

matière de Planification Familiale.

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi

SCIENTIFIQUE



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année Universitaire : 2013-2014

N° /...../

TITRE

Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes de 15 à 24 ans de la commune I et II du District de Bamako en matière de Planification Familiale.

Présentée et soutenue publiquement le 22 /juin/2015

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par

Mme Diarra Ténin SINAYOKO 76196073

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Jury

Président : Pr HamadounSangho

Membre : Dr Sory Ibrahima Diawara

Dr NieleHawa Diarra

Co-Directrice : Dr LallaFatouma Traore

Directeur de thèse : Pr Samba Diop



DEDICACES

Je dédie cette thèse

A LA MEMOIRE DE MON PERE : Feu Koman Sinayoko. Paix à ton âme. Ce travail est sans doute les fruits de tous les sacrifices que tu as consentis de ton vivant. Que Dieu t'accueille dans son paradis. Amen !

A MA MERE MOLOBALY SAMAKE

Toi qui m'a donné la vie, qui m'a enseigné les règles de la tradition, qui me disait toujours que seul le courage et la détermination est la clé de la réussite. Que Dieu te donne longue vie maman

A MA TANTE Mme DOUMBIA OUMOU SACKO

Chère tante, j'ai suivi le même chemin de l'école que tu as voulu pour moi, ce travail est l'héritage de votre sacrifice, je te remercie infiniment

A MON GRAND FRERE FABOU SINAYOKO

Toi qui as été comme un père pour moi, c'est grâce à toi si je suis là aujourd'hui ; je te remercie infiniment.

A MA MARATRE FEU NAGNUMAN SAMAKE

Ce travail vous est entièrement dédié, dors en paix.

A MON EPOUX Mr N'TOSSAMA DIARRA

Voici enfin venu le terme de cette dure épreuve. Naturellement ce travail est le tien car tu as accepté d'être avec moi sans condition. Ton amour, ton courage, ta sagesse ne m'ont jamais fait défaut. Que Dieu le Tout Puissant nous guide sur le chemin du bonheur et de la réussite. Que le chemin de la vie soit pour nous parsemé d'amour de compréhension et de longévité. Je t'assure de mon amour sincère et de toute ma reconnaissance.

A MON FILS BREHIMA DIARRA dit PAPY

Tu as toujours été la raison de mon combat, alors ce travail est pour toi. Que Dieu te protège et te donne longue vie dans le droit chemin

A MA BELLE FAMILLE

La famille DIARRA et COULIBALY et tous les ressortissants de la commune de DIO et environnant, votre soutien ne m'ont jamais fait défaut.

A MES FRERES ET SŒURS Vos encouragements et vos soutiens ne m'ont jamais fait défaut pour la réalisation de ce travail. Soyons unis pour sauvegarder la cohésion familiale.

A MES BELLES SŒURS et BEAUX FRERES

Vous étiez toujours présent quand j'avais besoin de vous, alors vous avez tous participé à la réalisation de ce travail

AMES ONCLES et TANTES

Votre bénédiction et encouragement ne m'ont jamais fait défaut

A MES NEUVEUX ET NIECES

Votre présence m'a toujours donné la joie de vivre et la force de continuer malgré les difficultés rencontrées.

AMES COUSINS ET COUSINES

Grace à votre soutien inconditionnel, j'ai pu continuer jusqu'à la réalisation de ce travail.

A TOUS LES HABITANTS ET RESORTISSANTS DE WOULESSEBOUGOU

Sans votre bénédiction et soutien inconditionnel, je ne serais pas là.



REMERCIEMENTS

A DIEU LE TOUT PUISSANT : Je remercie le bon Dieu, le Créateur Suprême, le Clément, le Miséricordieux, le Maître du destin, de m'avoir permis d'accomplir ce travail.

A SON PROPHETE MOHAMED S A W: Que les bénédictions et la paix de Dieu soient sur lui.

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de mes études jusqu'à ce travail.

A tous mes amis (es), à tous les étudiants (es) de la FMOS, merci pour votre soutien.

À tout le personnel du département d'anthropologie médicale et du département de sante publique de la FMOS à toutes et à tous merci pour avoir rendu agréable notre séjour au sein de votre structure.

A mes collaborateurs de thèse : Bakary Traoré, Oumou Kéita, DjenebaDibo, Issiaka Sidibé, à toutes et à tous pour votre collaboration.

A toutes les autorités administratives, coutumières de la commune I et II, et toutes les personnes qui ont accepté de participer à notre étude, merci pour votre collaboration.

A la cellule de la LIEEMA de la FMOS, merci pour votre soutien.

A tous mes fidèles amis(es) : FathoumaTahara Baby, Maimouna Diarra, Maimouna Konaté, Balkissa Souleymane Maiga, Bakary Diéta Diarra, Salif Traoré; merci à tous et à toutes pour votre soutien inconditionnel.

A tous les habitants de Niamakoro

Merci d'avoir participé à mon éducation.



***HOMMAGES AUX HONORABLES
MEMBRES DU JURY***

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Hamadoun SANGHO.

Professeur Titulaire de Santé Publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako (FMOS),
Directeur Général du CREDOS (Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant)

Honorable maître, c'est un honneur considérable et un réel plaisir que vous nous faites en présidant ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Au-delà de l'éminent professeur que vous êtes, nous avons toujours admiré votre simplicité et votre humanisme. La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations nous a profondément touché. Nous vous prions, cher Maître, d'accepter nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Docteur NieléHawa DIARRA

Assistante chercheur au département de santé publique à la FMOS.

Chère maître,

C'est une réelle satisfaction pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury. Nous avons été impressionnés par votre courtoisie et votre grande disponibilité dès les premiers contacts. Ce travail a été possible grâce à vos immenses contributions que nous ne pouvons taire. Votre méthode de travail, votre modestie et votre infatigabilité nous marquent à jamais. Chère maître, en cet instant solennel, soyez assuré que les mots nous manquent pour vous remercier d'avantage. Trouvez ici, l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

Que le tout puissant vous garde longtemps auprès de nous.

Amen.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Sory Ibrahim DIAWARA.

MD,MscPH

Chercheur au MRTC/DEAP.

Cher maitre, Vous nous faite honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Votre simplicité, votre disponibilité et votre amour du travail bien fait nous donne entière satisfaction. Trouvez ici l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE CO-DIRECTRICE DE THESE
Docteur Lalla Fatoumata TRAORE
Médecin de santé publique ;
Directrice adjointe de l'Hôpital de Gao ;

Chère maitre,

Nous avons été impressionnés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Votre immense expérience, votre esprit méthodique, votre amour pour le travail bien fait et votre façon chaleureuse d'accueillir restent pour nous source d'inspiration et mettent en évidence vos qualités incontestables de chercheur émérite.

Nous avons apprécié à sa juste valeur la disponibilité et l'attention particulière dont vous avez fait preuve pour que ce travail puisse être mené à bout.

Docteur en plus d'être une scientifique vous avez été une bonne mère pour nous.

Veillez accepter chère maître l'expression de notre profonde gratitude. Que Dieu vous donne longue vie et vous rendre vos bienfaits.

A NOTRE MAITRE DIRECTEUR DE THESE
Professeur Samba DIOP

Maitre de conférences en anthropologie médicale ;
Enseignant-chercheur spécialisé en Ecologie humaine, anthropologie et éthique publique ;
Responsable de la section Sciences humaines et sociales d'ICER Mali ;
Membre du comité d'éthique de la FMOS, INRSP, CRLD et CNESS ;
Membre du réseau multidisciplinaire de recherche en éthique médicale et droit de la santé

Cher maitre

Nous avons été très touchés par votre sens de l'accueil, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable.

Malgré vos multiples occupations, vous avez d'emblée montré un intérêt certain pour notre sujet de travail. Vous nous faites honneur en acceptant de diriger ce travail. Permettez-nous, cher maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect. Vous êtes et vous demeurez une référence par vos immenses qualités scientifiques, humaines et par votre esprit d'ouverture. Cher maitre nous vous en remercions et vous assurons de notre très sincère gratitude et de notre plus profond respect.



SIGLES ET ABREVIATIONS

AOF : Afrique Occidentale Française
ATCD : Antécédent
CCV : Contraception Chirurgicale Volontaire
COC : Contraceptifs Oraux Combinés
COP : Contraceptifs Oraux Progestatifs
DIU : Dispositif Intra-Utérin
DSF : Division de la Santé Familiale
DSFC : Division de la Santé Familiale et Commentaire
EDS : Enquête Démographique et de Santé du Mali
FMOS: Faculté, de Médecine, et d'Odonto- Stomatologie
FNUAP : Fond des Nations Unies pour la Population
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse
LRT : Ligature et Résection des Trompes
MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisations Non Gouvernementales
OMD : Objectif Millénaire pour le Développement
PF : Planning Familial
PP : Pilules Progestatifs
SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SMI : Santé Maternelle et Infantile
SPZ : Spermatozoïde
TC: Technique Comptabilité
URSS : Union des Républiques Socialistes Soviétiques
VIH : Virus de l'Immunodéficience Acquise



SOMMAIRE

I-Introduction	21
II-Cadre théorique	22
2.1. Revue critique de la littérature	22
2.2. Hypothèses de recherche	22
2.3. Modèle de lecture	23
2.4. Justification de l'étude	23
2.5. Objectifs	24
2.5.1 Objectif général.....	24
2.5.2 Objectifs spécifiques	24
2.6. Définition des concepts	25
2.6.1-La jeunesse.....	25
2.6.2-L'adolescence.....	25
2.6.3-La puberté.....	25
2.6.4-Notion d'attitude et de comportement.....	26
2.6.5-Planification familiale	27
a- Historique de la planification familiale [13].....	27
III- Méthodologie	33
3.1. Type d'étude.....	33
3.2. Choix et description des sites d'étude	33
3.3. Population d'étude.....	34
3.3.1. Critères d'inclusion	34
3.3.2. Critères de non inclusion	34
3.4. Période et durée de l'étude :	34
3.5. Echantillonnage	35
3.5.1. La taille de l'échantillon :.....	35
3.5.2. Méthode et technique d'échantillonnage :	35
3.8. Techniques et outils d'enquête	38
3.9. Gestion des données	38
3.10. Considérations éthiques.....	38
IV - Résultat	39
1-Profiles sociodémographiques des personnes enquêtées	39

2- Connaissance sur la sexualité, la procréation et les différents moyens contraceptifs.....	42
3- Attitude et comportement des jeunes en matière de sexualité	48
4 –Attitudes et pratiques des jeunes en matière de planification familiale	50
V-Commentaires et discussions.....	55
1-Sur la méthodologie	55
2-Profil socio démographique des enquêtés.....	55
3-Connaissance sur la sexualité et les méthodes contraceptifs	55
4 –Attitudes et comportementsdes jeunes en matière de sexualité	56
5 –Attitude et pratique des jeunes en matière de planification familiale	56
6 -Utilisation et perception des services de santé :.....	57
VI-Conclusion	58
VII-Suggestion	59
IX .Annexes.....	62
FICHE SIGNALETIQUE	63

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des sexes en fonction de la tranche d'âge	39
Tableau II: Répartition selon l'ethnie.....	40
Tableau III: Répartition des enquêtés selon le sexe en fonction du niveau d'instruction.....	40
Tableau IV: Répartition suivant leur situation matrimoniale	40
Tableau V: Répartition des enquêtés selon la fréquentation des boîtes de nuit ou à des fêtes.....	41
Tableau VI: Répartition des enquêtés suivant leur accès à l'internet.....	41
Tableau VII: Répartition selon la perception l'avènement d'une grossesse dès le premier rapport sexuel en fonction du sexe.....	42
Tableau VIII: Répartition suivant l'avènement d'une grossesse avec des rapports sexuels non protégés pendant les périodes fécondes en fonction du sexe	43
Tableau IX: Répartition des enquêtés selon que le préservatif peut éviter une grossesse.....	43
Tableau X: Répartition selon le mode d'emploi de la pilule par les femmes	44
Tableau XI: Répartition selon le mode d'emploi des contraceptifs injectables	44
Tableau XII: Répartition des enquêtés selon s'ils connaissent la pilule du lendemain.....	45
Tableau XIII: Répartition des enquêtés selon s'ils connaissent la technique de retrait	45
Tableau XIV: Répartition des enquêtés selon s'il connaissent l'implant	46
Tableau XV: Répartition des enquêtés selon s'ils connaissent le gel/mousse spermicide.....	47
Tableau XVI: Répartition des enquêtés selon s'ils connaissent la stérilisation.....	47
Tableau XVII : Répartition des enquêtes selon s'il connaissent la vasectomie.....	47
Tableau XVIII: Répartition des enquêtés selon s'ils ont eu des contacts physiques	49
Tableau XIX: Répartition des enquêtés selon leur 1 ^{er} rapport sexuel avec pénétration	49
Tableau XX: Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge au 1 ^e rapport sexuel	50
Tableau XXI: Répartition des enquêtés selon l'exigence du préservatif à chaque rapport sexuel en fonction du sexe.....	50
Tableau XXII: Répartition des enquêtés selon le refus de rapport sexuel sans préservatif en fonction du sexe	51
Tableau XXIII: Répartition des enquêtés selon la discussion sur la contraception avec son partenaire	51

