



Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie



Année Universitaire 2008/2009

N°...../

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

THESE:

Présentée et soutenue publiquement le

PAR

Mr BERTHE CLEMENT

Pour l'obtention du DOCTORAT en Médecine
(DIPLÔME D'ETAT)

JURY:

Président : Professeur Mamadou Traoré

Membre : Dr Soumana Oumar Traoré

Co-directeur: Dr Famakan Kané

Directeur : Professeur Salif Diakité

Dédicaces

Je dédie ce travail à **Dieu le père tout Puissant** de m'avoir accordé une bonne santé jusqu'à ce jour tant attendu. Seigneur enracine en moi l'amour et le respect de ma vocation.

Que ton nom soit glorifié par la terre toute entière. Amen !

A mes défunts : Jean-Pierre Berthé, Antoine Goïta, Monique Dembélé.

J'aurais tant souhaité que vous soyez avec nous ce jour mais le destin a décidé autrement. Dormez en paix dans le royaume de Dieu. Amen !

A mon père Célestin Totèguè et ma mère Elisabeth Kéita.

Chers parents les mots ne me suffisent pas à exprimer ma reconnaissance et mon admiration. Vous avez consenti d'énormes efforts pour que je réussisse à mes études. Ce travail est le vôtre. Soyez en remerciés.

Que Dieu vous accorde une bonne santé et une longévité.

A mes oncles et mes tantes.

Merci pour l'amour que vous m'avez toujours témoigné.

Pérennisons ces liens et restons tolérants, croyants, travailleurs et très unis.

Considérez ce travail comme le votre.

A mon grand frère Antoine Berthé.

Merci pour ton soutien et l'amour fraternel qui nous lie. Ce travail est le tien.

A tous mes frères et sœurs

Merci pour tous vos soutiens, conseils et l'amour fraternel. Restons toujours unis pour l'amour de Dieu. Recevez mes salutations les plus sincères.

A Simplicie Sogoba et famille

Merci pour tout le soutien que vous avez toujours consenti pour moi.

Soyez rassuré de ma profonde reconnaissance.

A monsieur Adama Diallo et famille

Les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance car vous avez toujours été à mes côtés pour que mon rêve soit une réalité.

Vous serez toujours pour moi une source d'inspiration.

A docteur Modibo Kane Diallo et madame Diallo Goundafa Diallo.

Merci pour l'assistance permanente que vous m'apportiez. Soyez rassurés de mon admiration pour la rigueur, le soutien et les conseils constructifs. Vous resterez pour moi une source d'inspiration et de richesse. Croyez à ma profonde reconnaissance.

Que Dieu vous bénisse ainsi que vos enfants. Amen !

A mes amis Abbé Joseph Dembélé et Olivier N'Do.

La couleur, la nationalité ne nuisent pas aux relations nobles. Le cœur est au dessus des diversités culturelles. A travers ces lignes, recevez le témoignage de mon affection.

A ma chère amie et collègue que j'ai nommée Bonkana Koné

Merci pour l'amitié et la bonne collaboration qui nous lient. Reçois ici ma profonde admiration.

Aux familles :

- **Apollinaire Dembélé**
- **Gabriel Goita**
- **Karim Berthé**
- **Lucien Berthé**
- **Jacques Dembélé**
- **Jean Baptiste Dembélé**

Soyez rassurés de mon affection et de ma sincère reconnaissance.

Remerciements

A tout le personnel de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti .

Merci pour la bonne collaboration.

Au directeur de l'académie d'enseignement de Mopti.

A tout le corps professoral de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

Merci pour la formation que j'ai reçue.

Au corps professoral des lycées de Mopti.

Merci pour le soutien et pour la facilitation de ce travail.

Aux familles Feu Valentin Diallo, Diabaté, Dembélé, Sissoko à Bamako.

A mon grand frère Karim Berthé et famille Bamako.

Merci pour votre soutien et pour l'amour fraternel.

A mes amis et promotionnaires du cursus universitaire.

Merci pour la bonne collaboration et le chemin laborieux parcouru ensemble.

A Martin Coulibaly.

Merci pour l'effort consenti à l'élaboration de ce document

A Dr Sékou Cissé ; Dr fousseiny Konaré, Dr Chebou Kané, Dr Kounindjou Dolo, Dr Souleymane Cissouma, Dr Oumar Cissé.

Merci pour la très bonne collaboration et la formation.

A toutes les sages femmes de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

A tous mes camarades internes de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Merci pour votre franche amitié et courage pour le chemin parcouru ensemble.

Sigles et 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.
- GESTA** : Gestion du travail d'accouchement
- ISF** : Indice synthétique de fécondité.
- IST** : Infections sexuellement transmissibles.
- IVG** : Interruption volontaire de grossesse.
- MST** : Maladies sexuellement transmissibles
- OMS** : organisation mondiale de la santé.
- ONG** : Organisation non gouvernementale.
- SAGO** : Société africaine de gynécologie et obstétrique.
- UNESCO** : United Nations Educational Scientific and cultural organisation.
- USAID** : United states agency for international développement.
- VIH/SIDA**: Virus de l'immunodéficience acquise/Syndrome de l'immunodéficience acquise.

Sommaire

I - Introduction.....	11
II - Généralités.....	15
III - Méthodologie.....	42
IV - Résultats.....	52
V - Commentaires et discussions.....	67
VI - Conclusion et recommandations.....	73
VII- références.....	78
VIII- Annexes.....	84

Hommages Aux Membres du jury

**A notre maître et président du jury.
Professeur Mamadou Traoré.**

- Maître de conférence agrégé en gynécologie et obstétrique.
- Secrétaire général de la SAGO
- Coordinateur national du programme GESTA international
- Chef de service du centre de santé de référence de la commune V.
- Membre de réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.

Cher maître,

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

Vos qualités d'homme intègre, travailleur acharné, font de vous un maître estimé.

Puisse le Tout Puissant vous garder longtemps en bonne santé pour la formation des étudiants.

**A notre maître membre du jury.
Docteur Soumana Oumar Traoré.**

- Gynécologue obstétricien au centre de santé de référence de la commune V

Honorable maître, c'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous avoir comme membre du jury.

L'intégrité, l'assiduité, le courage, le souci du travail bien fait, sont des qualités que vous incarnez et qui forcent l'admiration.

Nous vous souhaitons longue vie.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre plus haute considération.

**A notre maître co-directeur
Docteur Famakan Kané.**

- Gynécologue obstétricien à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Votre rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir ont forcé notre admiration.

Votre disponibilité, votre savoir faire, votre caractère sociable font de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute des autres.

Les mots me manquent pour vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour notre formation afin de nous faire de bons médecins.

Accepter ici notre profonde gratitude.

Merci infiniment.

**A notre maître directeur de thèse.
Professeur Salif Diakité.**

- Professeur titulaire de gynécologie et obstétrique à la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.
- Gynécologue obstétricien à l'hôpital Gabriel Touré.

