

**MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE**

UNIVERSITE DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

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

ANNEE UNIVERSITAIRE: 2005-2006

Thèse N°...../

**ETUDE DES CONNAISSANCES, DES
ATTITUDES ET DES PRATIQUES DES
ADOLESCENTES EN MILIEU SCOLAIRE
SUR LA CONTRACEPTION**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 24/07/2006
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par Mlle Alima SIDIBE

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

Jury

PRESIDENT :

Professeur Mamadou TRAORE

MEMBRE :

Docteur Modibo SOUMARE

CODIRECTEUR DE THESE :

Docteur Samba DIOP

DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Sanoussi KONATE

***Gloire à Dieu le Tout Puissant, le
Clément, le Miséricordieux pour
toutes ses bontés et pour m'avoir
permis de réaliser ce travail.***

DEDICACES

A mon père Seydou Sidibé

Premier artisan de notre avenir, tu n'as ménagé aucun effort pour le bon déroulement des études de tes enfants.

Que ce travail soit le témoignage de ma fidèle reconnaissance.

A ma mère Mariam Konaté

Je ne trouverai jamais assez de mots pour t'exprimer tout mon amour et ma profonde gratitude pour les sacrifices consentis.

A mes frères défunts, Abdoul Karim et Issiaka

La joie serait encore plus grande si vous aviez été témoins de ce long parcours.

A mes frères Sidi Békaye, Moussa, Sékou, Adama et Mohamed

Vous êtes les piliers de notre famille. Trouvez ici l'expression de mon profond attachement à la famille soudée.

A ma sœur Fatoumata

Pour ton attention inestimable à mon endroit, trouve dans ce modeste travail toute mon affection.

A mes grands-parents, Moro et Alima, Moussa et Natogoma

Je n'ai malheureusement pas connu certains d'entre vous, mais recevez tous par ce travail l'expression de ma grande affection et de mon respect.

A madame Diallo Fatoumata Coulibaly dite Mama

Que Dieu vous bénisse et vous accorde longue vie.

A mes cousins Yacou, Issa et Amadou

J'ai toujours pu compter sur vous. Recevez par ce travail la preuve de ma grande affection.

A mes camarades défunts Fatoumata G Diarra et Karamoko Dravé

Que vos âmes reposent en paix.

REMERCIEMENTS

Aux docteurs Fatou Berthé, Sory Diawara, Mamadou Touré et à Bassirou Coulibaly

Vous avez été pour moi un guide. Je ne vous remercierai jamais assez de votre grande disponibilité.

Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

Aux familles Sidibé et Konaté en Cote d'ivoire et au Mali

Votre soutien ne m'a jamais manqué.

Au Dr Binta Keita. Pour les conseils prodigués tout le long de mon cycle.

Au Colonel Abdoulaye Coulibaly. Pour vos encouragements constants.

A mes amis (es) Baba Fané, Djami, Bonkana, Alpha, Kader traoré, Tata, Dem, Gaoussou Kanouté, Modibo Camara et Soumaré

L'heure est venue de vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi au moment opportun.

Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

A tous mes amis de la FMPOS merci pour tout.

A mes amis (es) de l'AAA recevez ici l'expression de ma gratitude.

Aux médecins stagiaires, aux internes et à tout le personnel du centre de référence de la commune I

Pour votre accueil et votre collaboration sans faille.

A toutes les participantes et participants à l'étude

Pour votre disponibilité.

A tout le personnel enseignant de la FMPOS

Je suis heureuse de l'occasion qui m'est offerte de pouvoir vous exprimer mes sentiments de gratitude.

L'enseignement que vous avez dispensé avec dévouement restera un précieux souvenir qui guidera ma vie professionnelle.

Veillez mes chers maîtres, agréer l'expression de mes sentiments déférents et l'hommage de ma respectueuse reconnaissance.

A tous ceux et à toutes celles que je n'ai pas pu citer nommément, je ne pense pas moins à vous.

HOMMAGE A NOS MAITRES ET JUGES

A notre maître et président du jury :

Professeur Mamadou TRAORE

Professeur titulaire de Gynéco- obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto- stomatologie.

Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V

Vous nous faites un grand honneur en acceptant la présidence de ce jury malgré vos nombreuses obligations.

Nous vous remercions de votre accueil chaleureux, de votre abord facile et de votre humanisme.

Trouvez ici l'expression de notre profonde et respectueuse gratitude.

A notre maître et juge :

Docteur Modibo SOUMARE

Spécialiste en Gynéco- obstétrique.

Chef du service de gynéco- obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune I

Cher maître, votre grande culture scientifique, votre simplicité, votre amour du travail ont forgé notre admiration.

Soyez assuré de notre profond respect.

A notre Maître et Codirecteur de thèse :

Docteur Samba DIOP

**MSc, Ph.D Ecologie humaine, Anthropologie et Ethique
publique/sociétale**

Assistant au DER de Santé Publique

Membre du comité d'éthique de la FMPOS

**Responsable de l'unité de recherche formative en sciences
humaines, sociales et éthique de**

SEREFO /VIH/SIDA/FMPOS

Cher Maître, nous tenons à vous remercier pour votre grande bonté, la chaleur de votre accueil, votre discrétion et votre rigueur dans le travail bien fait.

Puisse ce travail constituer un gage de notre profonde gratitude et de nos vifs remerciements.

A notre maître et Directeur de thèse :

Professeur Sanoussi KONATÉ

Professeur de Santé Publique

Cher maître, la clarté de votre enseignement, votre souci du travail bien accompli, votre efficacité dans la discrétion, votre simplicité et votre modestie font de vous un homme admirable. Que Dieu vous garde longtemps pour les générations futures.

Abréviations

- AMPPF** : Association malienne pour la protection et la promotion de la famille
- DNSI** : Direction nationale de la statistique et de l'informatique
- EDS** : Enquête démographique et de santé
- EF** : Economie familiale
- EM** : Enseignement ménagé
- ISF** : Indice synthétique de fécondité
- IST** : Infection sexuellement transmissible
- IVG** : Interruption volontaire de grossesse
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- ONG** : Organisation non gouvernementale
- PF** : Planification familiale
- UNESCO** : United Nations Educational Scientific and Cultural Organisation
- USAID** : United States Agency for International Development
- VIH/SIDA**: Virus de l'immunodéficience acquise/ Syndrome immunodéficience acquise

Liste des figures

- Figure I** : Répartition de l'échantillon en fonction des classes d'âges
- Figure II** : Répartition des adolescentes en fonction du lieu de vie
- Figure III** : Répartition des adolescentes en fonction de l'ethnie
- Figure IV** : Répartition en fonction du statut matrimonial de l'adolescente
- Figure V** : Répartition des adolescentes selon le niveau d'étude
- Figure VI** : Répartition des adolescentes par filière d'étude
- Figure VII** : Répartition des adolescentes selon la durée de séjour à Bamako
- Figure VIII**: Répartition des adolescentes selon l'utilisation de contraceptif
- Figure IX** : Répartition des adolescentes selon la méthode utilisée
- Figure X** : Répartition selon la fréquentation d'un service de planification familiale

Liste des tableaux

- Tableau 1** : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance d'une signification de la contraception
- Tableau 2** : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des méthodes de contraception
- Tableau 3** : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des sources d'approvisionnement en contraceptif.
- Tableau 4** : Répartition de l'échantillon en fonction des différentes sources d'informations sur la contraception
- Tableau 5** : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance de l'existence de service de prestation de planification familiale.
- Tableau 6** : Répartition de l'échantillon en fonction des raisons de non-fréquentation des services de planification familiale.
- Tableau 7** : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des risques d'interruption volontaire de grossesse
- Tableau 8** : Répartition de l'échantillon en fonction des risques connus d'interruption volontaire de grossesse
- Tableau 9** : Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur les interruptions volontaires de grossesse.
- Tableau 10** : Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur la contraception.
- Tableau 11** : Répartition de l'échantillon en fonction des raisons de désapprobation de la contraception
- Tableau 12** : Répartition de l'échantillon en fonction de l'existence d'un partenaire
- Tableau 13** : Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet de sexualité avec le partenaire.

- Tableau 14** : Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet de contraception avec le partenaire.
- Tableau 15** : Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet d'utilisation du préservatif avec le partenaire.
- Tableau 16** : Répartition de l'échantillon en fonction de la notion de rapports sexuels avec le partenaire.
- Tableau 17** : Répartition de l'échantillon en fonction de la volonté d'utiliser un préservatif même si le partenaire s'y oppose.
- Tableau 18** : Répartition de l'échantillon en fonction du type de partenaire sexuel
- Tableau 19** : Répartition de l'échantillon en fonction de l'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels.
- Tableau 20** : Répartition de l'échantillon en fonction de la fréquence d'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels.
- Tableau 21** : Répartition de l'échantillon en fonction du nombre de partenaire sexuel jusqu'à ce jour
- Tableau 22** : Facteurs pouvant influencer l'utilisation des contraceptifs
- Tableau 23** : Facteurs ayant une influence statistiquement significative sur l'utilisation de la contraception

Sommaire

I-Introduction	1
II. Hypothèse de recherche	3
III- Objectifs	4
IV- Généralités	5
V- Méthodologie	30
VI- Résultats	36
VII- Commentaires et discussions	57
VIII- Conclusion et recommandations	70
IX- Références	74
X- Annexes	78

I- Introduction

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

L'intérêt accru que suscite l'adolescence est dû en partie à l'importance de la population adolescente. L'actuelle génération de jeunes est la plus nombreuse qui ne soit jamais apparue dans le monde. Près de la moitié de la population du monde (plus de 3 milliards de personnes) est âgée de moins de 25 ans. Quatre-vingt-cinq pour cent des jeunes vivent dans les pays en développement (33).

Dans le monde des jeunes, les adolescents traversent plus que les autres une phase de formation. Ces 1, 2 milliards d'adolescents âgés de 10 à 19 ans regorgent d'énergie et de possibilités (34). Vu le taux d'accroissement rapide de la population africaine (double en moyenne tous les 27 ans), cette population adolescente sera de plus en plus importante (34). Les adolescents contribuent de plus en plus à la croissance de la population car la fécondité est de plus en plus précoce (32), (6).

A travers le monde, des efforts conséquents ont été consentis pour améliorer la connaissance sur la fécondité précoce et ses conséquences. Ces études ne se sont pas limitées à la mesure démographique du phénomène mais se sont étendues à l'étude qualitative des aspirations des jeunes (27), (11).

Au Mali les adolescentes de 15 à 19 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale (41). Cette fécondité précoce comporte des risques de santé pour la mère et le fœtus pendant la grossesse et l'accouchement. Les problèmes liés à la grossesse constituent l'une des premières causes de mortalité chez les adolescentes (27).

Ainsi une grossesse précoce chez une jeune femme mariée ou non, peut constituer un obstacle considérable à l'amélioration de la qualité de vie. D'une manière générale les adolescentes du monde entier et surtout des pays en développement, sont exposées aux problèmes sanitaires de la reproduction et à leurs conséquences nuisibles.

En plus des risques sanitaires il y a les problèmes psychologiques, socio-économiques compromettant l'avenir scolaire des jeunes filles (3).

Outre les risques au niveau de l'individu, l'activité sexuelle précoce est à la base d'une morbidité et mortalité maternelle et infantile non négligeable au niveau national (3). Les conséquences négatives d'une telle situation sur le bien être de la population ne pouvant être ignorées, la maîtrise progressive de la fécondité et la sauvegarde de la famille sont apparues incontournables (41).

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation actuelle de la contraception moderne est de 5,7% selon EDS III Mali 2001 (38). Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de la planification familiale représente environ 20% de la demande potentielle soit 80% de besoins non satisfaits.

Au Mali plusieurs travaux se sont intéressés aux différents problèmes liés à la grossesse chez l'adolescente. Ces différents travaux nous ont permis d'avoir des données épidémiologiques, cliniques et sociales, notamment celles des EDS qui fournissent des statistiques de base (6), (21), (31), (32), (41).

Cependant malgré ces études, l'aspect socioculturel n'est pas encore assez bien étudié.

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

II. Hypothèse de recherche

L'éducation de la femme est sans aucun doute, un facteur ayant une forte incidence sur la qualité de la vie, la survie infantile ainsi que la productivité économique (15).

Une éducation délaissée au moment de l'initiation à la vie sexuelle peut occasionner des conséquences fâcheuses à long terme (3).

Les adolescentes d'aujourd'hui qui seront les femmes de demain ont-elles les connaissances, les attitudes, et les pratiques adéquates face à la contraception ? Pour mieux comprendre leur comportement, nous nous sommes fixés des objectifs.

III- Objectifs

1- Objectif général

Etudier le comportement des adolescentes en milieu scolaire face à la contraception.

2- Objectifs spécifiques

1-Evaluer le degré de connaissance des adolescentes scolarisées sur la contraception.

2- Identifier les attitudes des adolescentes scolarisées sur la contraception.

3- Déterminer les pratiques des adolescentes scolarisées en matière de contraception.

IV- Généralités

1) Définitions

1- 1) La contraception

La contraception est définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé (23).

En général le contrôle des naissances ou la contraception est une méthode qui empêche une femme de devenir enceinte (4).

Les méthodes scientifiques de contraception apparaissent dans le courant du XIX^{ème} siècle et surtout dans sa seconde moitié. La contraception n'est pas une question nouvelle mais s'accompagne toujours de débat(39).

1- 2) Planification familiale

Elle est définie comme l'ensemble des moyens et méthodes qui permettent de conformer à la volonté des parents le nombre et l'espacement des naissances dans une famille (14).

2) Histoire de la contraception

2-1) Dans le monde

Selon Serfaty (39), la limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances.

La contraception était pratiquée dans l'antiquité, elle le fut ensuite et l'est encore de nos jours dans les proportions respectives 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 (39).

Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix. C'est le propre de la pensée religieuse (39).

L'histoire de la contraception n'est en dehors des moyens employés, qu'une illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée toujours présents dans la société ou chez l'individu lui-même : le conservatisme ou le changement ; la tradition ou le progrès ; la foi ou la raison (39).

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

2-2) Au Mali

Les sociétés traditionnelles 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 (5).

La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme (32).

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 (5).

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 (5).

On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs comme le *tafo*. La fréquence de ces pratiques serait en diminution notamment dans le milieu urbain (5).

La société malienne contemporaine est prise en porte – à – faux entre les valeurs séculaires (culturelles, morales et religieuses)

et les logiques post-coloniales 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 (5).

3) Les méthodes de contraception modernes

3-1) Les contraceptifs oraux ou pilules

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

Mode d'action

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

Les différentes pilules contraceptives

Il existe :

- différents dosages même si l'oestrogène utilisé est toujours le même : 50 - 35 - 30 - 20 et 15 microgrammes.
- différents types de progestatifs.
- des variations de dosages des oestrogènes et des progestatifs sur la plaquette pour les différentes pilules déterminent les biphasiques et les triphasiques. Les pilules sans variations sont les monophasiques.
- il y a des pilules de 21 ou 28 comprimés.

Les avantages

C'est une méthode contraceptive très efficace, très bien tolérée, efficace dès le 1er comprimé, réversible dès l'arrêt. Elle permet d'avoir des cycles réguliers et les règles sont moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

Les inconvénients

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

La prise de poids, exceptionnelle, est toujours modérée.

Les contre - indications

Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thrombo-embolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans (25).

3-2) Les contraceptifs injectables

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

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

Les contraceptifs injectables progestatifs (tels le Dépo-Provera et le Noristérat) ne contiennent pas d'œstrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite tous les deux ou trois mois, selon le type de contraceptif injectable choisi (26).

