit

**Critères de sélection d'une cliente désirant l'implant :**

- Femme allaitante depuis plus de 6 semaines ;
- Femme qui désire une contraception continue ou de longue durée ;
- Femme qui a le nombre d'enfants désirés mais ne veut pas subir une ligature des trompes ;
- Femme qui considère la possibilité d'une ligature des trompes, mais n'a pas encore pris sa décision finale ;
- Femme qui ne peut utiliser des contraceptifs qui contiennent des œstrogènes.

**Moment approprié pour insérer l'implant :**

- Entre le 1<sup>er</sup> et le 7<sup>eme</sup> jour du cycle ou à n'importe quel moment si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte

- Si une accouchée allaite et qu'elle ne veut pas utiliser la MAMA
  - Il est recommandé qu'elle attende au moins 6 semaines avant de commencer le implant (on ne connaît pas le danger que représentent les progestatifs pour les bébés allaités, pendant les 6 premières semaines)
  - Si elle commence à avoir des relations sexuelles avant 6 semaines (post partum), elle devrait utiliser le condom jusqu'à ce qu'elle reçoive ses implants
- Si une femme dans le post partum n'allait pas, elle peut commencer immédiatement les implants implant après l'accouchement ou à n'importe quel autre moment si l'agent de santé est raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte ;
- L'utilisation de l'implant est sûre et appropriée immédiatement après l'avortement (spontané ou provoqué) quel que soit l'âge de la grossesse. Il devrait être inséré dans les 7 premiers jours qui suivent l'avortement.

### **b- Dispositif intra utérin : D.I.U**

Le DIU est un dispositif flexible que l'on insère dans la cavité utérine dans un but contraceptif.

Il existe plusieurs modèles :

-En cuivre, le DIU TCu-380A qui est en plastique et libère lentement de petites quantités de cuivre.

-Le DIU a la progestérone qui libère un progestatif (progestérone).

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

### **Les avantages :**

- Très efficace (99,2 à 99,4% d'efficacité)
- Son action est immédiate
- Actif pendant 12 à 13 ans
- N'interfère pas avec les rapports sexuels

- N'affecte pas l'allaitement
- Pas d'effet secondaire hormonal ;
- Immédiatement réversible ;

**Inconvénients :**

- La pose ou le retrait du DIU nécessite un examen clinique et un personnel qualifié
- Le DIU ne protège pas contre les IST/SIDA ;
- Le DIU peut être expulsé sans que la femme ne s'en rende compte (post partum) ;
- Le DIU ne protège pas contre les grossesses ectopiques ;

**Effets secondaires :**

- Changements menstruels (seulement pendant les 3 premiers mois mais ont tendance à diminuer après) : règles plus longues ou plus abondantes, crampes et douleurs durant les règles.

**Critères de sélection d'une cliente désirant le DIU :**

- Toute femme si l'on est raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte ;
- Immédiatement après accouchement ou avortement (s'il n'y a pas d'infection) ;
- Femme qui ne peut utiliser des contraceptifs hormonaux.

**Moment approprié pour l'insertion :**

- Dans les 10 minutes après la délivrance jusqu'à 48 heures après l'accouchement.

**2.2. METHODES PERMANENTES :**

**La Contraception chirurgicale volontaire CCV**

C'est une méthode qui nécessite des conseils approfondis et aussi le consentement éclairé du bénéficiaire(le couple).

La CCV est une petite intervention chirurgicale volontaire qui consiste à interrompre la capacité reproductive de l'homme (vasectomie) ou de la femme

(ligature des trompes). L'efficacité est presque totale aussitôt après l'intervention.

### **1. La stérilisation masculine : la vasectomie**

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

### **2. La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes**

- Méthode réalisable par coelioscopie et laparotomie

Elle se pratique sous anesthésie générale (avec hospitalisation), elle consiste soit à : sectionner et électro-coaguler les trompes ; soit à ligaturer et sectionner les trompes. Cette méthode est en principe irréversible.

# **METHODOLOGIE**

### III- Méthodologie

#### 1- Cadre d'étude :

La présente étude a été menée dans la ville de Ségou chef lieu de la 4<sup>ème</sup> région de la république du Mali. Le Mali est un pays continental situé au cœur de l'Afrique occidentale dans une zone soudano-sahélienne. La Région de Ségou, quatrième Région administrative du Mali, est située au centre du Mali. La Région de Ségou couvre une superficie de 64 821 km<sup>2</sup> soit 4% de la superficie du pays. Elle est répartie entre 7 cercles (Ségou, Baraouéli, Bla, Macina, Niono, San et Tominian) et décentralisée en 118 communes dont 3 urbaines et 115 rurales. Elle est limitée au nord par la république de Mauritanie, à l'Est les Régions de Tombouctou et de Mopti, au Sud-est par la république du Burkina Faso, la Région de Sikasso au sud et par la Région de Koulikoro à l'ouest.

Deux zones climatiques distinctes caractérisent la région :

- Une zone sahélienne au nord où la pluviométrie atteint 250-600mm/an avec une steppe épineuse.
- Une zone soudano sahélienne au sud où la pluviométrie atteint 600-800mm/an avec une steppe arbustive composée de Balazan, karité, baobab, tamarinier, rôniers, caïcédrot.

La Région de Ségou a un relief bien accidenté avec plateau et plaines alternés : les plaines de l'office du Niger sont caractéristiques de la Région et s'étendent sur plusieurs milliers d'hectare.

Elle est arrosée par le fleuve Niger avec un de ses principaux affluents : le Bani, qui est exploité par la population pour la pêche et le maraîchage. Le barrage de Markala régularise le cours du Fleuve Niger et irrigue les terres de l'Office du Niger.

Elle est pauvre en faune à cause de la sécheresse et les braconniers, mais très riche dans le domaine de l'élevage : les bovins, les caprins et les ovins.

La Région de Ségou, en 2005 comptait 2.009.482 habitants soit 30 habitants/km<sup>2</sup> avec 994.208 hommes et 1.008.263 femmes.

La ville Ségou est choisi pour lieu d'enquête a cause de sa population à majorité jeunes (48% ont moins de 15 ans) et rurale.

Les établissements sont sélectionnés en fonction :

-De l'effectif élevé des élèves par établissement.

-Jeune âge.

L'étude s'est déroulée dans quatre(4) lycées et trois(3) établissements professionnels de la ville de Ségou qui sont :

**a- LE LYCEE ABDOUL KARIM CAMARA DIT KABRAL(LAKCC) :**

Il se trouve dans le quartier bougoufiè a 100 mètres également du fleuve Niger. Il est le seul lycée public de la ville de Ségou. Il compte en 2013, 41 salles de classe dont 1600 élèves, 152 professeurs, une direction, une infirmerie, un laboratoire, une bibliothèque.