Cher maître, votre disponibilité constante, votre compétence, votre exigence pour le travail bien fait, vos qualités humaines nous ont marqués.

La clarté de votre enseignement et votre grande culture scientifique imposent respect et admiration.

Soyez rassuré, cher maître, de notre profonde gratitude.

I - Introduction

L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, au cours de laquelle l'individu acquiert la plénitude de ses fonctions de reproduction. C'est aussi une période pendant laquelle survient une sexualité précoce avec pour résultante des grossesses non désirées, des avortements provoqués clandestins et des maladies sexuellement transmissibles (26). Il est donc admis que l'adolescence est une étape de sollicitation des capacités d'adaptation aux transformations somatiques, psychologiques et ou sociales (32).

L'intérêt 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).

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 (35). Les adolescents contribuent de plus en plus à la croissance de la population car la fécondité est de plus en plus précoce (33), (6).

A travers le monde, des efforts conséquents ont été consentis pour améliorer la connaissance sur la fécondité précoce et ses conséquences.

Ainsi en France, des études ont rapporté que l'activité sexuelle chez l'adolescent s'est accrue depuis les années 60 et l'âge du premier rapport sexuel a régulièrement baissé pour se stabiliser autour de 17 ans.

Aux Etats-Unis d'Amérique, le taux de grossesse chez l'adolescente est plus élevé, puisqu'il était de 10,1% en 1995 avec 53 % de naissance, 35 % d'interruption volontaire de Grossesse et 14 % d'avortement spontané.

En Afrique, des études menées au Ghana, Sénégal et Mali (Bamako) ont rapporté respectivement que l'âge moyen des premières expériences sexuelles était de 16,8 ans (9), 13,7ans (26) et 16,13 ans (42)

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.

Cependant, 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 (21).

Cette méthode pourrait réduire considérablement ces problèmes chez l'adolescente si elles sont bien informées et acceptent cette pratique.

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 (37). 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.

Malgré ces différents problèmes de santé, le contrôle de la sexualité des adolescentes par les méthodes contraceptives modernes continue d'être l'objet de beaucoup de rumeurs et de controverses, d'où l'intérêt de dégager une politique privilégiée de planification familiale adressée au besoin de santé reproductive des adolescentes dans nos régions

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 leur qualité de vie.

Objectifs :

1- Objectif général

Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescentes en milieu scolaire face à la contraception.

2- Objectifs spécifiques

- a- Déterminer le niveau de connaissance des adolescentes scolarisées sur la contraception.
- b- Identifier les attitudes des adolescentes scolarisées sur la contraception.
- c- Déterminer les pratiques des adolescentes scolarisées en matière de contraception.

II- Généralités

1) Définitions

1-1) L'adolescence

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 (10). 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.

1-1-1) 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.

1-1-2) 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).

1- 2) 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 (21).

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 (41).

1- 3) 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 (12).

2) Histoire de la contraception

2-1) Dans le monde

Selon Serfaty (41), 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 (41).

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 (41).

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 (41).

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 (31).

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 était 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 **(23)**.

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 (24).

3-2-1) Mode d'action

Les contraceptifs agissent 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.

3-2-2) Avantages

C'est une méthode contraceptive très efficace avec un effet prolongé. Ils rendent les menstruations moins abondantes, n'exigent pas une responsabilité quotidienne et ne modifient pas le déroulement des relations sexuelles.

3-2-3) Inconvénients.

Les contraceptifs injectables ne protègent pas contre les IST/VIH SIDA, entraînent une irrégularité ou une absence des menstruations. La fertilité est souvent retardée de 6 à 12 mois D'autres effets indésirables pourront aussi être présents occasionnellement: maux de tête irritabilité, ballonnement abdominal.

2-2-4) Les contre- indications

L'existence d'une grossesse ou soupçonnée, les cancers du sein, du col, de l'endomètre ou soupçonné, des saignements vaginaux inexplicables

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 équivalents 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 (23).

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 **(23)**.

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 5 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 : la face externe du bras, le bas ventre, 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 **(23)**.

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 Stérilet (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 Stérilet ne peut pas, dans certains cas, être posé chez des femmes n'ayant pas eu d'enfant **(23)**.

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 (23)

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 hystérocopie 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 Ogino et Knauss

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.

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 **(23)**.

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 (22).

3-5-4) La méthode de collier du cycle

Le collier du cycle est un collier avec des perles de différentes couleurs et un anneau mobile qui sert à indiquer les différentes phases du cycle. L'anneau est placé sur la perle rouge le premier jour des règles et progresse d'une perle par jour. Les couleurs des perles aident les utilisatrices à connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. C'est une méthode très efficace si elle est correctement utilisée.

Le collier fonctionne bien si le cycle dure entre 26 et 32 jours.

4) Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples (15). 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 (41).

5- 2) Aspects religieux et philosophiques

a- Le christianisme et la contraception

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larchet (15), 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 (16).

b- L'islam et la contraception

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 (11) 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 (11).

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 (41).

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 (25). 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 s'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 (25).

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 (25), (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 où 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 (25). 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 à 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 (43). 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 (28). 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 (45).

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% (43). 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 (45).

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), (30), (31), (40), (45) 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 (45).

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 (45).

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 (17). 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 (17).

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.

III- Méthodologie

1 - Matériel

1- Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans les quatre établissements secondaires de Mopti. Il s'agit des établissements communément appelés lycées.

1-1-Caractéristiques générales de la région de Mopti :

La région de Mopti, d'une superficie de 79 017 Km², est la 5^{ème} région du pays. La majorité du territoire de cette région est située en zone sahélienne.

La région de Mopti est divisée en deux grandes zones agro-écologiques, qui sont :

La zone exondée, située en grande partie à l'Est et comprenant les cercles de Bankass ; Bandiagara, et Koro, ainsi qu'une partie des cercles de Djenné, Mopti et Douentza. Cette zone est divisée en deux parties :

La zone montagneuse et rocheuse c'est à dire Bandiagara et la plaine.

La zone inondée ou le delta intérieur du Niger, vaste zone marécageuse pendant la saison de la crue annuelle du fleuve et son affluent le Bani. Cette zone comprend les cercles de Youwarou, Tenenkou et une partie importante des cercles de Douentza, Mopti et Djenné.

La région de Mopti est au cœur du Mali. La population s'élève à 1 540 899 habitants, soit de plus de 15% de la population totale et la plupart des ethnies y sont représentées :

Bambara 26% ; Peuhl et Rimaibé 23% ; Sonrhaï 18% ; Bozo 11% ; Dogon 9%.

Le taux de croissance de la population entre 1998 et 1999 est de 2,20%. Près de 50% de la population de cette région a moins de 15 ans et la majorité vit en zone rurale.

De façon générale la région est considérée comme parmi les plus pauvres du Mali. Il a été estimé en 1994 que le revenu annuel moyen par an par habitant était de 56 672 FCFA, niveau inférieur de moitié à la moyenne nationale qui est de 120 874 FCFA. En 1998, l'indice de développement humain de la région de Mopti était le plus bas du Mali.