3-3) La contraception mécanique

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

a) Le préservatif masculin

Etui en latex avec ou sans réservoir, au moment de l'éjaculation le sperme est recueilli dans le préservatif et n'est pas répandu dans le vagin.

Mode d'emploi

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

Se retirer avant la fin de l'érection en le retenant à la base.

L'efficacité

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

Les avantages

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

Les inconvénients

Il peut diminuer la qualité et la spontanéité de l'acte sexuel : doit être mis sur le pénis en érection et être retiré avant la fin de l'érection sinon le préservatif n'est plus maintenu et peut laisser passer le sperme dans le vagin. Il peut se déchirer, le taux de grossesse non-désirée est plus important qu'avec la pilule ou le stérilet.

b) Le préservatif féminin : Femidon

C'est une gaine cylindrique pré-lubrifiée en polyuréthane. Un anneau interne facilite l'introduction dans le vagin et son maintien pendant le rapport, un anneau externe repose sur la vulve pour permettre de retenir le préservatif pendant le rapport.

Le mode d'emploi

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

L'efficacité

Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

Les avantages

Excellente protection contre les MST et le SIDA, utilisable par la femme en cas de refus ou d'impossibilité d'utilisation du préservatif masculin.

3-3-2) Le diaphragme et cape cervicale

Mode d'action

Le diaphragme est une membrane en latex ronde et concave tendue sur un ressort circulaire. Il est placé dans le vagin avant les rapports sexuels pour recouvrir le col de l'utérus.

La cape cervicale est une cupule en silicone, elle est placée au fond du vagin avant les rapports sexuels pour couvrir le col de l'utérus, comme un dé à coudre.

Le mode d'emploi

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

Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape.

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

L'efficacité

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

Avantages

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

Les inconvénients

Le taux d'échec est élevé si mal utilisé. La mise en place nécessite un apprentissage avec un médecin entraîné, le spermicide peut couler de façon excessive. Ils sont encombrants (25).

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

Mode d'action

Plusieurs modes d'action sont avancés : une altération des spermatozoïdes par l'action du cuivre qui empêche la fécondation, une modification de l'endomètre qui empêche la nidation de l'œuf, une modification de la glaire cervicale pour les stérilets au progestatif ce qui empêche les spermatozoïdes de franchir le col.

Il existe différentes formes, différentes tailles. Le médecin choisira le stérilet le mieux approprié à chaque femme.

- Au cuivre
- Au progestatif

Le mode d'emploi

Posé par le médecin ou la sage femme formée, en principe à la fin des règles ou n'importe quel jour du cycle.

Sans anesthésie, il est introduit par le col, placé au fond de l'utérus, les fils du stérilet dépassant le col pour permettre le contrôle du stérilet (par le médecin et par la femme) et pour permettre le retrait.

En cas de contraception d'urgence à poser dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé éventuellement.

Durée : 3 à 5 ans selon les stérilets avec une surveillance médicale régulière, 1 à 2 fois par an. Le retrait se fait pendant ou après les règles : indolore et simple

L'efficacité

Il est efficace dès la pose.

Les avantages

Méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée, réversible dès le retrait.

Les inconvénients

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

Dans certains cas, peu conseillé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants en raison du risque de stérilité en cas d'infection, moins de risque d'infection avec le stérilet au progestatif.

Risque de grossesse, de grossesse extra-utérine et d'expulsion.

Les contre - indications

Infection récente de l'utérus ou des trompes, antécédent de grossesse extra-utérine (dans certains cas), les malformations utérines importantes, les maladies hémorragiques (sauf stérilet au progestatif) certains fibromes, les femmes n'ayant jamais eu d'enfant (25).

3-4) Les autres méthodes modernes

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

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

Mode d'action

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

Le mode d'emploi

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

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

L'efficacité

Elle est très efficace dès la pose.

Les avantages

Sans problème d'observance, il est bien toléré et réversible dès le retrait.

Les inconvénients

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

Les contre- indications

Thrombose évolutive, affection hépatique sévère.

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

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

Mode d'action

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

Le mode d'emploi

Utiliser un patch par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch).

Les 4 sites d'application possibles sont : le bras, l'abdomen, le tronc, les fesses.

Attention: ne pas appliquer sur les seins

L'efficacité

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

Les avantages

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

Les inconvénients

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

Les contre- indications

Comme la pilule oestro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans.

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

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

Mode d'action

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

Le mode d'emploi

Utiliser un anneau par cycle, 3 semaines avec anneau, 1 semaine sans anneau. Les règles auront lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule. L'insertion et le retrait sont simples.

L'efficacité

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

Les avantages

Mise en place et retrait facile, meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oublis. Mêmes avantages que la pilule.

Les inconvénients

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

Les contre - indications

Comme la pilule oestro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thrombo-embolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans (25).

3-4-5) La contraception d'urgence

C'est une contraception d'exception à utiliser en cas de rapport sexuel non ou mal protégé et quel que soit le moment du cycle. A prendre si possible dans les 12h et au plus tard jusqu'à 5 jours pour le stérilet.

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

Les différents types de contraception d'urgence

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

Le mode d'emploi

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

L'efficacité

Elle varie avec la méthode.

Les inconvénients

En général, elle est bien tolérée ; Possibilité de vomissements ou de nausées.

Les contre- indications

Le Norlevo aucune, le Sterilet ne peut pas, dans certains cas, être posé chez des femmes n'ayant pas eu d'enfant **(25)**.

3- 4- 6) Les spermicides

Mode d'action

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

Les avantages

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

Les inconvénients

Efficacité insuffisante : coûteux ; leur emploi est contraignant (délai à respecter, mise en place) ; certains peuvent couler de façon excessive ; possibilité d'intolérance locale.

3-4-7) La stérilisation à visée contraceptive

Elle est régie par des lois dans plusieurs pays (25)

a) La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes

- Méthode par coelioscopie et laparotomie

Elle se pratique sous anesthésie générale (avec hospitalisation), elle consiste soit à : sectionner et électro-coaguler les trompes ; poser des anneaux de Yoon (clips) sur les trompes.

Cette méthode est en principe irréversible.

- Méthode par les voies naturelles

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

C'est une méthode simple et rapide (environ 30 minutes) ne laissant pas de cicatrice. Il faut attendre 3 mois (et continuer sa méthode de contraception habituelle) avant que la méthode soit efficace. Elle est irréversible.

b) La stérilisation masculine : la vasectomie

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

Au Mali, les services de prestation de PF mettent la plus part de ces méthodes à la disposition de la population.

3-5) Les méthodes naturelles : les moins efficaces des contraceptions

Historiquement, ce sont les plus utilisées et pourtant ce sont les moins fiables. Elles peuvent être utilisées par des femmes voulant espacer les grossesses et qui accepteraient l'échec de ces méthodes.

3- 5-1) Le retrait ou coït interrompu

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

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

3- 5-2) L'abstinence périodique

Il s'agit de détecter la phase fertile du cycle menstruel et de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels ou d'utiliser des contraceptions locales pendant cette période.

Cette méthode est fondée sur le fait que les spermatozoïdes et les ovules ont une durée de vie de quelques jours. La fécondation ne peut se réaliser que si les rapports sexuels ont lieu quelques jours avant, pendant ou après l'ovulation. Cette méthode nécessite un apprentissage.

Le moment de l'ovulation est évalué de plusieurs façons.

a- La méthode du calendrier ou Ogino

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

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

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

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

b- La méthode des températures

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

L'abstinence est longue. Elle doit se faire du début des règles jusqu'au 2ème jour après la montée de température. De nombreux facteurs peuvent perturber la température basale

(infections, nuits courtes, heure du réveil) et induire en erreur l'utilisatrice. Cette méthode est contraignante.

c- La méthode de la glaire ou Billings

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

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

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

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

d- Les tests d'ovulation : Persona

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

Ils ont une efficacité légèrement supérieure aux méthodes précédentes toutefois leur coût reste très élevé (25).

3- 5-3) L'allaitement maternel

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

Outre son effet contraceptif temporaire, l'allaitement protège le nourrisson contre les maladies infectieuses, lesquelles peuvent être mortelles. Toutefois, dans le cas des femmes séropositives pour le VIH, il convient de peser soigneusement le risque de transmission de ce virus de la mère à l'enfant contre les avantages bien connus de l'allaitement (24).

4) Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples (16). On peut citer :

a- Le Tafo :

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

b- La Toile d'araignée :

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

c- Le miel et le jus de citron :

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

d- Les solutions à boire :

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

e- La séparation du couple après accouchement :

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

Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles. Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infection à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tel que l'infertilité, des algies pelviennes.

5) Morale et éthique de la reproduction

5- 1) Dans l'antiquité

L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les 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 (39).

5- 2) Aspects religieux et philosophiques

a- Le christianisme et la contraception

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larchet (17), 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 (17).

b- L'islam et la contraception

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 (13) est la suivante : « la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture ».

La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas (13).

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 (39).

6) L'adolescence

6-1) Définition

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

- l'individu progresse du stade de l'apparition initiale des caractères sexuels secondaires jusqu'à celui de la maturité sexuelle ;

- les processus psychologiques et modes d'identification de l'individu évoluent, de ceux qui sont propres à un enfant, à ceux qui caractérisent un adulte ;

- l'individu passe de l'état de dépendance sociale et économique totale à celui d'indépendance relative.

Les problèmes posés par la sexualité précoce des adolescents sont multiples et complexes (12). L'attitude de la société envers cette sexualité reflète ce fait. Les jeunes d'aujourd'hui vivent dans une société en mutation. Les mœurs changent, la structure même de la société et la famille évolue.

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

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

- **L'invulnérabilité** : l'adolescente n'a pas encore accédé à l'identité féminine (donc ne pense pas avoir acquis le pouvoir d'enfanter). La nécessité d'une contraception ne lui apparaît donc pas « je ne pensais pas que je pouvais être enceinte ».

A l'opposé, existe un besoin de réassurance par l'absurde « je suis normale et peut être enceinte ».

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

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

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

Réfuter ces pseudo-rationalisations par des données médicales n'est pas une réponse suffisante (2).

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

Dans le même ordre d'idée, on peut souligner également qu'une information physiologique bien faite préviendra sûrement plus d'accidents qu'une ordonnance correcte mais sèche. Ces éléments expliquent également que la demande contraceptive ne soit généralement formulée par les adolescentes que plusieurs mois à un an après le début des rapports.

6-3) Sexualité des adolescents et demande contraceptive

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

Pour bénéficier d'une contraception, l'intéressée devrait :

- reconnaître qu'il existe un problème, c'est à dire s'accepter comme sujet sexuellement actif, et établir le lien entre son projet et le risque encouru ;
- être motivée pour recourir à une contraception, c'est-à-dire ne pas se croire invulnérable, et accorder momentanément une valeur négative à la grossesse ;
- pouvoir anticiper pour accéder aux formalités de la contraception ;
- accepter qu'il n'y a pas de contraception parfaite et dissocier le risque médicalement encouru de ses peurs.

Il peut y avoir un fossé entre ce qui est dit par le prescripteur, le discours médical, et ce qui est entendu par la jeune fille. Imaginaire et fantasmes de l'adolescente vont se cristalliser sur la contraception choisie. La dissociation entre le discours médical et le sujet se traduira sous forme de « mauvaise tolérance », voir d'échecs (oublis de pilule) (36).

7) Etat de lieux de la recherche

7-1) Dans le monde

En France, on estime environ à 10 000 le nombre d'adolescentes qui tombent enceintes chaque année et dont la moitié avorte (27). Devant cette situation accablante le gouvernement français en novembre 1999 a annoncé l'autorisation permettant aux infirmières scolaires de délivrer la pilule du lendemain aux adolescentes « en situation de détresse ou d'extrême urgence » cette mesure a suscité un débat juridique avec les religieux.

L'éducation sexuelle partie intégrante des programmes scolaires depuis 1973 a acquis une importance nouvelle en septembre 1999 par l'augmentation à 30 à 40 heures de cours pour les élèves de quatrième et de troisième. En janvier 2000, une grosse campagne d'information sur la contraception fut lancée par le gouvernement.

En Angleterre et au pays de Galles les taux de grossesse chez l'adolescente de 15 à 19 ans sont les plus élevés d'Europe occidentale avec 65 pour mille ; devant cette situation tout le monde pense qu'il faut agir, mais les opinions divergent sur les moyens à employer. Le gouvernement c'est engagé à réduire de moitié le taux de grossesse chez les adolescentes d'ici 2010.

Selon l'office britannique de la statistique, 35,5% de ces fœtus sont avortés. Comparativement les taux de grossesse chez l'adolescente de 15 à 19 ans sont 65 pour mille en Grande Bretagne contre 84 pour mille aux USA et 102 pour mille en Russie (27).

Le ministère de la santé a autorisé, à titre d'essai, certaines pharmacies à vendre sans ordonnance la pilule du lendemain aux jeunes filles de plus de 14 ans.

En Afrique sub-saharienne, les adolescentes représentent plus de 50% des premières grossesses et elles donnent naissance à des bébés d'un poids insuffisant le plus souvent que les femmes adultes (27), (37). Les problèmes liés à la grossesse constituent l'une des premières causes de mortalité chez l'adolescente.

Dans cette région, l'écart se creuse entre le début de l'activité sexuelle et le mariage car les femmes se marient plus tard. Chez les adolescentes le jeune âge ou le fait de ne pas être mariées peut constituer des obstacles à l'obtention de services de planning familial.

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

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

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

La grossesse compromet l'avenir scolaire des adolescentes. Ce qui pousse certaines à l'avortement clandestin. Le fond des nations unies pour la population a beaucoup fait pour que la sexualité des adolescentes soit reconnue à travers le monde de même que leurs besoins spécifiques en matière d'éducation, d'information et d'accès aux services sociaux et médicaux.

Mais les états sont lents à réagir. Ce sont les ONG qui sont très proactives dans ce domaine.

Ainsi plusieurs enquêtes dans le monde montrent une baisse du taux de fécondité grâce à l'usage croissant et à un développement de la planification familiale (40). Mais le taux de fécondité est plus élevé dans les pays en développement que dans les pays industrialisés malgré que les taux d'utilisation de la contraception soient plus élevés dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. Cela est lié à l'importance de la population dans ces pays.

En général, la grossesse précoce chez les adolescentes pose les problèmes liés à l'importance de cette population et aux risques sanitaires pour la mère et le fœtus. En Afrique, le taux de fécondité reste élevé et varie selon les régions et au sein d'une même région. Les taux les plus élevés sont enregistrés en Afrique sub-saharienne et dans les pays arabes (37).

7-2) Au Mali

Le Mali est parmi les pays à fort taux d'accroissement dans le monde (29). Ce niveau d'accroissement est le fruit d'une fécondité encore élevée ; l'ISF est passé de 6,9 en 1987 à 6,8 en 2001.

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

L'effectif de la population est passé d'environ 4 100 000 habitants en 1960 à 9 800 000 habitants en 1998. Au rythme auquel elle s'accroît, la population du Mali doublerait tous les 22 ans (41).

Comparé aux autres pays, le Mali aurait moins de temps que la moyenne africaine 27 ans pour se préparer au doublement de sa population, encore moins de temps que les pays d'Asie dans 50 ans et d'Amérique centrale dans 45 ans. Cette réalité pourrait compromettre le processus de développement du pays et interpelle les décideurs à tous les niveaux.