La direction comprend comme personnel:

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

C'est le type de personnel qu'on rencontre dans les lycées visités.

**b- LE LYCEE MICHEL ALLAIRE**

Il a été créé en 1999 en tant que lycée à caractère privé. Il se trouve dans le quartier Darsalam il fait face à la mosquée zavia de Ségou. Il compte en 2013, 23 classes pour un effectif de 998 élèves. Ils sont encadrés par 40 professeurs.

**c- LE LYCEE MARIAM DEMBELE**

Il se trouve dans la commune de pelengana du côté Est de l'office des produits agricoles du Mali(OPAM) sur la route de pelengana, le lycée Mariam Dembélé fut créé en 2008. A un statut privé.

Il compte une bibliothèque, et 12 salles de classes.

Le lycée compte en 2013, 634 élèves et 36 enseignants.

#### **d- LE LYCEE ALMAMY GUIDIO**

Il a été créé en 2007. Situé dans le quartier Médine. C'est un établissement privé. Il compte en 2013, 13 classes pour un effectif de 648 élèves. Ils sont encadrés par 38 professeurs.

#### **e- COLLEGE TECHNIQUE MODERNE(CTM)**

Il se trouve a 50metres du coté Est de la direction régionale des douanes au bord de la route nationale numéro 6. Le collège technique moderne a statut privé.

Il compte en 2013, une bibliothèque et 30 salles de classes. L'école compte actuellement 534 étudiants et 42 enseignants.

La direction comprend comme personnel:

- Un premier responsable de l'établissement (directeur général)
- Un directeur des études
- Un surveillant général et 2 adjoints
- Un économiste, deux secrétaires.

C'est le type de personnel qu'on rencontre dans les écoles professionnelles visités.

#### **f- CENTRE D'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE INDUSTRIEL(CETI) :**

Il se trouve dans le quartier Médine a 50metres du centre agro-pastoral de Ségou(CAPS).

Il dispose de 23 classes pour un effectif de 998 étudiants et de 41 professeurs.

### **g- ECOLE POUR L'AVENIR (ECOLAV)**

Il a été créé 2011. Situé dans le quartier Médine du côté Sud de l'académie d'enseignement de Ségou a 150metres. Il dispose de 16 classes pour un effectif de 198 étudiants et de 35 professeurs.

#### **2- Type d'étude :**

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

#### **3. Période d'étude :**

L'étude s'est déroulée sur 3 mois, de Janvier 2013 à Mars 2013.

#### **4. Population d'étude :**

IL s'agit des élèves des lycées et écoles professionnelles de la ville de Ségou.

#### **5. Echantillonnage :**

##### **a-Taille minimum de l'échantillon :**

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

$$n = \frac{4 \cdot P \cdot Q}{I^2}$$

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

$$Q = 1 - P = 0.95$$

**I=** la précision souhaitée, **2%**

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

**(0.02)<sup>2</sup>**

Cette taille minimum s'élève à 475 élèves et pour une plus grande représentabilité nous avons retenu 1000 élèves.

**b-Critères d'inclusion :**

Les filles et garçons âgés de 13 à 26 ans et qui fréquentent les lycées et écoles professionnelles sus cités et qui ont accepté de participer à l'étude.

**c-Critères de non inclusions :**

Les filles et garçons des lycées et écoles professionnelles sus cités et qui n'ont pas accepté de participer à l'étude.

**6-Collecte des données :**

Le support des données à été un questionnaire administré à l'élève au moment de l'enquête. Le questionnaire comportait trois parties : L'identification de l'élève; la connaissance en matière de planification familiale, l'identification de comportement à risque. La technique de collecte des données a été une interview directe entre l'élève et l'enquêteur.

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

**7-Traitement et analyse des données :**

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur Microsoft Word et sur épi info (version 2000).

# RESULTATS

**TABLEAU I :** répartition des élèves selon la résidence.

| <b>RESIDENCE</b>             | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>COMMUNE DE SEGOU</b>      | 904             | 90,4                  |
| <b>HORS COMMUNE DE SEGOU</b> | 96              | 9,6                   |
| <b>Total</b>                 | 1000            | 100                   |

90,4% des sujets résidaient dans la ville de Ségou.

**TABLEAU II:** répartition des élèves selon la tranche d'âge.

| <b>AGE EN ANNEE</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|---------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>13-15 ANS</b>    | 75              | 7,5                   |
| <b>16-20 ANS</b>    | 795             | 79,5                  |
| <b>21-26ANS</b>     | 130             | 13,0                  |
| <b>Total</b>        | 1000            | 100                   |

La majorité des élèves (79,5%) avait un âge compris entre 16et20ans et 13% avait un âge de 21-26 ans et qui les écoles professionnelles.

**TABLEAU III:** répartition en fonction du sexe.

| <b>SEXE</b>  | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|--------------|-----------------|-----------------------|
| <b>F</b>     | 597             | 59,7                  |
| <b>M</b>     | 403             | 40,3                  |
| <b>Total</b> | 1000            | 100                   |

Le sexe féminin était prédominant avec 59,7% des cas.

**Tableau IV:** Répartition selon l'établissement.

| <b>Etablissement</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|----------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>LMA</b>           | 220             | 22                    |
| <b>LAKCC</b>         | 250             | 25                    |
| <b>LAGUID</b>        | 145             | 14,5                  |
| <b>LMD</b>           | 144             | 14,4                  |
| <b>ECOLAV</b>        | 82              | 8,2                   |
| <b>CETI</b>          | 81              | 8,1                   |
| <b>CTM</b>           | 78              | 7,8                   |
| <b>Total</b>         | 1000            | 100                   |

Au total, 75,9% des scolaires étaient du lycée et 24,1% d'établissement professionnel.

**TABLEAU V** : répartition selon la classe fréquenté.

| <b>Classe fréquentée</b>         |                              | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|----------------------------------|------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>Lycée</b>                     | <b>10<sup>ème</sup></b>      | 230             | 23,0                  |
|                                  | <b>11<sup>ème</sup></b>      | 284             | 28,4                  |
|                                  | <b>12<sup>ème</sup></b>      | 245             | 24,5                  |
| <b>ECOLE<br/>PROFESSIONNELLE</b> | <b>1<sup>ème</sup> année</b> | 77              | 7,7                   |
|                                  | <b>2<sup>ème</sup> année</b> | 60              | 6,0                   |
|                                  | <b>3<sup>ème</sup> année</b> | 73              | 7,3                   |
|                                  | <b>4<sup>ème</sup> année</b> | 31              | 3,1                   |
| <b>TOTAL</b>                     |                              | 1000            | 100                   |

Les étudiants des classes de 2<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> années dans les écoles professionnelles sont peu représentés dans l'échantillon (6% à 3.1%) tandis que les élèves des classes de 10<sup>ème</sup>, 11<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> années représentent entre 23 et 28,4% de la population étudiée.