Les familles de la région de Mopti vivent de la pêche, de l'agriculture et de l'élevage. L'agriculture est dominée par la culture des céréales dont la production dépend de la pluviométrie et de la crue du Niger.

Le cheptel de la région est le plus important du Mali.

Le secteur tertiaire de l'économie de la région semble être en croissance, largement grâce au tourisme. La région dispose en effet, des sites touristiques les plus fréquentés au Mali qui sont Djenné et sa grande mosquée, le pays Dogon et Mopti la Venise Malienne.

En termes d'infrastructures de communication, la région de Mopti dispose d'atouts importants: le réseau routier est bien développé dans la zone exondée rendant accessible une grande partie de la région toute l'année. Tous les cercles disposent de radios rurales FM. Notons tout de même les difficultés d'accès de la zone inondée en période de crue même si les pinasses assurent à grands frais les transports de passagers et marchandises le long du fleuve.

La société civile de la région est marquée par un grand nombre d'associations ou de groupements mais ceux-ci sont souvent peu fonctionnels et ne disposent que de capacités limitées. Il existe également une soixantaine d'ONG de profils variables. La région compte au total 108 communes dont 5 urbaines et 103 rurales. Ces communes regroupent plus de 2000 villages et 3 fractions nomades. Toutes les communes à l'exception de la commune de Mopti sont nouvelles et mises en place depuis 1999 dans la politique de décentralisation du Mali.

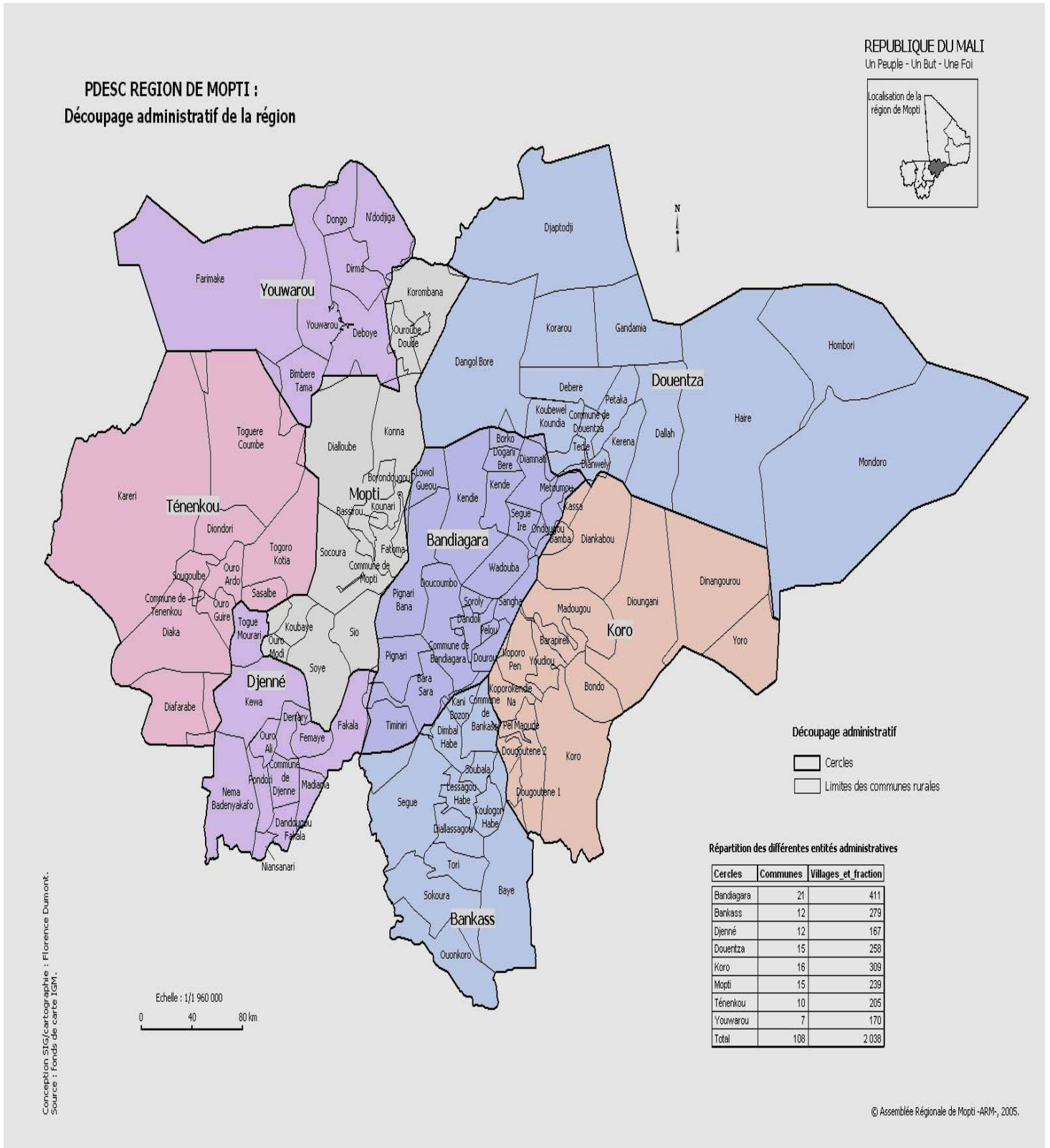
1-2- La ville de Mopti :

Mopti est la troisième ville du pays. Le nombre d'habitants s'élève à près de 100 000 personnes. La densité de la population est de plus de 400 habitants par Km², regroupée en grande partie sur la berge du fleuve Niger qui est surpeuplée et très insalubre.

La commune de Mopti est divisée en deux parties, Mopti ville (78 000 habitants) au bord du fleuve et Sévaré (14 500 habitants), quartier de Mopti situé à 13 kilomètres de Mopti, sur l'axe de Bamako- Mopti- Gao.

La configuration géographique de Mopti par rapport à son quartier de Sévaré n'est pas sans importance : Mopti est au bout d'une digue de 15 Km localisée au bord du fleuve, sur un axe perpendiculaire à la route bitumée qui va de Sévaré à Gao. Cette configuration géographique de la ville de Mopti va justifier, outre les considérations relatives à l'expansion du quartier de Sévaré tant du point de vue démographique que sociologique et économique, le choix de la localisation à Sévaré du futur hôpital régional de la région de Mopti

Carte de la région de Mopti



1.2- Population d'étude

Toute adolescente âgée de 10 à 19 ans fréquentant les établissements secondaires retenus comme sites de l'étude.

1.3- Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude :

- Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans après obtention d'une permission de l'académie d'enseignement et 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.

1.4- Critères de non-inclusion

- Adolescentes âgées de moins de 15 ans
- Adolescentes refusant de participer à l'étude.
- Adolescente ayant décidé d'interrompre sa participation à l'étude.

