

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

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



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



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°

Thème

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES
JEUNES DE 15 A 24 ans DU CAMP SOUNDIATA DE
KATI EN MATIERE DE CONTRACEPTION MODERNE**

Présentée et soutenue publiquement le 05/12/2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : Mme. Mariam DOLO

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

Jury

Président : M. Elimane Mariko, Professeur

Membre : M. Seydou DIARRA, Assistant

Co-directeur : M. Moctar TOUNKARA, Médecin

Directeur : M. Abdourahmane COULIBALY, Professeur

DÉDICACE ET REMERCIEMENTS

DÉDICACE

Je remercie le seigneur pour sa grâce. Le Tout Puissant et miséricordieux de m'avoir donné la santé le courage et la force nécessaire pour accomplir ce travail. Qu'il guide davantage mes pas pour le reste de mon existence.

A mon père Amayaba Dolo

On ne choisit pas son père, mais pourtant je suis particulièrement fière et heureuse de t'avoir.

Ton courage, ton dévouement, ta loyauté et ta bonté font de toi un père modèle et un homme digne. Tu nous as inculqué les valeurs de la dignité, de la justice, de l'honneur, du respect et de la probité; tu as cultivé en nous un esprit de partage et de tolérance. Cher père tu t'es fait remarquer par ta simplicité, ton sérieux, et ta bienfaisance envers les autres. Tu as servi d'exemple pour toute la famille.

A vrai dire tu n'as ménagé aucun effort pour la réussite scolaire et universitaire de tes enfants. Ta participation à l'aboutissement de ce travail est inestimable; je te dédie ce travail qui tourne une page de ma vie.

Ce jour est l'aboutissement des fruits de tes efforts et de tes nombreuses prières.

A ma mère Yadomo Dolo

Chère maman, tu m'as tout donnée ; ce qu'une mère peut offrir de plus précieux à sa fille, je l'ai reçu: affection, soutiens, conseils, respect de l'autre et que sais-je encore ... ! Ta générosité, ta clairvoyance, ton amour pour tes enfants font de toi une mère exemplaire. Tu as consacré entièrement ton temps à ton foyer et à notre éducation, sans jamais te lasser, sans jamais te plaindre et sans jamais flancher. Pardonne-moi s'il m'est arrivé un jour de te décevoir sans le savoir. Voici le moment tant appréhendé, que DIEU t'accorde une longue et heureuse vie à nos côtés. Amine !

A mes frères et sœurs

Chers frères, vous avez su me combler de votre affection. Votre compréhension, disponibilité, attention, confiance et votre soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut avant, pendant et après les moments difficiles de ma vie. Que

ma joie d'aujourd'hui soit aussi la vôtre. Soyons et restons unis et pour toujours. Vous aviez toujours prié pour ce jour. Puisse Dieu le Tout-puissant promouvoir chacun de vous. Profonde affection fraternelle!

A mon Cher époux : Dr Blaise Djoundo

Je ne saurai comment te remercier pour le soutien et l'amour que tu m'as procuré. Par ce travail, reçois l'expression de la fierté que j'ai de t'avoir à mes côtés sur le chemin de la vie. Puisse le seigneur nous unis à jamais.

A ma belle-famille , vous m'avez accueilli à bras ouvert dans votre famille. En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que je porte pour vous. Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de longévité.

A mes enfants : Gilbert, Thérèse et Henry

Votre venue en ce monde a été d'une bénédiction énorme pour moi. Longue vie à vous et que le seigneur puisse vous aider à vaincre les obstacles de cette vie.

A la FMOS : plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté. Remerciements infinis.

A tout le corps professoral à la FMOS, ce travail est avant tout le vôtre pour la qualité de l'enseignement

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Elimane MARIKO

- **Professeur honoraire de pharmacologie à la Faculté de Pharmacie et à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FAPH /FMOS) ;**
- **Premier pharmacien de l'armée malienne ;**
- **Ancien Colonel-Major des forces armées, de la défense et des anciens combattants**
- **Président de l'Association des Ressortissants de la Commune Rurale de Tomba ;**
- **Ancien chef de la cellule de coordination du VIH-SIDA du Ministère de la Défense et des Anciens Combattants ;**
- **Ancien fonctionnaire des Nations Unies de la lutte contre le VIH-SIDA en République Démocratique du Congo ;**
- **Recteur de l'Université Scientifique Libre de Bamako (USLB) ;**
- **Officier de l'ordre National du Mali.**

Cher maître,

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

Votre simplicité et votre humilité sont des qualités qui font de vous un maître envié de tous.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

Puisse Allah le bon Dieu, vous accorder une longue vie et une très bonne santé.

À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Seydou DIARRA :

- **Anthropologue ;**
- **Formation doctorale à l'université Paris 8 ;**
- **Membre de droit au groupe technique consultatif pour le vaccin et la vaccination au Mali ;**
- **Chercheur sur les politiques et systèmes de santé, initiative de la mise en œuvre de la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et la femme enceinte au Mali ;**
- **Assistant section d'anthropologie médicale/santé au département de santé publique et spécialités à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;**
- **Enseignant des cours d'anthropologie médicale et de la santé aux sections d'anthropologie et de sociologie de la Faculté des sciences Humaines et Sciences d'éducation à l'université des lettres et des sciences Humaines de Bamako ;**
- **Responsable des cours d'anthropologie de la santé à l'école santé publique du département d'enseignement et de recherche en santé publique et spécialité ;**
- **Responsable des cours d'anthropologie médicale au cycle de master de l'institut National de formation en sciences de la santé ;**

Cher maître,

C'est un immense honneur pour nous de vous compter parmi les membres de notre jury. Votre simplicité, votre humilité, votre rigueur dans le travail et votre dévouement pour la santé publique font de vous un exemple pour nous les jeunes. Recevez notre profonde gratitude et reconnaissance pour nous avoir aidé à améliorer la qualité de ce travail.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Moctar TOUNKARA

- **Docteur en Médecine ;**
- **Spécialiste en Épidémiologie ;**
- **Maître–Assistant au Département Enseignement et Recherche en Santé Publique de la Faculté de Médecine (FOMOS) ;**

Cher Maître, Nous avons admiré votre disponibilité constante, votre rigueur scientifique, vos qualités sociales, votre sens du partage, votre esprit d'organisation et surtout votre modestie qui font de vous un exemple à suivre. Soyez assuré de notre estime et profond respect.

À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Abdourahmane COULIBALY :

- **Docteur de l'école des Hautes Études en Science Sociale (EHESS) en anthropologie sociale et ethnologie (Marseille);**
- **Enseignant chercheur à la FMOS, Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ;**
- **Chercheur associé au Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (CNRST) et à l'IRL, Environnement, Santé société de la Faculté de Médecine.**

Cher maître,

Nous avons été impressionnés par votre simplicité et votre humilité. Votre disponibilité, votre caractère social et surtout votre savoir-faire font de vous un homme de classe exceptionnel toujours à l'écoute et attentif aux autres. Ce travail est le fruit d'une volonté parfaite.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail.

Cher maître aucun mot ne pourra exprimer tous nos sentiments à votre égard.

MERCI !!

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE ET REMERCIEMENTS	II
I. INTRODUCTION.....	2
II. OBJECTIFS :	6
1-Objectif général :.....	6
2-Objectifs spécifiques :.....	6
IV. GENERALITES	8
4.1. Définition.....	8
4.2 Prévalence contraceptive.....	9
4.3. Méthodes contraceptives	9
4.4. Contraceptifs hormonaux	10
4.5. Implants : (Norplant®, Jadelle®, Implanon®)	13
4.6. Patchs dermiques (patch evra®)	14
4.7. Anneau vaginal oestroprogestatif (nuvaring®).....	14
4.8. Contraception d’urgence ou contraception du lendemain.....	15
4.9. Contraceptifs hormonaux masculins	15
4.10. Méthodes locales	16
4.11. Méthodes chimiques.....	18
4.12. Dispositif intra utérin (diu) ou stérilet.....	19
4.13. Les dimensions morales et éthiques de la contraception :	24
4.14. Les dimensions religieuses et philosophiques de la contraception :.....	24
4.15. Histoire de la contraception.....	26
5. Définitions opérationnelles :	31
METHODOLOGIE	33
1-1 Le cadre de l’étude :	33
1.2 Type d’étude :.....	33
1.3 Période d’étude :.....	33
1-4 Recueil de données et échantillonnage :	34
1-4-2 Les données quantitatives	34

1.4 -4Les considérations éthiques de l'enquête :	35
2 Analyse des données :	35
Résultats	38
Commentaires et discussion	53
CONCLUSION	57
RECOMMANDATION	58
REFERENCES :.....	60
36. Léon Speroff. A CLINICAL GUIDE FOR Contraception. 5th ed. USA;....	63
ANNEXES	66

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des jeunes selon l'âge	38
Tableau II : Répartition en fonction du statut matrimonial.....	39
Tableau III: Répartition en fonction de la religion.....	39
Tableau IV: Répartition selon en fonction du niveau d'étude	39
Tableau V: Répartition des jeunes selon qu'ils aient entendu parler de la planification familiale.....	40
Tableau VI : Répartition des jeunes selon leur connaissance du fait qu'on peut éviter une grossesse non désirée ou non	40
Tableau VII: Répartition des jeunes selon leur connaissance de l'existence ou non des moyens de contraceptifs chez l'homme	40
Tableau VIII : Répartition des jeunes selon leur connaissance des méthodes contraceptives citées chez l'homme	41
Tableau IX: Répartition des jeunes selon leur connaissance de l'existence ou non des méthodes contraceptives chez la femme.....	41
Tableau X: Répartition des jeunes selon leur connaissance des méthodes contraceptives citées chez la femme	42
Tableau XI: Répartition des jeunes selon leur lieu d'approvisionnement en produits contraceptifs	42
Tableau XII: Répartition des jeunes selon les moyens d'information sur les méthodes de contraception	43
Tableau XIII: Répartition des jeunes selon leurs perceptions de l'utilisation des moyens contraceptifs	43
Tableau XIV: Répartition des jeunes selon leur utilisation des méthodes contraceptives.....	44
Tableau XV: Répartition des jeunes selon leur perception de l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes mariées.....	44
Tableau XVI: Répartition des jeunes selon leurs perceptions des jeunes filles célibataires qui utilisent la contraception	44

Tableau XVII: Répartition des jeunes selon l'attitude à adopter face aux femmes qui refusent d'utiliser la contraception.....	45
Tableau XVIII: Répartition des jeunes selon qu'ils encouragent leur partenaire à utiliser ou non les méthodes contraceptives.....	45
Tableau XIX: Répartition des jeunes selon les raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives par les femmes	46
Tableau XX: Répartition des jeunes selon leur connaissance sur la disponibilité ou non des services de la PF au niveau des centres de santé communautaires...	46
Tableau XXI : Répartition des jeunes selon qu'ils discutent ou non de la contraception avec leur conjoint ou partenaire sexuel	47
Tableau XXII: Répartition des jeunes selon qui choisit /Décide de l'utilisation de la méthode contraceptive.....	47
Tableau XXIII: Répartition des jeunes selon qu'ils connaissent ou non l'existence de la pilule du lendemain.....	47

Liste des figures

Figure 1 : Répartition selon le sexe	38
--	----

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

D'une manière générale, le concept de planification familiale vise l'espacement et la limitation des naissances par l'usage de méthodes contraceptives (notamment dans le contexte malien). Ainsi avoir un enfant devient un choix et non un hasard. Alors la contraception désigne l'emploi de moyens visant à empêcher qu'un rapport sexuel entraîne une grossesse. Elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » **(1)**. La grossesse est un état normal et sain auquel aspirent la plupart des femmes à un moment ou l'autre de leur existence. Ce processus qui est créateur de vie comporte un sérieux risque de décès et de complications **(1)**. Ce 21ème siècle est, dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive, celui de tous les défis pour tous les acteurs en particulier les jeunes. En effet, ils sont de plus en plus sexuellement actifs précocement et contribuent largement à la croissance de la population globale. Les données fournies par l'UNFPA montrent que dans les pays en voie de développement 3% des femmes âgées de 20 à 24 ans ont donné vie avant 15 ans et cette proportion s'élève à 19% dans la même tranche d'âge avant 19 ans **(2)**. Les chiffres de l'Afrique de l'ouest et de l'Afrique centrale sont les plus élevés en la matière ; ils sont de l'ordre de 6 et 28% respectivement **(2)**. En d'autres termes et selon la même source, chaque année 3,2 millions d'adolescentes subissent des avortements dangereux et 70 000 d'entre elles meurent des suites des complications de la grossesse ou de l'accouchement **(2)**. Les jeunes sont encore ceux qui courent les risques les plus élevés en matière de VIH et de grossesses non désirées. Ces données témoignent des difficultés et insuffisances rencontrées dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies, programmes et projets de santé sexuelle et reproductive des jeunes notamment leur composante planning familial en termes de satisfaction des besoins, d'accès aux soins et d'utilisation des services. Dans les 69 pays les plus pauvres au monde, le nombre d'utilisatrices de moyens de contraceptions modernes a augmenté de 20% en