Tableau XXIV: Répartition suivant la méthode de contraception utilisé par les jeunes.....	53
Tableau XXV: Répartition selon le recours à un centre de santé pour une consultation	53
Tableau XXVI: Répartition des enquêtés selon la satisfaction des services offerts	54

Listedes figures

Figure 1: Répartition suivant l'existence de l'abstinence périodique.....	46
Figure 2: Répartition selon la meilleure méthode pour les jeunes.....	48
Figure 3: Répartition suivant avoir ou non eu un partenaire.....	48
Figure 4 : Répartition selon le motif de la consultation.....	54

I-Introduction

Dans le monde, les jeunes femmes connaissent un fort taux de grossesse non désirée et d'IVG à cause de leurs connaissances limitées concernant la santé sexuelle et reproductive. Les connaissances en matière de planification familiale et de leur utilisation sont d'importants indicateurs de santé sexuelle et reproductive parmi les jeunes surtout dans les régions africaines [1].

Le constat est que l'utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes sexuellement actifs réduit le nombre de grossesses non désirées. En Afrique, les jeunes représentent 22% de la population et plus de 23% de la population reproductive. En effet, depuis le milieu des années 70, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), avec l'appui du Fond des Nations Unies pour les activités de Population (UNFPA), s'est activement engagée dans la promotion de la sexualité et de la procréation des adolescents [2].

Par rapport aux autres pays du monde, la Région africaine reste en retard dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Le taux de prévalence de la contraception dans la Région africaine était de 12 % en 1990. Il s'est accru à 24 % en 2010, tandis que les besoins non satisfaits de planification familiale sont restés élevés, se situant à un taux de 26,5 % en 1990 et de 25 % en 2010 [3].

Les grossesses d'adolescentes restent élevées sur l'ensemble du continent. L'Afrique subsaharienne continue d'enregistrer les taux de fécondité les plus élevés dans le monde chez les adolescentes, sans montrer de tendance à la baisse depuis 1990. Parmi les 14,3 millions d'adolescentes qui ont accouché en 2008, une sur trois vivait en Afrique subsaharienne [4].

Ainsi les données pour 22 pays d'Afrique subsaharienne pour la période allant de 1998 à 2009 montrent que les femmes âgées mariées, ou celles âgées de 15 à 19 ans vivant en concubinage, enregistraient des niveaux plus bas d'utilisation de contraceptifs (10 %) par rapport à l'ensemble des femmes en âge de procréer (20 %) [5].

Selon une analyse sommaire des statistiques sanitaires du Mali les jeunes maliens ne font pas exception à la règle en dépit des efforts de sensibilisation et d'extension de la couverture sanitaire des autorités du pays.

En effet, les enfants de mères jeunes (moins de 20 ans) courent généralement un risque plus important de décéder que ceux issus de mères plus âgées. De même, les accouchements précoces augmentent le risque de décès chez les adolescentes [6]. Le taux de mortalité infantile parmi les enfants des mères n'ayant pas utilisé la contraception moderne à un moment quelconque sont plus élevés que pour les mères qui l'ont utilisé au moins une fois pendant leur vie reproductive [7].

La fécondité des femmes maliennes demeure élevée, puisque le nombre moyen d'enfants par femme est estimé à 6,1 ; près de deux adolescentes sur cinq (39 %) ont déjà commencé leur vie reproductive : 33 % ont eu, au moins, un enfant et 6 % sont enceintes du premier enfant et le taux de prévalence contraceptive est de 10% [6].

Autant d'indicateurs qui révèlent la vulnérabilité des jeunes auxquels il faut ajouter la problématique de l'offre des services et la satisfaction des besoins des jeunes en matière de

planification familiale

II-Cadre théorique

2.1. Revue critique de la littérature

Depuis la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD 1994), la cause des adolescents et des jeunes bénéficie d'une grande attention ; cette attention résulte de la nature spécifique qui consacre généralement l'initiation à l'activité sexuelle et de la vie reproductive d'une part et d'autre part à de nombreux risques et conséquences associés à cette entrée.

Dans nos pays depuis quelques années de nombreux facteurs socioculturels ont donné lieu à de nouveaux schémas du mode de vie chez les adolescents et les jeunes. Parmi ces facteurs nous pouvons citer :

- l'accroissement rapide de la population,
- l'urbanisation croissante et les déplacements des populations,
- les progrès rapides et notables de la technologie dans le domaine de l'information et de la communication qui font tomber les frontières culturelles ;
- l'augmentation de la courbe des adolescents et des jeunes célibataires ;
- l'apparition précoce des règles ;
- la fin de l'autorité familiale par suite de transformation des structures et de la fonction de la famille ;
- la précocité des rapports sexuels et sans protection ;
- le faible pouvoir d'achat des adolescents et des jeunes à cause du chômage.

Ces facteurs exposent les adolescents et les jeunes aux grossesses non désirées, aux avortements provoqués clandestinement dans des conditions dangereuses, aux IST.

Dans ces mêmes pays, la volonté d'espacer les naissances est la raison principale de recours aux services de planification familiale. Les jeunes femmes de 15-19 ans qui n'ont pas encore eu d'enfant sont également en demande de méthode contraceptive dans le but de retarder leur première grossesse. Cette demande ne semble pas assez bien prise en considération par les services existants qui sont encore trop peu accessibles à ces jeunes femmes. L'accès à ces services est également plus difficile pour les plus pauvres. Ces femmes sont donc plus susceptibles d'avoir une grande famille, de vivre des grossesses non désirées et d'avoir recours aux avortements illégaux.

2.2. Hypothèses de recherche

Il est à noter que les pouvoirs publics, les ONG, les leaders religieux et de la santé ont fait beaucoup d'effort en matière de promotion de la planification familiale au Mali ; nos deux hypothèses sont les suivantes :

- Les cibles sembleraient ne pas être atteintes malgré les campagnes de sensibilisation et d'information sur les différentes méthodes contraceptives
- les rumeurs et les informations incomplètes empêcheraient les jeunes de faire un choix éclairé et d'accéder à une méthode de contraception qui leur convient.

2.3. Modèle de lecture

De nos jours, des rumeurs et des informations incomplètes continuent de se propager et empêchent les jeunes de faire un choix éclairé et d'accéder à une méthode de contraception qui leur convient. De même, les prestataires de santé peuvent par inattention jouer un rôle négatif en donnant des informations erronées aux jeunes tout en perpétuant leurs mythes et les rumeurs sur la planification.

La communication pour un changement de comportement étant l'usage stratégique d'information visant la promotion des résultats positifs sur la santé, de réelles actions sont nécessaires pour donner de bonnes informations.

Ainsi, dans nos pays pour arriver à une utilisation rationnelle des services de la Planification familiale et une résolution du problème complexe des actions de prévention et de traitement des grossesses non désirées ; il faut qu'il ait une exigence de plus en plus dans la mise en place d'un système d'information pouvant garantir la qualité de l'information surtout aux cibles prioritaires qui sont les jeunes.

2.4. Justification de l'étude

Au Mali l'analyse de la fécondité des adolescentes revêt une grande importance pour des raisons diverses.

Les jeunes qui sont la cible prioritaire de notre étude, connaissent de nombreux problèmes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

Parmi ces problèmes, viennent en bonne place ceux qui sont du domaine de la sexualité et des méthodes de contraception. Au nombre de ceux-ci on peut citer la faible accessibilité et financière aux différentes méthodes contraceptives et les contraintes socioculturelles.

Et même lorsque l'accessibilité aux méthodes contraceptives peut être relativement bonne, le niveau de connaissance des jeunes sur la contraception et sur ces différentes méthodes peut constituer un frein à l'utilisation des méthodes de contraception. Aussi le faible niveau de connaissance peut entraîner la mauvaise utilisation de méthodes contraceptives ou le choix de méthodes non adaptées, toutes choses qui peuvent avoir des conséquences pouvant se révéler néfastes.

Au regard de toutes ces réalités et vue l'évaluation très prochaines des OMD, cette étude était nécessaire.

2.5. Objectifs

2.5.1 Objectif général

L'objectif général vise à étudier les connaissances, attitudes et pratiques en matière de planification familiale des jeunes de 15-24 ans dans les communes I et II du district de Bamako

2.5.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer le niveau de la connaissance des jeunes de 15-24 ans en matière de planification familiale.
- Déterminer la capacité de négociation du port de préservatif chez les jeunes de 15-24 ans.
- Décrire les pratiques des jeunes de 15-24 ans en matière de planification familiale.
- Déterminer la préférence des jeunes de 15-24 ans en matière de moyens contraceptifs

2.6. Définition des concepts

2.6.1-La jeunesse :

Selon l'OMS on entend par jeunesse la tranche d'âge qui part de 10 à 24 ans et la période d'adolescence y est incluse.

2.6.2-L'adolescence : Selon l'OMS l'adolescence est la période comprise entre 10-19 ans. Elle commence avec l'apparition des caractères sexuels secondaires et se termine avec la fin de la croissance [8]. Cette période d'adolescence se caractérise par certaines étapes :

- Une croissance et un développement physique rapide ;
- Une maturité physique, sociale et psychologique mais pas de façon simultanée ;
- Les premières expériences de la vie (attraction par le tabac, l'alcool, les vices de la vie) ;
- Un manque fréquent de connaissance et de capacité pour faire des choix sains ;
- Des modes de pensée tendant à faire passer les besoins immédiats avant les besoins à long terme ;
- L'instauration de comportements qui pourraient rester ancrés toute la vie et provoquer des maladies à long terme.

2.6.3-La puberté : est définie étymologiquement comme étant l'apparition de la pilosité pubienne. Le point de départ de la puberté est hypothalamique bien que modulé par les hormones stéroïdiennes. En effet, le développement des caractères sexuels primaires et secondaires marque le passage de l'enfance à l'adulte et il peut se faire selon une chronologie variable d'un enfant à l'autre. Les signes pubertaires progressent simultanément à un rythme variable et aboutissent dans un délai de 2-4 ans et demi à un développement adulte [8]. La puberté se termine avec l'apparition de la fertilité c'est-à-dire la spermatogénèse chez l'homme et l'ovogenèse chez la femme.

Chez le garçon la date d'apparition du premier signe pubertaire est variable d'un enfant à l'autre et dépend de l'état physiologique. Dans ces variations intervenaient des facteurs héréditaires, climatiques et socio-économiques. Chez le garçon la puberté débute en moyenne entre 12-13 ans mais les premiers signes peuvent apparaître à 10 ans ou seulement à 16 ans [9]. L'installation de la puberté nécessite en fait un certain niveau de maturation de l'organisme qui traduit la maturation osseuse (âge osseux de 13 ans chez le garçon). La pigmentation du scrotum précède légèrement l'augmentation du volume testiculaire qui est le premier signe de la puberté. Elle débute six mois avant les signes androgéniques proprement dits. Le développement s'accélère et se poursuit pendant les quatre prochaines années. L'augmentation du volume de la verge se poursuit parallèlement. Vers 16-17 ans les organes génitaux externes ont atteint sensiblement leur aspect définitif. La pilosité axillaire se développe deux (2) ans après la pilosité pubienne. La pilosité de la face, du tronc, des membres apparaît à peu près en même temps que la pilosité axillaire. La mue de la voie est à peu près contemporaine.