1.6- Echantillonnage

1.6.1- La méthode

Pour le calcul de l'échantillon nous avons utilisé la formule :

$$n = (\Sigma\alpha)^2 \times pq / i^2$$

p : la prévalence de l'événement

q la probabilité de non événement = 1 - p

i : la précision

$\Sigma\alpha$ = écart réduit = 1,96

P = 0,60

q = 0,40

i = 10 %

L'échantillon minimal est égal à 93 sujets

La précision est égale 9 sujets

L'échantillon sera égal à 102 sujets

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 une étude transversale décrivant les adolescentes fréquentant les établissements secondaires décrits comme sites de l'étude. Ces établissements sont communément appelés lycées. L'effectif total était de 3475 adolescents pour quatre lycées. Les adolescentes ont été interrogées au sein de leurs établissements.

2.2- Période d'étude

Le recueil des informations s'est étalé sur la période allant du 21 Avril 2008 au 13 juin 2008.

2.3- Recueil de données

Les données quantitatives

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

3- Analyse des données

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

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

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

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 inférieur 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

Nous avons rencontré certaines difficultés durant cette étude. Il s'agit entre autres :

-La période notre étude a coïncidé avec la période de révision des élèves.

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

la lourdeur administrative ;

Les perturbations des classes par les grèves intermittentes des élèves et des enseignants.

IV- RESULTATS

A- Renseignements généraux

1- les classes d'âge

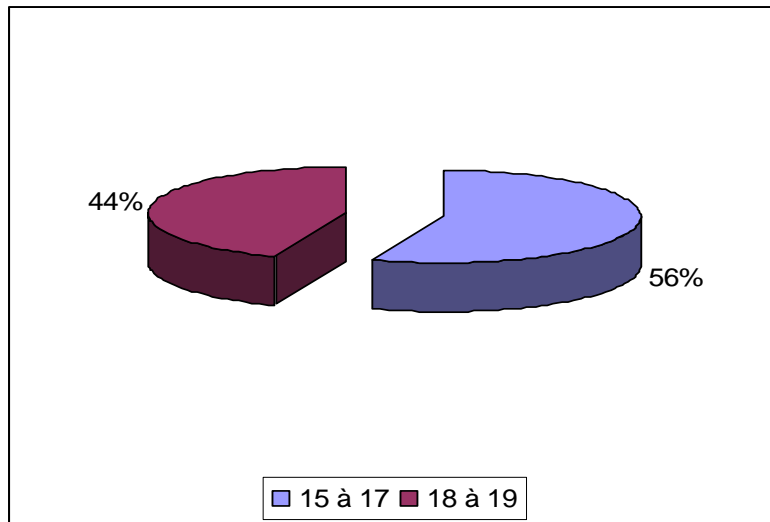


Figure 1 : Répartition de l'échantillon en fonction des classes d'âges.

2- Lieu de résidence

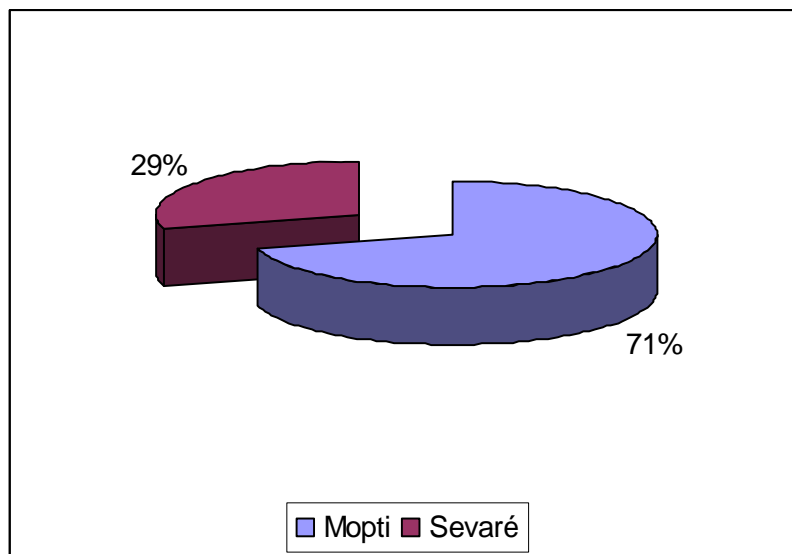


Figure 2 : Répartition de l'échantillon en fonction de la résidence.

3-Ethnie des adolescentes

Tableau I : Répartition de l'échantillon en fonction de l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Fréquence (%)
Bambara	18	17,6
Peulh	19	18,6
Dogon	13	12,7
Bozo	10	9,8
Sonrhäi	16	15,7
Sarakolé	8	7,8
Minianka/Senoufo	13	12,7
Autres	5	4,9
Total	102	100

4-Statut matrimonial de l'adolescente.

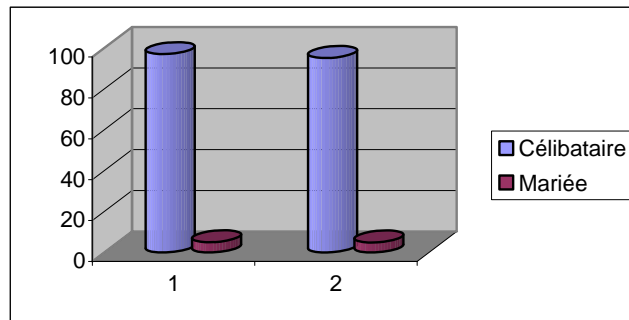


Figure 3 : Répartition de l'échantillon en fonction du statut matrimonial.

B/ Connaissances, attitudes et pratiques

1- Avoir entendu parler de la contraception.

Tableau II : Répartition de l'échantillon en fonction de la notion de contraception.

Notion de contraception	Effectif	Fréquence (%)
Oui	81	79,4
Non	21	20,6
Total	102	100

2- connaissance sur le rôle de la contraception (connaissance)

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

Signification	Effectif	Fréquence (%)
Espacement des naissances	48	47,1
Limitation des naissances	9	8,8
Eviter les grossesses	6	5,9
Plus d'une signification	18	17,6
Ignorante	21	20,6
Total	102	100

3- Connaissance sur les avantages de la contraception (connaissance).

Tableau IV : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des avantages de la contraception.

Avantage	Effectif	Fréquence (%)
Aucun	21	20,6
Santé de la mère	13	12,7
Santé de l'enfant	3	2,9
Avantage économique	2	2
Harmonie du couple	12	11,8
Plus d'un avantage	51	50
Total	102	100

4- connaissance des méthodes contraceptives (connaissance).

Tableau V : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des méthodes contraceptives.

Connaissance de méthodes contraceptives	Effectif	Fréquence (%)
Oui	81	79,4
Non	21	20,6
Total	102	100

5- Sources d'information (connaissance)

Tableau VI : Répartition de l'échantillon en fonction des différentes sources d'information.