7ans**(3)**. Sur un total de 926 millions de femmes et filles en âge de procréer, dans cette zone géographique constituée notamment de 41 pays africains, ce sont désormais 314 millions qui ont recours au préservatif, à la pilule ou à l'implant **(3)**. En Afrique, la proportion des femmes utilisant des moyens de contraception n'a augmenté que de 7% depuis 2012 **(3)**. Au Mali, malgré les actions entreprises, le niveau de la fécondité reste l'un des plus élevés au monde. En réaction à cette situation, le gouvernement a opté pour une approche plus élaborée et plus complète par la prise en compte de la dimension population dans tous les plans et programmes de développement. Cette orientation a été consolidée par la Politique Nationale de Population (PNP) dont l'objectif est d'atteindre l'équilibre entre l'accroissement de la population et le développement socio-économique **(4)**. Aussi, la Politique Nationale de Population (Avril 2003) a fixé comme objectif « d'augmenter la prévalence contraceptive des méthodes modernes de 8,2% en 2001 à 30% en 2025 » dans le cadre de l'objectif « contribuer à la maîtrise progressive de la fécondité au Mali » **(4)**. L'engagement du pays se traduit par certains documents de politiques dont le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social 2014-2023 (PDDSS) qui a inscrit comme priorité la promotion de la PF pour « réduire la mortalité maternelle et néonatale ». L'objectif du PDDSS est de porter la prévalence contraceptive à 20% en 2023. De ce fait, les jeunes demeurent de nos jours précocement actifs sur le plan sexuel **(4)**. Certains pour mieux vivre leur sexualité font recours aux méthodes contraceptives souvent sur conseils de spécialistes, au risque de compromettre leur santé. Certes des structures étatiques, privées ou bénévoles existent un peu partout dans le pays, surtout dans les centres urbains, qui apportent conseils et soins, mais leur insuffisance et leur fréquentation relativement faible par ceux-ci demeure le nœud gordien dans la résolution de la problématique de la santé sexuelle des jeunes **(5)**. Peu études ont été portée sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes dans un contexte de faible contrôle parental, de faible accès à l'information et à la

sensibilisation. C'est pourquoi nous avons décidé de choisir le camp Soundiata de Kati pour mener cette étude sur la Contraception.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

1-Objectif général :

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes du camp soundiata de Kati en matière de contraception

2-Objectifs spécifiques :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des jeunes du camp utilisant la contraception.
- Déterminer les connaissances des jeunes du camp en matière de contraception.
- Déterminer les attitudes et pratiques comportementales des jeunes du camp en matière de contraception.
- Identifier les obstacles à l'adhésion des jeunes du camp à la contraception.

III. HYPOTHESE DE RECHERCHE

Les connaissances limitées des jeunes du camp Soundiata de Kati conduisent à une utilisation inappropriée des méthodes contraceptives.

GENERALITES

IV. GENERALITES

4.1. Définition

4.1.1. Contraception

Le concept « contraception » provient du latin « contra » signifiant « contre » et de « conception » désignant le fait de concevoir, former un nouvel être. La contraception est l'ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécondant et ceci de façon temporaire et réversible (1). Elle est un recours délibéré par des gens sexuellement actifs, à des produits chimiques (spermicides), des médicaments (hormones), des dispositifs (condoms, diaphragmes, stérilets) des interventions chirurgicales ou retrait en vue d'éviter la grossesse. La base fondamentale d'une contraception de qualité est qu'elle doit utiliser des méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables. Les hommes et les femmes ont le droit d'être informés sur toutes les méthodes disponibles et d'utiliser celles de leur choix; ils ont le droit d'utiliser toute méthode de régulation des naissances qui ne soit pas contraire à la loi (1). Les critères d'évaluation d'une méthode contraceptive sont : l'efficacité, acceptabilité, l'innocuité et la réversibilité

4.1.2. Planification familiale

La planification familiale a été clairement perçue comme étant la mesure devant permettre aux couples et aux individus d'atteindre leur objectif de procréation, d'empêcher les grossesses non désirées et à risque (6). Au Mali, la planification familiale a débuté par la création de façon informelle de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF), organisation non gouvernementale à but non lucratif en 1971. Pionnière en matière de santé de la mère et de l'enfant et de la planification familiale, l'AMPPF œuvre depuis près d'une quarantaine d'année à l'amélioration de la qualité de vie de la famille et des individus en milieu rural et urbain. En 1976, l'AMPPF a adhéré à la fédération internationale pour la planification familiale (IPF) en qualité de membre associé, puis membre à part en 1983 (7)

4.2 Prévalence contraceptive

Les services de planification familiale en général, la contraception en particulier, sont reconnus aujourd'hui comme étant une intervention pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant. L'indicateur en matière de contraception est la prévalence contraceptive. Selon l'OMS, la prévalence contraceptive se définit comme étant le rapport du nombre d'utilisatrices de méthodes contraceptives avec le nombre de femmes en âge de procréer. Une analyse des données a mis en évidence l'écart très important qui existe entre les riches et les pauvres au niveau de plusieurs indicateurs de santé, notamment dans les domaines de la fécondité et de la contraception (17). Dans certaines régions du monde le taux de prévalence contraceptive est élevé, Asie du sud-est 51%, Océanie 57%, Amérique latine 68%, Europe occidentale 71%, Amérique du Nord 72%. L'Afrique est en marge de ce progrès où la prévalence varie d'un pays à l'autre. Selon l'EDSM-VI, le Mali enregistre un taux croissant de prévalence contraceptive qu'avant, 16% en 2018 contre 6% de l'EDSM-V de 2012-2013. Dans l'ensemble, en 2018, il y a 15 % des femmes qui utilisent une méthode moderne et seulement 1 % une méthode traditionnelle. Cette prévalence de la contraception est de 17 % chez les femmes actuellement en union et de 36 % parmi celles qui ne sont pas en union mais qui sont sexuellement actives.

4.3. Méthodes contraceptives

Bien que la définition de la contraception prenne en compte le concept de la réversibilité, nous aborderons les méthodes de stérilisation volontaire qui sont des méthodes de planning familial irréversibles mais qui sont intégrés dans le « paquet » des prestations de contraception. Nous distinguons les méthodes de contraception en fonction de la voie d'administration :

4.3.1. Méthodes hormonales Peuvent être administrées par la voie orale (les pilules oestro-progestatives, les pilules progestatives, la contraception d'urgence ou pilule du lendemain) ou d'autres voies : l'injection périodique intramusculaire (tous les trois mois) de 150mg d'acétate de médroxyprogestérone ; la voie intra-

utérine (stérilet hormonal libérant le lévonorgestrel); l'implant progestatif sous cutané; la voie transdermique: patchs (timbres ou des dispositifs transdermiques) oestro-progestatifs; la voie trans-vaginale: anneau oestro-progestatif.

4.3.2. Méthodes locales : Les méthodes locales sont les préservatifs ; le diaphragme ; la cape cervicale ; les éponges ; les spermicides ; le stérilet ou dispositif intra utérin « DIU » (simple, à cuivre, hormonal) (18).

4.3.3. Méthodes chirurgicales

Chez la femme, les méthodes chirurgicales sont La ligature des trompes ; L'obstruction tubaire par l'introduction des dispositifs ou des colles synthétiques dans trompes en utilisant la cavité utérine comme voie d'accès opératoire.

Chez l'homme : la vasectomie.

4.3.4. Contraception naturelle (19) Les méthodes de contrôle de la fertilité qui ne font pas recours à des dispositifs ou à des agents chimiques de contraception. Elles reposent sur la compréhension de la physiologie du cycle menstruel et sur la détermination du moment de l'ovulation, c'est dans le but de ne permettre le coït que lorsque le risque de grossesse est réduit ou même inexistant. Parmi les méthodes naturelles, on trouve le coït interrompu (retrait), l'abstinence et la connaissance du cycle de fertilité.

4.4. Contraceptifs hormonaux

4.4.1. Pilules oestroprogestatives Elles sont également appelées la pilule combinée ou encore les pilules contraceptives orales combinées.

Définition : les pilules oestroprogestatives sont des comprimés composés d'œstrogènes et de progestatifs. Mécanisme d'action : les oestroprogestatifs oraux possèdent quatre principales actions que sont : L'inhibition de l'ovulation ; L'épaississement de la glaire cervicale empêchant la pénétration des spermatozoïdes ; La modification de l'endomètre (atrophie de l'endomètre) le rendant impropre à la nidation ; la diminution du transport des spermatozoïdes dans le tractus génital supérieur (trompes de Fallope) (20). Types : Selon la teneur en œstradiol, on distingue : Les pilules minidosées qui contiennent moins de 35

microgrammes (μg) d'ethinyl-estradiol. Selon le dosage hormonal durant le cycle menstruel, ces pilules peuvent être :

- Monophasiques : tous les 21 comprimés sont activés avec une même quantité d'oestro-progestatif (EP) : Minidril®
- Biphasiques : les 21 comprimés actifs contiennent 2 combinaisons différentes d'EP : Adépal®
- Triphasique : les 21 comprimés actifs contiennent 3 combinaisons différentes d'EP : Trinordiol®

Les pilules normodosées qui contiennent 50(μg) d'ethinyl-oestradiol ;

Les pilules macrodosées qui contiennent plus de 50(μg) d'ethinyl-oestradiol.

Effets secondaires et complications : Ils sont nombreux mais d'apparition peu fréquente ; ce sont : les nausées, les vomissements, la prise de poids, les mastodynies, les spotting, les mastopathies, l'hypertension artérielle réversible, les thrombophlébites, la coronaropathie, les troubles de coagulation, la migraine, l'aménorrhée post thérapeutique, la tension mammaire, les métrorragies, la galactorrhée. (21) Avantages : Elles ont une bonne efficacité, un coût abordable ; elles n'interfèrent pas avec les rapports sexuels et peuvent être fournies par un personnel non médical. La pilule oestroprogestative corrige les troubles menstruels, permet de traiter les kystes et les dystrophies de l'ovaire, protège contre les cancers de l'ovaire et de l'endomètre. Inconvénients : C'est une méthode astreignante (prise quotidienne), comporte un risque d'oubli et certains effets secondaires. Elle n'assure aucune protection contre les IST/SIDA et interagit avec la rifampicine et les autres inducteurs enzymatiques. Figure 1 : Pilule œstroprogestative monophasique (22)

4.4.2. Pilules progestatives

Elles sont également appelées pilules contraceptives orales progressives ou pilules à seule progestative ou minipilules.

Définition : Les minipilules sont des contraceptifs oraux qui renferment de petite quantité d'une seule hormone, un progestatif. Elles contiennent entre la moitié et

le dixième que l'on trouve dans les contraceptifs oraux combinés. Elles sont souvent composées de lévonorgestrel, Noréthistérone, Norgestrel. Elles ne contiennent pas d'œstrogène. Elles sont meilleures pour la femme allaitante. Mécanisme d'action : Ils ont en commun les actions suivantes : épaissement de la glaire et atrophie de l'endomètre. Les microprogestatifs à double action inhibent l'ovulation par écrêtement du pic de LH. Type : Ce sont des plaquettes de 35 pilules (300µg de levonorgestrel ou 350µg de noréthistérone) et de 28 pilules (75µg de norgestrel). Selon leur mode d'action les microprogestatifs peuvent être classés en deux types : les microprogestatifs ayant uniquement une action contraceptive périphérique et ceux ayant à la fois une action anti gonadotrope et contraceptive périphérique. Effets secondaires : On note les métrorragies à type de spotting, les mastodynies, les kystes fonctionnels ovariens récidivants, et l'acné. Avantages : Son administration pendant l'allaitement 3 à 4 semaines après l'accouchement pour les femmes non allaitantes et 6 semaines après l'accouchement pour celles qui allaitent, est possible. Thèse de médecine 2020-2021 34 Figure 2 : Pilule progestative (norgestrel 75 µg) (23)

4.4.3. Contraceptifs injectables progestatifs (CIP) (9) (24) (25)

Définition : Les CIP sont des contraceptifs retard à base de progestérone seule sous forme injectable. Mécanisme d'action : Ils épaississent la glaire cervicale empêchant la pénétration des spermatozoïdes, atrophiaient l'endomètre rendant difficile la nidation, diminuent le transport du sperme dans le tractus génital supérieur et inhibent l'ovulation. Types : On distingue : L'acétate de dépo-medroxyprogestérone (DMPA) ou Dépo-Provera® dosé à 150mg et administré tous les trois mois ; L'énanthale de noréthistérone (NET-EN) ou Noristerat® dosé à 200mg et donné tous les deux mois. Avantages : C'est une méthode très efficace, confidentielle, réversible dont la durée moyenne de protection est de deux ou trois mois par injection. Elle n'interfère pas avec les rapports sexuels ; n'affectent pas la quantité et la qualité du lait du sein ; aide à empêcher les cancers de l'endomètre, des ovaires, les fibromes et prévient l'anémie ferriprive. Elle rend

moins fréquente et moins douloureuse les crises de drépanocytose, les convulsions chez les femmes épileptiques et peut être employée par les mères allaitantes dès 6 semaines après l'accouchement. Enfin elle est dépourvue d'effets secondaires dus à un œstrogène et peut être employée à n'importe quel âge.