Chez la fille, l'âge moyen de début de la puberté est variable selon les pays (8-12 ans) et se manifeste cliniquement par l'apparition du bourgeon mammaire dans deux tiers des cas ; mais celle de la pilosité pubienne peut la précéder dans le tiers des cas. Aussi le développement des

glandes mammaires peut être précédé par une élévation des mamelons. Deux ou trois ans s'écoulent entre l'apparition du bourgeon mammaire et la première menstruation. Le développement des grandes lèvres associé à l'apparition des petites lèvres et à l'augmentation du volume du clitoris modifient l'orientation vulvaire qui de verticale va prendre une position horizontale. L'hypertrophie progressive de l'utérus et des ovaires, l'oestrogénisation du vagin voient leur aboutissement dans les premières menstruations qui apparaissent en général à 13 ans. Ces premiers cycles sont physiologiquement irréguliers pendant les premiers mois en rapport avec une anovulation ; celle-ci est inconstante et la grossesse est possible. Le point de départ de la puberté est hypothalamique, bien que modulé par les stéroïdes circulants. Après l'âge de 10 ans, la sécrétion pulsatile des gonadotrophines augmentent, tant la FSH que la LH s'élèvent progressivement provoquant la maturation du système hypothalamo- hypophyso-gonadique ; ce qui est nécessaire à la mise en place de sécrétion cyclique des gonadotrophines donc au déroulement normal du développement ovarien et l'installation du cycle menstruel [10]. Cette puberté se terminant par l'arrêt définitif de la croissance se situe en moyenne entre 15 et 16 ans.

Ainsi, ce changement morphologique et hormonal fait que le jeune garçon et la jeune fille ont souvent tendance à s'identifier au sujet adulte surtout sur le plan comportemental. Cette tendance à s'identifier appelée « crise d'adolescence » est un moment temporaire de déséquilibre qui aboutit à une réorganisation. Il s'agit alors d'une « seconde naissance », d'un second processus d'individualisation « qui renvoie aux premières expériences de la vie, et leur donne une nouvelle dimension. Cette dimension passe par des sentiments positifs (Esprit d'indépendance, soif d'apprendre ; confiance en soi, tendance à s'identifier à autrui). Une expérimentation sexuelle précoce peut aboutir à des grossesses non désirées et dangereuses, expose les jeunes aux risques de IST qui peuvent avoir de graves conséquences y compris la stérilité et même la mort [11].

2.6.4-Notion d'attitude et de comportement

Tantôt, ce concept est utilisé pour exprimer la singularité d'une réaction (attitude d'un individu au cours de la discussion) tantôt, il exprime la réaction d'une collectivité. En fait il n'y a pas d'unanimité autour de la définition de la notion d'attitude.

Les éléments caractéristiques :

On distingue un certain nombre d'éléments caractérisant des attitudes :

L'aspect cognitif c'est à dire l'attitude vis à vis de quelques choses, ou d'un phénomène est fonction des connaissances et des informations qu'on a sur l'objet en question. C'est pourquoi l'attitude exprime en général des opinions individuelles ou collectives stéréotypées même figées (concept fixe). Par exemple un jeune peut refuser d'utiliser un préservatif parce qu'un autre a une idée négative sur le préservatif [12].

L'aspect affectif ou émotionnel qu'explique la direction de l'attitude (pour ou contre). Ainsi on peut affirmer que l'attitude est aussi fonction des sentiments qu'un sujet manifeste face à une situation ou à une personne. C'est alors qu'une personne affirme avoir une haine contre quelque chose, il ne serait pas étonnant de voir ses proches refuser cette chose [8].

Il va s'en dire que l'attitude, étant une prédisposition à agir, elle se caractérise par une tendance à action donc joue sur la conduite, le comportement général [8].

Ces différents aspects de l'attitude (le cognitif, l'affectif et la tendance à action) sont intimement liés et sont en inter action l'un et l'autre. L'attitude est donc un produit de la socialisation, elle est acquise, apprise. Cette acquisition se fait sous diverses formes. On a ainsi l'intériorisation des attitudes issues du groupe d'appartenance (clan, famille, communauté).

2.6.5-Planification familiale

Elle peut comporter un certain nombre d'activités allant de la planification des naissances et du traitement de la stérilité à l'éducation sexuelle, aux conseils matrimoniaux et même aux conseils génétiques.

a- Historique de la planification familiale [13]

Le 8 Mai 1991, le gouvernement Malien après l'analyse de la situation et de la dynamique démographique et économique du pays, a adopté une déclaration de politique nationale de population qui a pour but : l'amélioration des conditions de vie des Maliens à travers l'éducation, la santé, l'emploi, l'alimentation et le logement.

Dans le domaine spécifique de la santé reproductive jusqu'en 1972, la planification familiale étant régi par la loi Coloniale Française du 31 Juillet 1920, qui dans ses articles 3 et 4 édictait les déclarations suivantes :

Article 3 :

« Sera puni d'un mois de prison et d'une amende de 24.000 à 120.000 F quiconque dans un but de propagande anticonceptionnelle aura décrit ou divulgué ou offert de relever des procédés propres à prévenir la grossesse. Les mêmes peines seront applicables à quiconque qui se sera livré à une propagande anticonceptionnelle ou contre la mentalité soit par des discours, par des écrits, des placards ou des affiches exposées aux grands publics.

Article 4 :

« Seront puni des même peines la vente, la mise en vente ou l'offre publique des remèdes secrets jouissant des vertus spécifiques préventives de la grossesse ».

Et plus loin la loi ajoute que ces peines seront portées au double si le délit a été commis à un mineur. La France a adopté cette politique pro nataliste pour compenser ses pertes en vie humaine au lendemain de la 1ère guerre mondiale 1914 – 1918 (environ 1.000.000 de personnes). Malgré l'existence de cette loi, il faut noter que face à une demande qui existait déjà à cette époque la planification familiale était introduite de façon clandestine au Mali vers 1960.

A la suite des rapports favorables des hauts fonctionnaires, le gouvernement accepte le projet de planification familiale en 1972.

-Les principales étapes:

- Le 28 Juin 1972, le gouvernement Malien pour la 1^{ère} fois en Afrique Occidentale Française (AOF) adopta le projet d'ordonnance de la planification familiale dans un cadre strictement sanitaire lié à la protection maternelle et infantile.

- Demars à avril 1973 : le 1er séminaire inter – africain sur l'éducation sexuelle a été organisé à l'Ecole de Médecine de Bamako.
- En 1973 a eu lieu le 1er séminaire inter – syndical sur la planification familiale à Bamako.
- En 1973, le gouvernement décide d'étendre les activités du planning aux centres de Santé Maternelle et Infantile (**SMI**) de Bamako et des autres capitales régionales.
- En Novembre 1974, une requête du gouvernement fut adressée au Fond des Nations Unies pour l'Alimentation et la Population (**FNUAP**) pour un projet de développement d'un programme national de santé familiale au Mali.
- En Décembre 1974, s'est tenu le congrès constitutif national des femmes du Mali qui a recommandé:
 - ✚ La diffusion de l'éducation sexuelle dans les écoles à partir de la 7ème année,
 - ✚ L'extension de la planification familiale au Mali.
- Le Mali souscrit en 1978 à la déclaration d'Alma Ata (**URSS**) qui stipulait que la planification familiale est une composante des soins de santé primaires (**SSP**).
- La création de la division de la santé familiale (**DSF**) devient effective en 1980 en devenant la division de la santé familiale et communautaire (**DSFC**). Elle abrite depuis 1981 le programme national materno -infantile et de la planification familiale.

b-Méthodes contraceptives

b-1- Abstinence :

C'est le meilleur moyen de prévenir la grossesse et les **IST**. L'abstinence ne nuit pas à la santé des jeunes hommes, ni à celle des jeunes femmes [14].

b-2- Méthodes Naturelles :

- **Méthodes de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) :**

Elle est efficace lorsque l'allaitement est fait exclusivement au sein et à tout moment. Elle est d'autant plus efficace lorsque la nourrice fait une aménorrhée pendant les six premiers mois.

Elle procure au bébé des anticorps contre certaines maladies infectieuses, renforce les liens entre la mère et l'enfant, est économique, mais elle ne procure pas à la maman une protection contre les **IST/SIDA**.

- **Le Coït interrompu (technique de retrait)**

C'est l'interruption du rapport avant l'éjaculation. Son efficacité est liée à la maîtrise du partenaire, chaque nouveau rapport sexuel nécessite un nettoyage préalable. Elle peut être frustrante pour la femme et l'homme qu'elle oblige à se retirer au moment de l'orgasme. C'est une méthode inadéquate pour les éjaculateurs précoces et les femmes anxieuses qui ne peuvent se détendre de peur que l'homme ne se retire à temps. Pratiqué correctement elle assure une protection de 98 % contre les grossesses.

- **La méthode de temperature :**

Elle est basée sur l'hyperthermie provoquée par la progestérone sécrétée par le corps jaune.

Elle suppose qu'il n'y a qu'une seule ovulation par cycle et que la courbe thermique soit bien précise et interprétable. Certaines femmes, telles que celles ayant une ovulation irrégulière, une maladie métabolique ou qui travaillent la nuit ne peuvent l'utiliser.

La méthode d'abstinence périodique

✚ La méthode d'OGINO – KNAUS

Elle se base sur la connaissance du cycle et suppose que l'ovulation se passe au 14^{ème} jour après l'apparition des règles. Ainsi quatre (4) jours avant l'ovulation et quatre (4) jours après l'ovulation constitue théoriquement la période féconde.

✚ La méthode de la glaire cervicale ou méthode de BILLINGS

Elle est basée sur les modifications cycliques de la glaire cervicale. Au voisinage de l'ovulation, elle est abondante, filante et favorable au rapport fécond. Le taux d'échec de cette méthode est de 22 %.

b-3- Méthodes de barrière :

- **Le préservatif : (Condom)**

Très ancien, il existe de nos jours sous la forme de plastic (Latex). D'une longueur de 18 cm son utilisation nécessite des règles précises : le placer sur le pénis en érection et le dérouler, laisser un espace, entre le gland et le fond du préservatif afin de recueillir le sperme, utiliser un préservatif pour un rapport sexuel.

Il a un taux d'efficacité de 98% environ. Il est très efficace dans les préventions des **IST/SIDA**. Mais il peut glisser ou se détériorer pendant l'acte sexuel.

- **Le Diaphragme et le cap cervical :**

Son efficacité augmente lorsque son utilisation va de pair avec un programme d'instruction (utilisation d'une crème spermicide à l'intérieur du diaphragme), un ajustement soigneux.

Pour une efficacité maximale, il est recommandé d'utiliser un agent spermicide à l'intérieur du diaphragme. Ils ne doivent pas être retirés 8H après le rapport sexuel, ne doivent pas être utilisés en cas de collapsus, le taux d'efficacité est de 5 à 7 %.

- **Les spermicides vaginaux et les mousses spermicides :**

Ce sont des produits chimiques qu'associent un agent tensio-actif à un agent bactéricide. Ils sont placés 10 minutes avant les rapports sexuels dans le vagin. Chaque nouvel acte nécessite l'utilisation d'un autre spermicide, la durée de leur action est de 3heures.

Il est inadéquat de faire une toilette vaginale à l'eau savonneuse surtout dans les 3heures qui suivent l'acte sexuel. Pendant l'utilisation d'un spermicide, éviter l'utilisation concomitante d'autres ovules.

Les spermicides contribuent à la protection contre les **IST/SIDA** et le cancer du col de l'utérus.

En cas d'utilisation correcte, leur taux d'efficacité est de 79 – 100%.

Les méthodes de barrières peuvent être utilisées combinées ou elles seules ou associées avec un contraceptif autre qu'une méthode de barrière (pilule).

b-4- Les contraceptifs oraux :

- **Les contraceptifs oraux combinés (COC)**

Ils sont très efficaces en cas d'utilisation correcte, leur taux d'efficacité est de 88 à 99%. Ils atténuent aussi la dysménorrhée et entraînent des cycles réguliers. Ils diminuent l'abondance des menstruations, fournissent une protection contre les maladies inflammatoires du pelvis, leurs effets secondaires mineurs sont peu courants, mais ne protègent pas contre les **IST/SIDA**.