Sources d'information sur la contraception	Effectif	Fréquence%
Ecole	13	16,1
Média/conférence	10	12,3
Parents	4	4,9
Centre de santé	9	11,1
Plus d'une source	45	55,6
Total	81	100

6- Avoir des rapports sexuels (pratique).

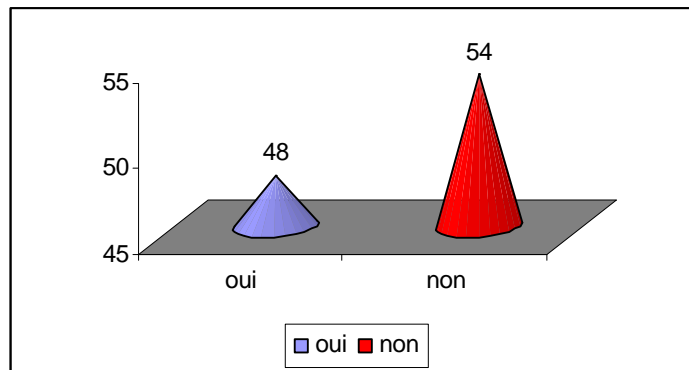


Figure 4 : Répartition de l'échantillon en fonction de la notion de rapports sexuels.

7- Ages de premier rapport sexuel

Tableau VII: Répartition des adolescentes sexuellement actives en fonction de l'âge du premier rapport sexuel.

Age des 1ers rapports sexuels	Effectif	Fréquence (%)
13 ans	5	10,4
14 ans	7	14,6
15 ans	12	25
16 ans	15	31,3
17 ans	3	6,3
18 ans	4	8,3
19 ans	2	4,1
Total	48	100

L'âge moyen des premiers rapports sexuels était 15,5 ans.

8- Utilisation de préservatif pendant les rapports sexuels (pratique)

Tableau VIII : Répartition des adolescentes sexuellement actives en fonction de l'utilisation de préservatif au cours du premier rapport sexuel.

Utilisation de préservatif	Effectifs	Fréquence (%)
oui	12	25
non	36	75
Total	48	100

8- Utilisation de méthodes contraceptives (pratique)

Tableau IX : Répartition des adolescentes en fonction de l'utilisation d'une méthode contraceptive.

Utilisation d'une méthode contraceptive	Effectif	Fréquence (%)
oui	48	47,1
non	54	52,9
Total	102	100

9- Différentes méthodes utilisées (pratique)

Tableau X : Répartition des utilisatrices en fonction des méthodes contraceptives déjà utilisées.

Méthodes utilisées	Effectif	Fréquence (%)
Préservatif masculin	30	62
Injectable	9	19
Pilule	8	17
Allaitement	1	2
Total	48	100

10- Méthode préférée (attitude)

Tableau XI : Répartition des adolescentes en fonction de la méthode préférée.

Méthode préférée	Effectif	Fréquence
pilule	18	17,6
préservatif	41	40,2
injectable	13	12,7
DIU	3	2,9
allaitemment	6	5,9
Abstinence	17	16,7
Autres	4	4
Total	102	100

Autres : - Marabout
 - Guérisseurs traditionnels

11- Raison de la préférence (attitude)

Tableau XII: Répartition de l'échantillon en fonction de la raison de préférence.

Raisons	Effectif	Fréquence
Protection contre grossesse et IST	33	32,3
Utilisation facile et efficace	47	46,1
regulation de naissance	16	15,7
économique	6	5,9
Total	102	100

12- Motifs de non utilisation (attitude)

Tableau XIII: Répartition de l'échantillon en fonction du motif de non utilisation des contraceptifs

Motifs	Effectif	Fréquence(%)
ignorance	26	25,5
absence de 1er rapport sexuel	13	12,7
honte ou peur des adultes	48	47,1
manque d'information sur les sites	15	14,7
Total	102	100

13- Connaissance de sources d'approvisionnement (connaissance)

Tableau XIV : Répartition de l'échantillon en fonction de connaissance de sources d'approvisionnement.

Source d'approvisionnement	Effectif	Fréquence(%)
aucune	21	20,6
Une source	30	29,4
Deux sources	31	30,4
Trois sources	20	16,6
Total	102	100

14- Adolescente ayant un partenaire sexuel actuel (pratique)

Tableau XV : Répartition de l'échantillon en fonction du fait d'avoir un partenaire actuellement.

Partenaire actuel	Effectif	Fréquence (%)
oui	48	47,1
non	54	52,9
Total	102	100

15-Utilisation de préservatif lors des rapports sexuels (pratique).

Tableau XVI : Répartition des adolescentes sexuellement actives en fonction de l'utilisation de préservatif lors des rapports sexuels avec le partenaire sexuelactuel (pratique).

Utilisation de Préservatif	Effectif	Fréquence(%)
oui	22	45,8
non	26	54,2
Total	48	100

16-Fréquence d'utilisation du préservatif (pratique)

Tableau XVII : Répartition des adolescentes en fonction de la fréquence d'utilisation de préservatif lors des rapports sexuels avec le partenaire actuel.

Rythme d'utilisation	Effectif	Fréquence (%)
Toujours	13	59,1
Souvent	6	27,3
rarement	3	13,6
Total	22	100

17- Raison de non utilisation de préservatif (attitude)

Tableau XVIII : Répartition des adolescentes en fonction des motifs de non utilisation de préservatif lors des rapports sexuels avec le partenaire actuel.

Raison de non utilisation	Effectif	Fréquence (%)
confiance établie	12	46,1
refus du partenaire	6	23,1
pas mon choix	8	30,8
Total	26	100

18- Opinion sur la contraception (attitude)

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

Opinion sur la contraception	Effectif	Fréquence (%)
Approuve	70	68,6
Désapprouve	32	31,4
Total	102	100

19- Motif de désapprobation (attitude)

Tableau XX : Répartition des adolescentes en fonction des Motifs de désapprobation de la contraception.

Raison de non approbation	Effectif	Fréquence (%)
Religion	20	62,5
effets secondaires	9	28,1
Coutume	3	9,4
Total	32	100

Effets secondaires : - Métrorragies
 - Nausées et vomissements
 - Stérilité

20- Fréquentation de service de PF

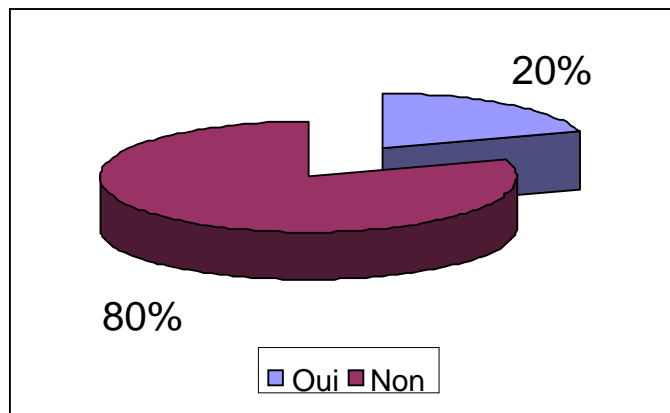


Figure 5 : Répartition de l'échantillon selon la fréquentation d'un service de planification familiale.