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation actuelle de la contraception moderne est de 5,7% (41). Cela contraste fortement avec les besoins non satisfaits en planification familiale qui sont de l'ordre de 28,5%. Les faibles progrès enregistrés au niveau de la prévalence contraceptive se traduisent par une fécondité constante depuis une quinzaine d'années au Mali.

En matière de prévalence contraceptive, le Mali est en retard sur plusieurs pays africains dont le Ghana 13,4% en 1998, le Kenya 32% en 1999, la Zambie 50,1% en 1999 et la Tunisie 66% en 2000. Dans le monde, 10 000 femmes meurent chaque semaine parce qu'elles n'ont pas eu accès à la planification familiale (41).

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

Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de planification familiale représente environ 20% de la demande potentielle au niveau du Mali. Même si le Mali ne répondait qu'aux 80% de besoins non satisfaits en planification familiale, cela contribuerait énormément à l'amélioration des conditions de vie des maliens.

La fécondité débute très précocement (6), (31), (32), (38), (41) à un niveau élevé à 15-19 ans, atteint son maximum à 20-24 ans, baisse à 40-44 ans.

A Bamako le taux de fécondité des 15-19 ans est de l'ordre de 102 pour mille (41).

Il y a des différences de niveau de fécondité selon le lieu de résidence ; ainsi l'ISF de 6,8 enfants par femme pour le pays varie de 5,5 en milieu urbain à 7,3 en milieu rural. Ces différences s'observent à tout âge, mais l'écart relatif à la résidence est important aux très jeunes âges : ainsi à 15-19 ans, le taux est de 129 pour mille en milieu urbain contre 218 pour mille en milieu rural.

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

Les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale des femmes, 40% d'entre elles ont commencé leur vie féconde, 34% ont déjà eu un enfant et 7% sont enceintes pour la première fois. La précocité est accentuée en

milieu rural 49% contre 20% en milieu urbain. A Bamako, 23% sont fécondes, 15% déjà mères et 5% sont enceintes (41).

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

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

Chaque année on enregistre dans le monde 75 millions de grossesses non désirées dues à deux causes principales : soit le couple n'utilisait pas la contraception soit la méthode utilisée a échoué (18). Le manque d'accès à l'information et aux services de planification familiale est une des nombreuses raisons pour lesquelles la contraception n'est pas utilisée pour éviter une grossesse non-désirée.

Les moyens contraceptifs sont de plus en plus disponibles mais hors de la portée pour beaucoup de gens. Près de 60% des femmes et des hommes utilisent aujourd'hui dans le monde des méthodes contraceptives modernes, mais environ 350 millions de couples ne sont pas informés dans ce domaine et n'ont pas accès à différentes méthodes et prestations (18).

La planification familiale est reconnue depuis plusieurs années comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien être des femmes et de leurs familles (35).

Au Mali, beaucoup d'efforts ont été consentis dans ce cadre à travers les différents programmes de santé de la reproduction.

Cependant la prévalence contraceptive reste l'une des plus faibles de la sous région africaine (35).

7- 4) Approche conceptuelle : épidémiologie socioculturelle

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

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

Dans bien des cas, la grossesse sera reconnue par le père et un mariage suivra. Ailleurs dans certaines sociétés d'Afrique subsahariennes notamment forestières, la hantise de la stérilité est tellement présente que l'on souhaite que la femme fasse preuve de sa fertilité avant que le mariage ne soit définitivement conclu.

Une grossesse d'adolescente, mariée ou non est donc dans ce contexte bien acceptée. Par contre dans d'autres milieux séculaires (Bamanan) comme dans le milieu islamisé où toute relation sexuelle avant le mariage est réprouvée, les familles sont favorables au mariage très précoce pour éviter toute grossesse hors-mariage. Actuellement, dans notre monde de transition entre valeurs culturelles (morales, éthiques et religieuses) séculaires et pro-occidentales contemporains, la grossesse est perçue plus comme un risque d'interruption des études de la jeune fille que comme un problème moral ou spirituel.

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

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

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

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

liés aux avortements clandestins, de plus en plus fréquents chez les jeunes filles.

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

V- Méthodologie

1- Matériels

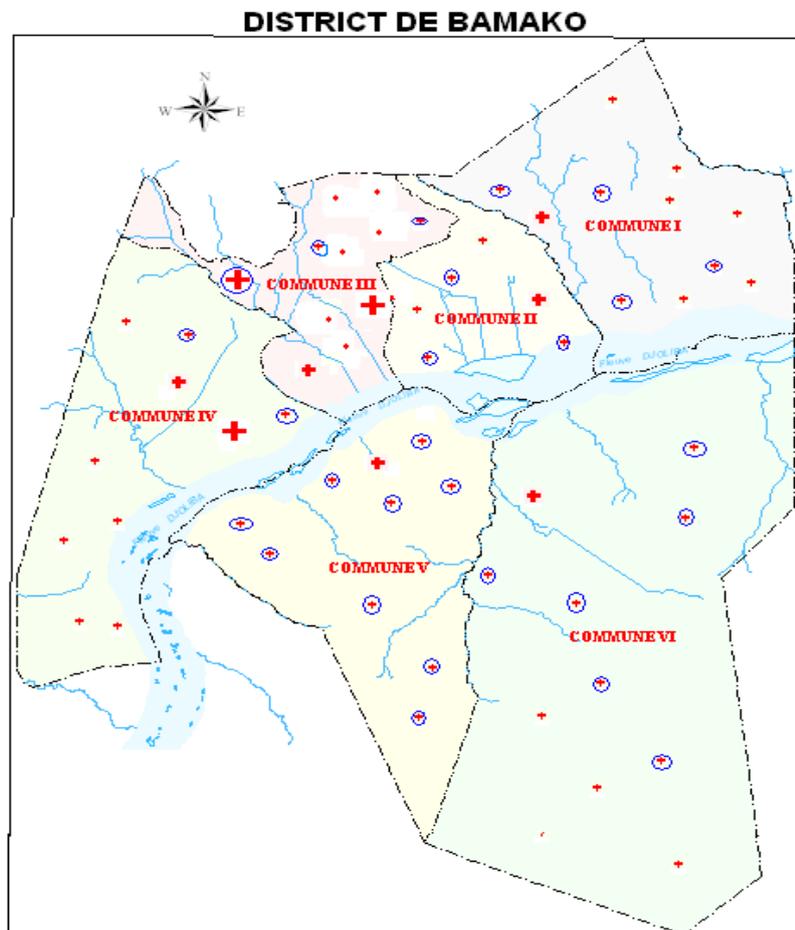
1.1- Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans 19 établissements secondaires du district de Bamako. Il s'agit d'établissements communément appelés lycées. Les établissements secondaires ont été choisis en fonction de leur effectif constitué en majorité d'adolescents.

Le district de Bamako présentation générale (9)

Situé administrativement au même niveau qu'une région, il couvre une superficie de 267 Km². La population est estimée en 2004 à 1 343 153 habitants. Il est divisé en six communes dont quatre sur la rive gauche et deux sur la rive droite du fleuve Niger.

Il compte 66 quartiers et 64 lycées (8) dont 11 lycées publics (8 sur la rive gauche et 3 sur la rive droite) et 53 lycées privés (27 sur la rive gauche et 26 sur la rive droite).



1.2- Population d'étude

Toute adolescente âgée de 15 à 19 ans fréquentant les établissements secondaires retenus comme sites de l'étude.

Tout enseignant exerçant dans un de ces établissements.

1.3- Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude :

- Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans après obtention d'une permission des autorités administratives des lycées concernés mais également de l'assentiment informé des tuteurs pédagogiques des adolescentes ayant volontairement accepté de participer à notre étude.

- Les enseignants exerçant dans un site de l'étude après un consentement volontaire éclairé.

1.4- Critères de non-inclusion

Adolescentes et enseignants refusant de participer à l'étude.

1.5- Critères d'exclusion

Adolescente ayant décidé d'interrompre sa participation à l'étude.

1.6- Echantillonnage

1.6.1- La méthode

Nous avons utilisé la méthode LQAS (*Lot Quality Assurance Sampling*) de l'OMS qui est le sondage par contrôle de qualité des lots utilisée pour évaluer les unités de production.

L'ensemble des établissements secondaires du district constitue l'unité de production au sein de laquelle sont retenus 19 lots ; la taille pour l'échantillon est $n = 19$ c'est-à-dire que dans chaque lot un échantillon de 19 adolescentes a été choisi.

L'intervalle de confiance souhaité est de 95 %.

1.6.2- Technique de sondage

Pour pouvoir effectuer ce sondage, nous avons déterminé:

- le taux de sondage qui est l'effectif cumulé des lycéens : 40 515.
- le cadre de sondage qui est le nombre total de lycée : 64.

Par soucis d'occuper rationnellement l'aire de chaque lot il a fallu déterminer un intervalle d'échantillonnage ou taux d'échantillonnage ; il se calcule en divisant l'effectif total par la taille de l'échantillon (19).

Ce taux est égal à : $40515 / 19 = 2132,368$

Donc chaque établissement visité est séparé de 2132,368 adolescentes de l'établissement suivant.

Ensuite un nombre appelé le point de sondage est choisi au hasard en prenant les 3 premiers chiffres du numéro de série d'un billet de banque ; nous avons trouvé 447.

Cela signifie que la communauté contenant la 447^{ième} personne constitue le point de départ du sondage. Ce point de sondage sera le premier intervalle de sondage.

Il faut ajouter 2132,368 au point de sondage pour avoir le deuxième établissement à visiter. La population cumulée du deuxième établissement doit être supérieure ou égale au nombre calculé par la formule suivante :

Nombre au hasard + taux d'échantillonnage

Pour les établissements suivants jusqu'à ce que l'ordre de visite de tous les lots soit établi, nous avons calculé le nombre ayant servi à situer l'établissement précédant, plus le taux d'échantillonnage.

Pour ne pas introduire un élément d'impartialité dans le calcul en éliminant la dernière communauté de sondage, tous les calculs ont été effectués en tenant compte des décimales.

1.6.3- Taille de l'échantillon

Au total 361 adolescentes ont participé à l'étude quantitative soit 19 dans chacun des 19 établissements retenus.

Pour les entretiens de groupes focalisés, le nombre de participantes variait de 6 à 12 selon leur disponibilité. Au total il y a eu 260 participantes.

On a interviewé au maximum 2 enseignants par établissements. Nous avons eu 24 participants selon leur disponibilité.

1.6.4- Processus dynamique de sélection des participants

Le recrutement s'est fait grâce à la collaboration des directions des établissements sur la base du consentement éclairé et de la disponibilité des adolescentes et des enseignants.

2- Méthodes

2.1-Type d'étude

Nous avons réalisé d'une part une étude transversale décrivant les adolescentes fréquentant les établissements secondaires décrits comme sites de l'étude. D'autre part une enquête qualitative à partir d'*entretiens de groupes focalisés* avec les adolescentes et d'interview des enseignants pour avoir leurs opinions sur la contraception chez les adolescentes.

Les adolescentes et les enseignants ont été interrogés au sein de leur établissement.

L'*entretien de groupe focalisé* parfois considérés comme « groupe de discussion dirigée » est une méthode de recherche qualitative qui connaît une importance croissante dans le monde de la recherche ; elle permet de déceler les attitudes, les opinions les impressions et les valeurs d'un groupe ciblé. Un *entretien de groupe focalisé* comprend normalement un groupe de personnes ayant des caractéristiques socio- démographiques homogènes, un animateur et un rapporteur.

2.2- Période d'étude

Le recueil des informations s'est étalé sur la période allant du 4 avril 2005 au 1 juin 2005.

2.3- Recueil de données

2.3.1- Les données quantitatives

Elles ont été recueillies sur un questionnaire à partir d'un entretien individuel avec les adolescentes.

2.3.2- Les données qualitatives

Elles ont été recueillies sur un dictaphone à partir des entretiens de groupes focalisés et d'entretien avec les enseignants.

3- Analyse des données

Les résultats des entretiens de groupes focalisés et des entretiens ont été transcrits puis saisis sur un ordinateur pour permettre leur exploitation à partir des grilles d'analyses qualitatives.

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

Les logiciels suivants ont servi à la saisie du rapport et à l'exploitation des données:

- SPSS : logiciel d'épidémiologie pour la saisie et l'analyse des données.
- Excel : tableur utilisé pour les graphiques et les tableaux.
- Word : traitement de texte pour la saisie.

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

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

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

4- Biais et difficultés de l'étude

4-1- Biais

Certaines réponses de participantes sont subjectives et difficiles à vérifier.

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

4-2- Difficultés

Cette étude a nécessité la mobilisation de nombreux moyens financiers et humains. Il s'agit entre autres :

- des moyens de déplacement dans les différents établissements ;
- des moyens d'enregistrement des **entretiens de groupes focalisés** et d'interviews individuelles ;
- de la confection des centaines de fiches d'enquêtes saisies à l'ordinateur ;
- du traitement informatisé des données.

La localisation de certains établissements retenus a nécessité du temps, car la liste qui nous a été remise ne comportait pas les adresses.

La prise de contact n'a été possible qu'au 2^{ème} passage dans certains établissements qui exigeaient une lettre officielle d'autorisation et de recommandation de recherche de terrain.

Il y a eu aussi de multiples rendez- vous ratés pour plusieurs causes :

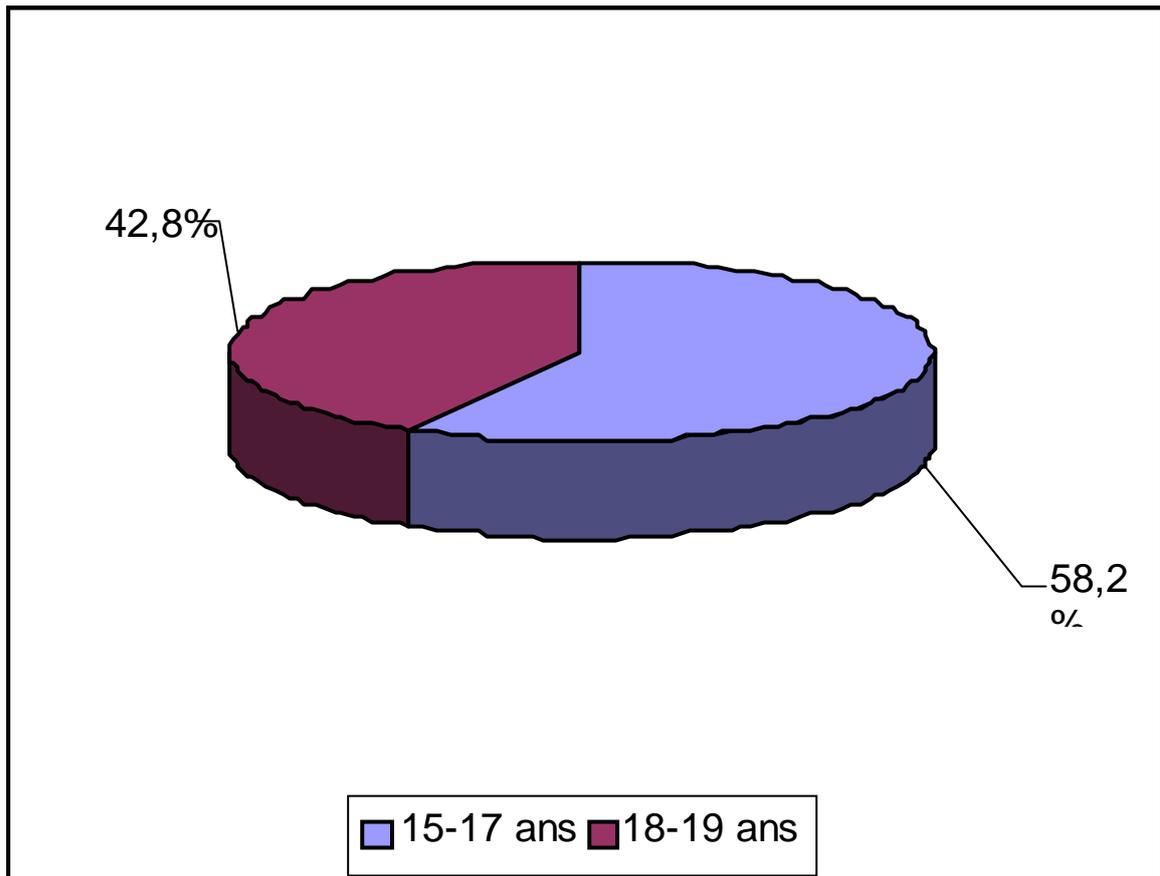
- la lourdeur administrative ;
- le censeur n'est pas de bonne humeur ;
- les enseignants ne sont pas payés dans certains lycées privés ;
- l'indisponibilité des enseignants dans les 9 derniers établissements à cause de la période des examens.