Inconvénients : Les effets secondaires fréquents (ne sont pas des signes de maladie), le gain de poids en moyenne de 1 à 2 kg, le retard du retour à la fécondité, l'existence d'une nouvelle injection tous les 2 à 3 mois et l'absence de protection contre les maladies sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA sont les principaux inconvénients. Effets secondaires : Ces effets sont constitués par les céphalées, la sensibilité des seins, les sauts d'humeur, les nausées, la chute des cheveux, la diminution de la libido, l'acné et les troubles du cycle menstruel (métrorragies, aménorrhée secondaire réversible, hyperménorrhée). Figure 3: Dépo-provera 150mg (26)

4.5. Implants : (Norplant®, Jadelle®, Implanon®) (24) (27) (28)

C'est une méthode contraceptive composée de capsules fines souples, remplies de levonorgestrel (progestatif) insérées sous la peau à la partie supérieure du bras par une petite incision sous anesthésie locale. Mécanisme d'action : Le lévonorgestrel est libéré lentement, à rythme régulier, et à très faible dose ; ce qui assure l'épaississement de la glaire cervicale, le blocage de l'ovulation, l'atrophie de l'endomètre et le ralentissement du transport du sperme dans le tractus génital supérieur. Types : On distingue, le Norplant® avec six capsules dosées à 36mg de lévonorgestrel par capsule, la Jadelle® avec deux capsules libérant progressivement du lévonorgestrel et l'Implanon® avec une capsule contenant 68 mg d'étonogestrel, métabolite actif du désogestrel. 36 Avantages : Les implants sont très efficaces (l'efficacité est proche de 100% chez les adolescents dont l'IMC est inférieur à 25) et ont une longue durée d'action. L'effet contraceptif est immédiat quand il est inséré dans les cinq premiers jours du cycle et disparaît dans la semaine suivant le retrait. Ils ont aussi l'avantage d'éviter les échecs provoqués par le retard d'une prise orale, de ne pas gêner les rapports sexuels et de réduire

la fréquence et la douleur des crises de drépanocytose. Inconvénients : Il nécessite un prestataire qualifié pour son insertion et son retrait. Il n'assure aucune protection contre les IST/SIDA. Il a une tolérance clinique très variable. Effets secondaires : En plus des effets secondaires des contraceptifs injectables, on peut citer le changement d'appétit et l'infection du site d'insertion. Figure 4 : Implant jadelle (les deux brins ou tiges de l'implant en bas et en haut le trocart pour l'insertion sous cutanée) (29)

4.6. Patchs dermiques (patch evra®) (27)

Il s'agit d'une contraception hormonale oestroprogestative non orale. Ils contiennent 600 microgrammes d'ethinylestradiol (ee) et 6 mg de norelgestromine. Ils délivrent quotidiennement 150µg de norelgestromine et 20µg d'ee. Ils agissent en inhibant l'ovulation et en altérant la glaire cervicale et l'endomètre. Ils ont les mêmes indications et contre-indications que les oestroprogestatifs oraux. Ils sont généralement appliqués sur les fesses, l'abdomen, la face externe des bras et la partie supérieure du torse et jamais sur le sein. Ils sont mis en place pour une semaine et ce, trois semaines consécutives sur quatre. Pour la première utilisation : un patch par semaine en commençant le premier jour des règles, ainsi les jours d'application sont le : 1er, 8eme, 15eme jour du cycle et une semaine libre (22eme jour au 28eme jour). Figure 5 : patch dermique (à coller sur la paroi abdominale à la hauteur de l'ombilic) (30)

4.7. Anneau vaginal oestroprogestatif (nuvaring®) (24)

La voie vaginale autorise de faibles doses d'œstrogènes et de progestatifs permettant d'atteindre des taux sanguins très stables en quelques jours. C'est un anneau souple, transparent et incolore. Il délivre quotidiennement 120µg d'etonorgestrel, métabolite actif du desogestrel et 15µg d'ee. L'anneau est mis en place, par la patiente, pour une durée de trois semaines consécutives, puis retire pendant sept jours avant la pose d'un nouveau dispositif. Son action contraceptive est due essentiellement à l'inhibition de l'ovulation. La tolérance clinique est comparable à celle des oestroprogestatifs minidoses. Il a les mêmes contre-

indications que les contraceptifs oraux combinés (cocfigure 6 : anneau vaginal (31)

4.8. Contraception d'urgence ou contraception du lendemain (28) (32)

Elle est à prendre le plus rapidement après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'accident de contraception (déchirure de préservatif, oubli de comprimés sur la plaquette de pilules...).

Les effets secondaires sont les mêmes que ceux de la contraception classique mais beaucoup plus accentués. La contraception d'urgence agit en bloquant l'ovulation, la fécondation, la migration ou même la nidation. De nombreux contraceptifs peuvent être utilisés à cet effet : les coc, les pilules progestatives, les œstrogènes, les anti-progestatifs et le DIU. La principale contre-indication est la grossesse. figure 7 : pilule d'urgence ou la pilule du lendemain (lévonorgestrel) (33)

4.9. Contraceptifs hormonaux masculins (34)

Les méthodes inhibant la spermatogenèse les méthodes de contraception masculine hormonale et thermique ont pour points communs d'être basées sur l'inhibition de la spermatogenèse (en vue de diminuer la concentration en spermatozoïdes dans le sperme sous le seuil contraceptif), d'être réversibles et de ne pas impacter l'acte sexuel. La testostérone en monothérapie, qui freine l'axe hypothalamohypophysaire grâce au rétrocontrôle négatif : injection de 200 mg I.M d'enantate de testostérone hebdomadaire, injection de 500 mg I.M d'undecanoate de testostérone mensuelle (forme à libération prolongée). Les pistes de recherche prometteuses dans un futur plus ou moins proche : approche hormonale (la pilule masculine de demain), il s'agit des dérivés de la 19-nortestosterone ayant une double affinité pour les récepteurs des androgènes et des progestatifs : la dimethandrolone undecanoate (dmau) qui entraîne une inhibition des gonadotrophines à partir de 200 mg per os par jour ; la 11- β mntdc (11-beta-methyl-19-nortestosterone-17-beta -dode-cylcarbonate) en administration orale quotidienne. D'autres approches non hormonales (immunothérapie, risug/vasalgel, les indenopyridines, les dérivés du lonidamide,

les canaux ioniques calciques et potassiques, les aquaporines...) sont en cours de développement.

4.10. Méthodes locales

Les méthodes locales sont constituées des méthodes de barrière et du stérilet.

4.10.1. Méthodes de barrière (24)

Définition : les méthodes de barrière empêchent les spermatozoïdes d'atteindre le tractus génital féminin soit en bloquant leur entrée ou en les détruisant. Type Les méthodes de barrière mécanique bloquent l'entrée des spermatozoïdes dans le tractus génital de la femme. Ce sont : o Le préservatif masculin ou condom ; o Le préservatif féminin ; o Le diaphragme ; o La cape cervicale ; o Les éponges. Les méthodes de barrière chimique ou spermicides inactivent ou détruisent les spermatozoïdes.

4.10.1.1. Préservatif ou condom masculin (20)

Définition : Ce sont des fines gaines en caoutchouc, en vinyle ou en produits naturels pouvant être traitées avec un spermicide pour une protection supplémentaire. Elles sont placées sur le pénis en érection. Types : On distingue les préservatifs : en latex (caoutchouc), plastique (vinyle), naturels (produits d'animaux). Mode d'action : Ils empêchent les spermatozoïdes et tout organisme pathogène du sperme de pénétrer dans le vagin et inversement empêchent tout organisme pathogène du vagin de pénétrer dans le pénis. Figure 8 : Préservatif masculin (35)

4.10.1.2. Préservatif féminin (36)

Définition : C'est une fine membrane de polyuréthane. Il est muni d'un anneau flexible à chaque extrémité ; l'anneau intérieur sert à insérer le condom et à le maintenir en place. Mode d'action : Il agit en empêchant les spermatozoïdes et tout organisme pathogène du sperme de pénétrer dans le vagin et inversement empêchent tout organisme pathogène du vagin de pénétrer dans le pénis. Thèse de médecine 2020-2021 41 Avantages : Il protège contre la grossesse et les IST/SIDA Inconvénients : Il reste d'utilisation délicate en raison du maniement

intra vaginal qui nécessite une bonne connaissance de l'appareil génital féminin. Il coûte plus cher que le préservatif masculin et fait du bruit au cours des relations sexuelles. Il a un impact socio sexuel car certaines femmes pensent que le préservatif est contaminé par le VIH ou que le lubrifiant pouvait causer des stérilités ou infections. Certains hommes craignent que les femmes ne s'emparent du sperme recueilli dans le préservatif et le confient ensuite à un sorcier dans le but de leur jeter un sort.

4.10.1.3. Le diaphragme (20) (24)

Définition : C'est un capuchon en latex (caoutchouc) en forme de dôme qui est inséré dans le vagin avant le rapport sexuel et qui couvre le col. Types : Il existe trois types de diaphragmes : le ressort à lame (bande plate de métal), le ressort à boudin (fil métallique spiralé), le ressort à arceau (ressort à combinaison de métal). Mode d'action : Le diaphragme empêche les spermatozoïdes d'arriver dans le tractus génital supérieur (utérus et trompes de Fallope) et sert de collecteur de spermicide. Son action est renforcée par la fonction spermicide de la crème ou de la gelée. Figure 9 : Diaphragme (37) a : Vue de profile du diaphragme b : Vue antérieure du diaphragme a b

4.10.1.4. Cape cervicale (25)

Elle ressemble au diaphragme mais est plus petite. Elle empêche les spermatozoïdes de pénétrer dans le tractus génital supérieur (utérus et trompes de Fallope) et sert de collecteur de spermicide. Elle a les mêmes indications et les mêmes contre-indications que le diaphragme. Figure 10 : Cape cervicale (38)

4.10.1.5. Éponge contraceptive

L'éponge jetable recouvre le col de l'utérus et contient un spermicide qui détruit les spermatozoïdes. Elles sont aussi appelées Protectaid® ou Pharmatex today® sur le marché américain. Elles agissent en obstruant le col utérin, en absorbant les spermatozoïdes et en libérant les spermicides. Figure 11 : Éponge contraceptive spermicide (39) Tableau 1 : Avantages, inconvénients, et effets secondaires des différentes méthodes de barrière. Méthodes Effets secondaires Avantages

Inconvénients Préservatif masculin Diminution du plaisir sexuel Réactions allergiques et d'irritations Efficace, disponible, faible coût, accès facile, protège contre les IST/SIDA, prolonge l'érection et le temps de l'éjaculation, pas d'effets secondaires systémiques Risque de déchirure, nécessité d'une forte motivation, gêne à la manipulation des organes génitaux Préservatif féminin Diminution du plaisir sexuel Réactions allergiques et d'irritations Efficace si correctement utilisé, protège contre les IST/SIDA Coût relativement élevé, nécessité d'une connaissance de l'appareil génital féminin, impact socio culturel Diaphragme Infections des voies urinaires, réactions allergiques, syndrome de choc toxique, pertes et lésions vaginales Efficace, n'affecte pas l'allaitement maternel, n'interfère pas avec les rapports sexuels, n'a pas d'effets secondaires systémiques, permet les rapports sexuels pendant les menstrues Efficacité modérée, nécessité d'un examen gynécologique par un prestataire formé et d'un spermicide pour chaque utilisation Cape cervicale Infections des voies urinaires, réactions allergiques, syndrome de choc toxique Efficacité dépend de la durée d'utilisation, pas d'effet sur la composition du lait maternel Moins efficace chez les femmes ayant eu des enfants, nécessite un spermicide et un examen gynécologique Éponges - Le spermicide si l'éponge inséré des heures plus tôt, tue les germes pathogènes, IST/SIDA Irritations et lésions vaginales pouvant être cause d'infections

4.11. Méthodes chimiques

Les spermicides (20)

Définition : Les spermicides sont des produits chimiques. C'est généralement le Nonoxynol-9 qui, introduit dans le vagin avant le rapport sexuel, inactive ou tue les spermatozoïdes.

Types : On distingue les aérosols (mousses), les tablettes vaginales, les suppositoires ou films dissolvants et les crèmes. π

Mode d'action : Ces méthodes désagrègent la membrane cellulaire des spermatozoïdes et diminuent leur mouvement (mobilité et motilité) et leur capacité à fertiliser l'ovule.