21- Motif de fréquentation de service de PF

Tableau XXI : Répartition des adolescentes en fonction du motif de fréquentation des services PF.

Raison de la fréquentation	Effectif	Fréquence (%)
Information	18	90
Pratiquer la contraception	2	10
Total	20	100

22- Motif de non fréquentation des services PF (attitude).

Tableau XXII: Répartition de l'échantillon en fonction du motif de non de fréquentation des services PF.

Raison de non fréquentation	Effectif	Fréquence (%)
Ignorance	42	51,8
Honte ou peur	24	29,6
Déjà informée	11	13,6
Autres	4	5
Total	81	100

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

Tableau XXIII : Répartition des adolescentes en fonction du nombre de partenaire sexuel jusqu'à ce jour.

Nombre de partenaire sexuel	Effectif	Fréquence (%)
Un partenaire	29	60,4
Deux partenaires	9	18,8
Plus de deux Partenaires	10	20,8
Total	48	100

24- Les facteurs influençant l'utilisation des contraceptifs.

NB. : Les différences constatées sont considérées comme significatives pour $p < 0,05$ avec un intervalle de confiance à 95%.

Tableau XXIV: Utilisation des contraceptifs par rapport à la connaissance de sources d'information.

Sources d'information	Utilisation de méthodes contraceptives		Total
	Oui	non	
Aucune		10	10
Ecole	3	19	22
Média/conférence	7	3	10
Parents	2	4	6
Centre de santé	3	4	7
Plus d'une source	16	22	38
Total	31	62	93

Khi- deux = 17,99
 $p = 0,01$

La connaissance de source d'information à une influence sur l'utilisation des contraceptives

Tableau XXV: Utilisation des contraceptifs par rapport à l'opinion sur contraception.

Opinion sur la contraception	Utilisation de méthodes contraceptives		Total
	Oui	non	
Oui	26	38	64
Non	5	24	29
Total	31	62	93

Khi- deux = 4,91

p= 0,02

L'opinion sur la contraception a une influence sur l'utilisation des contraceptives

Tableau XXVI: Utilisation des contraceptifs par rapport à l'âge.

Ages	Utilisation de méthodes contraceptives		Total
	Oui	non	
15	2	9	11
16	4	25	29
17	3	7	10
18	12	17	29
19	10	4	14
Total	31	62	93

Khi- deux =16,157

p= 0,000

La classe d'âge a une influence sur l'utilisation des contraceptives.

Tableau XXVII: Utilisation des contraceptifs par rapport au partenaire sexuel.

partenaire sexuel	Utilisation de méthodes contraceptives		Total
	Oui	non	
Oui	30	17	47
Non	1	45	46
Total	31	62	93

Khi- deux =39,768
p= 0,000

L'existence de partenaire sexuel a une influence sur l'utilisation de la contraception.

Tableau XXIII: Utilisation des contraceptifs par rapport à la fréquentation de service de PF

fréquentation d'un service de PF	Utilisation de méthodes contraceptive		Total
	Oui	non	
Oui	14	5	19
Non	17	57	74
Total	31	62	93

Khi- deux = 17,139
P= 0,000

La fréquentation des services de PF a une influence sur l'utilisation des méthodes contraceptives.

V- Commentaires et discussions

1- L'âge

Dans notre étude, les adolescentes de 15-17 ans représentent 56% de l'échantillon. Une différence statistique significative a été trouvée entre la classe d'âge et l'utilisation de contraceptif.

L'âge moyen est de 17,05 ans avec des extrêmes de 15-19 ans. Ces chiffres sont comparables à ceux de Sidibé A. (42) et Miller(27) qui ont trouvé respectivement 17,14 ans et 17,6 ans. Ces chiffres sont voisins de ceux retrouvés chez Kané F. (19) où l'âge moyen était de 16,44 ans, de 16,6 ans chez Abauleth (1).

2- Lieu de vie de l'adolescente

Dans notre étude, 71% élèves résidaient à Mopti contre 29% à Sévaré. Le lieu de vie n'a pas eu d'influence statistiquement significative sur l'utilisation de contraceptif.

3- Ethnie de l'adolescente

Les peulhs étaient majoritaires à 18,6% des cas suivi des Bambara dans 17,6% des cas; ceci peut être lié à la situation géographique.

Kané F (19) avait trouvé à Mopti 12,9% de Bambara.

4- Statut matrimonial

Dans notre étude une minorité soit 4,9% 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.

6- Avoir entendu parler de contraception

Dans notre étude, 79,4% des adolescentes avaient entendu parler.

Ce taux est supérieur à celui d'Adom (2), Kané F (19) et Langille (20) qui ont trouvé respectivement 69,40%, 60% et 42%. Ce taux est inférieur à celui Sidibé A. (42) qui avait trouvé 100%.

7-Connaissance d'avantages

La majorité des adolescentes connaissaient plus d'un avantage à la contraception dans 50% des cas. Cela pourrait s'expliquer par les multiples sensibilisations faites par les médias surtout avant les feuillets qui sont très appréciés par cette couche de population.

8- La méthode contraceptive déjà utilisée

La majorité des élèves utilisatrices soit 62% avaient utilisé le préservatif suivi par l'injectable 19%, de la pilule à 17% et de l'allaitement 2%. Ce taux d'utilisation élevé de préservatif peut s'expliquer par la disponibilité et la vente libre de ce contraceptif.

Sidibé A.(42); Kané F(19) ; Abauleth(1) avaient trouvé respectivement 72,13% ; 77,3% ; 55,7% pour les préservatifs ; 21,31% ; 8% ; 13,76% pour les pilules et 9,83% ; 2,7% ; 2,17% pour les injectables.

9- Les raisons de la préférence des méthodes contraceptives.

La majorité des adolescentes avaient déclaré comme raison de préférence l'utilisation facile et efficace dans 46,1% des cas suivi de la protection contre les grossesses et les IST dans 32,3% des cas.

10- Les raisons de non utilisation des contraceptifs

La majorité des adolescentes avaient signalé la honte ou la peur des adultes comme principal motif de non utilisation de contraceptif dans 47,1% des cas suivi de l'ignorance dans 25,5% des cas, le manque d'information sur les sites dans 14,7%, et l'absence des 1^{er} rapports sexuels dans 12,7% des cas.

11- Les sources d'information des adolescentes sur la contraception

Dans notre étude, 55,6% des adolescentes avaient plus d'une source d'information sur la contraception, d'autres avaient eu des informations par des structures sanitaires à 11,1 %, l'école à 16,1%, les parents à 4,9%, les médias représentaient 13,3%.