VI- RESULTATS

A- Renseignements généraux

1- Les classes d'âges

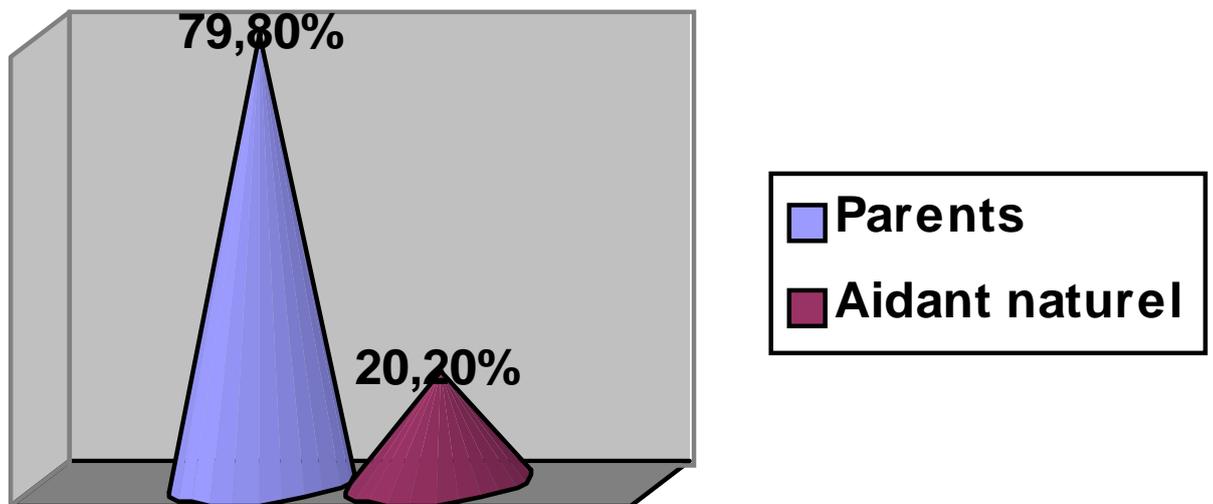
Figure I : Répartition de l'échantillon en fonction des classes d'âges



L'âge moyen de la population d'étude était de 17,1 ans (avec des extrêmes de 15 et 19 ans). Les adolescentes de 15 à 17 ans représentaient 58,2% de notre échantillon.

2- Lieu de vie de l'adolescente

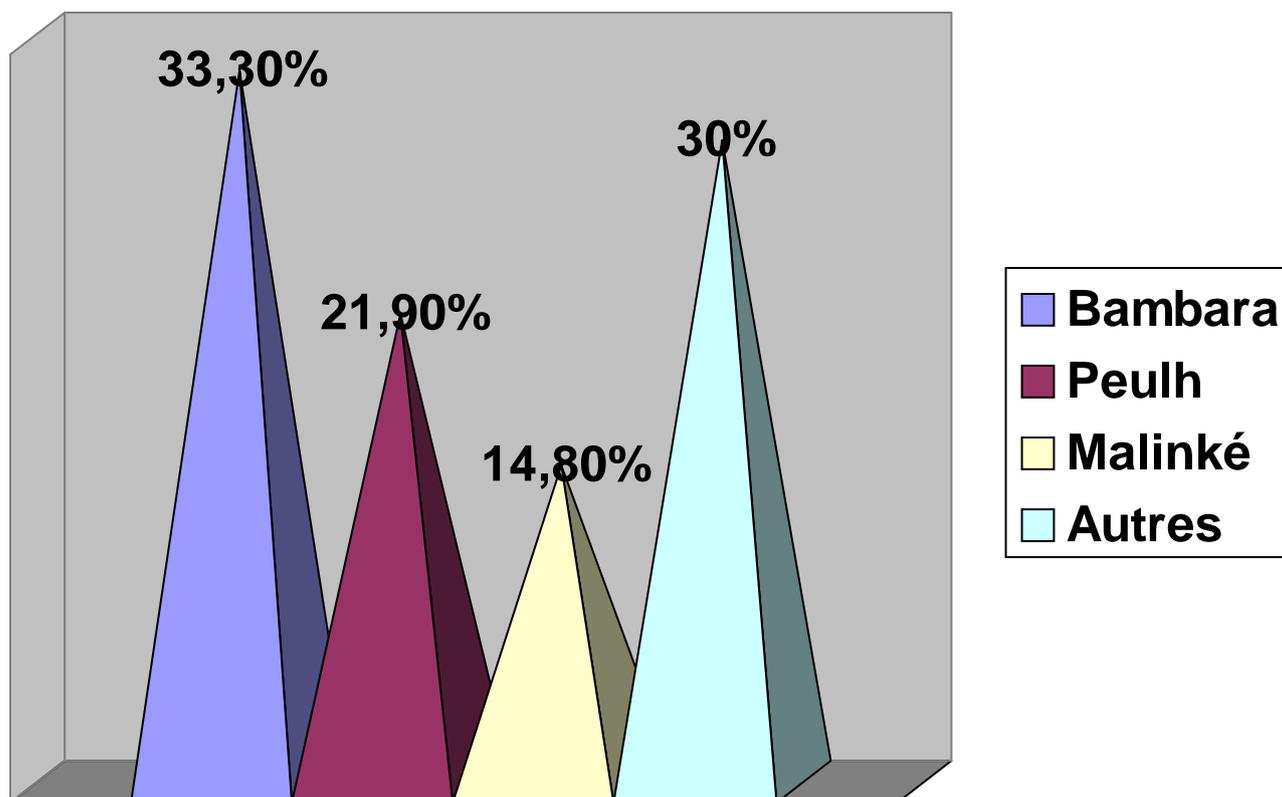
Figure II : Répartition des adolescentes en fonction du lieu de vie



Dans notre étude, 79,80% des adolescentes résidaient chez leurs parents contre 20,20% qui résidaient chez un aidant – naturel ou social.

3- Ethnie des adolescentes

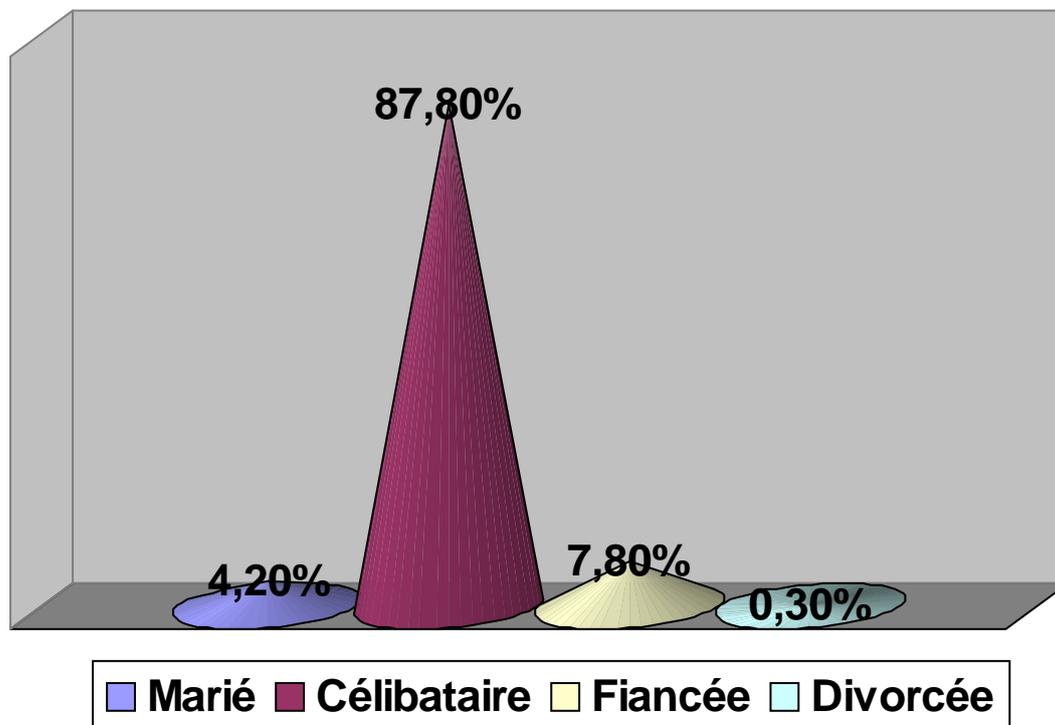
Figure III : Répartition des adolescentes en fonction de l'ethnie



L'ethnie Bambara était la plus représentée dans notre échantillon avec 33,3%.

4- Statut matrimonial de l'adolescente

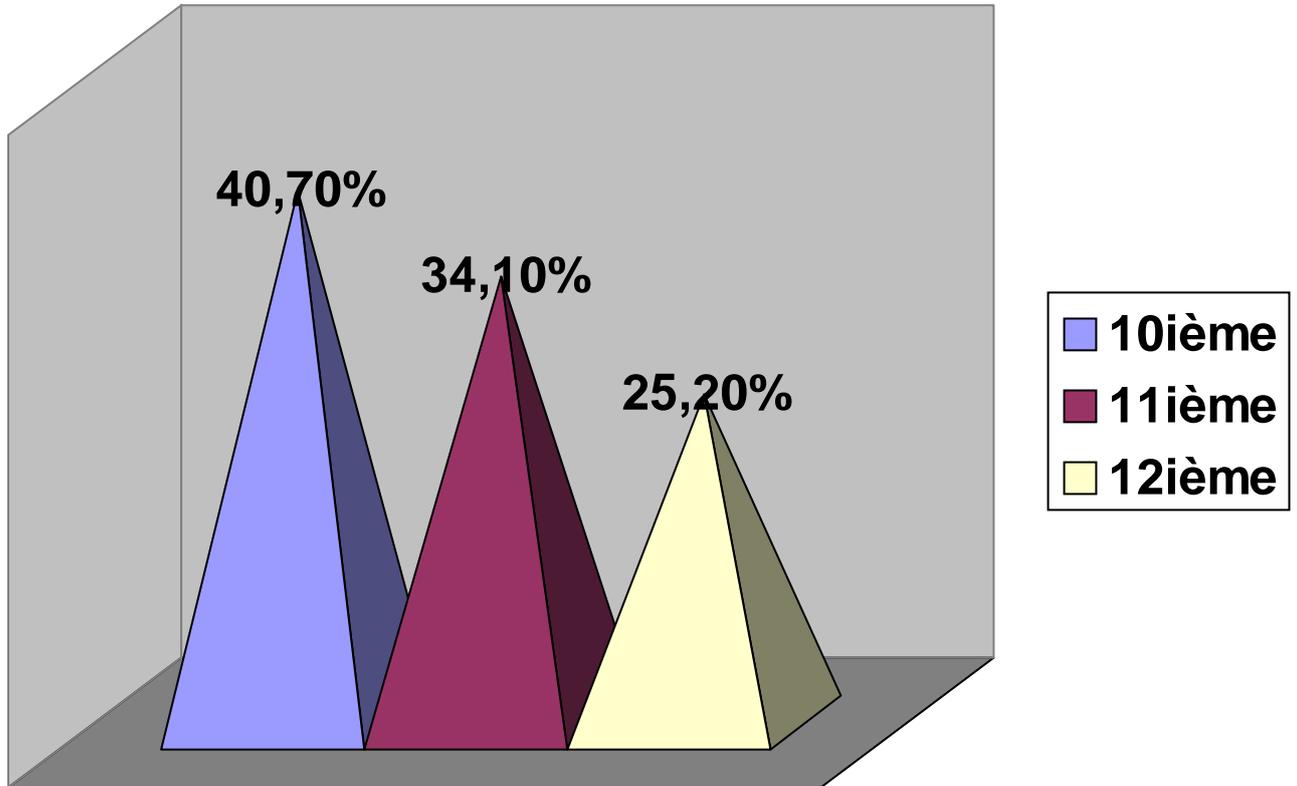
Figure IV : Répartition en fonction du statut matrimonial de l'adolescente



Les adolescentes étaient célibataires dans 87,8% des cas.

5- Niveau d'instruction de l'adolescente

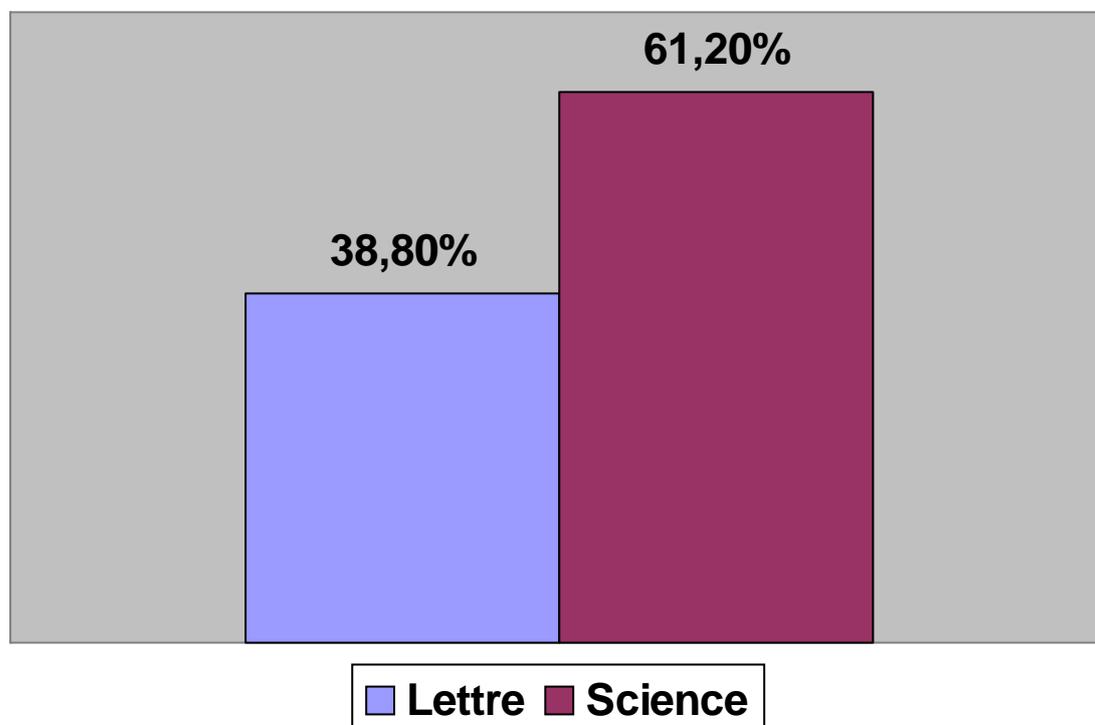
Figure V : Répartition des adolescentes selon le niveau d'étude



La majorité de l'échantillon soit 40,70% était de la 10^{ième} Année (correspondant international 2^{ième}).