⊗ Avantages : Elles sont efficaces immédiatement (mousse ou crème) et d'utilisation facile. Elles n'interfèrent pas avec l'allaitement maternel et peuvent être utilisées comme appoint à d'autres méthodes. Les spermicides sont dénués d'effets secondaires systémiques, augmentent l'humidité (lubrification) pendant les rapports sexuels et protègent contre les ITG et les IST. Ils sont disponibles sans ordonnance et sans bilan médical. ⊗ Inconvénients : Pendant la première année d'utilisation, les spermicides sont modérément efficaces (3 à 21% de grossesse). Il est nécessaire de les appliquer 10 à 15 minutes avant d'avoir le rapport sexuel (tablette de mousse vaginale, suppositoire et film) et chaque application n'est efficace que pendant une à deux heures. Les produits doivent être disponibles avant chaque rapport sexuel. ⊗ Effets secondaires : Les effets secondaires sont une réaction de type irritation vaginale et pénienne, de sensation gênante de chaleur dans le vagin et de non-fonte des tablettes et de mousse vaginale.

4.12. Dispositif intra utérin (diu) ou stérilet (24) (25) (36) (40)

Définition Le DIU est un petit dispositif souple inséré dans la cavité utérine. Les nouveaux types sont faits en plastique et sont médicamenteux, libérant de petites quantités de cuivre et de progestatifs.

Types : Il en existe deux : Les DIU dits actifs, diffusant des hormones, du cuivre ou de l'argent dans la cavité utérine : o Les DIU libérant du cuivre : Tcu 380 A, Nova T®, Multiload 375, Tcu220, Cooper T300 Multiload 250 au cuivre 200 o Les DIU libérant un progestatif : minera, levonova (LNG-20) ; Les DIU dits inertes : Boucles de LIPPES, SAF. T.Coil.

Mode d'action Le mode d'action est fonction du type de DIU. Le DIU libérant le cuivre agit par des réactions enzymatiques, leucocytaires et macrophages sur l'endomètre empêchant la nidation. Il inhibe également les mouvements des

spermatozoïdes dans le tractus génital de la femme. Celui libérant un progestatif épaissit la glaire cervicale et entraîne une atrophie de l'endomètre. Effets secondaires et complications Quelques effets secondaires ont été observés chez certaines utilisatrices : métrorragies, anémie, dysménorrhées, perforation de la paroi de l'utérus.

Avantages Le DIU est une méthode très efficace immédiatement et a un effet durable (jusqu'à 10 ans avec Tcu 380A). Il ne gêne pas les rapports sexuels, n'affecte pas l'allaitement maternel, n'interagit pas avec les médicaments et entraîne le retour immédiat à la fécondité après le retrait. Il comporte peu d'effets secondaires et diminue les crampes menstruelles, les saignements menstruels (libérant un progestatif).

Inconvénients La pose de DIU entraîne :

- Le changement menstruel (habituel durant les trois premiers mois mais il a tendance à diminuer après trois mois) : règles plus longues et plus abondantes (ménorragies); saignement entre les règles (métrorragies) ; des crampes et des douleurs durant les règles (dysménorrhées);
- Un risque de grossesse extra-utérine (GEU) ;
- La sensation du fil par l'homme lors des rapports sexuels. Figure 12 : Le stérilet hormonal (progestatif) à gauche et le stérilet à cuivre à droite (40) **4.14.**

Contraception naturelle

Définition Les méthodes naturelles comprennent l'ensemble des méthodes basées sur la capacité du couple à identifier la phase fertile au cours de chaque cycle menstruel et à s'abstenir de rapports sexuels durant cette période ou à l'utiliser pour concevoir.

Différentes méthodes ce sont :

- La méthode du calendrier ;
- La méthode de la température basale du corps (TBC) ;
- La méthode de la glaire cervicale ;
- La méthode sympto-thermique,

- La méthode d'auto observation ;
- La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA);
- La méthode du collier ou méthode des jours fixes.

NB : il est important d'expliquer à la patiente que les rapports sexuels sont à éviter pendant la phase du cycle menstruel où la conception est la plus probable.

4.12.1. Méthode du calendrier (25)

La méthode du calendrier est une méthode contraceptive permettant de déterminer les périodes fertiles à partir d'un calcul fait sur les cycles menstruels précédents. Il faut avoir noté au moins six (06) cycles consécutifs pour pouvoir déterminer la période féconde. La femme doit soustraire 18 de la durée du cycle le plus court qu'elle a enregistré, elle obtient ainsi l'estimation du 1er jour de sa période féconde. Le couple évite les rapports sexuels, emploie une méthode mécanique ou a recours au retrait pendant la période féconde. Exemple : si les cycles enregistrés varient de 26 à 32 jours ;

- $28-18 = 8$, elle commence à éviter les rapports non protégés le 8ème jour.
- $32 - 11 = 21$, elle peut avoir de nouveau des rapports sexuels non protégés après le 21ème jour.

4.12.2. Méthode de la température de base du corps

Elle repose sur l'augmentation de la température corporelle observée après l'ovulation. Son principe est que la température doit être prise tous les jours à la même heure avant la levée du lit, avec toujours le même thermomètre et la même voie de prise (buccale, rectale ou vaginale). Aussi la femme doit savoir comment lire le thermomètre et consigner sa température sur un graphique spécial. Elle doit également savoir que sa température augmente de $0,2^{\circ}\text{C}$ à $0,5^{\circ}\text{C}$ au moment de l'ovulation. La femme doit alors s'abstenir de rapport sexuel à compter du 1er jour des règles jusqu'à ce que sa température dépasse sa température ordinaire et reste à ce niveau pendant trois jours consécutifs entiers, cela correspond à la fin de l'ovulation.

Certains facteurs ont une influence sur la courbe thermique tels que :

- La prise de la température à des heures variées et quand les conditions ne sont pas respectées ;
- Toute maladie pouvant occasionner une fièvre ;
- Le changement d'environnement ;
- La mauvaise nuit, le stress, l'insomnie ;
- La prise d'alcool.

4.12.3. Méthode de la glaire cervicale

Elle est basée sur l'observation et l'interprétation des changements cycliques de la glaire cervicale se produisant sous l'influence des variations des hormones. La cliente doit être informée sur les périodes sèches et humides de son cycle. La période sèche est inféconde. La période humide est féconde, c'est la période à laquelle la femme observe des sécrétions glissantes, humides ou étirables. **4.14.4.**

Méthode sympto-thermique

C'est l'association de la méthode thermique et de celle de la glaire cervicale.

4.14.5. Méthode d'auto-observation (MAO)

La méthode d'auto-évaluation est acceptée par l'islam et le christianisme. Elle intervient dans le traitement de l'infertilité, permet le retour à la fécondité immédiate et la connaissance du système reproducteur féminin par le couple. Elle n'a pas d'effets secondaires locaux et systémiques et son coût est presque nul. Une fois que la méthode est maîtrisée, il n'y a plus nécessité d'une assistance de prestataires. C'est une méthode dont l'efficacité moindre, nécessite une période d'apprentissage, une observation et d'un enregistrement quotidien de signes de fécondité. La période d'abstinence parfois longue, la glaire ovulatoire difficile à discerner en présence d'infection et la modification de la courbe thermique par certains partenaires. Elle ne protège pas contre les infections du tractus génital et est difficile d'utilisation chez les femmes ayant un cycle menstruel irrégulier.

4.12.6. Méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée (MAMA) (1)

Définition : C'est une méthode de contraception qui repose sur l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois du post-partum. Elle est basée sur

l'effet physiologique de l'allaitement dans la suppression de l'ovulation. Elle utilise l'infécondité temporaire au moment de l'allaitement maternel. Mécanisme d'action : La succion du mamelon par le bébé stimule l'hypophyse qui produit la prolactine ; celle-ci agit sur les ovaires et entraîne un blocage de l'ovulation.

Avantage : En plus des avantages contraceptifs, elle a des avantages pour l'enfant, la mère et la société. Pour la mère, elle permet une meilleure involution utérine, un établissement de liens solides entre la mère et l'enfant et a un avantage contraceptif. En plus, le risque de cancer du sein et des ovaires est amoindri. Pour l'enfant, elle permet la protection contre les infections et les allergies et assure un meilleur développement psychomoteur, affectif et social. Pour la société, elle a un avantage économique. Inconvénients : L'efficacité de la MAMA après six mois est incertaine ; certaines circonstances sociales peuvent réduire son efficacité et/ou la rendre difficile. Elle n'assure aucune protection contre les MST/SIDA.

4.12.7. Méthode du collier ou méthodes des jours fixes (MJF) (11)

Définition : C'est une méthode naturelle qui consiste à éviter les rapports sexuels pendant la période féconde. Il s'agit d'un collier qui comporte 32 perles faites de trois couleurs (rouge, blanc, marron), chacune représentant un jour du cycle menstruel de la femme. Un anneau en caoutchouc que l'on peut déplacer indique chaque jour du cycle ; un cylindre avec une flèche montre la direction dans laquelle l'anneau doit être déplacé.

Mode d'action : Elle repose sur des faits physiologiques, à savoir la période féconde d'une femme commence 5 jours avant l'ovulation et dure jusqu'au jour de l'ovulation inclus. Les rapports sexuels sont à éviter pendant la période féconde qui s'étend du 8ème jour au 19ème jour du cycle menstruel. Avantages : Si elle est correctement utilisée, la MJF est efficace à plus de 95% pour prévenir la grossesse. Elle aide les femmes et les couples à éviter les grossesses non souhaitées car ils savent les jours où ils doivent éviter les rapports sexuels non protégés. Aussi, identifie-t-elle les jours 8 à 19 du cycle menstruel comme jours féconds, jours pendant lesquels une grossesse est très probable. C'est une méthode

simple, facile à enseigner, à apprendre et à utiliser. Elle a un faible coût et ne demande pas de prise de médicaments ou d'intervention chirurgicale. Enfin, elle n'a pas d'effets secondaires. Inconvénients : Elle n'assure aucune protection contre les IST/SIDA. Ainsi si l'un des partenaires au sein du couple court le risque de contracter une IST, la méthode n'est plus indiquée.

4.12.8 Autres méthodes naturelles

- Le coït interrompu ou retrait C'est une méthode de PF traditionnelle où l'homme retire entièrement son pénis du vagin de la femme avant d'éjaculer. Par conséquent, les spermatozoïdes n'entrent pas dans le vagin et la fécondation est évitée. C'est une méthode qui n'a pas de coût, qui peut diminuer le plaisir sexuel et ne protège pas contre les ITG ou autres MST.
- Le coït inter fémoral ;
- L'abstinence ;
- La douche vaginale.

4.13. Les dimensions morales et éthiques de la contraception :

Dans l'antiquité, l'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle ou collective, institutionnelle ou non, mais ne trouvant une opposition ou une annihilation que dans une structure morale d'essence religieuse, philosophique ou politique. (41)

4.14. Les dimensions religieuses et philosophiques de la contraception :

4.14.1. Christianisme et la contraception (42)

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

prescriptions communément admises au sein de l'église ancienne (et toujours en vigueur de l'église orthodoxe) ont eu pour effet objectif, une limitation des naissances. L'abstention de rapports sexuels durant la menstruation, durant la grossesse, mais également lors des jours et des périodes de carême (qui totalisent la moitié des jours d'une année), ainsi que les jours précédant la communion et la pratique de l'allaitement maternel. Le nombre de jours fertiles se trouvait ainsi considérablement réduit.

4.14.2. Islam et contraception

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 est la suivante : « la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture » (43). La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas (42). Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, alors les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite, ce qui n'est pas le cas. Le mariage est une association de deux libertés ; la femme n'est ni un objet sexuel, ni une machine à reproduire, c'est la volonté du couple librement qui décide de la progéniture comme de l'harmonie sexuelle et la contraception reste libre s'il le souhaite. Aucun texte de l'islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement (44)

4.15. Histoire de la contraception

4.15.1 Dans le monde

La limitation des naissances est présente depuis l'Antiquité. En effet, la contraception a sans doute existé dès la première ébauche d'organisation sociale, puisqu'elle se retrouve dans les populations les plus primitives. C'est une préoccupation nécessaire, indispensable à l'espèce humaine. Différents moyens furent utilisés pour limiter les naissances : mariages tardifs, tabous sexuels, infanticides, avortements, contraceptifs longtemps archaïques. En l'absence de connaissances anatomophysiologiques, les procédés contraceptifs et abortifs furent souvent confondus. C'est l'acquisition des techniques de contrôle de la procréation qui a permis de les dissocier, démontrant leurs rôles différents : prévenir une grossesse pour la contraception, correctif dans le cadre de l'avortement. Cependant, leur histoire et surtout leur légalisation est fortement liée (10). Contrôler les naissances n'est pas le privilège des sociétés modernes contemporaines. Déjà les Grecs anciens attachaient une importance toute particulière au contrôle de la fécondité, qui devait assurer la pérennité du système familial. De nombreuses tisanes étaient conseillées pour leur vertu contraceptive (écorce d'aubépine, feuille de lierre, de saule, de peuplier), ainsi que diverses méthodes de contraception mécanique (gomme de cèdre, suppositoire à la menthe poivrée et au miel). Des recettes des Grecs anciens à la pilule des années 70, en passant par l'avortement qui demeure longtemps le premier moyen de contraception (11).