Chez Sidibé A.(42) on retrouve des chiffres voisins 88% de sources multiples, le personnel médical, les parents, l'école et les aidants naturels représentaient à part égal soit 2% , les médias représentaient 5,7%

Notre taux d'information au niveau scolaire est inférieur à celui de Adom (2), Miller (26) et Kamtchouing (18) qui ont trouvé respectivement 31,16%, 42%, 21%.

Notre bas taux d'information au niveau des parents peut être lié à l'absence d'éducation familiale sur la sexualité.

12- Sources d'approvisionnement

La majorité des adolescentes connaissait deux sources d'approvisionnement dans 30,4% des cas suivi d'une seule source chez 29,4% et de trois sources dans 16,6%. 20,6% des adolescentes n'avaient pas répondu à la question. Sidibé A. (42) avait trouvé respectivement 47,8%, 13,4% et 38,8%.

13- Avoir des rapports sexuels avec son partenaire

Dans notre étude 47,1% des adolescentes avaient eu des rapports sexuels avec leur partenaire contre 52,9% qui n'ont pas eu de rapports sexuels.

Nos taux sont voisins de ceux d'Adom (2), Forguet (13), Kané F. (19), Sidibé A. (42) qui ont trouvé respectivement que 39,03%, 49,5%, 50,5% et 41,9% des adolescentes avaient eu des rapports sexuels.

14-Age du premier rapport sexuel

La première expérience sexuelle est précoce entre 13 et 19 ans avec une moyenne de 15,5 ans.

Cet âge moyen est comparable à ceux retrouvés chez Forget(16) Kané F. (19)et Pichot (36) respectivement 15,7 ans, 14,87ans et 16 ans .

Cette moyenne d'âge est voisine de celles retrouvées au Ghana Echange MAQ (9), Sidbé A. (42) et Bilodeau (4) qui sont respectivement 16,8 ans, 16,13 ans et 14 ans.

15-Utilisation de préservatif au premier rapport

Le quart de celles qui ont eu des rapports sexuels soit 25% 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.

Sidibé A. (42) avait trouvait que 43,4% des adolescentes avaient utilisées les préservatifs.

16- Fréquentation du service de PF

Moins d'un quart des adolescentes soit 20% seulement ont fréquenté un service de PF contre 80% qui n'en ont jamais fréquenté.

Ce résultat est comparable à celui Sidibé A. (42) qui a trouvé 22% qui Fréquentaient les services de PF contre 78% qui n'en ont jamais fréquenté

17- raisons de fréquentation des services de PF

La majorité des adolescentes qui fréquentait les services de PF avait pour principale raison l'acquisition de l'information dans 90% des cas contre 10% qui allaient faire la forme injectable de la contraception.

18- Raisons de non fréquentation des services de PF

Malgré les efforts consentis dans le domaine de la PF, la peur ou la honte des adultes était la principale raison de non fréquentation de ces services de PF chez 51,8% des adolescentes, suivi de l'ignorance chez 29,6% des adolescentes. Des adolescentes étaient déjà informées dans 19,8% des cas.

M.G. BA (28) et Sidibé A. (42) ont trouvé respectivement 13% et 13,6% pour L'ignorance.

19- Raisons de désapprobation de la contraception

La Religion et les effets secondaires étaient les raisons de désapprobation de la contraception respectivement à 62,5% et 28,1% des cas. Cela peut être lié à la structure même de cette société.

20- Connaissance et utilisation des méthodes de contraception

La connaissance des méthodes de contraception à une équivalence et leur utilisation chez les adolescentes, en effet 79,2% de l'échantillon connaissaient des méthodes de contraception et parmi elles, 47,1% avaient utilisé un contraceptif. Cela peut être lié à la connaissance des avantages des méthodes contraceptives.

Ces résultats sont voisins de ceux retrouvés chez Kamtchouing (18), Duprez (8) et Daures (7) qui ont trouvé 41%.

Notre taux d'utilisation est plus élevé que ceux retrouvés chez Miller (27) et Sidibé A. (42) où respectivement 17%, 16,9% des élèves utilisaient une méthode de contraception.

Chez Camara (6) et en Tanzanie (9) les adolescentes ont utilisé une méthode contraceptive à pourcentage égal soit 10%.

21-Avoir un partenaire

Dans notre étude 47,1% des adolescentes affirmaient avoir un partenaire et cela avait une influence statistiquement significative sur l'utilisation de contraceptif. Cela peut s'expliquer par la prédisposition psychologique à prévenir le risque de grossesse.

22-Fréquence d'utilisation de préservatif avec les partenaires actuel

Notre étude montre que 59,1 % des adolescentes avaient toujours utilisé le préservatif, 27,3% l'avaient souvent utilisé et 9,1% utilisaient rarement les préservatifs.

Cela peut être lié à au choix de méthode contraceptive.

23-Nombre de partenaires sexuels

Les adolescentes avaient un nombre de partenaires sexuels entre 1 et 3 avec une moyenne de 1,40 partenaire sexuels par élève.

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

24-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 fréquentation des services de PF, existence d'un partenaire sexuel, les sources d'information et l'opinion sur contraception) ont une influence statistiquement significative sur l'utilisation de la contraception ($p < 0,05$).

VI-

Conclusion et

recommandations

1- Conclusion

De nos jours, la sexualité de l'adolescente devient de plus en plus précoce avec comme conséquence des grossesses non désirées, des avortements provoqués clandestins et les MST. Dès lors, la gestion de la sexualité précoce et la prévention de ses conséquences deviennent un impératif.

Notre travail est une étude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescentes scolarisées en matière de contraception. C'est une étude transversale décrivant les adolescentes fréquentant les établissements secondaires décrits comme sites de l'étude.

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 47,1% utilisait la contraception. Les adolescentes avaient plusieurs sources d'informations sur la contraception, mais seulement 4,9% avaient eu des informations des parents. Les raisons principales de désapprobation de la contraception étaient la religion et les effets secondaires avec respectivement un pourcentage de 62,5% et 28,1%.

Les adolescentes étaient sexuellement actives et avaient des rapports sexuels de plus en plus précoces. Plusieurs adolescentes avaient des partenaires sexuels et plus de la moitié utilisaient les préservatifs lors des rapports sexuels. Notre étude a montré que l'utilisation de la contraception est influencée statistiquement par plusieurs facteurs (les barrières d'ordre éducationnel, médical, psychologique et social).

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 troisième)

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 afin d'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 aux centres les plus proches de leurs lieux 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.

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 scolaires et universitaires, 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 adolescentes d'affronter leur sexualité de manière responsable.

VII- 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 2005; 78p. ;183(06M183)

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

9- Echange Maq. <http://www.maqweb.org/franco/slides/Mod12Adolescents.pdf>.

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

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

12- Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales. Planification familiale,

www.gfmer.ch/Cours/Planification_familiale.html

13- 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.

14- Guide pédagogique

Santé de reproduction des adolescents et jeunes. Edition Décembre 2007.

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

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

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

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

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

20- 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.