6- Filières d'étude

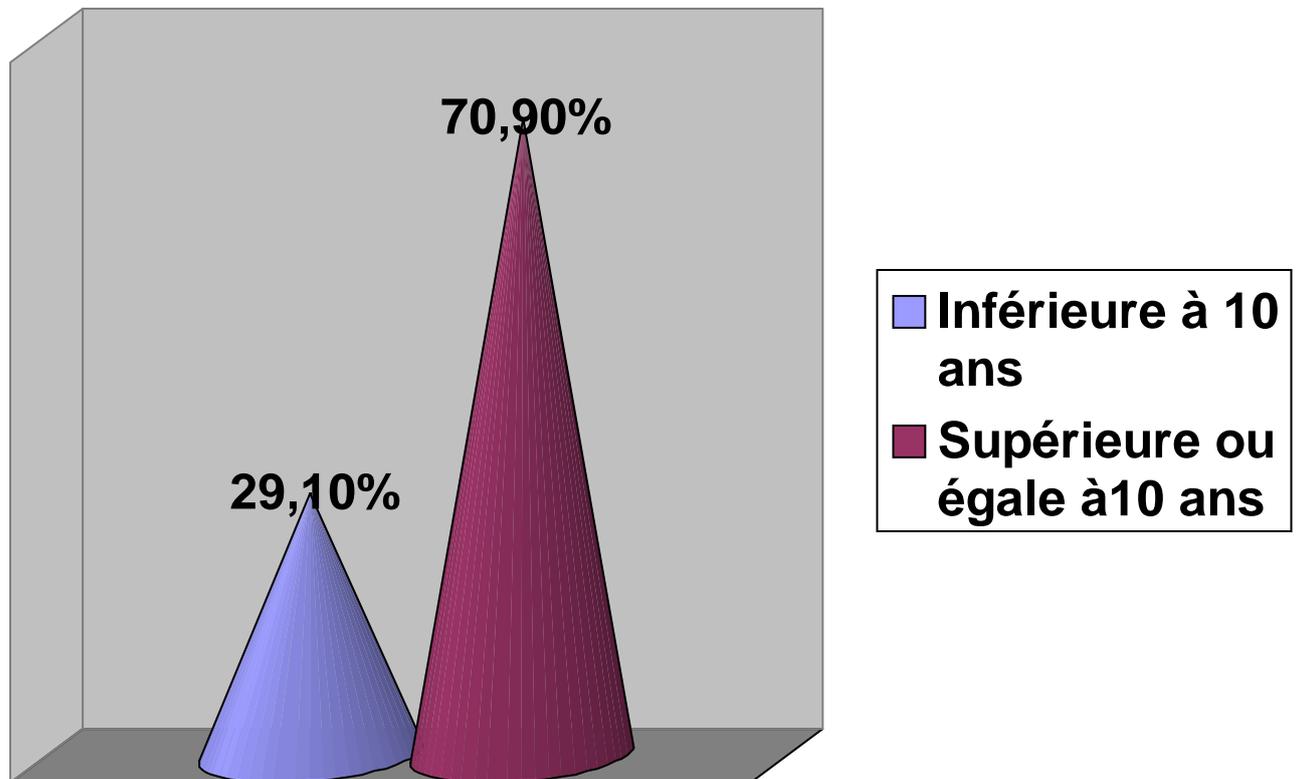
Figure VI : Répartition des adolescentes par filière d'étude



Les séries scientifiques étaient plus représentées avec 61,20% de notre échantillon.

7- Durée de séjour à Bamako

Figure VII : Répartition des adolescentes selon la durée de séjour à Bamako



La majorité de l'échantillon soit 70,9% avait séjourné à Bamako pendant au moins 10 ans.

B- Connaissances, attitudes et pratiques

1- Signification de la contraception (connaissance)

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance d'une signification de la contraception

Définition connue	Effectif	Fréquence
Aucune	20	5,5%
Au moins 1 Signification	231	64%
Toutes les 7 Significations	110	30,5%
Total	361	100%

Les adolescentes connaissaient au moins une signification de la contraception dans 64% des cas.

2- Connaissance des méthodes contraceptives (connaissance)

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des méthodes de contraception

Connaissance de méthodes contraceptives	Effectif	Fréquence
Oui	358	99,2%
Non	3	0,8%
Total	361	100%

Dans notre échantillon 99,2% des adolescentes déclaraient connaître des méthodes de contraception.

3- Connaissance de sources d'approvisionnement (connaissance)

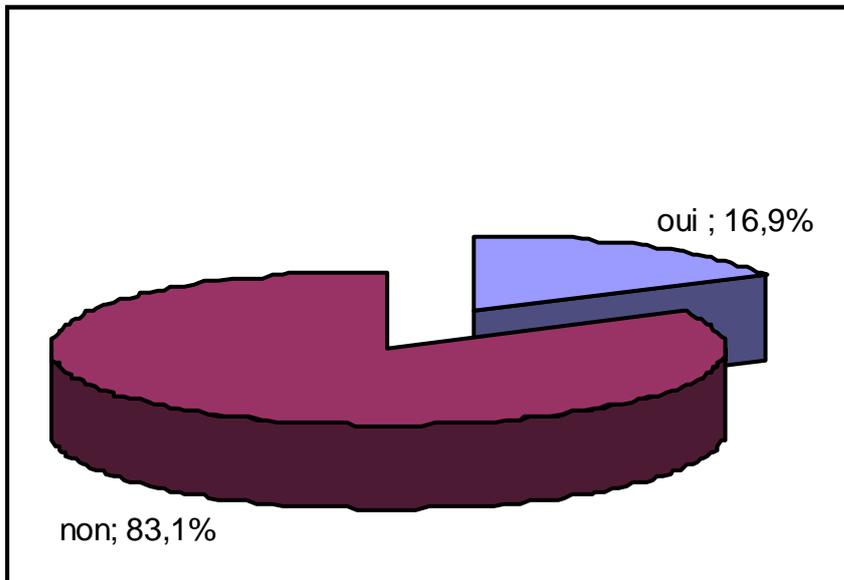
Tableau 3 : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des sources d'approvisionnement en contraceptif.

Nombre de source	Effectif	Fréquence
1 seule source	48	13,4%
2 sources	171	47,8%
3 sources	139	38,8%
Total	358	100%

Les adolescentes connaissaient 2 sources d'approvisionnements dans 47,8% des cas. 3 sujets n'ont pas répondu à cette question.

4-Utilisation des contraceptifs (pratique)

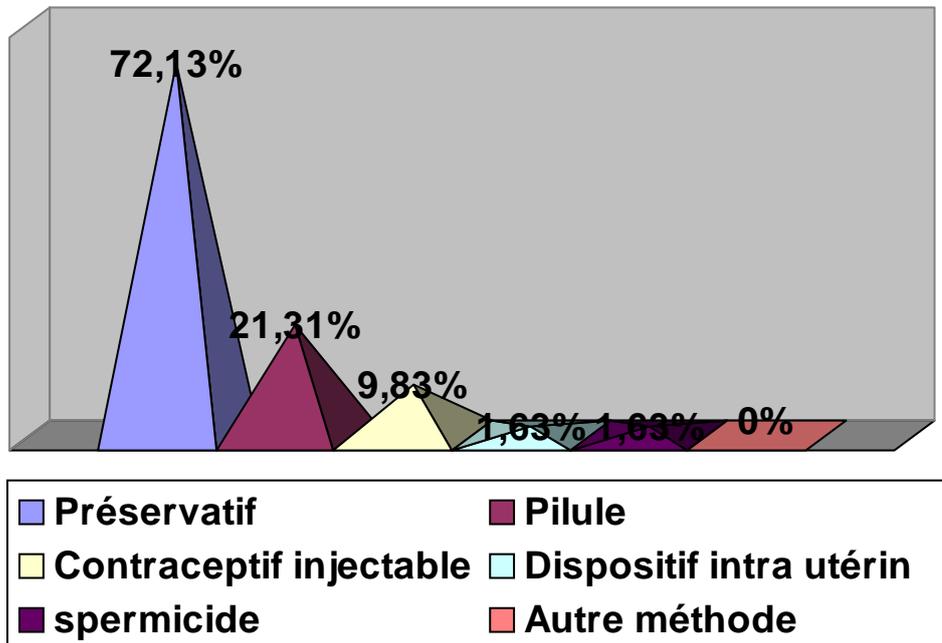
Figure VIII : Répartition des adolescentes selon l'utilisation de contraceptif



La portion des utilisatrices de contraceptif était de 16,9%.

5- La méthode contraceptive déjà utilisée (pratique)

Figure IX : Répartition des adolescentes selon la méthode utilisée



La majorité des élèves soit 72,13% avait utilisé le préservatif suivi par la pilule dans 21,31% des cas.

6- Les sources d'information sur la contraception (connaissance)

Tableau 4 : Répartition de l'échantillon en fonction des différentes sources d'information sur la contraception

Sources d'information sur la contraception	Effectif	Fréquence
Ecole	7	2%
Formations sanitaires	7	2%
Parents et aidant naturel	7	2 %
Médias et conférences	20	5,7%
Plus d'1 source d'information	309	88,3%
Total	350	100%

Dans notre étude 88% des adolescentes avaient plus d'une source d'information sur la contraception, seulement 2% des adolescentes avaient eu des informations à travers les structures sanitaires.

7- Connaissance de l'existence de service de prestation de planification familiale (connaissance)

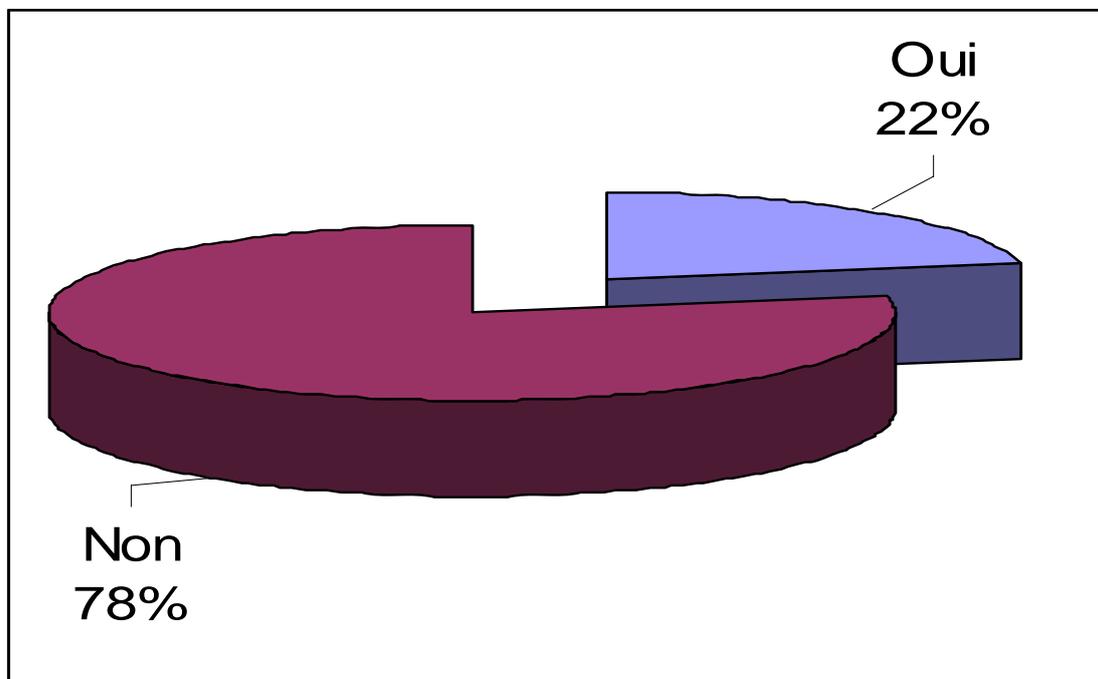
Tableau 5 : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance de l'existence de service de prestation de planification familiale.

Connaissance de l'existence de services de PF	Effectif	Fréquence
Oui	292	80,9%
Non	69	19,1%
Total	361	100%

Les adolescentes connaissaient l'existence de service de PF dans 80,9% des cas.

8- Fréquentation d'un service de PF (pratique)

Figure X : Répartition selon la fréquentation d'un service de planification familiale



Une faible proportion de celles qui connaissaient l'existence de ces services soit 22% des adolescentes fréquentaient en réalité un service de PF.

9- Raisons de non-fréquentation des services de planification familiale (attitude)

Tableau 6 : Répartition de l'échantillon en fonction des raisons de non-fréquentation des services de planification familiale.

Raisons	Effectif	Fréquence
Coutume	197	86,4%
Ignorance	31	13,6%
Total	228	100%

La coutume était la principale raison de non-fréquentation de ces services chez 86,4% des adolescentes, suivie par l'ignorance chez 13,6% des adolescentes.

10- Risques d'IVG connus (connaissance)

Tableau 7 : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des risques d'interruption volontaire de grossesse

Connaissance des risques d'IVG	Effectifs	Fréquence
Oui	317	87,8%
Non	44	12,2%
Total	361	100%

Plus des deux tiers soit 87,8% des adolescentes connaissaient des risques liés aux avortements provoqués.

11- Conséquences des interruptions volontaires de grossesse (connaissance)

Tableau 8 : Répartition de l'échantillon en fonction des risques connus d'interruption volontaire de grossesse

Risques cités	Effectif	Fréquence
Mort	260	82%
Maladies	57	18%
Total	317	100%

La mort et les maladies étaient les risques connus par respectivement 82% et 18% des adolescentes.

12- Opinion sur les IVG (attitude)

Tableau 9 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur les interruptions volontaires de grossesse.

Opinion sur les IVG	Effectif	Fréquence
Approuve	8	2,5%
Désapprouve	318	97,5%
Total	326	100%

La majorité soit 97,5% de notre échantillon désapprouvait les IVG.

13- Opinion sur la contraception (attitude)

Tableau 10: Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur la contraception.

Opinion sur la contraception	Effectif	Fréquence
Approuve	328	91,4%
Désapprouve	31	8,6%
Total	359	100%

Les adolescentes approuvaient la contraception dans 91,4% des cas.

14- Raisons de désapprobation de la contraception (attitude)

Tableau 11 : Répartition de l'échantillon en fonction des raisons de désapprobation de la contraception

Raisons de désapprobation de la contraception	Effectif	Fréquence
Coutume	19	50%
Effets secondaires	19	50%
Total	38	100%

La coutume et les effets secondaires étaient les raisons de désapprobation de la contraception à pourcentage égal 50%.

15- Adolescente ayant un partenaire (pratique)

Tableau 12 : Répartition de l'échantillon en fonction du fait d'avoir un partenaire

Présence d'un partenaire	Effectif	Fréquence
Oui	271	75,3%
Non	89	24, %
Total	360	100

Les deux tiers de notre échantillon soit 75,3% des adolescentes affirmaient avoir un partenaire.

16-Parler de sexualité avec le partenaire (attitude)

Tableau 13 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet de sexualité avec ce partenaire.