4.15.2 En France

En France, la légalisation sur la contraception est associée au droit des femmes. Pour la sociologue Cécile Thomé, « la pilule est devenue la contraception par défaut » et son développement a laissé de côté la contraception masculine. L'association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (Ardecom), fondée en 1979, cherche à changer les mentalités à ce sujet (12). Dès son lancement en 1960, la direction du Mouvement français pour le

planning familial donne le feu vert pour l'importation et la vente des produits anticonceptionnels. "En quelques années, constate Isabelle Friedmann dans son livre, le Planning familial a su créer un état de fait". Le mouvement compte 100 000 adhérents dès 1965. Dans les cent centres et permanences, 450 médecins prescrivent alors des contraceptifs illégaux (13). Des résistances politiques, des projets de réforme avortés à partir de l'été 1962, la commission Prigent propose de réglementer la vente des contraceptifs, en interdisant la publicité, dans le respect de la jurisprudence, et de l'arrêt du 10 décembre 1965 de la Cour de Cassation, qui prohibe la vente des produits et objets anticonceptionnels, mais n'en interdit pas l'usage (13). Le Conseil de l'Ordre des médecins n'a jamais fait mystère de ses résistances à la contraception. Hostile aux initiatives du Mouvement Français pour le Planning Familial, il entretient le doute quant aux risques de cancer. Déçus, certains médecins refusent de payer leurs cotisations et forment le Groupe Information Santé (GIS) (13). Quant à l'Église, elle opère une timide ouverture par le discours aux sages-femmes italiennes du pape Pie XII qui a autorisé, en 1951, l'usage de la continence périodique durant la période féconde du cycle menstruel (14). La loi Neuwirth de 1967, adoptée par l'Assemblée nationale, autorise l'usage des contraceptifs, et notamment la contraception orale. Le gaulliste, Lucien Neuwirth mène un combat de longue date pour la libération de la contraception en France malgré l'opposition de la majorité de droite (15). La contraception se démocratise vers 1972 avec la création des centres de planifications et d'éducation familiale (CPEF), ont pour mission entre autres, de permettre aux mineurs un accès libre, gratuit et surtout anonyme à tous les types de contraceptifs ; le Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale.

4.15.3 En Afrique

En Afrique, la rencontre la plus importante en matière de santé maternelle et infantile et de PF est celle qui s'est tenue à Bamako (Mali) en septembre 1987. Il s'agissait de la 37^{ième} session du comité régional de l'Afrique pour l'initiative

de Bamako, rencontre qui a réuni presque tous les ministres africains de la santé. Le thème de cette rencontre était la santé des femmes et des enfants à travers le financement de la gestion des médicaments essentiels en ce qui concerne les communautés. Bien avant cette date, une série de conférences sur le thème « femmes et enfants » avait eu lieu dans différents pays africains. C'est surtout à la rencontre de l'Initiative de Bamako que les grandes lignes de politiques de PF ont commencé à se dessiner à travers des rencontres organisées dans différents pays africains. Les années 1990 ont été celles de symposiums sur la santé de la reproduction, la santé génésique, la santé sexuelle des individus, des couples et des familles. Ces différentes rencontres montrent l'intérêt régional porté à la SR et à la PF (7).

4.15.4 Au Mali :

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique culturel, économique et spirituel. Une nombreuse progéniture est source à la fois de richesse (maximum de bras travailleurs pour augmenter la production) et de bénédiction divine. La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme. Une femme doit avoir des enfants, mais il demeure également vrai que la survenue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) serait sujet de moqueries. Cependant, avoir des enfants hors mariage ou adultérins renvoie à un signe de mauvaise éducation et d'immoralité et la femme y paie plus que l'homme. 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 à trois ans. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement. On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs comme le "tafo"(1) (5). La fréquence de ces pratiques serait en diminution notamment dans le milieu

urbain. La société malienne contemporaine est prise en porte - à - faux entre les valeurs séculaires (culturelles, morales et religieuses) et les logiques postcoloniales d'une culture de la raison et de la liberté de l'individu selon le modèle d'humanisme progressiste hérité à la fois du colonialisme et de la révolution socialiste des années 1962. Nous retiendrons les principales dates de la politique de planning familial et de la pratique contraceptive au Mali (16). Le Mali a été l'un des premiers pays à adopter une attitude de tolérance vis-à-vis de la planification familiale (PF). Depuis 1971, une délégation malienne s'est rendue à Montréal au Canada pour participer à un séminaire sur la PF. Après le Mali a signé un accord avec les organisations de ce séminaire pour un projet d'assistance en PF pour quatre ans. À ce moment entre les approches démographiques et sanitaires du PF c'est l'approche sanitaire qui a été choisie en absence de paramètre démographique suffisamment maîtrisé de l'époque, c'est dans cet élan que l'association malienne pour la protection et la promotion de la famille (AMPPF) a été créé le 07 juin 1972. En 1972, le Mali abrogea la loi du 31 juillet 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisait la propagande anticonceptionnelle. Un centre pilote a été créé à Bamako par l'AMPPF dont l'objectif était l'espacement des naissances, la pratique du planning était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes et parentale pour les célibataires. En 1973, deux séminaires dont un interafricain sur l'éducation sexuelle et d'autre intersyndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako. 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 (URSS) sur les soins de santé primaire, 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 affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial. 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. 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 quatrième 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 et infantile et planning familial. Les principales lois relatives à la santé de la reproduction au Mali (4): Loi N° 02-044 du 24 Juin 2002 portant sur la santé de la reproduction avec le renforcement des droits de la femme en SR/ PF ; L'existence de la loi de 1920 qui interdisait la propagande anticonceptionnelle et l'avortement ; le statut légal de femme peu favorable à la santé de la reproduction au Mali. Il faut noter que le processus d'adoption de cette loi a bénéficié de l'engagement des parlementaires maliens et du réseau régional de parlementaires, de la collaboration des ministres en charge de la santé et de la femme, de la société civile, des juristes et aussi du soutien de partenaires comme l'USAID, l'UNFPA et Policy projet. La loi sur la santé de la reproduction est structurée en quatre titres et vingt-un article qui traitent de la définition(I), de la santé de la reproduction (II), des dispositions pénales (III) et des dispositions transitoires et finales (IV). Elle annonce deux décrets : le premier détermine les conditions et les modalités de fabrication des produits contraceptifs au Mali et le second fixant les conditions et modalités d'octroi de l'assistance particulière aux malades du sida ou personnes vivantes avec le VIH et les garanties de confidentialité. La loi relative à la santé de la reproduction annonce également deux arrêtés : Le premier portant sur la liste des produits, des méthodes et des moyens de contraception légalement approuvés et le deuxième inter ministériel, fixant les conditions d'importation des produits contraceptifs.

5. Définitions opérationnelles :

Connaissances : elle a été définie à travers les réponses provenant des questions comme :avoir entendu parler de la contraception (oui ou non), signification de la contraception (choix multiple), source d'information sur la contraception (choix multiple), source d'approvisionnement en méthodes contraceptives (choix multiple), existence de service de PF (oui ou non), estimation de l'intervalle inter gènesique (choix multiple), connaissance d'au moins un risque de non pratique d'avortement clandestin (oui ou non), niveau de connaissance de risque de pratique d'avortement : définie par l'échelle de Lickert (niveau de connaissances élevé, peu de connaissances, très peu de connaissances).

Attitudes : elle a été définie par les raisons de non fréquentation des services de PF (choix multiples), appréciation de la contraception (oui ou non), raisons de non appréciation de la contraception (choix multiple), opinion sur les avortements clandestins (approuve, désapprouve, pas d'opinion), présence de partenaire sexuel (oui, non, pas de réponse), habitude de parler de sexualité et de méthodes de contraception (oui, non, pas de réponse), le préservatif diminue le plaisir sexuel (oui, non, pas réponse).

Pratiques : Elle a été déterminée par l'utilisation de méthodes de contraception (oui, non, sans avis), fréquentation des services de PF (oui ou non), habitude d'avoir un partenaire sexuel occasionnel (oui, non, pas de réponse), à cette occasion vous avez utilisé le préservatif (oui, non, pas de répons

Jeune est une classe d'âge réunissant l'enfance et l'adolescence du début de la puberté a la majorité, auxquelles s'ajoute, dans les pays développés, une période entre la majorité et l'âge de 25 voire 30 ans durant laquelle les individus sont habituellement qualifiés de jeunes adultes

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

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1-1 Le cadre de l'étude :

Notre étude a eu lieu à Kati au camp Soundiata.

Le camp Soundiata de Kati est situé dans la commune urbaine de Kati et est limité:

- au Nord par le quartier Lukezy.
- à l'Est par le quartier Fouga (sanafara-extension).
- au Sud par le quartier Sanafara
- à l'Ouest par le quartier Samakebougou.

Le cercle de Kati compte une population de 681.872 habitants répartie entre villages et communes. Elle est surtout caractérisée par le cosmopolitisme de sa jeunesse à 42%. La ville de Kati, de par sa situation géographique et stratégique (3ème région militaire du Mali) demeure un carrefour de rencontre de toutes les couches socio-économiques et culturelles du Mali avec : les Bambaras (autochtones), les Malinkés, les peulhs, les Dogons, les Bobos, les Sarakolés, les Maures, les Mossis, les Khassonkés, les Sonrhais, les Ouolofs, les Sénoufos. Le dialecte majoritaire est le Bambara. On y trouve plusieurs confessions religieuses dont : les musulmans (89%), les chrétiens (8%), et les animistes (3%). (Selon l'article sur la présentation de la commune de Kati année 2007).

1.2 Type d'étude :

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

1.3 Période d'étude :

Le recueil des informations s'est étalé sur la période allant du 1^{er} janvier au 30 Mai 2022.

1.3.1 Population d'étude :

Notre étude a été menée chez Les jeunes de 15 à 24 ans résident au camp Soundiata de Kati.

1.3.2 Critères d'inclusion :

Les jeunes de 15 à 24 ans résident au camp soundiata de Kati au moment de l'étude et ayant donné leur consentement pour participer à l'étude.

1.3.3 Critères de non-inclusion :

- les jeunes de moins de 15ans
- les jeunes de plus de plus de 25 ans
- les jeunes non résident au camp.
- les jeunes non consentant.

1-4 Recueil de données et échantillonnage :

1-4-1 Procédures de collecte des données

L'enquête s'est déroulée dans le camp Soundiata de Kati. Etant déjà un résident du camp et membre de la jeunesse, nous avons facilement pris contact avec le président de la jeunesse du camp qui nous a beaucoup aide à atteindre notre cible. L'enquêteur expliquait l'objet et les objectifs de l'étude aux participants chaque fois qu'il les rencontrait.

A la suite des explications fournies par l'enquêteur, il remettait à l'enquêté un formulaire de consentement fournissant des détails sur les principes éthiques. Celui-ci avait la latitude de lire directement le contenu de la fiche. Pour les personnes non lettrées, une seconde option consistait pour l'enquêteur à traduire le contenu du formulaire en bambara

1-4-2 Les données quantitatives

Pour le volet quantitatif, nous avons procédé à un échantillonnage par convenance (non probabiliste) pour recruter les participants à notre étude. Tous les jeunes âgés de 15 à 24 ans résidant dans le camp Soundiata qui ont accepté de participer à notre étude ont été inclus durant la période d'étude.

Notre étude a porté sur un échantillon de 100 jeunes.

Ces données ont été recueillies avec un questionnaire individuel. Pour les participants non instruits, les questions ont été expliqué en langue local.

1-4-3 Les données qualitatives :

Elles ont été recueillies à partir des entretiens semi – directifs et des focus groupes. Des guides d’entretiens individuels et de focus group ont été utilisés pour recueillir les données. Les entretiens ont porté sur plusieurs thématiques notamment qu’est-ce que c’est la contraception ? Quels sont les méthodes contraceptives modernes que vous connaissez personnellement ? Quelle est l’utilité des méthodes contraceptives d’une manière générale ?

Pour la collecte des données qualitatives, nous avons sélectionné les 20 premières personnes interrogées dans le cadre de l’enquête quantitative. Ce nombre comprend 7 hommes et 13 femmes âgés de 15 à 24 ans. Leur niveau scolaire variait entre le primaire et le secondaire

Tous les entretiens individuels et les focus group ont été intégralement enregistrés à l’aide du téléphone. Ces enregistrements ont ensuite été transcrits et classés par type de collecte (entretiens individuel et focus group) pour permettre leur analyse.

1.4 -4Les considérations éthiques de l’enquête :

La participation à l’étude a été volontaire, les questions de cette étude étant de caractère à toucher l’intimité des personnes enquêtées, une explication préalable du but de l’enquête leur a été faite. Toutes les personnes enquêtées ont donné leur consentement verbal avant qu’une copie du formulaire ne leur soit donnée à remplir. Aucun nom n’était associé aux données à collecter. Les données collectées n’étaient accessibles qu’à l’investigateur de l’étude. Aucune compensation n’était prévue pour la participation à cette étude.

2 Analyse des données :

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

Les logiciels suivants ont servi à la saisie du rapport et à l’exploitation des données.