L'utilisation précoce de progestatif entraîne une atrophie de la muqueuse utérine et une incapacité à la nidation. C'est la pilule de choix pour les jeunes filles, sauf si elles allaitent parce que, l'œstrogène pourrait affecter la lactation.

- **Les pilules progestatives (PP)**

Leur taux d'efficacité est de 83 à 99 % lorsqu'elles sont prises correctement. Elles ont certains avantages tels que : atténuent les douleurs menstruelles, diminuent l'abondance des saignements menstruels et par conséquent l'anémie, n'interfèrent pas sur l'allaitement maternel, elles fournissent une protection contre les maladies inflammatoires du pelvis mais ne protègent pas contre les **IST/SIDA**, elles entraînent aussi des troubles du cycle comme l'aménorrhée, l'irrégularité des règles, le spotting.

b-5- Les injectables et les implants :

- **Les injectables :**

Leur mécanisme d'action est le suivant :

- Inhibition partielle de l'ovulation
 - Epaissement de la glaire cervicale
 - Atrophie de l'endomètre.
- Ils sont très efficaces (99 % d'efficacité) avec 2 ou 3 mois de durée d'action. Ils ne protègent malheureusement pas contre les **IST/SIDA** et ont des effets secondaires (métrorragie, dysménorrhée, spotting).

- **Les implants : (Norplant)**

- C'est une méthode hormonale de longue durée d'action (5 ans) et efficace. Elle est réversible et utilise un progestatif retard (lévonorgestrel), inséré en sous cutané à la face interne d'un bras diffusant à travers 2 capsules en sil-astic.
- Son action commence dans les 24 heures après l'insertion. Il n'affecte pas l'allaitement et a peu d'effets secondaires dont les plus fréquents sont le spotting, l'aménorrhée ou le saignement prolongé, mais ils ne protègent pas contre les **IST/SIDA**.

b-6- Le Dispositif intra -utérin (DIU)

C'est une méthode très ancienne. Les **DIU** sont très variables dans leurs formes et leurs compositions faite de cuivre ou de progestérone.

Les effets contraceptifs du **DIU** sont :

- Accélération du péristaltisme tubaire
- Le stérilet en contact avec la muqueuse utérine favorise la libération de la prostaglandine, elle a une action inhibitrice sur le corps jaune et elle est indispensable au développement de l'œuf.

En plus du cuivre contenu dans le **DIU**, il a une action sur la glaire cervicale en le rendant hostile à l'ascension des spermatozoïdes, son taux d'efficacité est de 94-99%.

Les contre indications sont : infection de l'appareil génital (vaginite, cervicite), l'existence de fibrome, de cardiopathie, de polypes endocavitaires, de malformations, sensibilité au cuivre. Il présente également de nombreux inconvénients parmi lesquels la non protection contre les **IST/SIDA**.

b-7- Les méthodes chirurgicales :

- **Contraception chirurgicale volontaire (CCV) :**

- **LRT;**

- **Vasectomie**

Ce sont des méthodes irréversibles, définitives, peu coûteuses et très appropriées pour les couples qui ont déjà le nombre d'enfant qu'ils désirent.

Son taux d'efficacité est supérieur à 99 % mais ne protège pas contre les **IST/SIDA**.

Ces méthodes nécessitent des conseils approfondis et aussi le consentement éclairé des bénéficiaires.

b-8-Méthodes traditionnelles

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples [15]. On peut citer :

- **Le T a f o :**

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

- **La Toile d'araignée :**

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

- **Le miel et le jus de citron :**

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

- **Les solutions à boire :**

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

- **La séparation du couple après accouchement :**

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

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

Leurs efficacités n'ont pas été prouvées, elles ont surtout une importance psychologique [16]

c-classification

La classification suivante est adoptée au Mali.

c-1-Méthodes temporaires

- De courte durée :
 - + Les méthodes naturelles
 - + La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.
 - + Les condoms
 - + Les spermicides
 - + Les diaphragmes
 - + Les caps cervicaux
 - + Les contraceptifs oraux combinés (COC)
 - + Les contraceptifs oraux progestatifs (COP)
 - + Les injectables
- De longue durée
 - + Les implants
 - + Les DIU actifs

c-2- Méthodes permanentes

- + Ligature et résection des trompes(LRT)
- + 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 autoconservation du sperme au préalable dans les banques de sperme.

III- Méthodologie

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale prospective

3.2. Choix et description des sites d'étude

Notre étude a été menée dans les communes I et II de Bamako.

Les histoires de la commune I et II ne sont pas unique en leur genre. Elles s'insèrent dans celle de la ville de Bamako.

Du point de vue localisation, la commune I se situe entre le marigot (Korofina) et le marigot de (Farakoba). Elle couvre une superficie de 34,26 km² soit 12,83% de la superficie totale du District de Bamako (267 km²). La commune est délimitée :

- à l'Est par Titibougou (Cercle de Kati)
- à l'Ouest par la Commune II
- au Sud par le Fleuve Niger
- au Nord par Dialakorodji (Cercle de Kati).

Elle compte aujourd'hui 9 quartiers : Djélibougou, Boulkassoumbougou, Doumanzana, Korofina-Nord, Korofina-Sud, Banconi, Fadjiguila, Sikoro et Sotuba. La population de la Commune I est estimée à 309 986 habitants [17].

Quant à la commune II, elle s'est développée sur la rive gauche du Niger entre le marigot Woyowayanko et le marigot Banconi. Elle couvre une superficie de 36,47Km². Elle est limitée :

- à l'Est par le cours du marigot korofina,
- à l'Ouest par la limite de la route goudronnée Boulevard du peuple passant devant l'IOTA, traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs,
- au Nord par le pied de la colline du point G et
- au Sud par le fleuve Niger.

compte aujourd'hui 12 quartiers : Niarela, Bozola, Bagadadji, Medina Coura, Missira, Hippodrome, Quinzambougou, TSF, Zone Industrielle, Bougouba et N'gomi ; elle a une population de 159805 habitants soit une densité est de 4382 hbts/km². [17].

Le relief de la commune I est caractérisé par des plateaux et collines de type granitique avec un sol accidenté de type latéritique. Tandis que celui de la commune II est accidenté et rocheux au Nord et argileux avec une nappe phréatique très haute au Sud.

Le climat dans les 2 communes est tropicaux avec 3 saisons qui durent 4 mois en moyenne chacune :

- la saison des pluies s'étend de Juillet à Octobre.
- la saison froide de Novembre à février.
- la saison chaude de Mars à Juin.

La végétation de type Soudano-sahélien est dominée par les grands arbres. Elle est sérieusement affectée par la coupe abusive de bois pour des besoins domestiques, les feux de brousses, le pâturage et la sécheresse.

La politique sanitaire dans les 2 Communes repose sur des valeurs et principes clés :

- Promotion des centres de santé communautaire ;
- Offre du paquet minimum d'activités de soins de santé

Dans la commune I , les services sanitaires sont très variés, ils sont fournis par un centre de Référence situé aKorofina-Nord, dix centres de santé communautaire (CSCOM) fonctionnels, à savoir ceux de Korofina-Nord(ASACKONORD), Korofina-Sud et Salembougou (ASACOKOSA), Djélibougou (ASACODJE), Boukassoumbougou-Est (ASACOBOUL), Fadjiguila (ASACOFA DJI), Banconi (ASACOBABA), Dianguinèbougou (ASACODIAN) et Doumanzana (ASACODOU), et des structures sanitaires privées.

Dans la commune II aussi les services sanitaires sont très variés, ils sont fournis par un centre de référence, des centres de santé communautaire au nombre de cinq (BENKADY, ABOSAC, ASACOHY, ASACOME, BONIABA), et des centres de santé privés au nombre de 23 (clinique et cabinet de soins). Le paludisme est la maladie la plus fréquemment rencontrée et le VIH/SIDA enregistre un taux de prévalence en dessous de la moyenne. Les consultations prénatales sont en hausse et atténuent les complications au cours et après accouchement.

A coté de la médecine moderne évolue une médecine traditionnelle qui apporte sa contribution malgré des problèmes importants comme la certification [17].

3.3. Population d'étude

Notre population d'étude était les jeunes de la tranche d'âge 15-24 ans et résident dans les zones choisies.

3.3.1. Critères d'inclusion

- Etre consentant à participer à l'étude,
- Etre âgé de 15 à 24 ans
- Etre résident dans un des sites choisis au moment de l'enquête.

3.3.2. Critères de non inclusion

- Refus des personnes cibles à participer à l'étude,
- Age < à 15 et > à 24 ans
- Non résidants dans les lieux choisis.

3.4. Période et durée de l'étude :

L'étude a commencé en Avril 2014, elle a continué jusqu' en Juin 2015

3.5. Echantillonnage

3.5.1. La taille de l'échantillon :

La taille de notre échantillon était de 221 jeunes de la tranche d'âge 15-24 ans dans la commune I et II de Bamako.

3.5.2. Méthode et technique d'échantillonnage :

Nous avons utilisé un échantillonnage probabiliste avec une technique de sondage à deux degrés. Le premier degré consiste à faire le choix des grappes et le second degré celui du choix des jeunes de 15 – 24 ans.

La formule de SCHWARTZ ci-dessous a permis de calculer le nombre de sujets nécessaires pour notre étude:

$$n = z^2 pq \times g / I^2$$

n : taille minimum de l'échantillon

z = 1,96.

p : selon l'EDSIVM les proportions des 15-24 ans ayant eu leur 1^{er} rapport en atteignant 15 ans sont de 17% et 8% respectivement pour les femmes et les hommes à Bamako.

q : 1-p

I : précision de la prévalence p fixé à 5%.

g : effet de grappe = 2.

En faisant la répartition de l'échantillon suivant le poids populationnel de la commune I et II tout en considérant le nombre de non réponses (questionnaire non correctement rempli) à 10%, au total il a fallu 221 participants.

Ainsi pour les femmes la taille de l'échantillon a été de 145 individus contre 76 pour les hommes de la tranche d'âge 15-24 ans dans les 2 communes.

3.6. Calendrier d'étude

Activités/Date	Avril – Mai 2014	Juin-juillet 2014	Aout-Septembre 2014	Octobre Novembre 2014	Décembre 2014-Janvier 2015	Février Mars 2015	Avril -Mai 2015	Juin2015
Recherche bibliographique	_____							
Elaboration du masque de saisi protocole	_____							
Elaboration du protocole d'étude	_____							
Pré-test pour évaluer le masque	_____							
Collecte des données		_____	_____					
Saisie et analyse des données				_____	_____			
Correction du document final						_____		
Correction des membres du jury							_____	
Soutenance								_____

3.7. Les variables à mesurer

- **Les caractéristiques socio démographiques des enquêtés**
 - Sexe
 - Age
 - Ethnie
 - Niveau d'instruction
 - Statut matrimoniale
 - Fréquentation des boites de nuit
 - Avoir accès à internet
- **Connaissance sur la sexualité, la procréation et les différents moyens contraceptifs**
 - La possibilité de tomber enceinte dès le premier rapport sexuel
 - La possibilité d'attraper une grossesse avec des rapports non protégés
 - Le préservatif peut-il éviter une grossesse
 - La fréquence de la prise de la pilule
 - La fréquence des injections des contraceptifs injectables
 - L'existence de la pilule dulendemain
 - L'existence de la technique de retrait
 - L'existence de l'abstinence périodique
 - L'existence de l'implant
 - L'existence de gel/mousse spermicide
 - L'existence de la stérilisation
 - L'existence de la vasectomie
 - La meilleure méthode pour les jeunes
- **Attitude et comportement des jeunes en matière de sexualité**
 - Avoir déjà eu un partenaire
 - Le nombre de partenaire
 - Avoir eu un contact physique avec son partenaire
 - Avoir eu un rapport sexuel complet avec son partenaire
 - Tranches d'âge au 1^{er} rapport sexuel
- **Attitude et Pratique des jeunes en matière de planification**
 - La méthode de contraception utilisée pendant leur rapport sexuel
 - Le refus du rapport sexuel sans préservatif
 - Exiger le préservatif à chaque rapport sexuel
 - Avoir discuté de contraception avec le partenaire
- **Utilisation des services de sante par les jeunes en matière de planification**
 - Avoir recours au centre de sante pour une consultation
 - Le motif de la consultation
 - La satisfaction des services offerts

3.8. Techniques et outils d'enquête

La collecte a été faite par interview directe sur la base de questionnaire semi-directif, qui a été administré aux jeunes puis notifié sur les fiches d'enquête. L'enquêteur se présentait dans l'un des quartiers choisis selon sa disponibilité, souvent dans les rues, les grains cherchant les groupes cibles ou dans les familles avec l'accord de la cible.