Parler de sexualité avec le partenaire	Effectif	Fréquence
Oui	196	55,2%
Non	159	44,8%
Total	355	100%

Les adolescentes avaient parlé de sexualité avec leur partenaire dans 55,2% des cas.

17-Parler de contraception avec le partenaire (attitude)

Tableau 14 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet de contraception avec ce partenaire.

Parler de contraception avec le partenaire	Effectif	Fréquence
Oui	146	54,3%
Non	123	45,7%
Total	269	100%

Dans notre étude 54,3% des adolescentes avaient déjà parlé de contraception avec leurs partenaires.

18-Parler d'utilisation du préservatif (attitude)

Tableau 15 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet d'utilisation du préservatif avec ce partenaire.

Parler de l'utilisation du préservatif avec le partenaire	Effectif	Fréquence
Oui	160	58,8%
Non	112	41,2%
Total	272	100%

Plus de la moitié soit 58,8% des adolescentes avaient parlé de l'utilisation du préservatif avec leur partenaire.

19-Avoir des rapports sexuels (pratique)

Tableau 16 : Répartition de l'échantillon en fonction de la notion de rapports sexuels avec ce partenaire.

Existence de rapports sexuels avec le partenaire	Effectif	Fréquence
Oui	147	41,9%
Non	204	58,1%
Total	351	100%

Les adolescentes avaient eu des rapports sexuels avec leurs partenaires dans 41,9%.

20- Age du premier rapport sexuel (pratique)

L'âge moyen au premier rapport sexuel était 16,13 ans avec des extrêmes de 10 et 19 ans.

21-Volonté d'utiliser le préservatif (attitude)

Tableau 17 : Répartition de l'échantillon en fonction de la volonté d'utiliser un préservatif même si le partenaire s'y oppose.

Utilisation du préservatif même si le partenaire s'y oppose	Effectif Fréquence	
	Oui	252
Non	64	20,3%
Total	316	100%

Un grand nombre soit 79,7 % des adolescentes était prêt à utiliser un préservatif même si leurs partenaires s'y opposaient.

22- Type de partenaire sexuel (pratique)

Tableau 18 : Répartition de l'échantillon en fonction du type de partenaire sexuel

Partenaire sexuel occasionnel	Effectif	Fréquence
Oui	50	14,5%
Non	295	85,5%
Total	345	100%

Les adolescentes ont eu des partenaires sexuels occasionnels dans 14,5% des cas.

23-Utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels (pratique)

Tableau 19 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels.

Utilisation de préservatif lors de rapports sexuels occasionnels	Effectif	Fréquence
Oui	23	46,9%
Non	26	53,1%
Total	49	100%

Plus de la moitié soit 53,1% n'avait pas utilisé les préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels. 1 personne n'a pas répondu à cette question.

24-Fréquence d'utilisation du préservatif (pratique)

Tableau 20 : Répartition de l'échantillon en fonction de la fréquence d'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels.

Fréquence d'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels	Effectif	Fréquence
Toujours	6	26,1%
Quelques fois	17	73,9%
Total	23	100%

Parmi les utilisatrices 26,1% des adolescentes avaient toujours utilisé le préservatif.

25-Nombre de partenaire sexuel jusqu'à ce jour (pratique)

Tableau 21 : Répartition de l'échantillon en fonction du nombre de partenaire sexuel jusqu'à ce jour

Nombre	Effectif	Fréquence
Aucun	108	42,4%
1 partenaire	93	36,5%
2 partenaires	33	12,9%
3 partenaires	12	4,7%
4 partenaires	9	3,5%
Total	255	100%

Dans notre étude 42,4% des adolescentes n'avaient pas de partenaire sexuel. Nous avons retrouvé une moyenne de 0,91 partenaires.

26-Facteurs influençant l'utilisation des contraceptifs (pratique)

Tableau 22 : Facteurs pouvant influencer l'utilisation des contraceptifs

Utilisation des contraceptifs		Oui	non	p	Observations
Facteurs					
Connaissance des moyens de contraception	Oui	61	297	1	DNS
	non	0	3		
Classe d'âge	15-16	25	185	0,003	DS
	17-18	36	115		
Filière d'étude	lettres	12	128	0,001	DS
	sciences	49	172		
Nombre de sources d'information	Une source	6	46	0,265	DNS
	Plus d'une source	55	254		
Connaissance existence services PF	oui	55	237	0,043	DS
	non	6	63		
Existence d'un partenaire	Oui	60	211	0,000	DS
	non	1	88		
Connaissance des risques IVG	Oui	53	264	0,808	DNS
	non	8	36		
Statut matrimonial l'adolescente	Marié	7	8	0,022	DS
	Non marié	54	292		
Durée de séjour Bamako	> 10 ans	20	85	0,485	DNS
	< 10 ans	41	215		
Parler de sexualité avec partenaire	Oui	53	143	0,000	DS
	non	5	154		
Parler de méthode de contraception avec partenaire	Oui	47	99	0,00	DS
	non	9	114		
Rapport sexuel avec partenaires occasionnels	Oui	27	23	0,00	DS
	non	34	261		
Lieu de vie	Parent	46	242	0,093	DNS
	Aidant naturel	15	58		
Avoir fréquenté un service de PF	Oui	27	37	0,000	DS
	non	28	200		

DNS : différence non significative

DS : différence significative

Nous avons retrouvé une différence significative entre l'utilisation de contraceptifs et la classe d'âge, la filière d'étude, le lieu de vie, la connaissance de service de PF, l'existence de partenaire, le statut matrimonial, la fréquentation d'un service de PF, la notion de rapport sexuel occasionnel, le fait de parler (de sexualité, de contraception) avec le partenaire.

Tableau 23 : Facteurs ayant une influence statistiquement significative sur l'utilisation de la contraception

Utilisation de contraceptif		Oui		Non	
		n	%	n	%
Classes d'âges	15-17 ans	25	11,9%	185	88,1%
	18-19 ans	36	23,8%	115	76,2%
	Total	61	16,9%	300	83,1%
Filière d'étude	Lettre	12	8,6%	128	91,4%
	Science	49	22,2%	172	77,8%
connaissance de l'existence des services de PF	Oui	55	18,8%	237	81,2%
	Non	6	8,7%	63	91,3%
Existence un partenaire	Oui	60	22,1%	211	77,9%
	Non	1	1,1%	88	98,9%
Statut matrimonial adolescente	Marié	7	46,7%	8	53,3%
	Non marié	54	15,7%	291	84,3%
Durée de séjour Bamako	>10 ans	20	19%	85	81%
	<10 ans	41	16%	215	84%
Parler de sexualité avec partenaire	Oui	53	27%	143	73%
	Non	5	3,1%	154	96,9%
Parler contraception avec partenaire	Oui	47	32,2%	99	67,8%
	Non	9	7,3%	114	92,7%

Les adolescentes qui ont un partenaire représentent 22,1% des utilisatrices de contraceptif, les contraceptifs sont utilisés par 23,8% des 18-19 ans et l'utilisation dans la série science était de 22,2%.

VII- Commentaires

A- Données qualitatives

Nous sommes partis de la problématique essentielle, à savoir : quelles peuvent être les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescentes en matière de contraception ?

A cette question principale s'ajoutent des questions secondaires :

Quelles sont les raisons éventuelles de la réticence à la prise des contraceptifs par les adolescentes ?

Quelle est l'opinion des enseignants sur la contraception des adolescentes ?

Par rapport à ces interrogations, nous avons émis les hypothèses suivantes :

a- le manque d'éducation sexuelle se répercute sur le comportement des adolescentes.

b- plusieurs facteurs influencent la non-utilisation de la contraception.

c- l'intégration de l'éducation sexuelle dans le programme scolaire constitue une étape importante dans l'amélioration du comportement des adolescentes.

Ce travail a été mené dans le but de répondre à ces questions.

L'enquête a été réalisée avec l'aide des éducateurs scolaires. Cette étude demanderait à être élargie à plusieurs lycées sur toute l'étendue du territoire et aux adolescents.

a-Opinion des adolescentes

Afin d'avoir l'opinion de ces adolescentes nous avons élaboré un guide d'**entretiens de groupes focalisés** qui comportait 6 questions. Nous procédons ci-dessous à l'analyse et au commentaire des données recueillies.

1- A votre connaissance y- a- t- il une éducation sexuelle donnée aux jeunes au Mali en milieu familial et scolaire ? Pourquoi ?

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

Par contre, certaines pensent que l'éducation sexuelle d'une manière générale ne se fait que dans les familles où les parents mènent une vie occidentale. Parmi les raisons qui expliquent cet état de fait, il y a certaines considérations d'ordre religieux, social et culturel. En effet, une participante affirmait que : « les parents pensent que si tu informes l'enfant sur ce plan, il va faire beaucoup d'enfants illégitimes et va prendre le mauvais chemin. C'est pourquoi, nous nous informons entre nous si non ils ne nous disent rien, attesta-t-elle ».

De nos entretiens, il ressort qu'il n'y a pas d'éducation sexuelle en milieu scolaire, les cours de reproductions dispensés en biologie ne sont autre que l'anatomie et la physiologie. A ce propos, une participante disait ceci : « on ne donne que des cours sur la reproduction ». Elles mettent un accent sur certaines ONG et associations qui jouent un important rôle sur ce plan pour de nombreuses adolescentes. C'est ainsi qu'une participante ajouta : « à Sogoniko, le projet des jeunes joue un rôle très important pour nous, ils prennent tout leur temps pour nous écouter et expliquer tout ce dont on a besoin, je les remercie beaucoup ».

Nous en concluons que la pesanteur socioculturelle et l'absence de programmes scolaires spécifiques sur l'éducation sexuelle constituent un facteur de risque pour les adolescentes et, que de tels programmes représentent une nécessité que réclament les adolescentes.

2- Que pensez-vous du comportement actuel des adolescentes par rapport à la sexualité ?

De nos entretiens, il ressort que l'absence de cadre approprié pour s'informer sur la sexualité serait à l'origine du mauvais comportement sexuel des adolescentes. Ce sont les médias seulement qui donnent ces informations sans toutefois répondre en substance aux attentes et besoins des adolescentes en matière d'éducation sexuelle. Mais également, ces informations pas souvent structurées et mal formulées peuvent avoir des effets contraires capables d'induire en erreur les adolescentes en les poussant sur de mauvais chemins. En effet, une participante disait : « on n'a qu'une source d'éducation sexuelle qui est représentée par les médias et cela entraîne le libertinage car tu as la curiosité et tu essaies sans honte ».

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

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

3- Selon vous que signifie la contraception ?

La majorité des adolescentes estiment que la contraception permet de contrôler les naissances et de maîtriser la fécondité par conséquent d'éviter les MST, les grossesses non-désirées par conséquent, des dépenses inutiles. Elle apparaît ici comme une méthode sûre et fiable sans inconvénient. Cependant, certaines personnes à l'esprit malsain l'utilisent pour autre chose d'où le danger de la confusion morale comme l'illustre ici les propos d'une participante : « C'est un danger car les garçons percent le bout du préservatif pour infecter les filles ».

La planification familiale est vue par d'autres comme un moyen pour les occidentaux d'avoir de l'argent d'où ces propos : « Ce sont les blancs qui fabriquent ces contraceptifs à but lucratif ».

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

Pour conclure, nous dirons que la planification familiale reste confuse pour beaucoup d'adolescentes.

4- Pensez-vous que l'utilisation des contraceptifs a des inconvénients sur la santé?

De nos entretiens, il ressort que les contraceptifs ont des inconvénients comme : la stérilité, les saignements, les maux de ventre pouvant être évités si on s'informe au niveau des structures spécialisées dans ce domaine. Elles affirment que ces inconvénients sont négligeables par rapport aux avantages. L'abus d'usage, la mauvaise utilisation sont des facteurs qui font que la contraception peut avoir des conséquences.

Malgré tout, certaines préconisent les préservatifs seulement aux jeunes non mariés. Pour d'autres participantes, le préservatif peut se déchirer et entraîner un risque de MST et de grossesses non désirées.

Nous en concluons que les effets secondaires de la contraception sont généralement liés à l'automédication.

5- Certains jeunes non-mariés qui ont des relations sexuelles n'utilisent pas les méthodes contraceptives, qu'en pensez-vous ? Quelles sont les raisons de ce comportement ?

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

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

La pesanteur socioculturelle est également un facteur important à ce propos les participantes disaient : « les jeunes ont honte d'aller dans les services de santé pour se planifier car on demande si tu es marié-e et si ce n'est pas le cas c'est mal vu ».

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

Nous pouvons en conclure que les facteurs de la non-utilisation de contraceptifs sont d'ordre multiple : économique, social, culturel, et infrastructurel.

6- Etes-vous prêtes à utiliser un préservatif si votre partenaire y consent ? Et s'il s'y oppose ? Pour quoi ?

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

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

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

b- Opinion des enseignants

En complément aux entretiens de groupes focalisés, nous avons élaboré un guide d'entretien que nous avons soumis aux enseignants après obtention de leur consentement volontaire éclairé afin d'avoir leurs opinions sur la question.

Les données ainsi recueillies sont ci-dessous analysées et commentées :

1- Que pensez-vous du comportement actuel des adolescentes par rapport à la sexualité ?

De nos entretiens, il ressort qu'aujourd'hui le comportement sexuel des adolescentes laisse à désirer, il est caractérisé par un libertinage (laissé - aller, désordre) et un laxisme à la fois au niveau familial qu'au niveau scolaire. C'est dans ce cadre que l'interviewé n°17 affirmait que : « le temps à l'école ne leur permet pas d'éduquer les adolescentes sur le plan sexuel. Ce sont les parents qui doivent le faire mais ceux - ci sont plutôt préoccupés par la recherche du gain quotidien. De ce fait les adolescentes sont laissées à elles-mêmes et développent des comportements critiques et alarmants sur le plan sexuel ».

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

L'interviewé n°15 aborda dans le même sens ; selon lui, « les adolescentes sont d'une part très intéressées par les sujets liés à la sexualité, d'autre part, elles sont impatientes de commencer cette activité. L'engouement lorsque le sujet est abordé dans certains cours, leur thème de causerie et le port des habits indécents témoignent de cette situation. Ainsi le sexe est devenu une activité principale chez les adolescentes ou tout y est lié ». « Elles se livrent facilement, elles ne se contrôlent pas » a déclaré l'interviewé" n°11.

Pour conclure, on dira que le mauvais comportement et la précocité sexuelle sont influencés par le manque d'éducation sexuelle.

2- L'information, la sensibilisation et l'éducation liées à la sexualité et à la contraception sont-elles adéquates aux besoins des jeunes au Mali ? Que proposez-vous pour améliorer l'éducation donnée aux jeunes ?

Par rapport à ce sujet il ressort de nos entretiens que l'éducation, les informations et les conseils donnés aux adolescentes dans le domaine de la sexualité sont non seulement insuffisants mais également ne prennent pas en compte tous leurs besoins en la matière. Pour une meilleure éducation sexuelle des adolescentes, nos différents interviewés ont fait des propositions diverses. Les uns et les autres trouvent qu'il est souhaitable tout d'abord de recenser les différentes préoccupations en matière de sexualité et de créer ensuite un programme scolaire cohérent en faisant de l'éducation sexuelle une matière à part entière.

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

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

3- Est-il acceptable que les jeunes non - marié(es) aient des informations ou soient éduqué(es) sur la sexualité ?

Pour les enseignants, ce travail doit commencer depuis le bas âge, 7 à 8 ans environ.