- SPSS : logiciel d’épidémiologie pour la saisie et l’analyse des données.
- Excel : tableur utilisé pour les graphiques et les tableaux.

- Word : traitement de texte pour la saisie.

Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu basée sur le repérage des thèmes les plus pertinents et leurs interprétations.

RESULTATS

Résultats

1. Résultats Quantitatifs

❖ Données socio-démographiques

Tableau I : répartition des jeunes selon l'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
15- 18 ans	25	25%
19- 21 ans	43	43%
22- 24 ans	32	32%
Total	100	100%

La tranche d'âge 19- 21 ans était la plus représentée soit 43%

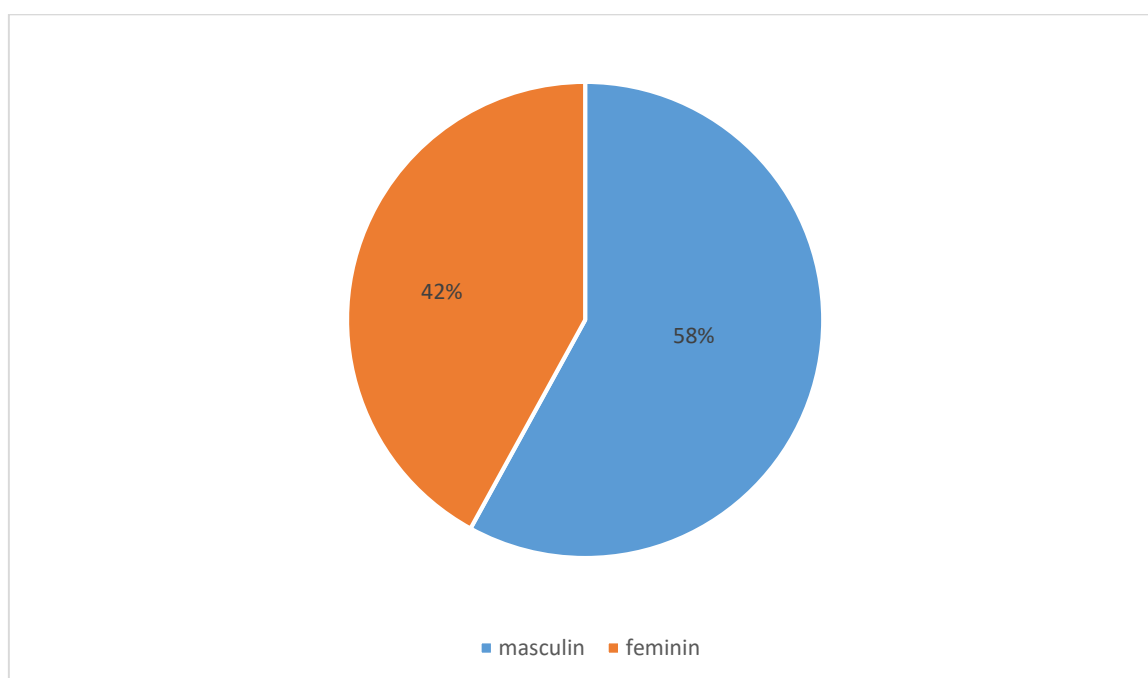


Figure 1 : Répartition selon le sexe

Le sexe masculin était plus représenté soit 58%

Tableau II : Répartition en fonction du statut matrimonial

STATUT	Effectif	Pourcentage (%)
MATRIMONIAL		
Marié	37	37
Célibataire	63	63
TOTAL	100	100

Les célibataires étaient les plus représentés avec 63%.

Tableau III: Répartition en fonction de la religion

Religion	Effectif	Pourcentage (%)
MUSULMAN	85	85
CHRETIEN	13	13
Animiste	2	2

La religion musulmane prédominait soit 85%.

Tableau IV: Répartition selon en fonction du niveau d'étude

NIVEAU D'INSTRUCTION	Effectif	Pourcentage (%)
ANALPHABETE	13	13
PRIMAIRE	34	34
SECONDAIRE	45	45
SUPERIEUR	8	8
TOTAL	100	100

Les jeunes du Secondaire avaient représenté 45% contre 8% du Supérieur.

Tableau V: répartition des jeunes selon qu'ils aient entendu parler de la planification familiale

As-tu déjà entendu parler de la PF	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	100	100
TOTAL	100	100

La totalité des jeunes avaient entendu parler de la planification familiale soit 100%

Tableau VI : répartition des jeunes selon leur connaissance du fait qu'on peut éviter une grossesse non désirée ou non

Peut-on éviter une grossesse non désirée	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	100	100
Non	0	0
Total	100	100

La totalité des jeunes interrogés ont affirmé qu'on peut éviter une grossesse non désirée. (n=100%)

Tableau VII: répartition des jeunes selon leur connaissance de l'existence ou non des moyens de contraceptifs chez l'homme

Pensez-vous qu'il existe les méthodes contraceptives chez l'homme	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	100	100
Non	0	0
TOTAL	100	100,00

Les jeunes connaissent à 100% qu'il existe une méthode contraceptive chez l'homme

Tableau VIII : répartition des jeunes selon leur connaissance des méthodes contraceptives citées chez l'homme

	Effectif	Pourcentage (%)
Préservatifs	100	100
vasectomie	0	0
Coït interrompu	0	0
Pas de méthodes citées	0	0
TOTAL	100	100,00

Le préservatif était la méthode la plus citée soit 100%

Tableau IX: répartition des jeunes selon leur connaissance de l'existence ou non des méthodes contraceptives chez la femme

Connaissez-vous les méthodes contraceptives chez la femme	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	100	100
Non	0	0
TOTAL	100	100,00

Les jeunes connaissaient a 100% l'existence des méthodes contraceptives chez la femme

Tableau X: répartition des jeunes selon leur connaissance des méthodes contraceptives citées chez la femme

	Effectif	Pourcentage
Préservatif	2	2%
Pilule	33	33%
Collier	5	5%
Injectable	30	30%
Autres méthodes citées	30	30
Pas de méthodes citées	0	0%
Total	100	100%

La méthode la plus citée était les pilules soit 33% contre 2% pour les préservatifs

Tableau XI: répartition des jeunes selon leur lieu d'approvisionnement en produits contraceptifs

	Effectif	Pourcentage(%)
Centre de sante	85	85
Boutique	10	10
Pharmacie	5	5
Autres à préciser	0	0
TOTAL	100	100,00

Le centre de santé était le lieu d'approvisionnement le plus cité soit 85%

Tableau XII: répartition des jeunes selon les moyens d'information sur les méthodes de contraception

	Effectif	Pourcentage
Causerie entre camarades	75	75%
Cours à l'école	3	3%
Radio	12	12%
Télévision	10	10%
Causerie avec les parents	0	0%
Autres	0	0%
TOTAL	100	100%

La causerie entre camarades était le moyen de renseignement le plus cité (75%) contre 0% avec les parents et 3% pour les cours à l'école

Tableau XIII: répartition des jeunes selon leurs perceptions de l'utilisation des moyens contraceptifs

	Effectif	
Pourcentage		
Contraire à la religion	10	10%
Politique pour réduire les bras valides	0	0%
facteur de débauche	15	15%
Espacement de naissance	70	70%
Prévention des IST	5	5%
TOTAL	100	100%

70% des jeunes pensent que la contraception est destinée à l'espacement des naissances

Tableau XIV: répartition des jeunes selon leur utilisation des méthodes contraceptives

	Effectif	pourcentage
Préservatif	40	40%
Pilule	15	15%
Collier	1	1%
Injection	20	20%
Autres méthodes	2	2%
Jamais utilisé	22	22%
TOTAL	100	100

Le préservatif était la méthode contraceptive la plus utilisée soit 40%

Tableau XV: répartition des jeunes selon leur perception de l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes mariées

	Effectif	pourcentage
Bonne chose	70	70%
Mauvaise chose	30	30%
Total	100	100%

70% des jeunes pensent que la contraception est une bonne chose en ce qui concerne les femmes mariées

Tableau XVI: répartition des jeunes selon leurs perceptions des jeunes filles célibataires qui utilisent la contraception

	Effectif	pourcentage
Bonne chose	80	80%
Mauvaise chose	20	20%
Total	100	100%

80% des jeunes enquêtés pensent que l'utilisation de la contraception par les filles célibataires est une bonne chose

Tableau XVII: répartition des jeunes selon l'attitude à adopter face aux femmes qui refusent d'utiliser la contraception

	Effectif	pourcentage
Nécessité de sensibilisation	80	80%
Continuer à refuser	20	20%
Total	100	100%

La sensibilisation est la recommandation la plus citée par les jeunes pour le changement de comportement de femmes face au refus de nombres d'entre elles d'utiliser la contraception

Tableau XVIII: répartition des jeunes selon qu'ils encouragent leur partenaire à utiliser ou non les méthodes contraceptives

	Effectif	pourcentage
Oui	60	60%
Non	40	40%
Total	100	100%

60% des jeunes encouragent leur partenaire à utiliser les méthodes contraceptives

Tableau XIX: répartition des jeunes selon les raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives par les femmes

	Effectif	pourcentage
Méconnaissance	20	20%
Stigmatisation	25	25%
Religion	20	20%
Opposition du Mari	10	10%
Opposition de la Famille proche	5	5%
Mal perçu par la Communauté	10	10%
Coût	5	5%
Ne savent pas où se le procurer	5	5%
Total	100	100%

Les principales raisons citées par les jeunes qui empêcheraient les femmes d'utiliser les méthodes contraceptives sont : La stigmatisation (25%), la méconnaissance (20%) et la religion (20%)

Tableau XX: Répartition des jeunes selon leur connaissance sur la disponibilité ou non des services de la PF au niveau des centres de santé communautaires

	Effectif	pourcentage
Oui	100	100%
Non	0	0%
Total	100	100%

La totalité des jeunes connaissaient la disponibilité des services de la PF au niveau des centres de santé communautaires

Tableau XXI : Répartition des jeunes selon qu'ils discutent ou non de la contraception avec leur conjoint ou partenaire sexuel

	Effectif	Pourcentage
Oui	30	30%
Non	70	70%
Total	100	100%

70% des jeunes ne discutaient pas de la contraception avec leur conjoint ou partenaire sexuel contre 30% affirmant qu'ils en discutent avec leur conjoint ou partenaire sexuel.

Tableau XXII: Répartition des jeunes selon qui choisit /Décide de l'utilisation de la méthode contraceptive

	Effectif	pourcentage
Mari ou partenaire sexuel	40	40%
Décision personnelle	55	55%
Décision concertée	5	5%
Total	100	100%

55% des jeunes choisissaient/décidaient eux-mêmes de l'utilisation de la méthode contraceptive contre 5% affirmant que c'est une décision concertée

Tableau XXIII: Répartition des jeunes selon qu'ils connaissent ou non l'existence de la pilule du lendemain

	Effectif	pourcentage
Oui	20	20%
Non	80	80%
Total	100	100%

80% des jeunes ne connaissaient pas la pilule de lendemain contre 20% affirmant qu'ils la connaissent

2- Données qualitatives

1-1. Connaissance de la contraception et des usages de la contraception

La plupart des jeunes ont trouvé que la contraception est un moyen d'éviter une grossesse.

De nos entretiens, nous pouvons dire que les jeunes ne connaissent pas ce que c'est la contraception.

La majorité des jeunes ont cité la pilule, la jabelle et le dépôt provera comme méthodes de contraceptions modernes

De façon générale, les jeunes pensent que les méthodes contraceptives permettent d'éviter une grossesse non désirée.

<< ça permet d'éviter les grossesses non désirées et mettre de l'espace entre les naissances>> (femme, 20 ans)

1-2. Attitudes et pratiques

De manière générale les préservatifs et dépôt provera (confiance) sont les méthodes contraceptives les plus utilisées par les jeunes

La plupart des jeunes estiment que ce sont des méthodes faciles et discrètes à utiliser.

<<le préservatif permet aussi d'éviter les IST et le dépôt provera est discret et facile à utiliser.>>

(Femme, 20 ans, célibataire)

La plupart des jeunes ont répondu que ce sont les femmes mariées qui doivent utiliser les méthodes contraceptives, car cela permet d'espacer les naissances et d'éviter les grossesses non désirées.

<<je pense que les méthodes contraceptives sont faites pour les femmes mariées car elles me permettent d'éviter des grossesses rapprochées et de bien prendre soin de mon enfant >>

(Femme, 24 ans, mariée)

De nos entretiens, les jeunes estiment par unanimité qu'on peut utiliser une méthode contraceptive dès l'âge de 16 ans. Ils trouvent que dès l'âge de 16 ans la plupart des jeunes sont sexuellement actifs.

<< Moi, j'ai eu mon premier rapport sexuel quand j'avais 16 ans et mon partenaire 17 ans >>

(Femme, 19 ans, célibataire)

En ce qui concerne l'utilisation des méthodes contraceptives, la plupart des jeunes pensent que c'est bénéfique pour les femmes et même pour les hommes car cela permet l'épanouissement de la société.