3.9. Gestion des données

Les données de l'entretien étaient portées sur les fiches d'enquête puis étaient saisies sur EPIDATA (version 3.1) et analysées par le logiciel SPSS (version 16), les logiciels Word et Excel étaient utilisés pour les tableaux et figures.

3.10. Considérations éthiques

La participation à l'étude était volontaire et avoir une capacité intellectuelle et saint d'esprit. Les questions de notre étude ont touché l'intimité des personnes enquêtées, ainsi l'explication préalable du but, de la procédure de l'enquête, de l'utilisation des données et de l'importance scientifique de celle-ci nous ont permis d'obtenir le consentement libre, éclairé, et verbal des personnes enquêtées.

L'administration des questionnaires était individuelle sans la présence d'une tierce personne et dans l'anonymat. Les questionnaires étaient remplis par l'enquêteur.

Les participants à l'étude n'avaient pas de compensation directe.

IV - Résultat

1-Profils sociodémographiques des personnes enquêtées

Tableau I : Répartition des sexes en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	répartition des personnes enquêtées selon le sexe					
	masculin		féminin		Total	
	%	n	%	n	%	n
15-17	10,40	23	31,22	69	41,6	92
18-21	14,93	33	23,52	52	38,5	85
22-24	9,049	20	10,85	24	19,9	44
Total	34,38	76	65,61	145	100	221

Parmi les personnes enquêtées, les filles étaient majoritaires avec **65,61%** de l'effectif total avec un sexe ratio égale à 0,524. Les moins de 18 ans étaient majoritaires chez les filles avec 31,22%.

Tableau II: Répartition selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	%
Bambara	89	40,3
Peulh	20	9,0
Sarakolé	29	13,1
Malinké	13	5,9
Dogon	11	5,0
Bwa	12	5,4
Autre	47	21,3
Total	221	100,0

Dans les deux communes l'ethnie majoritairement représentée était les bambaras avec 40,3% de l'échantillon et les dogons étaient minoritairement représentés avec 5,0%. L'ethnie autre était constituée des non nationaux.

Tableau III: Répartition des enquêtés selon le sexe en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	sexe				Total	
	Masculin		Féminin		%	n
	%	n	%	n		
Primaire	11,76	26	30,31	67	42,08	93
Secondaire	14,47	32	11,76	26	26,24	58
Universitaire	5,42	12	6,33	14	11,76	26
Non instruit	2,71	6	17,19	38	19,90	44
Total	34,38	76	65,6	145	100,0	221

Parmi nos enquêtés le niveau primaire était majoritaire chez les filles avec **30,31%** et les non instruits aussi avec 17,19%.

Tableau IV: Répartition suivant leur situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	%
Célibataire	202	91,4
Marié	18	8,1
Séparé	1	0,5
Total	221	100,00

Les célibataires représentaient la majorité avec **91,4%**, suivis des mariés avec 8,1%

Tableau V: Répartition des enquêtés selon la fréquentation des boîtes de nuit ou à des fêtes

Fréquentation boîte de nuit	effectif	%
Oui	55	24,9
Non	166	75,1
Total	221	100,0

La majorité des enquêtés ne fréquentaient pas de boîte de nuit avec 75,1% de l'effectif total.

Tableau VI: Répartition des enquêtés suivant leur accès à l'internet

Internet	Effectif	%
Oui	73	33,0
Non	148	67,0
Total	221	100,0

Parmi nos enquêtés, seulement 33,0% avaient accès à internet et la majorité avec **67,0%** n'avaient pas accès.

2- Connaissance sur la sexualité, la procréation et les différents moyens contraceptifs.

Tableau VII: Répartition selon la perception l'avènement d'une grossesse dès le premier rapport sexuel en fonction du sexe

	sexe				Total	
	Masculin		Féminin			
Possibilité de tomber enceinte au 1 ^{er} rapport sexuel	%	n	%	n	%	n
Vrai	30,31	67	53,39	118	83,71	185
Faux	3,16	7	5,88	13	9,05	20
Ne sais pas/sans opinion	0,90	2	6,33	14	7,24	16
Total	34,38	76	65,61	145	100,0	221

Parmi nos enquêtés les filles étaient majoritaire avec **53,39%** à répondre par < Vrai > à la question.

Tableau VIII: Répartition suivant l'avènement d'une grossesse avec des rapports sexuels non protégés pendant les périodes fécondes en fonction du sexe

Tomber enceinte pendant la période féconde		sexe				Total	
		Masculin		Féminin		%	n
		%	n	%	n		
Vrai	26,69	59	53,39	118	80,09	177	
Faux	2,26	5	5,43	12	7,7	17	
Ne sais pas/sans opinion	5,42	12	6,78	15	12,21	27	
Total	34,39	76	65,61	145	100,0	221	

Parmi nos enquêtés la majorité des filles avec 53,39% savaient qu'une femme avait plus de chance de tomber enceinte deux semaines avant ou après les règles si elle faisait le rapport sexuel sans protection.

Tableau IX: Répartition des enquêtés selon que le préservatif peut éviter une grossesse

Préservatif pour éviter grossesse	Effectif	%
Oui spontané	194	87,8
Oui suggéré	15	6,8
Non	12	5,4
Total	221	100,0

Par rapport à « si l'homme peut porter un préservatif pour protéger la femme d'une grossesse », la réponse <Oui> spontané était majoritaire avec **87,8%** des enquêtés.

Tableau X: Répartition selon le mode d'emploi de la pilule par les femmes

Fréquence de la prise de la pilule par les femmes	Effectif	%
Réponse exacte	42	19,0
Réponse approximative	22	10,0
Réponse fausse	157	71,0
Total	221	100,0

Par rapport à la fréquence de la prise de la pilule par les femmes, seulement 19,0% avaient donné une réponse exacte ; 10,0% avaient donné une réponse approximative et la réponse fausse était la majorité avec 71,0%.

Tableau XI: Répartition selon le mode d'emploi des contraceptifs injectables

Fréquence des contraceptifs injectable	Effectif	%
Réponse exacte	54	24,4
Réponse approximative	16	7,2
Réponse fausse	151	68,3
Total	221	100,0

Par rapport à la fréquence des injections des contraceptifs injectables seulement 24,4% avaient donné une réponse exacte ; 7,2% avaient donné une réponse approximative et la réponse fausse était majoritaire avec 68,3%.

Tableau XII: Répartition des enquêtés selon s'ils connaissent la pilule du lendemain

Pilule du lendemain	Effectif	%
Oui spontané	28	12,7
Oui suggéré	48	21,7
Non	145	65,6
Total	221	100,0

Par rapport à l'existence de la pilule du lendemain seulement **12,7%** des enquêtés avaient répondu <Oui> spontanément ; 21,7% avaient répondu <Oui> après suggestion et la réponse <Non> était majoritaire avec **65,6%**.

Tableau XIII: Répartition des enquêtés selon s'ils connaissent la technique de retrait

Technique de retrait	Effectif	%
Oui spontané	73	33,0
Oui suggéré	15	6,8
Non	133	60,2
Total	221	100,0

Par rapport à l'existence de la technique de retrait seulement 33% avaient répondu <Oui> spontanément ; et la majorité avait répondu < Non> avec **60,2%**

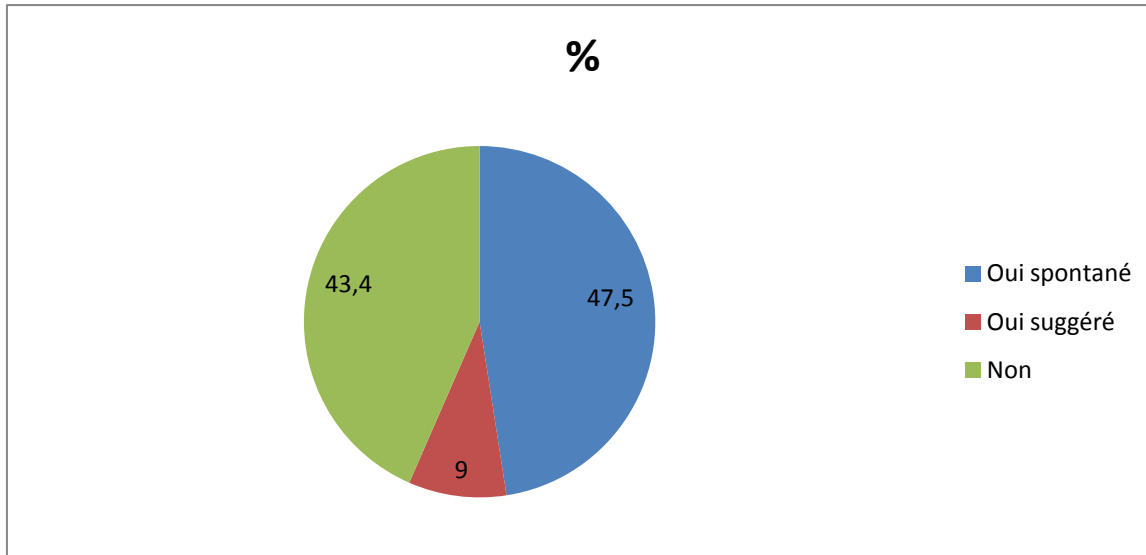


Figure 1: Répartition des enquêtés selon s'ils connaissent l'abstinence périodique

Par rapport à l'existence de l'abstinence périodique ; **47,5%** des enquêtés avaient répondu <Oui> spontanément et **43,4%** avaient répondu <Non>.

Tableau XIV: Répartition des enquêtés selon s'il connaissent l'implant

Implant	Effectif	%
Oui	189	85,5
Non	32	14,5
Total	221	100,0

Par rapport à l'existence de l'implant ; **85,5%** des enquêtés avaient répondu <Oui> et **14,5%** avaient répondu <Non>.

Tableau XV: Répartition des enquêtés selon s'ils connaissent le gel/mousse spermicide

Gel/mousse spermicide	Effectif	%
Oui	3	1,4
Non	218	98,6
Total	221	100,0

Concernant l'existence des gel/mousse la majorité avaient répondu <Non> avec **98,6%** et seulement 1,4% avaient répondu <Oui>

Tableau XVI: Répartition des enquêtés selon s'ils connaissent la stérilisation

Stérilisation	Effectif	%
Oui	45	20,4
Non	176	79,6
Total	221	100,0

Concernant l'existence de la stérilisation seulement 20,4% des enquêtés avaient répondu <Oui> et la majorité avec **79,6%** ont répondu <Non>.