C'est pourquoi l'éducation sexuelle doit en général concerner aussi bien les personnes mariées que celles non - mariées. Car les jeunes ont aujourd'hui une activité sexuelle précoce et pour cela ils ne sont pas prêts à attendre le mariage. Ainsi l'éducation sexuelle, comme l'affirme l'interview n°20 : « elle permet non seulement de préparer les jeunes pour le foyer mais aussi de les doter de connaissances nécessaires pour affronter la vie sexuelle ».

Elle constitue aussi pour les uns et les autres un moyen de protection contre les I.S.T et contre les grossesses non - désirées. Bref, les jeunes auront une vie sexuelle saine et pourront correctement garder leur cadet. Mais dans tous les cas, la famille, l'école et les centres de santé apparaissent comme les structures appropriées pour éduquer et informer les adolescentes sur la sexualité.

Nous pouvons en conclure que les informations constituent pour les jeunes une nécessité pour affronter la vie sexuelle.

4- Certains jeunes non-mariés qui ont des relations sexuelles n'utilisent pas les contraceptifs : qu'en pensez-vous ?

Il ressort de nos entretiens que des jeunes non-mariés entretiennent des relations sexuelles sans pour autant utiliser aucun moyen de contraception. Une situation dangereuse et inquiétante au regard des conséquences qu'elle peut entraîner. Il s'agit entre autre des I.S.T, des interruptions volontaires de grossesses, des homicides, etc.

De plus certaines raisons soutiennent ce phénomène social. Parmi elles, nous pouvons citer : le manque d'informations et de confiance aux services de contraception, les effets secondaires qui y sont liés tels que le cancer, la diminution du plaisir sexuel. A celles-ci peuvent s'ajouter enfin l'entêtement et l'inconscience de certains jeunes non-mariés et en situation de précarité sociale.

Nous en concluons que les facteurs de non-utilisation des services de la contraception par les jeunes sont de plusieurs ordres.

B- Données quantitatives

1- L'âge

Dans notre étude, les adolescentes de 15-17 ans représentent 58,2% de l'échantillon. Une différence statistiquement significative entre la classe d'âge et l'utilisation de contraceptif a été retrouvée.

L'âge moyen est de 17,14 ans avec des extrêmes de 15-19 ans. Ces chiffres sont voisins de ceux retrouvés chez Kané (21) où l'âge moyen était de 16,44 ans, de 16,6 ans chez Abauleth (1) et de 17,6 ans chez Miller (28).

2- Lieu de vie de l'adolescente

Dans notre étude, 79,8% élèves vivaient avec leurs parents contre 20,2% avec un aidant – naturel ou social. Le lieu de vie n'a pas eu d'influence statistiquement significative sur l'utilisation de contraceptif.

3- Ethnie de l'adolescente

Les bambaras étaient majoritaires 33,3% ; ceci peut être lié à la situation géographique.

Kané (21) avait trouvé à Mopti 12,9% de bambara.

4- Statut matrimonial

Dans notre étude une minorité soit 4,2% des élèves étaient mariées, le vécu socioculturel peut expliquer ce fait : les filles qui vont au lycée envisagent en général une étude universitaire qui ne va pas de pair avec les obligations matrimoniales. On a retrouvé une différence statistiquement significative entre le statut matrimonial et l'utilisation de contraceptif.

5- Filière d'étude

Les séries scientifiques étaient plus représentées avec 61,2% de notre échantillon. Cela peut s'expliquer par le fait que les scientifiques étaient plus intéressées par l'étude que les littéraires et une différence statistiquement significative a été retrouvée avec l'utilisation de contraceptif.

6- Avoir entendu parler de contraception

Dans notre étude, toutes les adolescentes avaient entendu parler de contraception soit 100%.

Ce taux est supérieur à celui d'Adom (2), Kané (21) et Langille (22) qui ont trouvé respectivement 69,40%, 60% et 42%.

Notre taux supérieur peut s'expliquer par l'importance des campagnes d'informations sur la PF à Bamako.

7- Nombre de méthodes utilisées

Une seule méthode de contraception était utilisée par 88,5% des adolescentes, 9,8% avaient utilisé deux méthodes de contraception et 1,6% avaient déjà utilisé trois méthodes de contraception.

83,1 % (300/361) des élèves n'ont pas répondu à cette question.

8- La méthode contraceptive déjà utilisée

La majorité des élèves utilisatrices soit 72,13% avaient utilisé le préservatif suivi par la pilule à 21,31%, du contraceptif injectable 9,83%, du dispositif intra-utérin et des spermicides à proportion égale soit 1,63%. Ce taux d'utilisation élevé de préservatif peut s'expliquer par la disponibilité et la vente libre de ce contraceptif.

Ces résultats sont comparables à ceux de Kané (21) le préservatif était utilisé dans 77,3% des cas, suivis par la pilule à 8% et les injectables à 2,7%.

Abaueth (1) avait trouvé 55,7% pour le préservatif, 13,76% pour la pilule, 2,17% pour les injectables, 0,72% pour le dispositif intra-utérin.

9- La source d'information des adolescentes sur la contraception

Dans notre étude, 88% des adolescentes avaient plus d'une source d'information sur la contraception, d'autres avaient eu des informations par des structures sanitaires, l'école, les parents et aidants naturels à pourcentage égal soit 2%, les médias représentaient 5,7%.

Chez Kané (21) on retrouve des chiffres voisins 78,7% de sources multiples, 1% de personnel médical, 2,5% de parents ou amis, 6,4% de l'école et 8,9% pour les médias.

Notre taux d'information au niveau scolaire est inférieur à celui de Adom (2), Miller (28) et Kamtchouing (20) qui ont trouvé respectivement 31,16%, 42%, 21%.

Notre bas taux d'information au niveau scolaire peut être lié à l'absence de programme scolaire spécifique en la matière.

10- Fréquentation du service de PF

Moins d'un quart des adolescentes soit 22% seulement ont fréquenté un service de PF contre 78% qui n'en ont jamais fréquenté.

11- Raisons de non-fréquentation des services de PF

Malgré les efforts consentis dans le domaine de la PF, la coutume était la principale raison de non-fréquentation de ces services chez 86,4% des adolescentes ainsi que l'ignorance chez 13,6% des adolescentes.

12- Opinion sur IVG

Dans notre étude 97,5% de notre échantillon désapprouvaient l'IVG contre 2,5% qui l'approuvaient. Beaucoup d'élèves ont affirmé que c'est la pesanteur sociale (économique et culturelle) qui pousse les filles à avorter et le plus souvent sous la direction de leur mère. Ce pendant la connaissance des risques d'IVG n'a pas eu une influence statistiquement significative sur l'utilisation de contraceptif.

13- Raisons de désapprobation de la contraception

La coutume et les effets secondaires étaient les raisons de désapprobation de la contraception à pourcentage égal. Cela peut être lié à la structure même de notre société.

14- Connaissance et utilisation des méthodes de contraception

La connaissance des méthodes de contraceptions n'équivaut pas à leur utilisation chez les adolescentes, en effet 99,2% de l'échantillon connaissaient des méthodes de contraception et parmi elles, seules 16,9% avaient utilisé un contraceptif. Cela peut être lié à la coutume et aux effets secondaires.

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

Notre bas taux d'utilisation s'observe chez Miller (28) ou 17% des élèves utilisaient une méthode de contraception. En revanche, Kamtchouing (20), Duprez (10) et Daures (7) ont trouvé 41%.

15-Avoir un partenaire

Dans notre étude 75,3% des adolescentes affirmaient avoir un partenaire et cela avaient une influence statistiquement significative sur l'utilisation de contraceptif. Cela peut s'expliquer par la prédisposition psychologique à prévenir le risque de grossesse.

16-Parler de sexualité et de contraception avec le partenaire

Il ressort de notre étude que 55,2% des adolescentes avaient parlée de sexualité avec leur partenaire. Notre enquête montre que 54,3% des adolescentes avaient déjà parlé de contraception avec leurs partenaires. Ces facteurs ont eu une influence statistiquement significative sur l'utilisation de contraceptif et cela peut s'expliquer par l'avantage de la communication interpersonnelle.

17-Avoir des rapports sexuels avec son partenaire

Dans notre étude 41,9% des adolescentes avaient eu des rapports sexuels avec leurs partenaires contre 58,1% qui n'ont pas eu de rapports sexuels. Ce taux peut s'expliquer par la précocité des rapports sexuels.

Ces taux sont voisins de ceux d'Adom (2), Forguet (15), Kané (21) qui ont trouvé respectivement que 39,03%, 49,5% et 50,5% des adolescentes avaient eu des rapports sexuels.

18-Age du premier rapport sexuel

La première expérience sexuelle est précoce entre 10 et 19 ans avec une moyenne de 16,13 ans et cela dans 41% des cas.

Cet âge moyen est comparable à ceux retrouvés au Ghana 16,8 ans Echange MAQ (11), Pichot (36) retrouve dans sa série que 34% des adolescentes ont leur premier rapport avant 16 ans.

Chez Bilodeau (4), Forget (15), et Kané (21) on retrouve les âges moyens au premier rapport sexuel qui sont respectivement 14 ans, 15,7 ans, 14,87 ans. Ces âges sont un peu plus bas que le nôtre.

19-Utilisation de préservatif au premier rapport

Moins de la moitié de celles qui ont eu des rapports sexuels soit 43,4% de l'échantillon avaient utilisé un préservatif à cette occasion. Cela peut être dû au fait que le premier rapport sexuel n'est pas en général programmé.

20-Avoir eu des partenaires sexuels occasionnels

Les adolescentes ont eu des partenaires sexuels occasionnels dans 14,5% des cas et 53,1% de ces rapports occasionnels n'étaient pas protégés. Cela peut s'expliquer par l'ignorance.

21-Fréquence d'utilisation de préservatif avec les partenaires occasionnels

Notre étude montre que 26,1% des adolescentes avaient toujours utilisé le préservatif et 73,9% l'avaient utilisé quelques fois.

Ces chiffres sont plus élevés que ceux d'Adom (2) qui a trouvé que 12,01% des élèves avaient des rapports toujours protégés.

22-Nombre de partenaires sexuels

Les adolescentes avaient un nombre de partenaires sexuels entre 1 et 4 avec une moyenne de 0,91. Nous n'avons pas trouvé d'explication à cela.

Cette moyenne est inférieure à celle d'Abaueth (1) qui avait trouvé une moyenne de 1,8 partenaires sexuels par élève.

23-Les facteurs pouvant influencer la contraception

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

Plusieurs facteurs (la classe d'âge, la filière d'étude, la connaissance de l'existence services PF, existence d'un partenaire, le statut matrimonial de l'adolescente, parler de sexualité avec le partenaire, parler de méthode de contraception avec partenaire, avoir des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, le lieu de vie) ont une influence statistiquement significative sur l'utilisation de la contraception $p < 0,05$.

VIII- Conclusion et recommandations

1- Conclusion

Notre travail est une étude des connaissances des attitudes et des pratiques des adolescentes scolarisées en matière de contraception. Elle comporte d'une part, une étude transversale décrivant les adolescentes fréquentant les établissements secondaires décrits comme sites de l'étude, d'autre part, une enquête qualitative à partir des entretiens de groupes focalisés d'adolescentes et d'interviews des enseignants.

Nous nous sommes proposés comme objectif : d'étudier le comportement des adolescentes en milieu scolaire face à la contraception.

Les principaux résultats sont les suivants :

La majorité des élèves déclarait connaître des méthodes de contraception et parmi elles une minorité utilisait la contraception. Les adolescentes avaient plusieurs sources d'informations sur la contraception, mais seulement 2% avaient eu des informations par des structures sanitaires. Les raisons de désapprobation de la contraception étaient la coutume et les effets secondaires, à pourcentage égal.

Les adolescentes étaient sexuellement actives et avaient des rapports sexuels de plus en plus précoces. Plusieurs adolescentes avaient des partenaires sexuels occasionnels, plus de la moitié n'avaient pas utilisé les préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels et une moyenne de 0,91 partenaires sexuels a été retrouvée chez les adolescentes.

Notre étude a montré que l'utilisation de la contraception est influencée statistiquement par plusieurs facteurs.

Les enquêtes qualitatives nous ont révélé que parallèlement à certaines de nos hypothèses, la pesanteur socioculturelle et l'absence de programmes scolaires spécifiques rendent difficile l'éducation sexuelle, favorisent les mauvais comportements et la précocité des rapports sexuels.

La contraception n'est pas bien élucidée pour beaucoup d'adolescentes et ses effets secondaires mal acceptés, sont généralement liés à l'automédication et les mauvaises rumeurs. Les facteurs de la non-utilisation de contraceptifs sont d'ordre économique, social, culturel et infrastructurel.

Pour les enseignants, malgré les efforts consentis dans ce domaine, il reste beaucoup à faire. La prise en compte de l'éducation sexuelle comme une matière à part entière dans le programme scolaire est très importante car l'information constitue pour les jeunes une nécessité pour affronter la vie.

Une information isolée de la contraception sans référence aux problèmes de la vie active, sexuelle et familiale n'est pas suffisante. Pour cela, nous faisons quelques recommandations.

2- Recommandations

2-1- A l'Etat du Mali

2-1-1- L'introduction progressive et obligatoire de l'éducation sexuelle à partir de la 9^{ième} année fondamentale (correspondance internationale 3^{ième})

En prévoyant deux sortes d'interventions :

- un enseignement magistral débutant dès la 9^{ième} année

- des activités éducatives en liaison avec les familles visant plus à l'éveil d'une gestion responsable de la sexualité chez les adolescents.

2-1-2- Promouvoir la pratique de la contraception

En levant les incompréhensions sociales, culturelles et religieuses pour améliorer la prévalence contraceptive chez les adolescentes.

2-1-3- Mener des campagnes d'information (plaidoyer)

Pour combler l'ignorance des adolescents tout en respectant leurs découvertes personnelles, les aidera à faire le lien entre l'acte sexuel et les conséquences nuisibles à leur épanouissement.

2-1-4- Vulgariser l'accès aux méthodes contraceptives et les rendre disponibles dans les infirmeries de tous les lycées.

2-1-5- Créer et multiplier les centres agréés pour les jeunes (comme le projet jeune sport et santé de Sogoniko) au niveau national et au niveau régional afin de permettre aux adolescents de venir régulièrement et facilement au centre le plus proche de leur lieu d'habitation.

2-1-6- Subventionner les contraceptifs qui ne le sont pas et les examens para-cliniques pratiqués avant leur prescription.

2-1-7- légiférer en la matière pour permettre le libre accès à la contraception chez les adolescentes.

2-2- Aux adolescents

- 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.
- Discuter avec les parents, les enseignants des problèmes de sexualité pour lever les tabous et éviter les idées fausses qui constituent un obstacle à la prise de contraception.

2-3- Au personnel médical et para médical

- Il doit être attentif, disponible
- Manier aisément les concepts médicaux de la sexualité
- Maîtriser les différentes méthodes contraceptives
- Mener un counseling initial 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).

On souligne en outre qu'une information physiologique bien faite préviendra sûrement plus d'accidents qu'une ordonnance correcte mais sèche.

Dans tous les cas, comprendre le monde psychoaffectif des adolescents, s'y adapter, parler et agir en conséquence constituent les clés d'une meilleure réussite.

- Dans les centres de santé scolaire et universitaire, l'infirmier se doit d'être accessible pour permettre une meilleure vulgarisation des méthodes contraceptives auprès des élèves.