<< cela améliore leur condition socio-économique en permettant l'écart entre les naissances contrairement à ceux qui pensent que c'est un facteur de débauche >>

(Homme, 24 ans, Marié)

La plupart des jeunes ont une bonne impression vis à vis des personnes qui utilisent les méthodes de la contraception.

Par ailleurs quelques-uns pensent le contraire et disent que c'est un facteur de débauche et est interdit par la religion. Nous pouvons conclure que jusqu'à présent il y a des jeunes qui ont une pensée négative des utilisateurs des méthodes de contraception.

<< le fait que les méthodes de contraception empêchent les femmes de tomber enceinte, cela leur permet de commettre la fornication et l'adultère comme elles veulent >>

(Homme, 22 ans, célibataire)

De façon générale la plupart des jeunes rencontrent comme difficultés la prise de poids, la longue durée des menstrues.

<< vraiment la longue durée des règles me dérange tellement qu'en un moment j'ai voulu arrêter. >>

(Femme, 21 ans, célibataire)

De façon générale les jeunes se renseignent sur les méthodes de contraception à travers les causeries entre camarades, la radio, la télévision et souvent l'internet.

<< c'est mon copain qui m'a expliqué comment faire pour ma première fois l'utilisation d'un préservatif>>

(Homme de 21 ans, célibataire)

A ce niveau les difficultés sont souvent rencontrées à travers l'échange avec les parents.

<< je n'ai jamais discuté de la contraception avec mes parents>>

(Femme, 18 ans, célibataire)

Stratégies appropriées pour sensibiliser les jeunes

En ce qui concerne les stratégies appropriées pour sensibiliser les jeunes au sujet de la contraception la plupart des jeunes estiment qu'il faudrait créer des centres de rencontres des jeunes

Car ils estiment que cela serait un lieu où les jeunes pourraient se rencontrer et discuter entre eux en présence des personnels qualifiés pour mieux les guider

Relations familiales et relations de couple autour de la contraception

De nos entretiens la majorité des jeunes utilisent les méthodes de contraception à l'insu des membres de leur famille.

<< moi, si mon père apprend que j'utilise une méthode de contraception, il va me tuer>>

(Femme de 17ans, célibataire)

Quelques femmes mariées ont déclaré que leur mari serait au courant des méthodes utilisées.

<< moi, c'est mon mari qui m'amène au CSCOM pour l'utilisation d'une méthode contraceptive>>

(Femme de 23 ans, mariée)

Méthodes contraceptives non maîtrisées par les jeunes

La méthode de calendrier est la méthode contraceptive la moins maîtrisée par les jeunes qui ont participé à l'enquête. Ils ont très peu d'informations sur la fonction contraceptive de la méthode de calendrier. Une étudiante que nous avons interrogée a déclaré que c'est en fonction du nombre de jour du cycle menstruel sans parvenir à donner des détails

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Commentaires et discussion

1. Caractéristiques sociodémographiques :

1.1 Tranche d'âge et le sexe :

Au cours de notre étude la tranche d'âge la plus représentée a été 19-21 ans avec 43%. Ces chiffres se rapprochent de ceux trouvés par M. Diarra Yaya Fankélé dont la tranche la plus représentée était 19-22 ans soit 52,56% [45].

Les garçons étaient majoritaires par rapport aux filles avec 58% de l'effectif sans doute dû probablement à leur contact facile sur les questions de sexualité contrairement aux filles qui ont tendance à être un peu renfermées sur la question.

1.2 Statut matrimonial et Religion

Les célibataires ont représenté 63% des effectifs dans notre étude contre 37% pour les mariés et les musulmans étaient les plus représentés soit 85% contre 13% des chrétiens

2. Connaissances

Pour évaluer le niveau de connaissance des jeunes sur la contraception nous leur avons demandé s'ils avaient entendu parler de la contraception, les moyens de contraceptions et les sources d'information et d'approvisionnement en méthodes contraceptives.

Il en ressort que la totalité des jeunes avaient déjà entendu parler de contraception soit 100%. Ces propos sont justifiés dans l'EDS VI plus de neuf femmes sur dix (93 %) et plus de neuf hommes sur dix (96 %) ont déjà entendu parler d'une méthode contraceptive. (4) Ceci pourrait s'expliquer aussi par la fréquentation du milieu hospitalier et du personnel médical et par les diverses méthodes permettant une large diffusion d'information relative.

La bonne connaissance des moyens de contraceptions a été largement démontrée par les participants à l'étude. C'est ainsi que le préservatif a été le plus cité chez les hommes avec 100%, suivis de la pilule, les injectables et les implants chez les femmes avec respectivement (33%, 30% et 30%). Ce résultat est similaire à celui de l'EDS VI qui dit que les injectables (88 %), les implants (88 %), la pilule (87

%) et le condom masculin (79 %) sont les méthodes les plus connues par les femmes. Ces méthodes sont également les plus fréquemment citées par les hommes. **(4)**

Les principales sources d'information sur les méthodes de contraceptions modernes des jeunes du Camp de Kati étaient : la causerie avec les camarades avec (75%), la radio (12%) la télévision (10%) et les cours à l'école avec (3%). Ceci peut s'expliquer par le fait que les jeunes s'intéressent de moins en moins à la radio et à la télévision, ils préfèrent se retrouver au "grin" autour du "The" pour discuter des questions de vie.

L'étude menée par M. Diarra Yaya Fankélé estimait que les principales sources d'informations sur les méthodes de contraceptions modernes étaient les agents de santé (51,2%) les media (25,6%) l'école (14,8%) et les parents (3,8%). **(45)**

Le centre de santé était la principale source d'approvisionnement en méthodes contraceptives pour les jeunes dans 85% des cas suivi de la boutique avec 10% et de la pharmacie avec 5%. Ceci peut s'expliquer par le fait que les méthodes contraceptives sont plus disponibles dans les centres de santé et l'utilisation de certaines méthodes telle que la jadelle, le D.I.U et les injectables nécessite l'intervention d'un personnel de santé.

M. Falaye KANTE trouva dans son étude que le centre de sante était la principale source d'approvisionnement (74,5%). **(46)**

3. Attitudes et pratiques

Dans notre étude 70% des jeunes pensent que la contraception est une bonne chose en ce qui concerne les femmes mariées et 80% pensent la même chose en ce qui concerne les filles célibataires. Ils trouvent que la contraception permet aux filles célibataires d'éviter des grossesses non désirées et réduire les avortements multiples.

L'enquête qualitative a permis de connaitre aussi que la stigmatisation, la méconnaissance et la religion sont les raisons les plus citées par les jeunes qui font

que les femmes n'utilisent pas les méthodes de contraception. Ces raisons sont aussi citées chez M. Diarra Yaya Fankélé (45)

70% des jeunes ne discutent pas de la contraception avec leur conjoint et 55% des jeunes décident/choisissent eux-mêmes de l'utilisation de la méthode contraceptive. Ceci peut s'expliquer qu'au camp de Kati selon l'enquête qualitative, les hommes dû à leur préoccupation ne s'intéressent pas assez aux méthodes de contraception et d'autres mêmes sont contre.

80% des jeunes ne connaissent pas la pilule de lendemain. Ceci peut être dû au fait qu'il y a moins de campagne de sensibilisation autour de cette méthode

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

CONCLUSION

L'analyse descriptive des données de cette étude nous a permis de savoir que la notion de contraception est bien connue par la majorité des jeunes. Cependant, certaines méthodes sont plus connues que les autres chez les représentants de l'un et l'autre sexe. Les contraceptifs les plus communément utilisés comme les pilules, les implants, les injectables sont suffisamment connus alors que les contraceptifs d'usage moins répandus tels que les spermicides sont moins connus. L'application de la méthode de calendrier est peu maîtrisée notamment dans son lien avec le cycle menstruel. On note également une nette tendance à utiliser les contraceptifs modernes. Cependant, les rumeurs sur les effets secondaires constituent le motif de non utilisation le plus cité. Des actions d'information et de sensibilisation plus détaillées restent alors nécessaires et indispensables pour une utilisation optimale.

RECOMMANDATION

Au regard des résultats de notre étude, les recommandations suivantes ont été formulées et s'adressent respectivement :

AUX RESPONSABLES POLITIQUES

- Encourager les études et recherches sur les comportements sexuels des adolescentes.
- Subventionner les contraceptifs et les examens para cliniques pratiqués avant leur prescription.
- Organiser des campagnes de sensibilisation à travers l'étendue du territoire national pour une meilleure compréhension de ces méthodes contraceptives afin d'enrayer les rumeurs qui s'y propagent.

AUX PARENTS

- Eduquer les adolescentes sur la sexualité.
- Lever les tabous en ce qui concerne la sexualité.

AU PERSONNEL MEDICAL

- Être accueillant, attentif et disponible avec les adolescentes qui fréquentent les services de planning.
- Expliquer aux adolescentes que le préservatif est la seule méthode contraceptive qui protège contre les IST/SIDA.
- Mener un counseling spécifique et de suivi (la consultation médicale ne doit pas être de type demande de contraception, fourniture d'une ordonnance, mais nécessite un dialogue personnalisé avec la jeune fille).

AUX ADOLESCENTES

S'informer avant même la puberté des différentes modifications physiologiques de l'organisme afin de comprendre le cycle menstruel, l'acte sexuel, la contraception...etc.

REFERENCES

REFERENCES :

1. Banhero I, connaissances, attitudes et pratiques de la contraception en milieu étudiantin des universités publiques de la ville de Ouagadougou [Santé de la reproduction]. [Ouagadougou]: Ouagadougou; 2012. Disponible sur: www.thesesenafrique.imist.ma
2. Loaiza E, Liang M. Adolescent pregnancy: A Review of the evidence. New York: UNFPA.2003[2avr2020]. Disponible sur: <https://gsdrc.org/documentlibrary/adolescent-pregnancy-a-review-of-the-evidence/>
3. Damien Glez. Organisation Family Planning 2020; conférence internationale sur la population et développement à Nairobi. Société . 14 nov 2019 [25 août 2019]; Disponible sur: www.jeuneafrique.com
4. Institut National de la Statistique (INSTAT); 2019 sept [19 sept 2019]. Report No.: VI. Disponible sur: www.DHSprogram.com [EDSM-VI 2018. Enquête Démographique et de Santé 2018]. Mali:
5. CHANOU Y, Logiques d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes : le cas de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, de la Faculté de Pharmacie au Mali et de la Faculté des Sciences et de la Santé au Bénin. [Santé de la reproduction]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2014 [26 sept 2019]. Disponible sur: www.keneya.net
6. Traore If, Diop S, Chanou Y, Diawara Si, Diawara A. Contraception d'urgence chez les étudiantes en sante au Bénin et au Mali. Mali Med. 2016;(3):6.
7. Sogoba A, Etude de la connaissance et de la perception du planning familial dans le milieu universitaire : cas des étudiantes de la FMOS, FAPH, FSEG, FSJP. [Santé de la reproduction]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2015 [2 févr 2020]. Disponible sur: www.keneya.net
8. Pramilla S, Malcolm P. Atlas of contraception [Internet]. 2ème. London: Informa Healthcare; 2008 [16 janv 2020].Disponible sur: www.obgyn.onlinelibrary.wiley.com; www.informahealthcare.com

9. Serfaty D. Contraception 3e éd. 2007 [cité 11 nov. 2019]. (Paris MASSON).
Disponible sur: www.abebooks.fr
10. Netter A, Rozenbaum H. Histoire illustrée de la contraception de l'antiquité à nos jours . 1985 [15 janv 2020]. Disponible sur: www.livre-rare-book.com
11. Planning familial. Histoire des femmes, le corps et la sexualité. Contraception. [29 déc 2019]; Disponible sur: www.planning.familial.org
12. Valdayron F. 50 ans de la loi Neuwirth : et la pilule pour homme, c'est pour quand ? [19 déc. 2017]; Disponible sur: <https://www.marianne.net/societe/50-ans-de-la-loi-neuwirth-et-lapilule-pour-homme-c-est-pour-quand>
13. Chauveau.S, Les espoirs déçus de la loi Neuwirth dans la revue Femmes, Genre, Histoire. Clio. 4 déc 2006;16.
14. McClory R. Rome et la contraception. Histoire secrète de l'encyclique Humanae Vitae compte – rendu dans la revue Population de 1999 [18janv2020].
Disponible sur: www.persee.fr/issue/pop/0032-4663_1999_nom_54_2
15. Assemblée Nationale. Lucien Neuwirth base de données des députés français depuis 1789. Portail de la médecine . Disponible sur: www2.assemblee-nationale.fr
16. Samate S, évaluation des connaissances des étudiants de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie sur les moyens de contraception. [Mali]: FMOS Bamako; 2019 [cité 24 oct. 2019]. Disponible sur: www.keneya.net
17. Ashford L, Kashiwara H, Gwatkin D, Suliman ED. L'écart de santé entre les riches et les pauvres. Population Référence Bureau, Washington DC. juill. 2004;7.
18. Jadoul Pascal. La contraception moderne . Luxembourg; 2011 [cité 4 déc 2019]. 68 p. Disponible sur: www.docplayer.fr
19. Guindo A S, Évaluation de la qualité des services dans les six unités de PF des CSRéf du District de Bamako. [Thèse]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2005 [19 janv 2020]. Disponible sur: www.keneya.net

- 20.. Ouédraogo A, Bonane A, Toure T, Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception en milieu étudiantin des universités publiques de la ville de Ouaga-Connexion des personnels IRD. 4 nov. 2020 [4 nov. 2020]; Disponible sur: www.beep.ird.fr
- 21.Gabriel P, Leon P, Guide de thérapeutique Perlemuter . 10e édition. Elsevier/Masson; 2019 [cité 25 août 2020]. 2765 p. Disponible sur: www.unitheque.com
- 22.Linda. Minidril (pilule oestroprogestative). Suivi fonctionnel des kystes ovariens. 17 juill. 2012 [18 juin 2021]; Disponible sur: www.malaysianfrench.blogspot.com
- 23.Collectif de pharmaciens et le planning familial. Pilule progestative. [18 juin 2021]; Disponible sur: www.liberezmapilule.com/wp-content/uploads/2017/04/UG3epowe1492435210871.jpg
- 24.FAGE LAE. CHOISIR SA CONTRACEPTION ,Kit de mobilisation. 2015 2014;36.
- 25.Robert A. H, Rinehart W, Blackburn, Richard, Geller, Judith S, Shelton, James D et al. Elément de la technologie de la contraception : manuel à l'intention du personnel clinique/Robert A. Hatcher . (Publications; vol. XXIV). Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42377>
- 26.Agence France-Presse. Dépo-provera 150mg [Internet]. VIH: des risques d'infection accrus avec un contraceptif injectable. 2015 [20 juill. 2020]. Disponible sur: www.lapresse.ca
- 27.Donna S, Daniel RM Jr, The Handbook of Contraception . Donna Shoupe, Siri L Kjos. USA: Humana Press; 2006 [4 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.springer.com/series/7633>
- 28.Robin G, Massart P, Letombe B, en France la contraception des adolescentes en 2007. Elsevier. oct. 2007;35(10):951-67.
- 29.USAID. Implant jadelle . Une introduction aux technologies contraceptives. [20 juill. 2020]. Disponible sur: www.usaid.gov

30. LE journal des Femmes. Patch dermique. Patch contraceptif: efficacité et mode d'action. 2019 [20 juill 2020]. Disponible sur: www.sante.journaldesfemmes.fr
31. Lydie M, Les méthodes innovantes en contraception hormonale: le patch, l'anneau vaginal et l'implant, 2006, [20 juill. 2020].
32. OMS. Guide de la planification familiale à l'usage des agents de santé communautaires et de leurs clients. Quatrième édition, OMS; 2010 [11 nov. 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
33. Sciences et avenir. Pilule d'urgence. La pilule du lendemain inefficace pour les plus de 75kilos . [20 juill. 2020]; Disponible sur: www.sciencesetavenir.fr
34. J. Tcherdukian, R. Mieusset, J. -C. Soufir, E. Huygues, T. Martin, G. Karsenty, et al. Association Française D'urologie : Contraception masculine : quelles (r) évolutions? / Urofrance. 21 déc 2020 [12 juill. 2021]; Disponible sur: www.urofrance.org
35. UNFPA et Family Healt International. Préservatif masculin en latex: spécifications, pré qualification et directives d'achat, 2010 [13 juill. 2021]; ISBN 978 4 159990 0; Disponible sur: https://unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Male_Latex_Specification_FR.pdf
36. Léon Speroff. A Clinical Guide For Contraception. 5th ed. USA; 2011. 458 p.
37. Bivea Médical. Diaphragme . Le premier diaphragme à taille unique. [20 juill. 2020]. Disponible sur: www.contraception-diaphragme.com
38. Johanne M, Cape cervicale : une méthode contraceptive. Centre de Santé des femmes de Montréal [20 juill. 2020]. ISBN 2980201308? 9782980201301,
39. Sylvaine B, Contraception: Éponge contraceptive spermicide. 1965, [20 juill. 2020];
40. Léa P, Le Dispositif Intra-Utérin: Améliorer Le Conseil Contraceptif Chez La Femme Nullipare [Thèse]. [France]: Toulouse Iii-Paul Sabatier-Rangueil; 2013 [27 Nov. 2019]. Disponible Sur: Www.Thessante.Ups-Tlse.Fr

- 41.Sidibé K, Evaluation De L'utilisation Du Dispositif Intra Utérin Du Post Partum Dans Les Centres de Sante de Référence Du District de Bamako [Thèse]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2013 [20 janv 2020]. Disponible sur: www.keneya.net
- 42.Jean-Claude Larchet. Pour une éthique de la procréation, élément anthropologie paristique, Paris, Le Cerf, 1998. France; 1999. 365 à 432. Disponible sur: www.persee.fr
- 43.Zouna Fopa M, Perceptions Et Pratiques En Matière De Contraception Et De Consultation Prénatale au village du « Point G » En Commune Iii Dans Le District De Bamako [Thèse]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2013 [20 janv 2020]. Disponible sur: www.keneya.net
44. D. B. Langille, M. E. Delaney. Knowledge and Use of Emergency Postcoital Contraception by Female Students at High School in Nova Scotia. Can J Public Heal Can Santé Publique. janv 2000;29-32.
- 45.M.DIARRA, Y. Fankélé Connaissances, Attitudes et Pratiques des Élèves des Écoles Privées de Formation Socio-sanitaire de Sikasso sur la Contraception.
- 46.M.F KANTE, Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescentes du lycée Michel Allaire et des seconds cycles de Béléko en matière de la contraception

ANNEXES

ANNEXES

Fiche d'enquête

I. Données sociodémographiques

Q1-Age :

Q2-Sexe : masculin =1 ; Féminin = 2

Q3-Statut matrimonial : marié =1 ; célibataire =2

Q4-Religion : Islam = 1 ; Christianisme = 2 ; Animisme=3 ; Autres :4

Q5-Niveau d'étude : Primaire= 1 Secondaire =2 Supérieur =3 Analphabète : 4

Q6- Ethnie : Quelle est votre ethnie ? /___/ Bambara=1 ; Peulh=2 ; Soninké=3 ; Malinké=4 ; Dogon=5 ; Bowa=6 ; Autre =7 (A préciser)

II. Connaissances, attitudes et pratiques comportementales

Q7-Est-ce que vous avez déjà entendu parler de la planification familiale

Oui :1 non :2

Q8-peut-on éviter une grossesse non désirée ? oui : 1 non : 2

Si oui par quels moyens ?

Q9-Connaissez-vous les méthodes contraceptives chez l'Homme

Oui :1 non :2

Si oui, citer les méthodes que vous connaissez chez l'homme

1=préservatif ; 2=vasectomie ; 3=coït interrompu ; 4=pas de méthode citée

Q10-Connaissez-vous les méthodes contraceptives chez la femme

Oui=1 non=2

Si oui, citer les méthodes que vous connaissez chez la femme

1=préservatif ; 2=pilules ; 3=collier ; 4=injectable ; 5=autres méthodes ; 6=pas de méthodes citées.

Autres méthodes : implant, DIU, spermicide, cape cervical, ligature de la trompe, MAMA.

Q11- Où pensez-vous pouvoir vous en procurer ?

1= centre de santé ; 2=pharmacie ; 3=Boutique ; 4= Autres à préciser

Q12-Comment obtenez-vous des renseignements sur les méthodes de contraception ?

Causerie entre camarade=1; radio=2; télévision=3; cours à l'école=4; causerie Avec parents=5; Autres=99

Q13-Que pensez-vous de la contraception

Contraire à la religion=1....Politique pour réduire les bras valides=2.....Facteur de débauche=3.....Espacement de naissance=4.....Prévention des IST=5..

Q14-Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive

Oui=1 Non=2

- Si oui, laquelle

1=préservatif ; 2=pilule ; 3=collier ; 4=injectable ; 5=autres méthodes

-Si non, pourquoi

1=pas de raison ; 2=contraire à la religion ; 3=autres raisons

Q15-Utilisez-vous actuellement une méthode contraceptive

Oui=1 Non=2

Q16-Si oui, laquelle

1=préservatif 2=pilule 3=collier 4=injectable 5=autres méthodes

Q17-Si non, pourquoi

1=pas de raison 2=contraire à la religion 3=autres raisons

Q18-Que pensez-vous des femmes mariées qui utilisent la contraception

1=bonne chose 2=mauvaise

Q19-Que pensez-vous des jeunes filles célibataires qui utilisent la contraception

1=bonne chose 2=mauvaise

Q20-Que recommandez-vous pour le changement de comportement de femmes face au refus de nombres d'entre elles d'utiliser la contraception

1=nécessité de sensibilisation ; 2=continuer à refuser

Q21-Encouragez-vous votre partenaire à utiliser les méthodes contraceptives de la planification familiale

Oui =1 Non=2

Q22-Savez-vous pourquoi les femmes n'utilisent pas les méthodes contraceptives. Méconnaissance=1 ; Stigmatisation=2 ; Religion=3 ; Mari=4 ; Famille proche=5 ; Communauté=6 ; Cout=7 ; Ne savent pas où se le procurer=8

Q23-Savez-vous que les services de la PF sont disponibles au niveau des centres de santé communautaires

Oui=1 Non=2

Q24-Discutez-vous de la contraception avec votre conjoint ou partenaire sexuel

Oui=1 Non=2

Q25-Qui choisit /Décide de l'utilisation de la méthode contraceptive

Mari ou partenaire sexuel=1 ; Vous-même=2 ; Ensemble=3 ;

Q26-Connaissez-vous la pilule de lendemain ?

Oui=1 Non=2

Où peut-on s'en procurer ?

Guide d'entretien qualitatif

Connaissances:

1. Qu'est-ce que c'est la contraception ?
2. Quels sont les méthodes contraceptives modernes que vous connaissez personnellement ?
3. Quelle est l'utilité des méthodes contraceptives d'une manière générale ?

Attitudes et pratiques

4. Quelles sont les méthodes contraceptives que vous utilisez personnellement ?
5. Pourquoi préférez-vous spécifiquement cette méthode ?
6. Selon-vous, qui doit utiliser les méthodes contraceptives ? Pourquoi ?
7. A partir de quel âge doit-on utiliser une méthode contraceptive selon –vous ?
8. Que pensez-vous de l'utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes ?
9. Que pensez –vous des personnes qui utilisent les méthodes de la contraception ?
10. Quelles difficultés rencontrez-vous lors de l'utilisation d'une méthode de contraception ?
11. Qu'est ce qui peut empêcher l'accès des jeunes aux méthodes de contraception ?

12. Comment vous vous renseignez sur les méthodes de contraception ? Quelles difficultés rencontrez-vous à ce niveau ?
13. Selon - vous, Quelles sont les stratégies les plus appropriées pour sensibiliser les jeunes au sujet de la contraception ? Pourquoi pensez-vous cela ?
14. Les membres de votre famille sont-ils au courant que vous utilisez une méthode contraceptive ? De qui s'agit-il ? Pourquoi cette personne ?
15. Pouvez-vous m'expliquer comment doit-on s'y prendre dans l'utilisation de la méthode de calendrier ?

Fiche signalétique

Nom: Dolo

Prénoms : Mariam

Titre de la thèse : connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15 à 24 ans du camp soundiata de Kati en matière de contraception moderne

Directeur de thèse : Abdourahmane Coulibaly

Année Universitaire : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Santé publique

Email : dolomame90@gmail.com

Résumé :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive à visée évaluative sur les connaissances attitudes et pratiques des jeunes de 15 à 24 ans du camp Soundiata de Kati en matière de contraception avec deux volets quantitatif et qualitatif. La tranche d'âge la plus représentée était de 19- 21ans soit 43% et le sexe masculin était majoritaire soit 58%. La totalité des jeunes de l'étude avait entendu parler de la contraception et pense également qu'on peut éviter une grossesse non désirée soit 100%. Le centre de santé était le lieu d'approvisionnement le plus cité soit 85%. La causerie entre camarades était le moyen de renseignement le plus cité (75%) contre 0% avec les parents et 3% pour les cours à l'école. 70% des jeunes pensent que la contraception est une bonne chose en ce qui concerne les femmes mariées et les filles célibataires. La sensibilisation est la recommandation la plus citée par les jeunes pour le changement de comportement de femmes face au refus de nombres d'entre elles d'utiliser la contraception. Les principales raisons citées par les jeunes qui empêcheraient les femmes d'utiliser les méthodes contraceptives sont : La stigmatisation (25%), la méconnaissance (20%) et la religion (20%).

55% des jeunes choisissaient/décidaient eux-mêmes de l'utilisation de la méthode contraceptive contre 5% affirmant que c'est une décision concertée.

80% des jeunes ne connaissaient pas la pilule de lendemain contre 20% affirmant qu'ils la connaissent.

Les mots clés : Connaissances –Attitudes –pratiques -jeunes- Camp Soundiata de Kati - Méthodes - Contraception-Moderne.

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 audessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire. 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 !