Tableau XVII : Répartition des enquêtes selon s'il connaissent la vasectomie

Vasectomie	Effectif	%
Oui	4	1,8
Non	217	98,2
Total	221	100,0

Concernant l'existence de la vasectomie seulement 1,8% des enquêtés avaient répondu <Oui> et la majorité avec 98,2% avaient répondu <Non>

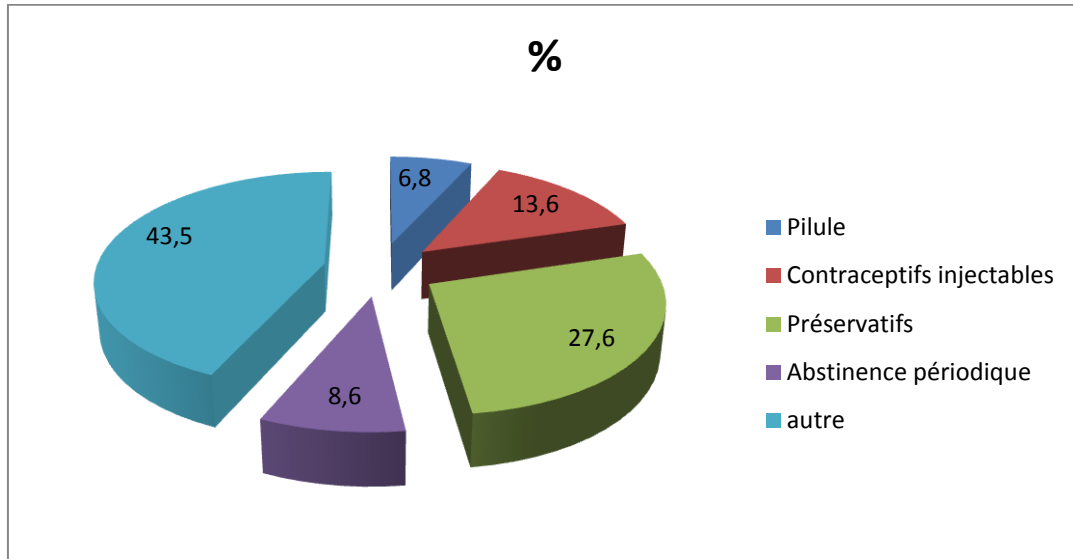


Figure 2: Répartition des enquêtés selon la meilleure méthode pour les jeunes. Concernant la meilleure méthode pour les jeunes, les autres méthodes étaient majoritaires avec 43,5% suivies des préservatifs avec 27,6% ensuite les contraceptifs injectables avec 13,6%.

3- Attitude et comportement des jeunes en matière de sexualité

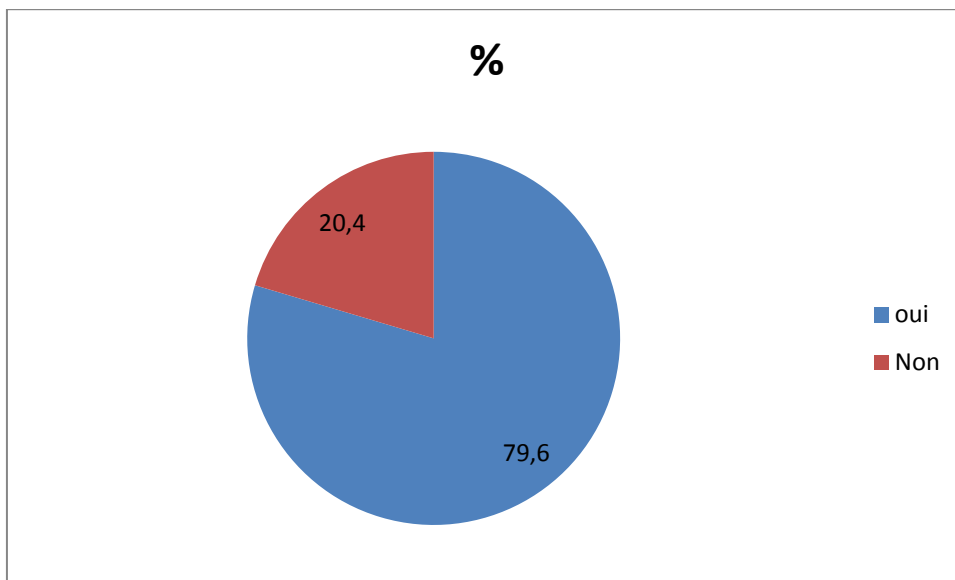


Figure 3: Répartition des enquêtés selon avoir ou non eu un partenaire

Sur l'effectif total de nos enquêtés 79,6 % avaient déjà un(e) copain/copine.

Tableau XVIII: Répartition des enquêtés selon s'ils ont eu des contacts physiques

Contact physique	effectif	%
Oui	161	72,9
Non	20	9,0
Non répondant	40	18,1
Total	221	100,0

Sur l'effectif total de nos enquêtés 72,9% avaient déjà uncontact physique

Tableau XIX: Répartition des enquêtés selon leur 1^{er} rapport sexuel avec pénétration

Avoir eu rapport sexuel	effectif	%
Oui	122	55,2
Non	45	20,4
Non répondant	54	24,4
Total	221	100,0

Parmi nos enquêtés 55,2% avaient eu un rapport sexuel avec pénétration.

Tableau XX: Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge au 1^e rapport sexuel

Tranche d'âge au 1 ^e rapport sexuel	effectif	%
-15ans	49	22,2
15-17ans	43	19,5
18-21ans	27	12,2
22-24ans	4	1,8
Non répondant	98	44,3
Total	221	100,0

Parmi ceux qui avaient déjà un rapport sexuel les moins de 15ans étaient majoritaire avec 22,2%. L'âge moyen au 1^e rapport était de 16,37 ans et l'âge médian à 16 ans

4 – Attitudes et pratiques des jeunes en matière de planification familiale

Tableau XXI: Répartition des enquêtés selon l'exigence du préservatif à chaque rapport sexuel en fonction du sexe

Sexe		Exiger préservatif			Total
		D'accord	Pas d'accord	Ne sais pas	
Masculin	effectif	36	37	3	76
	%	47,4%	48,7%	3,9%	100,0%
Féminin	effectif	32	84	29	145
	%	22,1%	57,9%	20,0%	100,0%
Total	effectif	68	121	32	221
	%	30,8%	54,8%	14,5%	100,0%

Dans ce tableaux nous observons que chez les filles la majorité avec 57,9% n'étaient pas d'accord sur la question d'exiger le préservatif ; par contre chez garçons les d'accord et pas d'accord se rejoigne avec 48,7% et 47,4%.

Tableau XXII: Répartition des enquêtés selon le refus de rapport sexuel sans préservatif en fonction du sexe

Sexe		Refus de rapport sans préservatif			Total
		D'accord	Pas d'accord	Ne sait pas	
Masculin	effectif	55	19	2	76
	%	72,4%	25,0%	2,6%	100,0%
Féminin	effectif	34	70	41	145
	%	23,4%	48,3%	28,3%	100,0%
Total	effectif	89	89	43	221
	%	40,3%	40,3%	19,5%	100,0%

La lecture de ce tableau nous montre que 48,3% des filles n'étaient pas capable de refuser le rapport sans préservatif contre 72,4% des garçons qui étaient capable.

Tableau XXIII: Répartition des enquêtés selon la discussionsur la contraception avec son partenaire

Discussion sur la contraception avec son partenaire	Effectif	%
Oui	75	33,9
Non	48	21,7
NSP/Sans réponse	98	44,3
Total	221	100,0

Seulement 33,9% des jeunes interrogés avaient répondu<Oui> pour avoir déjà parlé de contraception avec leur partenaire et 21,7% avaient répondu<Non>, tandis qu'une majorité **(44,3%)**était sans opinion.

Tableau XXIV: Répartition suivant la méthode de contraception utilisé par les jeunes

Méthode utilisée au 1 ^{er} rapport sexuel	effectif	%
Jamais utiliser de contraceptif	189	85,5
Préservatif	23	10,4
Pilule	1	,5
Contraceptifs injectables	1	,5
Technique du retrait	1	,5
Période d'infécondité	1	,5
Autre	5	2,3
Total	221	100,0

Parmi les différentes méthodes utilisées par les jeunes le préservatif était en tête avec 10,4% suivi des autres (implant, traditionnelle et abstinence total) avec 2,3%

4 -Utilisation et perception des services de santé :

Tableau XXV: Répartition selon le recours à un centre de santé pour une consultation

Recours à un Centre de Santé	Effectif	%
Oui	57	25,8
Non	164	74,2
Total	221	100,0

La lecture de ce tableau révèle que la majorité des jeunes interrogés n'étaient jamais allés dans un centre de santé soit **74,2%** contre seulement 25,8% des jeunes qui étaient allés.

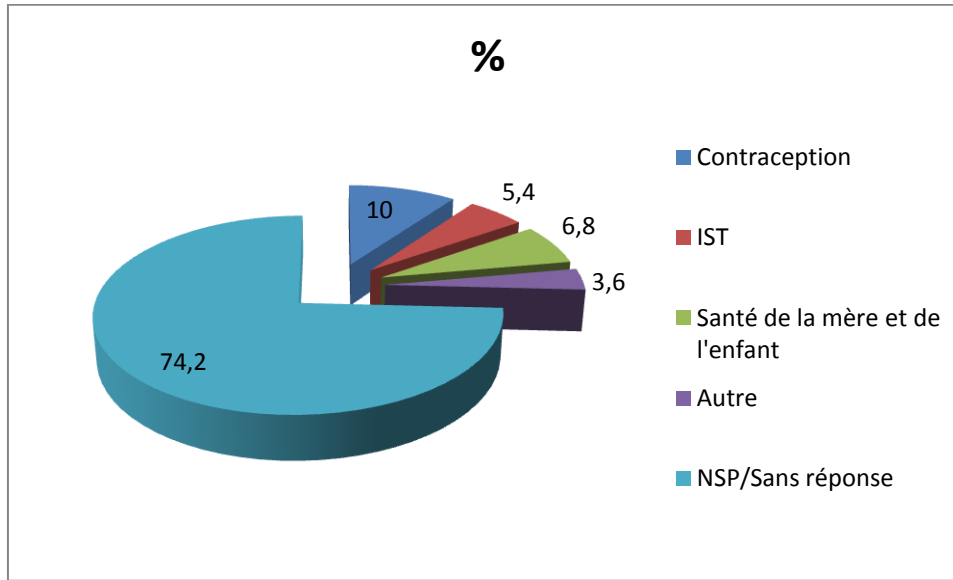


Figure 4 : Répartition des enquêtés selon le motif de la consultation

Parmi les 25,8% qui étaient allés dans un centre de sante, seulement 10,0% étaient pour une contraception.

Tableau XXVI: Répartition des enquêtés selon la satisfaction des services offerts

Satisfaction des services offerts		
	Effectif	%
Oui	35	15,8
Non	22	10,0
Non répondant	164	74,2
Total	221	100,0

Parmi les 25,8% qui étaient allés dans un centre seulement 15,8% étaient satisfait de leur service.

V-Commentaires et discussions

1-Sur la méthodologie

L'objectif de notre étude était de faire une étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15 à 24 ans en matière de planification familiale.

Compte tenu de plusieurs facteurs entre autre la limitation de nos moyens matériels et financiers nous avons choisi un échantillon de population d'étude dans la commune I et II de Bamako.

Le choix des deux communes s'explique par le fait que Bamako est sujet d'une migration des jeunes de la campagne vers la ville avec ses conséquences et ces deux communes ne font pas l'exception.

Les difficultés rencontrées sur le terrain étaient que la sexualité étant un sujet très intime, souvent les jeunes n'adhéraient pas tout de suite et aussi pour les non scolarisés, la traduction en langue bambara était nécessaire pour une meilleure compréhension. Dans l'avenir à travers cette étude des actions peuvent être entreprises pour une amélioration de la condition de santé sexuelle et reproductive chez les adolescents et les jeunes.

2-Profil socio démographique des enquêtés

Sur les 221 personnes de notre population d'étude, la majorité était de sexe féminin avec **65%** ce qui rejoint les données de l'EDS V. L'ethnie majoritaire était les bambaras avec **40,3%** cela s'explique par l'exode rural. Quant au niveau d'étude, celui du primaire était rencontrée avec 42,1%. Les célibataires étaient majoritaires avec 78,7%. Cela s'explique par la tranche d'âge ciblée par notre enquête.

La majorité des enquêtés ne fréquentaient pas de boîte de nuit, ils représentaient 75,1% de l'effectif total.

Parmi nos enquêtés, seulement 33% avaient accès à internet et la majorité soit **67%** n'y avaient pas accès. Cela pourrait s'expliquer du coût élevé de la connexion au Mali. Malgré l'avènement de la connexion via la téléphonie, bon nombre de maliens n'ont pas les moyens de se procurer d'un téléphone répondant aux critères de connexion.

3-Connaissance sur la sexualité et les méthodes contraceptifs

Parmi les enquêtés **83,7%** affirmait qu'une femme pouvait tomber enceinte dès le premier rapport sexuel les filles étaient majoritaires avec 53,39%.

Au sein de la population enquêtée **80,1%** savaient qu'une femme a plus de chance de tomber enceinte deux semaines avant ou après les règles si elle faisait le rapport sexuel sans protection.