2-4- Aux éducateurs (enseignants)

- Maîtriser les techniques d'animation de groupe (communication inter personnelle)

- S'informer pour mieux orienter les élèves

2-5- Aux parents

Dépasser les tabous sexuels, religieux, socioculturels pour permettre aux adolescents d'affronter leur sexualité d'une manière responsable.

IX- Références

- 1- Abauleth R, Koffi A, Kakou C, Adjoby R, Mian B, Angoi V. et col.** Connaissance et utilisation de la contraception chez l'adolescente. III^e Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006
- 2- Adom-Anoumatacky M.** La contraception chez l'adolescente en milieu scolaire. III^e Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006
- 3- Berthe F.** Vulnérabilité des jeunes liées aux pratiques et aux comportements néfastes à la santé en milieu urbain et péri-urbain bamakois. Thèse méd, Bamako 2004. (04M49)
- 4- Bilodeau A.; Forget G.; Tetrault J.** L'auto efficacité relative à la contraception chez les adolescents: validation de la version française de l'échelle de mesure de Levinson. Revue canadienne de santé publique 1994 ; 85, 2 : 115-20.
- 5- Boubacar M.** Etude épidémiologique-clinique du planning familial : Enquête auprès de 206 utilisatrices au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako d'Avril à Juin 2003. Thèse méd, Bamako 2003.
- 6-Camara M.** La contraception chez l'adolescente. Thèse méd, Bamako 1992. (92M44)
- 7- Daures JP. ; Chaix D.G.; Maurin M.; Viala J.L. ; Gremy F.** Étude préliminaire des interruptions volontaires de grossesses (I.V.G.) et des maladies sexuellement transmissibles (M.S.T.) chez l'adolescent par une information en classe de troisième. Contraception, fertilité 1989; 17, 11: 1021-26.
- 8- Direction nationale de l'enseignement secondaire général.** Flash sur la rentrée scolaire 2004-2005.
- 9- Direction Régionale de la Santé**
Le district de Bamako présentation générale

10- Duprez D., Viala M. Adolescence et avortement. Évolution psychiatrique 1985 ; 50, 2 : 357-81.

11- Echange MAQ. Les adolescents,
http://www.maqweb.org/franco/slides/Mod_12_Adolescents.pdf.

12- Faites confiance aux ados.
www.ippf.org

13- Fédération internationale pour la planification familiale. L'islam et la planification familiale Rabat 1971

14- Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales. Planification familiale,
www.gfmer.ch/Cours/Planification_familiale.html

15- Forget G.; Bilodeau.A. ; Tetrault j. Facteurs reliés à la sexualité et à la contraception chez les jeunes et décrochage scolaire. Un lien insolite mais réel. Apprentissage et socialisation 1992 ; 15 : 29-38.

16- International Development Research Centre. Planning traditionnel au Mali. Education sexuelle en Afrique tropicale 1973 ; p 54

17- Jean Claude L. Pour une éthique de la procréation. Paris, éditions du Cerf 1998 ; 2 : 31.

18- Journée Mondiale Maternité sans risque. Eviter les grossesses non désirées 7 avril 1998

20- Kamtchouing P., Takougangi., N'Goh N., Yakam I. La sexualité des adolescents en milieu scolaire à Yaoundé (Cameroun). Contraception, fertilité, sexualité 1997; 25,10 : 798-801.

21- Kané F, Zino J M, Peña M L, Diallo. La contraception en milieu scolaire à Mopti. III^e Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006

22- Langille D.B., Dalaney M.E. Knowledge and use of emergency post coital. Contraception by female students at a high school in Nova Scotia. Canadian J. Public Health 1999; 91, 1: 29-32.

23- Larousse médical 1995

24- L'allaitement maternel

<http://www.FHI.org/fr/Topics/Breastfeeding.htm>

25- La contraception

<http://www.contractions.org/html/index.>

26- Les contraceptifs injectables

<http://search.fhi.org/sitesearch.asp?query=injectables+progestatif>

27- L'éducation sexuelle en ballottage.

www.uia.org/uiademo

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

29- Ministère de la santé USAID 2003. Population développement et qualité de la vie au Mali.

30- Ministère délégué au plan. Direction nationale de la statistique et de l'informatique. Troisième recensement général de la population et de l'habitat 1998

31- Nekan F. Les facteurs de risque de la grossesse chez l'adolescente célibataire de la commune IV. Thèse méd, Bamako 1995. (95M39).

32- Nian M. Approche épidémiologique de la grossesse chez l'adolescente à l'hôpital régional de Kayes. Thèse méd, Bamako 2000. (00M99)

33- ONU. 2004. Rapport mondial sur la jeunesse, 2005: Rapport du Secrétaire général (A/60/61 – E/2005/7), p. 1. New York: ONU.

34- ONU. 2005. “World Population Prospects: The 2004 Revision: File 1: Total Population Both Sexes by Age Group, Major Area, Region and Country, Annually for 1950-2050 (in thousands) (Pop/DB/WPP/Rev.2004/4/F1).” Tableau électronique. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.

35- Ordres sages femmes du Mali. Bulletin Semestriel de l'ordre des sages-femmes du Mali Août 2005 – NUMERAU 002

36- Pichot F., Dayan Lintzer M. Résistance et compliance à la contraception à l'adolescence. Contraception, Fertilité, sexualité 1985 ; 19, 10 : 1055-61.

37- Population Reports 2003. www.populationreports.org/pr/prf/fm17

38- Sangaré A. K. Connaissances, attitudes pratiques des adolescentes en matière des IST/ SIDA et de planification familiale, comportement en matière de sexualité dans 3 lycées du district de Bamako. Thèse méd, Bamako 2003. (03M6).

39- Serfaty D. La contraception. Doin éditeurs, Paris. 1986

40-Ta-Ngoc Chau. Aspect démographique de la planification de l'éducation. UNESCO 2002.

41- TRAORE S. et col. Enquête démographique et de santé du Mali. Planification familiale. Bamako, Mali, EDS M III juin 2002 ; 450- 57-80

X- Annexes

Questionnaire à l'intention des adolescentes

Introduction (Information et consentement volontaire) : Ce questionnaire a pour but de recueillir vos impressions, connaissances et perceptions sur la contraception au Mali afin d'améliorer l'offre de cette population en matière de contraception. Nous vous remercions d'avance de votre participation. Les Informations recueillies sont anonymes et confidentielles.

Numéro du questionnaire /___/___/___/___/

Commune.....

Nom de l'établissement.....

I - Renseignements généraux

n° question filtres codes

01) Age (en années révolues) /___/___/

02) Rang de l'adolescent à la naissance / nombre d'enfants de la mère et du père

/___/_ ___/ ième enfant de la mère /___/___/ ième enfant du père

/___/ nombre d'enfants de la mère /___/ nombre d'enfants du père

03) Lieu de vie

04) Ethnie

1- Bambara	5 - Malinké	9 - Sonhaï
2 -Sénoufo	6- Khassonké	10 - Maures
3 - Sarakolé	7 - Peulh	11- Bozo
4 - Minyanka	8 - Dogon	Autres (à préciser)

05) Statut matrimonial de l'adolescente

1- Mariée x1	4 - Mariée x4	7 - Divorcée
2 -Mariée x2	5 – Célibataire	8 - Concubinage
3 -Mariée x3	6- Fiancée	

06) Niveau d'instruction

10 ^{ème} science	10 ^{ème} lettre
11 ^{ème} science	11 ^{ème} lettre
12 ^{ème} science	12 ^{ème} lettre

07) Durée de séjour à Bamako

1- Inférieure de 10 ans

2- Supérieure ou égale à 10 ans

08) Statut matrimonial des parents

1- polygames

3 – Divorcé(e)

4- Concubinage

2-Marié(e)

4- Fiancé(e)

Veuf (ve)

09) Profession du père

1-Décédé

10- Médecin

19-Mendiant

2-Fonctionnaire

11-Profession paramédicale

20-Chômeur

3-Cultivateur

12- Commerçant

21-Vendeur

4- Homme en tenue

13-Ouvrier

22-Imam

5- Eleveur

14- Ingénieur

23-Marabout

6-Artisan

15-Thérapeute

24- Talibé

7- Salarié du secteur privé

15-Aide familial

25- Artiste

8-Salarié du secteur public

17-Apprenti

Autres (à préciser).....

9- Enseignant

18-Retraité

10) Niveau d'instruction du père

1-Aucun

5-Supérieur

9- Medersa supérieur

2-Fondamental 1

6-Medersa fondamental 1

10-Medersa supérieure

3-Fondamental 2

7-Medersa fondamental 2

Autres (à préciser).....

4-Secondaire

8-Medersa secondaires

11) Profession de la mère

1-Décédée

8- Médecin

15-Retraitée

2-Fonctionnaire

9-Profession paramédicale

16-Mendiant

3-Femme en tenue

10- Commerçant

17-Ménagère

4-Teinturiere

11-Ouvriere

18-Vendeuse

5- Salariée du secteur privé

12- Ingénieur

19- Artiste

6-Salariee du secteur public

13-Thérapeute

Autres (à préciser).....

7- Enseignante

14-Aide ménagée

12) Niveau d'instruction de la mère

- | | | |
|-----------------|-------------------------|----------------------------|
| 1-Aucun | 5-Supérieur | 9- Medersa supérieure |
| 2-Fondamental 1 | 6-Medersa fondamental 1 | 10-Medersa supérieures |
| 3-Fondamental 2 | 7-Medersa fondamental 2 | Autres (à préciser)..... |
| 4-Secondaire | 8-Medersa secondaires | |

13) Niveau de vie des parents

- | | | |
|-----------------|-------------|----------------------------|
| 1- Electricité | 5- Voiture | 8- Latrines |
| 2-Téléviseur | 6- Location | 9- Puits |
| 4-Réfrigérateur | 7- W-C | Autres (à préciser)..... |

II- Connaissances, attitudes et pratiques

14) Avez vous déjà entendu parler de contraception ?

- 2. Non
- 1. Oui

15) Si vous avez répondu Oui que signifie l'expression à votre entendement

- | | | |
|------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1- Espacement des naissances | 4- Moins de naissance | 7- Meilleure éducation des enfants |
| 2-Santé de la mère | 5- Moins de dépense | 8-Non réponse |
| 3-Santé de l'enfant | 6- Famille heureuse | 9- Ne sait pas |
| Autres (à préciser)..... | | |

16) Connaissez-vous des méthodes contraceptives ?

- 2. Non
 - 1.Oui : lesquelles ?
- | | | |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 1-Pilule | 4-Norplant | 7- Allaitement maternel |
| 2-Préservatif | 5- Dispositif intra utérin | 8- Méthode traditionnelle |
| 3- Spermicide | 6- Contraceptif injectable | 9- Ne sait pas |
| Autre (à préciser)..... | | |

17) Quelles sont les sources d'approvisionnement en méthode contraceptives que vous connaissez ?

- | | | |
|----------------------------|----------------|----------------|
| 1- Centre de santé/Hôpital | 3- Boutique | 9- Ne sait pas |
| 2-Pharmacie | 8- Non réponse | |
| Autres (à préciser)..... | | |

18) Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive ?

- 2. Non
- 1. Oui : lesquelles ?

19) Quelles sont vos principales sources d'information sur la contraception ?

- | | | |
|----------|-----------|---------------|
| 1- Ecole | 4- Médias | 7-Frère/sœurs |
|----------|-----------|---------------|

- 2- Centre de santé/hôpital 5- Père 8- Ami(es)
- 3- Conférence 6- Mère 9- Ne sait pas

Autres(à préciser).....

20) Savez-vous qu'il existe des services de prestation de planification familiale ?

Oui =1 Non = 2

21) Si vous avez répondu oui : avez vous déjà fréquenté ces services ?

- 1. Oui
- 2. Non : pourquoi ?
- 1- Coutume 2- Religion 3- Pas besoin

Autres (à préciser).....

22) Selon vous quel est le temps qui doit exister entre deux maternités ?

Intervalle en mois :

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

2-Non

1-Oui : quels sont ces risques ?

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

24) Quelle est votre opinion sur les avortements provoqués ?

- 1- Approuve 2-Désapprouve 8-Pas de réponse

25) Appréciez-vous la contraception ?

- 1. Oui
- 2- Non : pour quelle raison principalement?

- 1- Coutume 2- Religion 3- Effets secondaires

Autres (à préciser).....

.....
.....

Guide des entretiens de groupes focalisés à l'intention des adolescentes

Introduction (Information et consentement volontaire) : Ce questionnaire a pour but de recueillir vos impressions, connaissances et perceptions sur la contraception au Mali afin d'améliorer l'offre de cette population en matière de contraception. Nous vous remercions d'avance de votre participation. Les Informations recueillies sont anonymes et confidentielles.

- 1- A votre connaissance, y – a - t'il une éducation sexuelle donnée aux jeunes au Mali en milieu familial et scolaire ? Pourquoi ?
- 2- Que pensez-vous du comportement actuel des adolescentes par rapport à la sexualité ?
- 3- Selon vous, que signifie la contraception ?
- 4- Pensez-vous que l'utilisation des contraceptifs ait des inconvénients sur la santé?
- 5- Certains jeunes non-mariés qui ont des relations sexuelles n'utilisent pas les méthodes contraceptives, qu'en pensez-vous ? Quelles sont les raisons de ce comportement ?
- 6- Etes-vous prêtes à utiliser un préservatif si votre partenaire y consent ? Et s'il s'y oppose ? Pour quoi ?

Je vous remercie pour votre participation à notre étude.

Guide des entretiens à l'intention des enseignants

Introduction (Information et consentement volontaire) : Ce questionnaire a pour but de recueillir vos impressions, connaissances et perceptions sur la contraception au Mali afin d'améliorer l'offre de cette population en matière de contraception. Nous vous remercions d'avance de votre participation. Les Informations recueillies sont anonymes et confidentielles.

1- Que pensez-vous du comportement actuel des adolescentes par rapport à la sexualité ?

2- L'information, la sensibilisation et l'éducation reliées à la sexualité et à la contraception sont-elles adéquates aux besoins des jeunes au Mali ? Que proposez-vous pour améliorer l'éducation donnée aux adolescentes ?

3- Est-il acceptable que les jeunes non-marié(es) aient des informations ou soient éduquées sur la sexualité ?

4- Certains jeunes non-mariés qui ont des relations sexuelles n'utilisent pas les contraceptifs : qu'en pensez-vous ?

Je vous remercie pour votre participation à notre étude.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SIDIBE

Prénom : Alima

Titre de la thèse : Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception

Année Universitaire: 2005 – 2006

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Santé Publique et anthropologie médicale

RESUME

Notre étude transversale quantitative et qualitative s'est déroulée à Bamako du 4 avril 2005 au 1 juin 2005. L'objectif consistait à étudier le comportement des adolescentes en milieu scolaire face à la contraception.

La majorité des élèves soit 99,2% déclaraient connaître des méthodes de contraceptions et parmi elles seulement 16,9% utilisaient la contraception. La coutume était la principale raison de non-fréquentation des services de PF chez 86,4% des adolescentes suivit par l'ignorance. 41,9% des adolescentes étaient sexuellement actives, l'âge moyen au premier rapport sexuel était 16,13 ans. Plus de la moitié n'avaient pas utilisé les préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels. Nous avons retrouvé plusieurs facteurs qui influencent la contraception chez l'adolescente. Les données qualitatives nous ont révélées que les facteurs de non-utilisation de contraceptifs sont d'ordre économique, social, culturel et infrastructurel.

Mots Clefs : Connaissances- Attitudes- Pratiques- Adolescente- Milieu scolaire- contraception

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui m'y 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 partis ou 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.