21- Larousse médical /Larousse-Paris :1995-1203p,28cm (03LAR)

22- L'allaitement maternel

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

23- La contraception

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

24- Les contraceptifs injectables

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

25- L'éducation sexuelle en ballottage.

www.uia.org/uiademo

26- Morera , M. Sangaré ,Diadhiou F. Connaissances, pratiques et perspectives de la contraception chez les adolescentes. Médecine d'Afrique noire : 1999, vol 46, 300- 2.

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

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

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

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

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

32- Olié JP. , David G, Olivier C., Henri L. Billet de l'academie national de medecine,2006,190 n°8,1643-52 du 7 Novembre 2006

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- Ordre des 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- Polaneczky M., O.Comor.** Prénancy in the adolescent patient. Pédiatrie clinique North Am 1999,46:649-70
- 38- Population Reports 2003.** www.populationreports.org/pr/prf/fm17
- 39- Quereux C. Quelle** contraception pour l'adolescente *feuille biologie* 2004 ;45 :39-42
- 40- 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).
- 41- Serfaty D.** La contraception. Doin éditeurs, Paris. 1986
- 42-Sidibé A.** Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescentes sur la contraception en milieu scolaire. Thèse Med. Bamako 2006 :85p.301 (06M301)
- 43-Tamboura F.** Préférence des Adolescentes et Jeunes Adultes en Matière de Contraception à la Clinique de l'A.M.P.P.F de Bamako. Thèse Med. Bamako 2008.
- 44-Ta-Ngoc Chau.** Aspect démographique de la planification de l'éducation. UNESCO 2002

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

VIII-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 /...../

Quartier :.....

Nom de l'établissement.....

I - Renseignements généraux

Q-1- Age (en années révolues) /...../

Q-2- Ethnie

1- Bambara /...../

2-Peulh /...../

3-Dogon /...../

4-Sonrhaï /...../

5- Sarakolé /...../

6- Minianka/Sénoufo /...../

7- Autres

Q-3- Statut matrimonial

1-Célibataire /...../

2-Fiancée /...../

3_Mariée /...../

4-Divorcée /...../

5-Veuve /...../

II- Connaissances, attitudes et pratiques

Q-4-Avez-vous déjà attendu parler de la contraception ?

- 1- Oui /...../
- 2- Non /...../

Q-5- Si vous répondez oui, que signifie la contraception ?

- 1- Espacement des naissances /...../
- 2- Limitation des naissances /...../
- 3- Eviter les grossesses /...../
- 4- Ne sait pas /...../
- 5- Autres (à préciser)

Q-6- Quels sont les avantages de la contraception ?

- 1- Santé de la mère /...../
- 2- Santé de l'enfant /...../
- 3- Avantage économique /...../
- 4- Harmonie du couple /...../
- 5- Ne sait pas /...../
- 6- Autres (à préciser)

Q-7- Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ?

- 1- Pilule /...../
- 2- Préservatif /...../
- 3- Dispositif intra utérin /...../
- 4- Injectable /...../
- 5- Norplant /...../
- 6- Spermicide /...../
- 7- allaitement maternel /...../
- 8- Ne sait pas /...../
- 9- Autres (à préciser).....

Q-8- Quelles sont les sources d'information sur la contraception?

- 1- Ecole /...../
- 2- Média/conférence /...../
- 3- Parents /...../
- 4- Conjoint/partenaire /...../
- 5- Centres de santé /...../
- 6- Ne sait pas /...../
- 7- Autres (à préciser).....

Q-9- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

- 1- Oui /...../
- 2- Non /...../

Q-10- Si oui, quel âge aviez-vous ?

Age (en années) /...../

Q-11- A cette occasion, avez-vous utilisé un préservatif ?

- 1-Oui /...../
- 2-Non /...../

Q-12- Avez-vous déjà utilisé des méthodes contraceptives ?

- 1-Oui /...../
- 2-Non /...../

Q-13- Si oui, lesquelles ?

- 1- Pilule /..... /
- 2- Préservatif /...../
- 3- Dispositif intra utérin /..... /
- 4- Injectable /...../
- 5- Norplant /...../
- 6- Spermicide /...../
- 7- allaitement maternel /...../
- 8- Autres (à préciser).....

Q-14- Quelle est votre méthode préférée ?

Q-15- Quelle est la raison de cette préférence ?

Q-16- Quels sont les motifs de non utilisation des contraceptifs ?

- 1- Ignorance de la planification familiale /..... /
- 2- Absence de premier rapport /..... /
- 3- La honte ou la peur des adultes /..... /
- 4- Manque de moyens d'information sur les sites /..... /
- 5- Autres (à préciser)

Q-17- Quelles sont les sources d'approvisionnement des produits de contraception ?

- 1-Centre de santé /..... /
- 2- Pharmacie /..... /
- 3- Boutique /...../
- 4- Ne sait pas /..... /
- 5- Autres (à préciser)

Q-18- Avez-vous un partenaire actuellement ?

- 1- Oui /...../
- 2- Non /...../

Q-19- Utilisez vous des préservatifs ?

- 1- Oui /...../
- 2- Non /...../

Q-20- Si oui, à quel rythme ?

- 1- Toujours /...../
- 2- Souvent /...../
- 3- Rarement /...../
- 4- Jamais /...../

Q-21- Si non, pourquoi ?

- 1- confiance établie /..... /
- 2- Partenaire refuse /...../
- 3- Pas mon choix /...../
- 4- Autres(à préciser).....

Q-22- Appréciez vous la contraception ?

- 1- Oui /...../
- 2- Non /...../

Q-23- Si non, pourquoi ?

- 1- Coutume /...../
- 2- Religion /...../
- 3- Effets secondaires /..... /
- 4- Autres (à préciser).....

Q-24- Avez-vous déjà fréquenté un service de planning familial ?

- 1- Oui /...../
- 2- Non /...../

Q-25- Si oui, pourquoi ?

.....
.....

Q-26- Si non, pourquoi ?

.....
.....

Q-27- Combien de partenaires sexuels avez-vous eu du premier rapport jusqu'à ce jour ?

- 1- 1 partenaire /...../
- 2- 2 Partenaires /...../
- 3- Plus de 2 partenaires /...../

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : BERTHE

Prénom : CLEMENT

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

Année Universitaire: 2008 – 2009

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 s'est déroulée à Mopti du 21 avril 2008 au 13 juin 2008. L'objectif consistait à étudier le comportement des adolescentes en milieu scolaire face à la contraception.

La majorité des élèves soit 79,9% déclaraient connaître des méthodes de contraceptions et parmi elles 47,1% utilisaient la contraception. La peur ou la honte des adultes était la principale raison de non fréquentation des services de planification familiale chez 51,8 % des adolescentes suivit par l'ignorance 29,6 % des adolescentes étaient sexuellement actives, l'âge moyen au premier rapport sexuel était 15,5 ans. Les trois quarts n'avaient pas utilisé les préservatifs lors des premiers rapports sexuels. Nous avons trouvé plusieurs facteurs qui influencent la contraception chez l'adolescente.

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