Concernant leur connaissance des différentes méthodes contraceptives les résultats sont ainsi :

- le préservatif vient en tête avec **87,8%** ;
- l'implant avec **85,5%** de oui ;
- l'abstinence périodique avec **47,5%** de oui ;
- la technique de retrait (coït interrompu) avec **33,0%** de oui spontané ;

- des contraceptifs injectables avec **24,4%** de réponse exacte à la fréquence des injections ;
- la stérilisation avec **20,4%** de <Oui> ;
- la fréquence de la prise des pilules avec **19,0%** de réponse exacte ;
- la pilule de lendemain avec **12,7%** de <Oui> spontané ;
- la vasectomie avec **1,8%** de <Oui> ;
- les gel/mousse avec **1,4%** de <Oui>.

Ces données sont comparables à celles trouvées par Mr Sidy Moctar Diakité[18] qui sont respectivement : préservatif **85%** ; pilule **83%** ; injectable **51,3%** ; implant **30,3%** et abstinence périodique **14,7%**

Des résultats différents avaient été trouvés dans une étude faite à Mopti en Mai 2007[19] qui sont respectivement : préservatif **41,9%** ; injectable **17,6%** ; pilule **11,2%** ; spermicide **9,3%** ; implant **6,8%**.

Concernant la meilleure méthode pour les jeunes les autres méthodes (implants, méthodes traditionnelles et abstinence totale) étaient majoritaires avec **43,5%** suivi des préservatifs avec **27,6%** ensuite les contraceptifs injectables **13,6%**.

4 – Attitudes et comportements des jeunes en matière de sexualité

Par rapport à la notion d'attitude et comportement des jeunes en matière de sexualité ; 79,6% de l'effectif total avaient déjà un partenaire qui était différent de celui de Mr Makankouma [20] qui était 84,61%.

Parmi ceux qui avaient déjà un partenaire 55,2% avaient déjà fait un rapport sexuel complet et la majorité avaient -15 ans au moment de leur premier rapport sexuel avec 22% avec un âge moyen de 16,37 ans et un âge médian à 16 ans. Ce qui rejoint celui de Mr Youssouf Amadou Cissé [21] qui a trouvé un âge moyen à 16,13 ans. Par contre il était différent de celui de Mr BerthéClement [22] qui était de 15,5 ans comme âge moyen.

5 – Attitude et pratique des jeunes en matière de planification familiale

Par rapport au refus de rapport sexuel sans préservatif, 72,4% des garçons étaient d'accord contre la majorité des filles avec 48,3% n'étaient pas d'accord.

Concernant l'exigence du port de préservatif à chaque rapport sexuel, la majorité des filles avec 57,9% n'étaient pas d'accord. Ils sont différents de ce que Mr MakanKouma [20] qui était respectivement de 19,47% de <Oui> contre 51,71% de <Non>.

Seulement **33,9%** des jeunes interrogés avaient répondu oui pour avoir déjà parlé de contraception avec leur partenaire et 21,7% avaient répondu <Non>, tandis qu'une majorité (**44,3%**) était sans opinion. Ils sont de ceux de Mr Ibrahim Gagna Diall [23] qui sont 51% de <Oui>, 21,4% de <Non> et 0,4% <NSP>

A ce niveau on pourrait évoquer le poids de la culture et de la tradition. Ces deux aspects n'aidaient pas la communication au sein des (couples) jeunes surtout en matière de sexualité. Le niveau d'éducation aussi pourrait peser sur la décision.

Concernant les moyens contraceptifs, les jeunes avaient utilisé les préservatifs, suivi des autres méthodes

6 -Utilisation et perception des services de santé :

Nous avons trouvé que la majorité des jeunes interrogés ne partaient pas au centre de santé soit **74,2%** contre seulement **25,8%** des jeunes qui partaient. Ils étaient comparables à celui de Mr Makan Kouma [20] qui étaient respectivement **28,99%** de <Oui> contre **71,79%** de <Non>. Et différent de celui de Mr Youssouf Amadou Cisse [21] qui sont 37,5% de <Oui> contre 62,5% de <Non>

Parmi les 25,8% qui étaient allés dans un centre de santé seulement pour **10%** étaient pour une contraception.

Concernant la satisfaction des services offerts Parmi les 25,8% qui avaient consulté seulement **15,8%** ont été satisfaits de leur service.

VI-Conclusion

Au terme de notre étude prospective qui a concerné 221 jeunes de la commune I et commune II de Bamako dont l'objectif principal était d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de planification familiale, il ressort que les jeunes de 15-24 ont une information générale parfois vague de la planification familiale. Peu d'entre eux connaissent les détails nécessaires pour une bonne planification familiale. En référence aux objectifs de notre étude, nous avons pu avoir les réponses suivantes :

En ce qui concerne la connaissance des jeunes en matière de planification, nous avons trouvé que globalement les jeunes étaient informés sur la planification familiale, par rapport à l'existence des différentes méthodes contraceptives, globalement les jeunes connaissaient les méthodes contraceptives mais sans pourtant connaître comment les utiliser efficacement. Concernant la capacité de négociation de préservatif chez les jeunes, les garçons étaient plus capables dans la prise de décision que les filles. Par rapport à la préférence des jeunes en matière de moyens contraceptifs, les implants, l'abstinence totale et la méthode traditionnelles étaient préférées.

Concernant le pourcentage de jeunes ayant déjà eu accès au service de santé pour une planification familiale, les jeunes n'aimaient pas fréquenter les centres de santé.

VII-Suggestion

Au terme de ce travail, nous avons fait des propositions suivantes :

⇒ **Aux autorités socio-sanitaires, politiques**

- Continuer à renforcer les actions de planification familiale dans toutes les interventions de la santé ;
- Créer des structures de prise en charge des adolescents à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Renforcer la capacité de formation des prestataires de santé dans le domaine de la santé de la reproduction ;
- Renforcer les campagnes de sensibilisation à l'endroit des adolescentes et des jeunes.

⇒ **Aux parents**

- Discuter des questions relatives à la sexualité, à la planification familiale avec les adolescents et les jeunes.
- Encourager les jeunes à fréquenter les centres de santé déjà existants.

⇒ **Aux adolescents et jeunes**

- Participer pleinement aux campagnes de planification familiale déjà existantes ;
- Fréquenter les centres de prise en charge des adolescents en matière de santé de la reproduction ;
- Eviter surtout l'automédication.

VIII- Références

1. Dann, G. (2013). *comportement sexuel et utilisation de contraceptif parmi les jeunes en afrique de l'ouest. west-africa-family-planning-fr.*
2. OMS. (2014). *statistiques sanitaires mondiale,une masse d'information sur la santé publique mondiale geneve: oms publication WHO/HIS/HSI/14.1.*
3. l'afrique, O. p. (2013). *Accelerer l'acces universel a la sante sexuelle et reproductive, programme d'action pour la region africaine. Brazzaville: Bureau regionl de l'OMS.*
4. Clifton, A. H. (2012). *Rapport sur le statut des adolescents et des jeunes en Afrique Subsaharienne,possibilites et enjeux. Washington DC 20009USA: PRB.*
5. Nations Unies. (2011). *OMD.Rapport sur le statut des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne possibilité et en jeux.UNFPA et PRB publication.*
6. . EDSMV.BAMAko: MALI.(2012 -2013) *enquete demographique et de sante au Mali. ICF international Rockville Maryland USA.*
7. Leon Bijlmakers, R.-H. D. (Aout 2012). *Pratique contraceptive et la contribution des activites de planification familiale au Mali. Hollande: ETC Crystal.*
8. Cisse.H. (2002). *Etude comparative des connaissances,attitudes et pratiques des adolescents scolaires et non scolaires en matiere d'Ist/Sida dans la commune de Sikasso. These de medecine. Bamako, Mali: Faculte de Medecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie.*
9. Maiga.O.L. (2001). *Connaissance,Attitude et comportement sexuels en milieu scolaire à l'IRNS de bougouni et au LMDS. Thèse de Medecine. Bamako, Mali: FMPOS.*
10. Brehima.Boly, B. (2000). *Connaissance,attitudes et pratique des adolescents du lycée Askia mohamed en matiere de planification familiale,les MST et SIDA. These de Medecine. Bamako, Mali: FMPOS.*
11. Elsevier Masson (1998). *Sexualité de l'adolescents. Ann Psychiatri.,156,no9s*
12. Sacko.D. (2002). *Connaissance,attitudes et pratique des adolescents du LBAD en matière de planification familiale,de MST et SIDA. Thèse de Medecine. Bamako, Mali: FMPOS.*
13. Hervell, E. (1995). *Une revue du secteur adolescents et jeune au Mali.Population council.*
14. Adult, P. F. (1998). *Sante reproductive des jeunes adulte:contraception,grossesse et MST serie de mise a jour de la technique. New york: Family Health International.*
15. Centre, I. D. (1973). *Planning traditionnel au Mali. Education en Afrique tropical.*
16. M, B. (2003). *Etude epidemio-clinique du planing familial:enquete aupres de 206 utilisatrice au centre de sante de reference de la commune I du district de bamako. Mali/Bamako: FMPOS.*
17. RGPH 2009.*Analyse des resultats definitifs,etat et structure de la population Bamako: INSTAT.*
18. Diakite, M. S. (2010). *Etude comparative des connaissances attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes de la commune urbaine de mopti en matiere de planing*

- 19.** *passage, P. (2007). Evaluation du niveau de connaissance des jeunes de 15 a 24 ans sur les methodes contraceptive de la commune urbaine de mopti. Bamako: Mali.*
- 20.** *Kouma, M. M. (2008). Connaissance attitude et pratiques des adolescent du lycee Mamadou sarr relative a la planification familial,IST et SIDA. Bamako: FMPOS.*
- 21.** *Youssouf Amadou Cissé (2010).Connaissances,attitudes et pratiques de la contraception en milieu scolaire dans la commune urbaine de Gao :FMPOS.*
- 22.** *Berthé Clement (2009). Etude des connaissances des attitudes et des pratiques des adolescentes en milieu scolaire de Mopti sur la contraception : FMPOS.*
- 23.** *Ibrahim Gagna Diall (2010). Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception dans la commune rurale de Baguineda.*

IX .Annexes

- 1. Fiche signalétique dans les différents langues(Française, Bamanankan, Anglais)**
- 2. Autorisation de recherche**
- 3. Certificats en éthique de la recherche**
- 4. Certificats de transcription de langues**
- 5. Questionnaire semi-directive**

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : SINAYOKO

PRENOM : TENIN

Email : sina.tenin@gmail.com

Tel : 76196073

TITRE DE LA THESE : connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15 à 24 ans de la commune I et II du district de Bamako en matière de planification familiale.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2014 -2015

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie du Mali

SECTEUR D'INTERET : Sante publique et éthique médicale.

RESUME :

En somme notre étude transversale prospective qui a concerné 221 jeunes de la tranche d'âge 15-24 ans dont l'objectif principal était d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de planification familiale.

Nous avons trouvé que la majorité des jeunes étaient sexuellement actif avant 15ans avec 22%. Ils avaient une connaissance limitée des différents méthodes contraceptives, nombreux d'entre eux n'avaient jamais utilisé aucune des méthodes contraceptives avec 85,5%.

Parmi ceux qui avaient déjà utilisé une méthode contraceptive, la préférence était les autres méthodes (les implants, l'abstinence totale et la méthode traditionnelle).

Nous avons aussi constaté que les jeunes de cette tranche d'âge n'aimaient pas fréquenter les centres de santé pour une contraception seulement 10%.

MOTS CLEFS : Connaissances, Attitudes, Pratiques, jeunes 15 à 24ans, commune I et II, Bamako, Planification familiale.

ገጽ ቀንቀሽ

JAMU : SINAYOKO

ገጽ ቀንቀሽ : TENIN

ገጽ ቀንቀሽ ልዩ ልዩ ስልጠና : sina.tenin@gmail.com

ገጽ ቀንቀሽ ስልጠና : 76170134

ገጽ ቀንቀሽ ልዩ ልዩ ስልጠና : Don taw, k ε tawaniwaleyawbangekōlōsi kan ka ta demisen sen 15 fo sen 24

Bamakōcomunefōlō ni filanankōnō.