**TABLEAU VI**: répartition selon statut matrimonial.

| <b>STATUT MATRIMONIAL</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|---------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>CELIBATAIRE</b>        | 891             | 89,1                  |
| <b>MARIEE</b>             | 109             | 10,9                  |
| <b>Total</b>              | 1000            | 100                   |

La majorité était célibataire avec 89,1% des cas.

**TABLEAU VII:** répartition des mariés selon le sexe

| <b>Sexe</b>  | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|--------------|-----------------|-----------------------|
| <b>M</b>     | 46              | 42,2                  |
| <b>F</b>     | 63              | 57,8                  |
| <b>TOTAL</b> | 109             | 100                   |

57,8% était sexe féminin.

**TABLEAU VIII :** répartition selon l'âge à la ménarche.

| <b>AGE MENARCHE</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|---------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>10-12 ANS</b>    | 68              | 11,4                  |
| <b>13-15 ANS</b>    | 408             | 68,3                  |
| <b>16-18ANS</b>     | 66              | 11,1                  |
| <b>INCONNU</b>      | 55              | 9,2                   |
| <b>Total</b>        | 597             | 100                   |

68,3% des filles ont eu leur première règle à un âge compris entre 13-15 ans.

**TABLEAU IX : Premier rapport déjà effectué.**

| <b>Premier rapport déjà fait</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|----------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>OUI</b>                       | 952             | 95,2                  |
| <b>NON</b>                       | 48              | 4,8                   |
| <b>Total</b>                     | 1000            | 100                   |

95,2% des élèves étudiants avaient déjà eu une expérience sexuelle.

**TABLEAU X : Premier rapport non effectué en fonction du sexe.**

| <b>SEXES</b> | <b>effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|--------------|-----------------|-----------------------|
| <b>F</b>     | 18              | 37,5                  |
| <b>M</b>     | 30              | 62,5                  |
| <b>TOTAL</b> | 48              | 100                   |

62,5% était du sexe masculin.

**TABLEAU XI:** l'âge au premier rapport sexuel.

| <b>AGE PREMIER RAPPORT</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|----------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>10-13 ANS</b>           | 24              | 2,5                   |
| <b>14-17 ANS</b>           | 362             | 38,0                  |
| <b>18-21 ANS</b>           | 309             | 32,5                  |
| <b>22-26 ANS</b>           | 09              | 0,9                   |
| <b>INCONNU</b>             | 248             | 26,1                  |
| <b>Total</b>               | <b>952</b>      | <b>100</b>            |

38,0% des élèves ont eu leurs premières expériences sexuelles entre 14-17ans.

**TABLEAU XII:** répartition des élèves en fonction du caractère programmé ou non du rapport sexuel.

| <b>Caractère programmé</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|----------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>NON PROGRAMME</b>       | 574             | 60,3                  |
| <b>PROGRAMME</b>           | 378             | 39,7                  |
| <b>Total</b>               | <b>952</b>      | <b>100</b>            |

60,3% des élèves avaient fait un rapport sexuel non programmé.

**TABLEAU XIII:** répartition selon la régularité des rapports sexuels chez les célibataires.

| <b>Régularité des rapports</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|--------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>IRREGULIERS</b>             | 675             | 70,9                  |
| <b>REGULIERS</b>               | 277             | 29,1                  |
| <b>Total</b>                   | 952             | 100                   |

70,9% des élèves déclarent avoir fait de rapport sexuel de façon occasionnelle.

- 614 élèves déclarent n'avoir pas encore fait de changement de partenaire.

**TABLEAU XIV:** changement de partenaires sexuels.

| <b>Changement de partenaire sexuel</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|--|-----------------|-----------------------|
| <b>UNE FOIS</b>                        | 185             | 47,9                  |
| <b>DEUX FOIS</b>                       | 83              | 21,5                  |
| <b>TROIS FOIS ET PLUS</b>              | 118             | 30,6                  |
| <b>Total</b>                           | 386             | 100                   |

30,6% des élèves et étudiants avaient changé de partenaire sexuel trois fois et plus.

**TABLEAU XV:** répartition en fonction du sexe de ceux qui n’avaient pas de partenaires sexuels.

| <b>Sexe</b>  | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|--------------|-----------------|-----------------------|
| <b>M</b>     | <b>32</b>       | <b>66,7</b>           |
| <b>F</b>     | <b>16</b>       | <b>33,3</b>           |
| <b>TOTAL</b> | <b>48</b>       | <b>100</b>            |

66,7% était sexe masculin, l’abstinence était la raison de l’absence de partenaires.

**TABLEAU XVI:** nombre de partenaires sexuels

| <b>Nombre de partenaires sexuels</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>1 PARTENAIRE</b>                  | 691             | 72,6                  |
| <b>2 PARTENAIRES</b>                 | 160             | 16,8                  |
| <b>3 PARTENAIRES ET PLUS</b>         | 101             | 10,6                  |
| <b>Total</b>                         | 952             | 100                   |

72,6% des élèves et étudiants déclarent avoir un partenaire sexuel.

**TABLEAU XVII:** délai entre ménarche et premier rapport sexuel

| <b>Délai entre ménarche-1<sup>er</sup> rapport sexuel</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|---|-----------------|-----------------------|
| <1 AN   | 40              | 6,9                   |
| 1-2ANS  | 134             | 23,1                  |
| 3-4ANS  | 196             | 33,9                  |
| INCONNU   | 135             | 23,3                  |
| SUP 5ANS  | 74              | 12,8                  |
| <b>Total</b>  | <b>579</b>      | <b>100</b>            |

Dans 33,9 des ce délai était de 3-4 ans pour les filles.

- Évaluation des élèves par rapport à leur connaissance sur la contraception.

**TABLEAU XVIII:** connaissance de la définition de la contraception.

| <b>Définition de la contraception</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| NON                                   | 70              | 7,0                   |
| OUI                                   | 930             | 93,0                  |
| <b>Total</b>                          | <b>1000</b>     | <b>100</b>            |

7% des élèves ne savaient pas définir la contraception et 93% auraient entendu parler d'elle.

**TABLEAU XIX:** source d'information sur la contraception.

| <b>SOURCE D'INFORMATION</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>AMIS</b>                 | 90              | 9,7                   |
| <b>MEDIA</b>                | 671             | 72,1                  |
| <b>ENSEIGNANTS</b>          | 120             | 12,9                  |
| <b>PARENTS</b>              | 49              | 5,3                   |
| <b>Total</b>                | 930             | 100                   |

La principale source d'information était le média a travers les antennes de radio et télévision avec 72,1% des cas suivi des enseignants avec 12,9% des cas.

**TABLEAU XX:** utilisation d'une méthode contraceptive au premier rapport sexuel.

| <b>CONTRACEPTION AU PREMIER RAPPORT SEXUEL</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|--|-----------------|-----------------------|
| <b>NON</b>                                     | 672             | 70,6                  |
| <b>OUI</b>                                     | 280             | 29,4                  |
| <b>Total</b>                                   | 952             | 100                   |

70,6% des élèves et étudiants déclarent n'avoir pas utilisé une méthode contraceptive au premier rapport sexuel.

**TABLEAU XXI:** connaissance sur l'existence des méthodes contraceptives.

| Méthodes/contraceptives | OUI      |             | NON      |             |
|-------------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                         | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Abstinence périodique   | 665      | 66,5        | 335      | 33,5        |
| Préservatif féminin     | 695      | 69,5        | 305      | 30,5        |
| Préservatif masculin    | 726      | 72,6        | 274      | 27,4        |
| Ovule spermicide        | 383      | 38,3        | 617      | 61,7        |
| Diaphragme vaginal      | 415      | 41,5        | 585      | 58,5        |
| Implant/norplan         | 367      | 36,7        | 633      | 63,3        |
| Confiance (injection)   | 720      | 72,0        | 280      | 28,0        |
| Pilule                  | 658      | 65,8        | 342      | 34,2        |
| Contraception d'urgence | 313      | 31,3        | 687      | 68,7        |
| DIU/stérilet            | 318      | 31,8        | 682      | 68,2        |
| Stérilisation féminine  | 594      | 59,4        | 401      | 40,1        |
| Stérilisation masculine | 588      | 58,8        | 492      | 49,2        |
| Collier                 | 607      | 60,7        | 393      | 39,3        |

Le préservatif masculin et l'injection (confiance) étaient les méthodes contraceptives les plus connues par les scolaires avec respectivement 72,6% et 72,0%.

**TABLEAU XXII:** types de méthodes contraceptives au premier rapport sexuel.

| <b>Types de méthodes contraceptives au premier rapport sexuel</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|---|-----------------|-----------------------|
| <b>ABSTINENCE PERIODIQUE</b>                                      | 7               | 2,5                   |
| <b>COLLIER</b>  | 2               | 0,7                   |
| <b>IMPLANT/NORPLAN</b>  | 7               | 2,5                   |
| <b>INJECTION</b>  | 30              | 10,7                  |
| <b>OVULE SPERMICIDE</b>   | 1               | 0,3                   |
| <b>PILULE</b>   | 24              | 8,6                   |
| <b>PRESERVATIF FEMININ</b>  | 5               | 1,8                   |
| <b>PRESERVATIF MASCULIN</b>                                       | 204             | 72,9                  |
| <b>Total</b>  | 280             | 100                   |

Le préservatif masculin avait été le plus utilisé avec 72,9% car il est moins cher suivis des injections 10,7%.

**TABLEAU XXIII:** raisons d'utilisation d'une méthode au premier rapport sexuel selon le sexe féminin.

| <b>RAISONS D'UTILISATION</b>   | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|--------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>IMPOSE PAR PARTENAIRE</b>   | 34              | 12,1                  |
| <b>PREVENTION DE GROSSESSE</b> | 216             | 77,1                  |
| <b>PREVENTION IST</b>          | 30              | 10,7                  |
| <b>Total</b>                   | 280             | 100                   |

Prévention de grossesse était la raison la plus prédominante avec 77,1% des cas et 10,7% pour la prévention des IST.

**TABLEAU XXIV :** Raisons de non utilisation de méthodes au premier rapport

| <b>RAISONS DE NON UTILISATION</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>MANQUE DE VOLONTE</b>          | 357             | 53,1                  |
| <b>MANQUE D'INFORMATION</b>       | 311             | 46,3                  |
| <b>PROBLEMES FINANCIERS</b>       | 4               | 0,6                   |
| <b>Total</b>                      | 672             | 100                   |

53,1% des élèves et étudiants déclarent n'avoir pas utilisé une méthode contraceptive au premier rapport sexuel par manque de volonté.

**TABLEAU XXV:** connaissance de la période féconde.

| <b>Connaissance de la période de fécondité</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|--|-----------------|-----------------------|
| <b>NON</b>                                     | 308             | 30,8                  |
| <b>OUI</b>                                     | 692             | 69,2                  |
| <b>Total</b>                                   | 1000            | 100                   |

69,2% des élèves et étudiants déclarent avoir entendu parler de l'existence d'une période féconde, les enquêtés déclarent s'abstenir pendant cette période.

**TABLEAU XXVI:** connaissance sur le risque de grossesse dès le premier rapport sexuel.

| <b>POSSIBILITE DE GROSSESSE DES LE<br/>PREMIER RAPPORT SEXUEL</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|---|-----------------|-----------------------|
| <b>NON</b>  | 892             | 89,2                  |
| <b>OUI</b>  | 108             | 10,8                  |
| <b>Total</b>  | 1000            | 100                   |

10,8% des élèves et étudiants déclarent avoir entendu parler de la possibilité de grossesse dès le premier rapport sexuel.

**TABLEAU XXVII:** source d’approvisionnement des contraceptifs.

| <b>LIEU D’APPROVISIONNEMENT<br/>DES CONTRACEPTIFS</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage(%)</b> |
|---|-----------------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE/TERRE</b>                                | 14              | 1,5                   |
| <b>AMIS/AMIES</b>                                     | 101             | 10,7                  |
| <b>BOUTIQUE DE QUARTIER</b>                           | 104             | 11,2                  |
| <b>CENTRE DE PF</b>                                   | 100             | 10,6                  |
| <b>MATERNITE</b>                                      | 151             | 16,2                  |
| <b>PHARMACIE</b>                                      | 460             | 49,5                  |
| <b>Total</b>  | <b>930</b>      | <b>100</b>            |

La pharmacie était le principal lieu d’approvisionnement des contraceptifs avec 49,5% des cas suivi de centre de santé dont la maternité 16,2% et des boutiques de quartier 11,2%.

# **COMMENTAIRES**

# **DISCUSSION**

### **Caractéristiques sociodémographiques :**

La majorité des élèves concernés par notre étude résident dans la commune de Ségou soit 90,4%. Cela s'explique par la situation géographique des établissements pratiquement tous dans la commune de Ségou. Les autres (la commune de pélangana, de sébougou) se partagent 9,6% de l'effectif. L'âge moyen de nos élèves et étudiants est de 18 ans supérieur aux résultats de MAÏGA O L à Sikasso (17,25 ans) <sup>[26]</sup>, SANGARE A K à Bamako (17,5 ans). <sup>[27]</sup> Ceci peut s'expliquer par l'âge d'inscription à l'école au Mali qui est de 7 ans révolu. Le sexe féminin était le plus représenté dans notre étude avec 59,7% et cela malgré le faible taux général de scolarisation des filles.

Pour ne pas perturber les cours, les questionnaires étaient remplis pendant les heures creuses, et les filles, par leur plus grande disponibilité, leur patience et leur curiosité qui dépassaient celles des garçons, se sont retrouvées plus nombreuses. Les lycéens étaient représentés avec 75,9% de l'effectif enquêté contre 24,1% étudiants des écoles professionnelles; la 11<sup>ème</sup> et la 1<sup>ère</sup> année étaient les plus représentées respectivement dans les lycées et les écoles professionnelles (dont les élèves sont titulaires du diplôme d'étude fondamentale). Les élèves qui fréquentaient la 11<sup>ème</sup> étaient majoritaires avec 28,4%. Dans notre étude, parmi l'effectif des mariés (10,9%), 57,8% était du sexe féminin cela s'expliquerait par le fait que les filles qui vont au lycée envisagent en général une carrière universitaire qui peut être entravée par le mariage.

### **Comportement sexuel :**

La majorité des filles avaient eu leur première règles à un âge compris entre 13-15 ans soit 68,3%. Ce résultat confirme le développement physiologique normal de l'appareil génital. Sur l'ensemble des élèves et étudiants enquêtés, 95,2% avaient déjà eu un rapport sexuel. Ce pourcentage est supérieur à celui de SACKO D <sup>[28]</sup> qui trouvait dans son étude que 78.4% des élèves et étudiants

avaient un partenaire sexuel. Cette fréquence pourrait s'expliquer par un niveau élevé de la sexualité en milieu scolaire.

Dans l'étude d'AMAZIGO et al <sup>[29]</sup>, 40% étaient sexuellement actifs. Parmi les élèves sexuellement actifs de l'échantillon (38%) avaient eu leurs premiers rapports sexuels entre 14 et 17 ans. Dans le network 2000<sup>[30]</sup>, les auteurs indiquent qu'au Chili des études menées ont trouvé que 1/3 des adolescents ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans. KAMTCHOUING et al <sup>[31]</sup> ont trouvé que 56% de leur échantillon ont eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans. Il se situait entre 15 et 17 ans pour SIDIBE et al. <sup>[32]</sup>. Au Zimbabwe, l'âge aux premiers rapports sexuels se situait à 9 ans <sup>[33]</sup>, au Burkina Faso c'est vers l'âge de 15 ans <sup>[33]</sup>, au Niger, il se situait à 12 ans. <sup>[33]</sup>. Au Sénégal 27% des adolescents déclaraient avoir eu leur premiers rapports sexuels avant 15 ans en 1992, selon une étude du Fond des Nations Unies pour le Développement (UNFPA). <sup>[33]</sup>. 60,3% des élèves et étudiants avaient fait un rapport sexuel non programmé. Ce résultat s'explique par le fait que la plupart des jeunes ne sont pas mariés du cout cela favorise une relation sexuelle occasionnelle. Ainsi 70,9% des scolaires déclarent avoir fait une relation sexuelle de façon irrégulière. Ce résultat s'explique par le fait que la plupart des scolaires avait au moins un partenaire sexuel. Dans notre étude 47,9% des scolaires avait changé de partenaire sexuel. Cela s'explique par le fait que beaucoup de jeunes ignore le risque d'attrapés IST. Dans notre étude le délai entre la ménarche et le premier rapport sexuel était en moyenne de 3 – 4ans pour 33,9% des filles et inconnu pour 23,3%. Il était inférieur à 1an pour 6,9% des filles. Ce résultat s'explique par le fait que les jeunes filles ont précocement des relations sexuelles c'est-à-dire avant 15ans pour la plupart d'entre elles. Dans notre étude 69,2% des scolaires déclarent avoir entendu parler de la période de fécondité et 10,8% des scolaires déclarent avoir entendu parler de la possibilité de grossesse dès le premier rapport sexuel. Ces résultats s'expliquent par la fréquence de la campagne de sensibilisation autour du PF et de la fertilité.

### **Comportement à risque :**

Plus de la moitié des élèves soit 72,6%, avaient un partenaire sexuel. Cela s'explique par la précocité des relations sexuelles (âge minimum au premier rapport sexuel était de 13 ans). Selon l'OMS, toute personne ayant eu un seul partenaire sexuel serait considéré comme personne à risque faible d'attraper les IST et le comportement n'est à risque élevé si la personne a eu plus de deux partenaires sexuels.

Ainsi parmi nos élèves et étudiants sexuellement actifs 72,6% avaient partenaire sexuel donc ils ont un comportement à risque faible et 37,4 % avaient eu plus de 2 partenaires (comportement à risque élevé). Des résultats semblables ont été trouvés par SACKO-D. <sup>[34]</sup> et Cisse A <sup>[35]</sup> avec respectivement 11,45% et 9,17% avaient un comportement à risque faible et 73,12% et 76,64% avaient un comportement à risque élevé. Cisse A <sup>[35]</sup>, elle, trouvait 60% de comportement à risque élevé dans son étude. SANGARE A K <sup>[36]</sup> et BERTHE B B <sup>[37]</sup> ont trouvé respectivement 67,2% et 8% de comportement à risque élevé.

### **Sources d'informations :**

Les principales sources d'informations sont respectivement les médias (72,1%) suivis des enseignants (12,9%) et les amis (09,7%). Comparée à d'autres études notamment (SIDIBE et al <sup>[38]</sup>, SANGARE A K <sup>[39]</sup>, et BERTHE B B <sup>[40]</sup>), on remarque que les médias constituent la principale source d'information des adolescents. SIDIBE et al trouvaient 96,3% pour les médias, 72,4% pour les ami(e)s et 19,6% pour les parents. <sup>[41]</sup> FAYE avait au contraire trouvé l'ordre suivant : les médias, l'école, le centre de conseil pour adolescent. <sup>[42]</sup> Cela peut s'expliquer par le fait que la contraception, qui est un sujet lié à la sexualité est considérée dans notre société comme sujet tabou. BERTHE B B. <sup>[43]</sup> avait trouvé les mêmes résultats dans son étude menée au LYCEE ASKIAS MOHAMED, ainsi que COULIBALY B. et DAOUDA A. <sup>[44]</sup>. Ils ont abouti à la conclusion que la famille (père et mère) est une source rare d'information sur la PF.

### **Connaissance et attitude pratique :**

La majorité des enquêtés, 93% affirment avoir entendu parler du planning familial (PF). Ce résultat est confirmé par d'autres études telles que :

- Celle de Bomia M A D, réalisée dans le district de Bamako en milieu scolaire <sup>[45]</sup> qui a trouvé 93.8%.
- Et d'une étude réalisée en milieu scolaire à Bamako par Camara M. a trouvé que 73.10% des jeunes scolaires avaient entendu parler de PF <sup>[46]</sup>.

Parmi les méthodes contraceptives les plus connues, le préservatif vient au premier rang avec 72,6% des élèves, suivi de l'injectable avec 72,0% quels que soient le sexe et l'âge. SIDIBE et al <sup>[47]</sup> trouvaient pour le préservatif et la pilule respectivement 96,9% et 91,6%. Ces résultats s'expliquent par le fait que ces deux méthodes contraceptives sont celles dont on parle le plus dans les campagnes de sensibilisation et non les plus accessibles. D'autres auteurs ont trouvé des résultats comparables, ainsi SACHO-D <sup>[48]</sup> ; et MAIGA-K. <sup>[49]</sup> dans leurs études trouvaient au Mali, les mêmes résultats avec les méthodes les plus connues : pilules et préservatifs. Dans son étude, SANGARE A K <sup>[50]</sup> avait 31% de ses enquêtés qui affirmaient avoir utilisé une méthode contraceptive, alors que 42,6% des élèves affirmaient avoir utilisé le préservatif. Il expliquait ce résultat paradoxal par le fait que les campagnes autour du préservatif étaient beaucoup plus axées sur le rôle protecteur et non contraceptif de ce dernier faisant que pour beaucoup de jeunes le préservatif ne faisait pas partir des contraceptifs.

La majorité des élèves et étudiants (70,6%) de notre étude n'avaient pas encore utilisé une méthode contraceptive au premier rapport sexuel. Parmi les enquêtés qui avaient déjà utilisé une méthode contraceptive, 72,9% d'entre eux avaient utilisé le préservatif. C'est dire combien cette méthode est populaire. Certaines filles ne connaissaient pas l'existence du préservatif féminin. Ailleurs BOMIA- M <sup>[51]</sup> trouvait que 21% de son échantillon avaient utilisé un préservatif au 1<sup>er</sup> rapport. Une étude réalisée dans 6 établissements scolaires (niveau secondaire) de

la Côte d'Ivoire <sup>[52]</sup> trouvait que le préservatif était le plus utilisé par les adolescents avec 38.06%, S'agissant des raisons d'utilisation d'une méthode contraceptive au premier rapport sexuel respectivement 77,1% et 10,7% des enquêtés pensaient que c'est pour éviter les grossesses et les IST. Des résultats semblables sont trouvés par SANGARE A K <sup>[53]</sup> et BERTHE B B <sup>[54]</sup>. Le manque de volonté et d'information sont les causes les plus citées de non utilisation de la contraception avec respectivement 51,3%, 46,3%. Comme le dénote Sangaré A K. <sup>[55]</sup>, le manque d'information ou un manque ou un mauvais fonctionnement des services de PF adaptés aux jeunes attestent de la faible utilisation des méthodes de contraception.

### **Source d'approvisionnement :**

La source d'approvisionnement en méthode contraceptive la plus citée est la pharmacie (49,5%) suivie des centres de santé dont la maternité (16,2%) et les boutiques (16,2%). BERTHE B B <sup>[56]</sup> avait trouvé 93,3% pour la boutique, 89,6% pour la pharmacie et 18,8% pour le centre de santé. Cela pourrait s'expliquer par l'accès facile à certaines méthodes contraceptives sans ordonnance et sans examens médicaux.

Certains de nos enquêtés déclarent se procurer a la pharmacie et dans les boutiques des contraceptifs sans ordonnance

# CONCLUSION

## **CONCLUSION :**

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

Cette étude permet de tirer les conclusions suivantes :

Plus de la moitié (93%) connaissent l'existence de la contraception.

Les media restent la principale source d'information.

La méthode la plus connue est le préservatif masculin et préservatif féminin 69,5% malgré cout cher.

29.4% ont utilisé une méthode contraceptive au premier rapport sexuel.

La méthode la plus utilisée est le préservatif masculin avec 72,9%.

La pharmacie est la principale source d'approvisionnement.

Des comportements à risque ont été notés chez 37,4% des avec au moins deux sexuels.

En effet, 95,2% des enquêtés sont sexuellement actifs.

L'âge au premier rapport sexuel se situe entre 14 - 17ans dans 38% des cas.

Le délai entre le premier rapport sexuel et la menarche est de 3-4ans pour 33,9%.

Le manque de volonté ou d'information correcte est la raison de non utilisation d'une méthode contraceptive.

# **RECOMMANDATIONS**

## **RECOMMANDATIONS**

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent aux structures suivantes :

### **MINISTERE DE LA SANTE**

- Multiplier les services de santé de la reproduction pour jeunes avec des prestataires jeunes des deux sexes pour augmenter l'efficacité dans la prise en charge des problèmes de santé de la reproduction des adolescents et jeunes.
- Créer des services de distributions des contraceptifs ne nécessitant pas de pratique médicale dans les lycées et les écoles avec des prestataires scolaires pour faciliter l'accessibilité des contraceptifs aux adolescents et jeunes.
- Créer des centres de proximité de PF dans les quartiers où se trouvent les effectifs les plus importants de scolaires pour une large sensibilisation d'adolescents et de jeunes.
- Conduire des recherches opérationnelles par la Division santé familiale, sur les comportements sexuels des adolescents et jeunes en milieu scolaire, urbain et rural pour connaître le niveau de connaissance et élaborer des stratégies adéquates pour les jeunes.

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

- Intégrer dans les programmes d'enseignement des cours de sexualité et de santé de la reproduction depuis l'école fondamentale jusqu'au lycée et école professionnelle.
- Intégrer dans les programmes de communication et d'animation aux scolaires des questions sur la sexualité et la santé de la reproduction des adolescents et jeunes à travers des cours structurés et des sketches.

## **SCOLAIRES ET UNIVERSITAIRES**

- Communiquer le plus possible avec les parents et les agents de santé sur la santé de la reproduction pour éviter des erreurs comme les grossesses non désirées en bénéficiant de leur expérience.
- S'organiser en groupes et inviter des professionnels de la santé pour échanger et recevoir des connaissances appropriées sur la sexualité et la PF

## **AUX PARENTS**

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

## REFERENCES:

### **1- Pro Fam/USAID/PSI MALI.**

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

### **2- ROBERT A .HATCHER.**

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

### **3- OMS, GENEVE 1994. PAS/DSF/OMS.**

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

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

### **4- DAULAIRE N ET AL, PROMISES TO KEEP.**

The toll of united pregnancies on Xomens live in the developing world,  
Washington, DC, Global health Concl, 2002

### **5- AGI, SHARING RESPONSIBILITY.**

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

### **6- REYNOLDS H.D.E.L. WONG ET AL. (2006) Reynolds.**

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

### **7-AFR/RC53/11**

54<sup>ème</sup> session du comité régional de l'Afrique, Rapport du Directeur régional

### **8- LIM AT, SATIA J.**

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

### **9- Pro Fam/USAID/PSI MALI.**

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

### **10- UNFPA**

STATE OF THE WORLD POPULATION 2002, NEW YORK, FOND DES

NATIONS UNIS POUR LA POPULATION 2002

**11- Ministère de la santé, USAID, Policy Project.**

Population, développement et qualité de vie au Mali.

Octobre 2003 Projet de Développement Sanitaire. Stratégie nationale en planning familial et en IEC 1987

**12- MINISTERE DE LA SANTE.**

Enquête démographique et de santé, Rapport préliminaire. MALI 2006

**13-DIAWARA H.**

Etude des connaissances, Attitudes et Pratiques des méthodes de contraception par les élèves et étudiants dans le district de Bamako. Thèse Med 2008 n27-30

**14- Mme KOUMA M.S.**

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

**15- Ministère de la santé publique et des affaires sociales.**

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

**16- Ministère de la santé publique et des affaires sociales/DSF.**

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

**17- Mme KOUMA M.S.**

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

**18- Ministère de la santé publique, des affaires sociales et de la promotion féminine.**

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

**19- SANGO S.**

Contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune 4 du district de Bamako.

Thèse Med Bamako 1996 n 32

**20- Ministère de la santé publique et des affaires sociales.**

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

**21- Ministère de la santé, des personnes âgées et de la solidarité.**

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

**22- Ministère de la santé publique et des affaires sociales/DSF.**

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

**23- Ministère de la santé publique, des affaires sociales et de la promotion féminine.**

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

**24- Ministère de la santé publique et des affaires sociales/DSF.**

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

**25-DIAWARA H.**

Etude des connaissances, Attitudes et Pratiques des méthodes de contraception par les élèves et étudiants dans le district de Bamako. Thèse Med 2008 n27-30

**26-MAÏGA O.L.**

Connaissance, attitude et comportements sexuels en matière de MST/SIDA en milieu scolaire : l'école normale secondaire de Bougouni et le lycée Mon Seigneur de Mont Clos de Sikasso. Thèse : Médecine, Bamako, Mali, FMPOS, 2001; N°79, 55p-annexes.

**27-SANGARE A.K.**

Connaissances, attitudes et pratiques des scolaires de trois lycées de Bamako en matière de planning familiale et des IST/SIDA. Thèse Médecine - Bamako, 2003 ; N°6, 162p.

**28- SACKO D.**

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du LBAD en matière de Planification familiale, de, MST et SIDA.

Thèse Méd. Bko. 2002. n°62.

**29-AMAZIGO U, SILVA N, KAUFMAN J, OBIKEZE D.**

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

Perspectives Internationales sur le Planning Familial, 1997 ; N° spécial : p 15-20

**30-NETWORK**

Family health international; les parents de demain, vol 9 N°4, Octobre1994:8-15.

**31- KAMTCHOUING P, TAKOUGANG I, NGOH N, YAKAM I.**

La sexualité des adolescents en milieu scolaire à Yaoundé (Cameroun).

Contraception - Fertilité – Sexualité ; 1991- 1997 ; N°25 : 789 – 801.

**32-SIDIBE TOUMANI et AL**

Connaissances et pratiques des élèves d'un lycée de Bamako en matière de contraception et prévention des IST/SIDA. Mali médical 2006 ; N°1 : 39 – 42.

**33-ONUSIDA**

Le point sur l'épidémie du SIDA ; 52p

**34-SACKO. D.**

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du LBAD en matière de Planification familiale, de, MST et SIDA.

Thèse Méd. Bko. 2002. n°62.

**35- CISSE. A.**

Connaissances et comportement sexuel des jeunes de 15-29 ans sur les MST – SIDA à Bamako.

Mémo. Méd. Québec. 1993. n 117.

**36- SANGARE A. K.**

Connaissances, attitudes et pratiques des scolaires de trois lycées de Bamako en matière de planning familiale et des IST/SIDA. Thèse Médecine - Bamako,

2003 ; N°6, 162p.

**37-BERTHE B.B.**

Connaissance, Attitude, Pratique des adolescents du lycée Askia Mohamed en matière de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et du Sida. Thèse Med, No 47/2000, Bamako, Mali

**38-SIDIBE TOUMANI et AL**

Connaissances et pratiques des élèves d'un lycée de Bamako en matière de contraception et prévention des IST/SIDA. Mali médical 2006 ; N°1 : 39 – 42.

**39- SANGARE A. K.**

Connaissances, attitudes et pratiques des scolaires de trois lycées de Bamako en matière de planning familiale et des IST/SIDA. Thèse Médecine - Bamako, 2003 ; N°6, 162p.

**40-BERTHE B.B.**

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

Thèse Med, No 47/2000, Bamako, Mali

**41-SIDIBE T. et al**

Connaissances et pratiques des élèves d'un lycée de Bamako en matière de contraception et prévention des IST/SIDA. Mali médical 2006 ; N°1 : 39 – 42.

**42-FAYE M.**

Connaissance, attitudes et pratiques en matière de santé de la reproduction des adolescent(e)s du centre de dépistage anonyme et gratuit CDVAA) de Pikine - Guediawaye. Université CHEICK ANTA DIOP, Dakar ; septembre 2005  
Mémoire de maîtrise, 73p

**43-BERTHE B.B.**

Connaissance, Attitude, Pratique des adolescents du lycée Askia Mohamed en

matière de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et du Sida. Thèse Med, No 47/2000, Bamako, Mali

**44- CERPOD.**

Etude régionale sur la santé de la reproduction des adolescents dans le sahel «Focus Group » et interview individuelle au Burkina Faso, Mali et Niger.  
Rapport de recherche- 1996 ; N°1, vol V

**45- BOMIA M.**

Connaissance, Attitude et Pratique sur la santé de la reproduction en milieu scolaire (2ème cycle fondamental et lycée) à Bamako de Mars à Juin 2004.  
Thèse médecine, No 17/2004, Bamako Mali

**46-CAMARA.M**

Contraception chez les adolescentes. Thèse de méd. Bamako 1992

**47-SIDIBE TOUMANI et AL**

Connaissances et pratiques des élèves d'un lycée de Bamako en matière de contraception et prévention des IST/SIDA. Mali médical 2006 ; N°1 : 39 – 42.

**48-SACKO. D.**

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du LBAD en matière de Planification familiale, de, MST et SIDA.  
Thèse Méd. Bko. 2002. n°62.

**49-MAIGA.K.**

Lumière sur la vie sexuelle. Edition.  
Edition Jamana. Bko 1994. N° 6686.

**50- SANGARE A. K.**

Connaissances, attitudes et pratiques des scolaires de trois lycées de Bamako en matière de planning familiale et des IST/SIDA. Thèse Médecine - Bamako, 2003 ; N°6, 162p.

**51- BOMIA M. A. D.**

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

Thèse médecine, No 17/2004, Bamako Mali

**52- GUIE.P, TEGNAN.J, ADOM AMOUMATACKY, N'GUESSAN E, OSONDU J. N., ANONGBA S., TOURE COULIBALY K.** Contraception en milieu scolaire à partir d'une enquête réalisée chez 3013 élèves dans 6 établissements scolaires de Côte D'Ivoire.2001

**53- SANGARE A. K.**

Connaissances, attitudes et pratiques des scolaires de trois lycées de Bamako en matière de planning familiale et des IST/SIDA. Thèse Médecine - Bamako, 2003 ; N°6, 162p.

**54-BERTHE B.B.**

Connaissance, Attitude, Pratique des adolescents du lycée Askia Mohamed en matière de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et du Sida. Thèse Med, No 47/2000, Bamako, Mali

**55- SANGARE A. K.**

Connaissances, attitudes et pratiques des scolaires de trois lycées de Bamako en matière de planning familiale et des IST/SIDA. Thèse Médecine - Bamako, 2003 ; N°6, 162p.

**56-BERTHE B.B.**

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

Thèse Med, No 47/2000, Bamako, Mali

# ANNEXES

## Fiche signalétique

**Nom :** COULIBALY

**Prénom :** Adama Lamine

**Titre de la thèse :** Etude des connaissances et attitudes face à la contraception dans le milieu scolaire à Ségou.

**Pays d'origine :** Mali

**Ville de soutenance :** Bamako

**Secteurs d'intérêt :** Santé publique-gynéco-obstétrique

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

**Numéro de téléphone :** 75120035 /66053765

**Résumé :** Notre étude été une étude transversale de janvier 2013 à Mars 2013 dans quatre lycées (LAKCC, LMA, LMD, LAGUID) et trois établissements professionnels (CETI, CTM, ECOLAV) de la ville de Ségou. Elle avait pour objectif d'étudier les CAP des méthodes de contraceptions par les élèves de la ville de Ségou.

Nous avons interrogé 597 filles et 403 garçons âgés de 13 à 26 ans. 93% ont entendu parler de PF, les méthodes contraceptives les plus connues étaient le préservatif avec 72,9%.

La principale source d'information a été les médias avec 34,1%.

37,4% avait un comportement à risque élevé.

L'âge minimum au premier rapport sexuel était de 14ans.

49,5% s'approvisionnaient des méthodes contraceptives à la pharmacie.

**Mots clés :** Adolescents-jeunes-CAP-contraception-PF

## Fiche d'enquête

Village d'origine/\_\_\_\_\_ /

Quartier à Ségou ville :/\_\_\_\_\_ /

- 1) Age /\_\_\_/ 1= 10-15 ans 2= 16-20 ans 3=21-26 ans
- 2) Sexe /\_\_\_/ 1 = M 2= F
- 3) Etablissement /\_\_\_/ 1= lycée 2 = technique
- 4) Religion /\_\_\_/ 1 = musulman(e) 2 = chrétien(e)
- 5) Ethnie /\_\_\_\_\_/
- 6) Statut matrimonial /\_\_\_/ 1 = mariée 2 = célibataire
- 7) Rapport sexuel /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non
- 8) Rapport fait /\_\_\_/ 1 = programmé 2 = non programmé
- 9) Age ménarche /\_\_\_/ Age 1<sup>er</sup> rapport sexuel /\_\_\_/  
Inconnu/\_\_\_/
- 10) Délai entre menarche-1<sup>er</sup> rapport sexuel/\_/ 1 = < 1an 2 = 1-2ans 3 = 3-4ans 4 = >5ans
- 11) Définition contraception /\_\_\_/ 1=oui 2 = non
- 12) Source d'information /\_\_\_/ 1 = parents 2 = amis 3= enseignants 4 = autres
- 13) Contraception au 1<sup>er</sup> rapport sexuel /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non  
Si oui quelle méthode /\_\_\_\_\_/
- Raison du choix /\_\_\_\_\_/
- Si non raison /\_\_\_\_\_/
- 14) Existe-t-il une période de fécondité ? /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non
- 15) Si rapport sexuel /\_\_\_/ 1 = régulier 2 = irrégulier
- 16) Fréquence des rapports sexuels/mois /\_\_\_/
- 17) Changement de partenaire sexuel /\_\_\_/ 1 : oui 2 : non  
1 = une fois 2 = deux fois 3 = trois fois et plus
- 18) Nombre de partenaire / / 1 =1 2 = 2 3 = 3et plus
- 19) Grossesse dès le 1<sup>er</sup> rapport sexuel/\_\_\_/ 1: oui 2: non

**Existence de :**

- 20) Abstinence périodique /\_\_\_/ 1= oui 2 = non
- 21) Préservatif féminin /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non
- 22) Préservatif masculin /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non
- 23) Ovule spermicide /\_\_\_/ 1= oui 2 non
- 24) Diaphragme /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non
- 25) Implant/Norplan /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non
- 26) Injection/\_\_\_/ 1= oui 2 = non
- 27) Pilule/\_\_\_/ 1 = oui 2 = non
- 28) Contraception d'urgences /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non
- 29) DIU/Stérilet /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non

- 30) Stérilisation féminine /\_\_\_ / 1 = oui 2 = non  
31) Stérilisation masculine /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non  
32) Collier /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non

**Fonctionnement de:**

- 33) Abstinence périodique /\_\_\_/ 1= oui 2 = non  
34) Préservatif féminin /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non  
35) Préservatif masculin /\_\_\_ / 1 = oui 2 = non  
36) Ovule spermicide /\_\_\_/ 1= oui 2 non  
37) Diaphragme /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non  
38) Implant/Norplan /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non  
39) Injection/\_\_\_/ 1= oui 2 = non  
40) Pilule/\_\_\_/ 1 = oui 2 = non  
41) Contraception d'urgence /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non  
42) DIU/Stérilet /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non  
43) Stérilisation féminine /\_\_\_ / 1 = oui 2 = non  
44) Stérilisation masculine /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non  
45) Collier /\_\_\_/ 1 = oui 2 = non

**Lieu d'approvisionnement des contraceptifs :**

- 46) 1 = pharmacie 2 = centre de PF 3= Maternité  
4 = boutique de quartier 5= autre connaissance (ami ou amie)

# 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 !