UNIWERISITE KALANSAN: 2014-2015

KALAN KUNCEDUGU ገጽ ቀንቀሽ: BAMAKO

JAMANA ገጽ ቀንቀሽ: MALI

ገጽ ቀንቀሽ ልዩ ልዩ ስልጠና : ልዩ ልዩ ስልጠና ስልጠና ስልጠና

KALAN HOKUMU : forobakeneyako

BAKURUBAFOLI:

Bakurubalakan in kerademisenw kan minu si be sen15 fo sen 24, o layinibelebele tu yesegeseg ε li ye u ka don taw, k ε tawaniwaleyawbangekōlōsi kan comune fila in kōnō. An ka sageseg ε liwyajira ko demisenwcamanyekafognogonyakesani u ka san 15 soro 22%. U ka don tawwalwalalen te bangekōlōsi kan, wa u caman ma deli ka bangekōlōsiferew si kefolon 85,5%. minudelila ka bangekōlōsiferew do ke, o lu yajira ko (yere mine, alumeteniani an ka farafinaladawbangekōlōsilikan) k 'o de kadi u ye.

keneya so matarafalentedemisenwfe 10%.

ገጽ ቀንቀሽ ልዩ ልዩ ስልጠና : ልዩ ልዩ ስልጠና - ስልጠና - ስልጠና - ስልጠና 15 fosen 24-

Bamakō - comunefōlōnifilanan

SIGNALETIC SHEET

FAMILY NAME: SINAYOKO

FIRST NAME: TENIN

Email: sina.tenin@gmail.com

PHONE : +22376196073

TITLE OF THE THESIS: Knowledge Attitudes and Skills in family planning of youth 15-24 years old in Commune I and II of Bamako

SCHOOL YEAR: 2014-2015

CITYOF DEFENSE: Bamako

ORIGIN COUNTRY: Mali

KEEPING PLACE: Library of the Faculty of Medicine and Odonto-stomatology in Mali

FIELD OF INTEREST: Public Health and Medical Ethic

SUMMARY:

Our transversal and prospective study targeted 221 youth of 15-24 years old. The study aimed to assess the family planning knowledge, attitudes and skill of youth 15-24 years old. We found that most the youth (22%) are sexual active before 15 years old. Beside this high percentage (22%), they have less information on contraceptive methods. Most of them (85,5%) have never used any method Among those who have used one method, the preference were abstinence, implant, and traditional method)

We also found that the majority of youth dislike using the health centers for contraception purpose. Only 10% use health center of contraceptive needs.

KEY WORDS: Knowledge, Attitudes and Skills, Youth 15-24 years old, Commune I and II Bamako, Family Planning

Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes de 15 à 24 ans de la commune I et II du District de Bamako en matière de Planification Familiale.

CERTIFICATS EN ETHIQUE DE LA RECHERCHE

Annexe 4 : Questionnaire semi-directif– planification familiale chez les jeunes filles de 15 a 24 ans dans les communes I et II de Bamako

Questionnaire semi-directif sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes	
Date :	Numéro :
Quartier :	Commune :
Renseignements généraux	
Q2 Age	2.1 Quelle est votre date de naissance /_jj_/_mm_/_aaaa_/
	2.2 Quel âge avez-vous actuellement ? Age /___/
Q3 Ethnie	3.1 Quelle est votre ethnie ? /___/ Bambara=1 ; Peulh=2 ; Soninké=3 ; Malinké=4 ; Dogon=5 ; Bwa=6 ; Autre =7 (A préciser)
Q4 Religion	4.1 Quelle est votre religion ? /___/ Islam=1 : Christianisme=2 ; Animisme=3 ; Autre=4 (A préciser)
Q5 Niveau d’instruction	5.1 Savez-vous lire ? /___/Oui=1 ; Non = 2 (Si Non, aller à Q6)
	5.3.a (Si Oui à 5.2) Quel est le plus haut niveau d’études que vous avez atteint ? /___/ 1. Primaire /___/ 2. Secondaire /___/ 3. Technicien /___/ 4 Universitaire /___/
Q8 Situation matrimoniale	/___/ .1. Célibataire ; 2. Fiancé(e) ; 3. Marié(e) ; 4 Autre =99: (A préciser)
Q9 Vie sociale	9.1 Allez-vous dans des boîtes de nuit ou à des fêtes où les jeunes dansent ? Oui=1 ; Non =2 (Si Non, aller à Q9.3)
	9.2Avez-vous accès à l’Internet ? Oui=1 ; Non =2 (Si Non, aller à Q10)
	9.11 Etes-vous membre d’un réseau social sur l’Internet ? Oui=1 ; Non =2

A3 – Connaissances sur la sexualité et la procréation	
	10.2 Une femme arrête de grandir après le premier rapport sexuel. /___/ Vrai=1 Faux=2 NSP/sans opinion=3
	10.3 La masturbation nuit gravement à la santé. /___/ Vrai=1

	Faux=2 NSP/sans opinion=3
	10.4 Une femme a plus de chances de tomber enceinte si elle a des rapports sexuels deux semaines avant ou après les règles. /____/ Vrai=1 Faux=2 NSP/sans opinion=3
A4 Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives	
Q11 Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives	11.1. Pilules a. Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours /____/ Oui (spontané)=1 Oui (suggéré)=2 Non=3 11.1.b. « Savez-vous où et auprès de qui vous procurer cette méthode de contraception ? » /____/ Oui=1 Non=2
	11.2. Contraceptifs injectables a. Les femmes peuvent recevoir une injection tous les 3 mois /____/ Oui (spontané)=1 Oui (suggéré)=2 Non=3 b. « Savez-vous où et auprès de qui vous procurer cette méthode de contraception ? » /____/ Oui=1 Non=2
	11.3. Préservatif a. Un homme peut mettre un capuchon en caoutchouc sur son pénis avant d'avoir un rapport sexuel /____/ Oui (spontané) 1 Oui (suggéré) 2

	<p>Non 3</p> <p>b. « Savez-vous où et auprès de qui vous procurer cette méthode de contraception ? » /____/</p> <p>Oui=1</p> <p>Non=2</p>
	<p>11.4. « Pilule du lendemain »</p> <p>à Une femme peut prendre des pilules peu de temps après avoir eu un rapport sexuel /____/</p> <p>Oui (spontané)=1</p> <p>Oui (suggéré)=2</p> <p>Non=3</p> <p>.b « Savez-vous où et auprès de qui vous procurer cette méthode de contraception ? » /____/</p> <p>Oui=1</p> <p>Non=2</p>
	<p>11.5. Technique du retrait</p> <p>Un homme peut retirer son pénis du vagin de la femme avant l'éjaculation /____/</p> <p>Oui (spontané)=1</p> <p>Oui (suggéré)=2</p> <p>Non=3</p>
	<p>11.6. Abstinence périodique</p> <p>Un couple peut éviter d'avoir des rapports sexuels les jours où la probabilité d'une grossesse est maximale. /____/</p> <p>Oui (spontané)=1</p> <p>Oui (suggéré)=2</p> <p>Non=3</p>
	<p>11.7. Il existe d'autres moyens de contraception que je n'ai pas évoqués. De quels autres moyens avez-vous entendu parler ? (Entourer chaque moyen mentionné).</p> <p>Stérilet=1</p> <p>Implant=2</p> <p>Gel/mousse spermicide=3</p>

	<p>Stérilisation=4 Vasectomie=5 Autre = 6 (A préciser)</p>
	<p>11.8 A votre avis, quelle est la meilleure méthode pour les jeunes ? (Entourer une réponse). Pilule=1 Contraceptifs injectables=2 Préservatifs=3 « Pilule du lendemain =4 Technique du retrait=5 Abstinence périodique=6 Autre=7 (A préciser)</p>
A6 Préservatif : connaissances et attitudes	
Q12 Préservatif : connaissances et attitudes	<p>12.1. Avez-vous déjà vu un préservatif ? /___/ Oui=1 Non=2</p>
	<p>12.2. Est-ce que vous ou votre partenaire avez déjà utilisé un préservatif ? /___/ Oui=1 Non=2</p>
	<p>12.3. Le préservatif s'est-il déjà rompu au cours d'un rapport sexuel ? /___/ Oui=1 Non=2</p>
	<p>12.4. Les gens ne pensent pas tous la même chose au sujet du préservatif. Je vais vous lire certaines affirmations. Pour chacune d'elles, dites-moi si vous êtes d'accord ou pas d'accord, ou si vous n'avez pas d'avis. a. Le préservatif est un moyen efficace d'éviter la grossesse /___/ D'accord=1 NSP/indécis(e)=2 Pas d'accord=3 b. Le préservatif est réutilisable /___/ D'accord=1</p>

	<p>NSP/indécis(e)=2 Pas d'accord=3</p> <p>c. Une fille peut suggérer à son copain de porter un préservatif /___/ D'accord=1 NSP/indécis(e)=2 Pas d'accord=3</p> <p>d. Un garçon peut proposer à sa copine de porter un préservatif /___/ D'accord=1 NSP/indécis(e)=2 Pas d'accord=3</p> <p>e. Le préservatif protège efficacement du VIH/SIDA /___/ D'accord=1 NSP/indécis(e)=2 Pas d'accord=3</p> <p>f. Le préservatif est utile pour des relations occasionnelles /___/ D'accord=1 NSP/indécis(e)=2 Pas d'accord=3</p> <p>g. Le préservatif est utile pour des relations stables, où les deux partenaires s'aiment /___/ D'accord=1 NSP/indécis(e)=2 Pas d'accord=3</p> <p>h. Je serais très gêné(e) d'acheter ou de me procurer des préservatifs /___/ D'accord=1 NSP/indécis(e)=2</p>
--	---

	<p>Pas d'accord=3</p> <p>i. Si une fille suggérait à son partenaire de porter un préservatif, ça voudrait dire qu'elle ne lui fait pas confiance /___/</p> <p>D'accord=1</p> <p>NSP/indécis(e)=2</p> <p>Pas d'accord=3</p> <p>j. Le préservatif diminue le plaisir sexuel /___/</p> <p>D'accord=1</p> <p>NSP/indécis(e)=2</p> <p>Pas d'accord=3</p> <p>k. Le préservatif peut glisser du pénis et disparaître dans le corps de la femme /___/</p> <p>D'accord=1</p> <p>NSP/indécis(e)=2</p> <p>Pas d'accord=3</p> <p>l. Si un couple veut avoir des rapports sexuels avant le mariage, il doit utiliser un préservatif /___/</p> <p>D'accord=1</p> <p>NSP/indécis(e)=2</p> <p>Pas d'accord=3</p> <p>m. Le préservatif protège efficacement des maladies sexuellement transmissibles /___/</p> <p>D'accord=1</p> <p>NSP/indécis(e)=2</p> <p>Pas d'accord=3</p>
Perception des jeunes en matière de sexualité	<p>13. Je suis sûr(e) de pouvoir exiger le préservatif chaque fois que j'ai des rapports sexuels. /___/</p> <p>D'accord=1</p> <p>Ne sais pas/indécis(e) =2</p> <p>Pas d'accord=3</p>
	<p>14. Je refuserais d'avoir des rapports sexuels avec</p>

	quelqu'un qui ne veut pas utiliser un préservatif /___/ D'accord=1 Ne sais pas/indécis(e) =2 Pas d'accord=3
Services de santé : Utilisation et perceptions	15. Etes-vous déjà allé(e) dans un établissement de santé ou avez-vous déjà consulté un médecin pour bénéficier des services ou recevoir des informations concernant la contraception, la grossesse, l'avortement ou des infections sexuellement transmissibles ? /___/ Oui=1 Non=2
	16. La dernière fois que vous avez vu un médecin ou une infirmière, quel était le motif de votre consultation ? /___/ Contraception=1 IST=2 Examen gynécologique=3 Test de grossesse=4 Avortement=5 Santé de la mère et de l'enfant=6 Autre = 7
	17. Vous sentiez-vous suffisamment à l'aise pour poser des questions ?/___/ Oui = 1 ; Non = 2
	18. A-t-on bien répondu aux questions que vous avez posées pendant la consultation ? /___/ Oui = 1 ; Non = 2
	19. La confidentialité était-elle suffisamment respectée ? /___/ Oui = 1 ; Non = 2
Je vous remercie	

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 travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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 concep

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

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !