

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la
Recherche Scientifique



République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2014-2015

N°.../M

THESE

Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15 à 24 ans en matière de contraception en commune V et VI de Bamako

Présentée et soutenue le 20/10/ 2015

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie

Par :

M. SIDIBE Issiaka

**Pour obtenir le Grade de docteur en médecine Diplôme
d'état**

Jury

Président : Pr. Boubacar MAIGA

Membre : Dr. Sory Ibrahim DIAWARA

Co-directeur Dr. Lalla Fatouma TRAORE

Directeur de thèse : Pr. Samba DIOP

Dédicace

A ALLAH,

Créateur Suprême,

Maître de l'Univers et de la Rétribution,

L'Unique,

Le Sage,

L'Omniscient,

Le mérite de ce travail Vous revient pour m'avoir Laissé en vie jusqu'à ce jour.

Au Prophète MOHAMMAD

Paix et salut sur Lui.

Pour tout le bien que Tu as fait pour l'humanité.

∞ Une mention spéciale va au personnel

Je dédie ce travail :

∞ **A mon père** : Birama Sidibé

Pour tous les sacrifices que tu as consentis à mon égard, afin que je puisse mener à bien ces études. Tu as su m'inculquer le sens du devoir, de la responsabilité, de l'honneur et de l'humilité. Je ne pourrai jamais te rendre ce que tu as fait pour moi, mais j'espère seulement que tu trouveras dans ce modeste travail, un réel motif de satisfaction.

Que dieu, le tout Puissant te bénisse abondamment et te garde le plus longtemps possibles à nos cotés.

∞ **A ma mère** : Salimata Diakité

Je ne pourrais te remercier assez pour tes sacrifices, tes souffrances et tes privations à notre égard. Cela témoigne le réel amour que tu as placé en nous tes enfants.

Puisse ce travail te donner toute satisfaction et le couronnement d'une mission accomplie.

Que Dieu, le tout Puissant te bénisse abondamment et te garde le plus longtemps possible à
nos côtés.

∞ **A mon épouse** : Djénébou Diarra

Toi qui as toujours été là pendant les moments difficiles ,patiente attentionnée, compréhensive
,tu auras mon respect éternel .Tu fus la lueur de clairvoyance dans l'itinéraire parcouru .

REMERCIEMENTS

A mes frères : Moussa, Amadou, Mahamadou.

A mes Oncles : Adama et Issa Diakité

∞ **A tous mes ami (e)s.**

Dr Sékou Landouré , Dr Diakité ,Dr Coulibaly ,Dr Maiga, Dr Doucouré, Alassane .A tous les
autres dont les noms ne sont pas cités.

L'amitié est l'une des vertus la plus ancienne. Sachons la préserver et a en prendre soin. Tel
est notre devoir.

Merci de vos soutiens

∞ Au corps professoral de la faculté de Médecine et d'Odonto stomatologie pour la qualité de
l'enseignement que j'ai reçu.

∞ A tous ceux qui m'ont aidé dans ma vie d'une façon ou d'une autre, ne serait ce qu'un
instant. Toute ma reconnaissance.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY:

Professeur Boubacar Maïga ; MD, Ph D

- Maître de conférences d'immunologie
- Médecin chercheur au centre de recherche et de formation du Paludisme(MRTC), faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
- Modérateur de PROMED –Francophone pour les maladies infectieuses

Cher Maître,

C'est un grand honneur de vous avoir comme Président du jury de cette thèse.

Vous êtes plus qu'un initiateur, vos suggestions et votre disponibilité ne nous ont jamais fait défaut tout au long de ce travail .Votre souci du travail bien fait, vos qualités humaines et de chercheur endurant font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici, l'expression de notre profonde gratitude

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Sory Ibrahim DIAWARA.

- ✓ **MD, MPH.**
- ✓ **Chercheur au MRTC/DEAP.**

Cher maître,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie forcent respect et admiration.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE

Docteur TRAORE LallaFatouma

- ✓ **Médecin en santé publique**
- ✓ **Ancienne directrice adjointe de l'hôpital de Gao**

Chère maître

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

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

Veillez accepter cher maître l'expression de notre profonde gratitude. Puisse ALLAH vous donner longue vie et vous rendre vos bienfaits.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Samba DIOP

✓ **Maître de conférences en anthropologie médicale de la FMOS et de la FAPH,**

Chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique publique au DER de santé publique,

✓ **Membre des comités d'éthique de la FMOS , de l'INRSP et du CNESS.**

Cher Maître

Vous nous avez donné le privilège en acceptant de nous transmettre sans réserve vos connaissances et votre savoir-faire. Soyez en remercier.

Votre disponibilité, votre rigueur et amour du travail bien fait, ont suscité notre grande admiration.

Vos qualités intellectuelles, vos capacités pédagogiques, et votre don d'écoute ont fait de vous un exemple à suivre.

C'est un immense honneur pour nous d'être compté parmi vos apprenants.

Recevez ici, cher maître, l'expression de notre infinie reconnaissance ainsi que nos profonds respects.

SIGLES ET ACRONYMES :

ASACO: Association de Santé Communautaire

ASACOBAB : Association de Santé Communautaire de Banconi

ASACOBOUL : Association de Santé Communautaire de Boukassoumbougou

ABOSAC: Association de Santé Communautaire de Bosola

ASACODIAN : Association de Santé Communautaire de Dianguinèbougou

ASACODJE: Association de Santé Communautaire de Djélibougou

ASACODOU : Association de Santé Communautaire de Doumanzana

ASACOFADJI : Association de Santé Communautaire de Fadjiguila

ASACOHI: Association de Santé Communautaire d’Hippodrome

ASACKONORD: Association de Santé Communautaire de Korofina-Nord

ASACOKOSA: Association de Santé Communautaire de Korofina-Sud et Salembougou

ASACOME: Association de Santé Communautaire de Medina-coura

ASACOMSI : Association de Santé Communautaire de Sikoro

CIPD : Conférence internationale sur la population et le développement

CPS : Cellule de Planification et de Statistique

CSCOM: Centres de Santé Communautaires

DNS: Direction Nationale de la Santé

EDSM: Enquête Démographique et de Santé au Mali

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d’Odontostomatologie

IOTA: Institut d’Ophtalmologie Tropicale de l’Afrique

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IST: Infection Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour la Lutte contre le Sida

PPTE: Pays Pauvres Très Endettés

PRODESS: Programme de Développement Sanitaire et Social

RGHP: Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquis

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des Figures et des Tableaux:

I. Figure

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

Figure 2: Répartition de l'échantillon en fonction de l'ethnie

Figure 3: Répartition des jeunes en fonction du sexe

Figure 4: Répartition selon le niveau d'instruction du jeune

Figure 5: Répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial du jeune

Figure 6: Répartition des jeunes en fonction des consommateurs d'alcool

Figure 7 : Répartition de l'échantillon en fonction du taux des jeunes qui ont un emploi énuméré.

Figure 8 : Répartition de l'échantillon en fonction du niveau d'instruction des jeunes.

Figure 9 : Répartition de l'échantillon en fonction de la religion des jeunes

Figure 10 : Répartition des jeunes en fonction de l'accès à internet

Figure 11 : Répartition des jeunes en fonction de leur domicile (vivant ou non avec leurs parents)

Figure 12: Répartition des jeunes selon la méthode utilisée

Figure 13 : Répartition de l'échantillon en fonction de ceux ayant déjà eu un copain.

Figure 14 : Répartition des jeunes en fonction de ceux qui parlent la sexualité avec leur mère

Figure 15 : Répartition de l'échantillon en fonction de ceux qui ont une gêne à acheter un préservatif

Figure 16 : Répartition de l'échantillon par rapport à l'efficacité du préservatif.

Figure 17 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'utilisation des contraceptifs.

Figure 18 : Répartition des jeunes parlant de contraception avec leur copain en fonction de leur rapport sexuel

Figure 19 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'utilisation des pilules.

Figure 20 : Répartition de l'échantillon en fonction de ceux qui se sont protégés lors du premier rapport sexuel.

Figure 21 : Répartition de l'échantillon par rapport à la protection avec des partenaires sexuels occasionnels.

Figure 22 : Répartition de l'échantillon en fonction du taux de rapports avec des partenaires sexuels occasionnels.

Figure 23 : Répartition du taux des jeunes ayant déjà été enceinte ou ayant engrossé leurs copines.

II. Tableaux :

Tableau 1: répartition des jeunes en fonction du niveau d'instruction de leur père

Tableau 2: Répartition de l'échantillon en fonction des différentes sources d'information sur la contraception

Tableau3 : Répartition de l'échantillon en fonction du fait d'avoir déjà entendu parler de la contraception

Tableau4 : Répartition des jeunes en fonction de ceux qui parlent de la sexualité avec leurs pères

Tableau5: Répartition selon la fréquentation des services de planification familiale

Tableau6: Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur la contraception

Tableau 7 : répartition des jeunes ayant une gêne à acheter un préservatif en fonction de ceux qui se sont protégés au premier rapport sexuel.

Tableau8 : Répartition des jeunes vivant sous le même toit que leur père en fonction de ceux qui ont déjà eu un copain ou une copine

Tableau9 : Répartition des jeunes qui parlent sexualité avec leurs mères en fonction de ceux qui ont déjà été enceinte :

Tableau10 : Répartition des jeunes qui ont un emploi rémunéré en fonction de ceux qui ont eu des rapports avec des partenaires sexuels occasionnels.

Tableau11 : Répartition des jeunes qui ont des restrictions de sorties en fonction du niveau d'instruction de leurs pères

TABLE DE MATIERES

| | |
|--|----|
| I-Introduction | 14 |
| II-Cadre théorique | 16 |
| 1 Justificatif de l'étude | 16 |
| 2. Hypothèses de recherche | 18 |
| 3. Objectifs | 19 |
| III- Généralités | 20 |
| IV- Démarche méthodologique | 39 |
| 1-Type d'étude | 39 |
| 2- Choix et description des sites d'étude : | 39 |
| 3. Population d'étude | 40 |
| 4. Calendrier d'étude : | 42 |
| 5. Techniques et outils d'enquête : | 43 |
| 6. Saisie, traitement et analyse des données : | 43 |
| 7. Considérations éthiques..... | 43 |
| V. Résultats : | 45 |
| VI-Commentaires, Discussion | 78 |
| A-Renseignement généraux : | 78 |
| B-Connaissances, attitudes et pratiques: | 80 |
| VII- Conclusion et recommandations : | 86 |
| 1-Conclusion : | 86 |
| 2- Recommandations : | 87 |
| 1. FICHE SIGNALETIQUE: | 93 |

I-Introduction

Les jeunes de nos jours ont une vie sexuelle précoce et active (1). Si certains pour mieux vivre leur sexualité font recours à des méthodes contraceptives souvent sur conseils de spécialistes, ils sont nombreux à ignorer la question ou s'en détournent par pure inconscience au risque de compromettre leur santé. Certes des structures étatiques, privées ou bénévoles existent un peu partout dans le pays, surtout dans les centres urbains, qui apportent conseils et soins aux jeunes, mais leur insuffisance et mauvaise fréquentation par ceux-ci demeure le nœud gordien dans la résolution de la problématique de la santé sexuelle des jeunes (1).

L'intérêt accru que suscite la jeunesse est dû en partie à l'importance de la population jeune. La population mondiale actuelle est très nombreuse (plus de 3 milliards de personnes) et a moins de 25 ans (2).

Quatre-vingt-cinq pour cent des jeunes vivent dans les pays en développement (2).

Dans le monde, les jeunes traversent une phase de formation. Vu le taux d'accroissement rapide de la population africaine, cette population jeune sera de plus en plus importante. Les jeunes contribuent de plus en plus à la croissance de la population, car la fécondité est de plus en plus précoce (3).

C'est vrai, quoique nos sociétés soient perméables aux idées progressistes, elles gardent souvent un esprit sclérosé sur certains sujets. Parmi ceux-ci demeure la question de la sexualité. Toujours éludée demeure cependant au centre de toutes les préoccupations de la société. Les jeunes sont assurément le public cible, qui doit être éduqué à un changement de mentalité pour une vie sexuelle saine et responsable (9).

La fécondité précoce comporte des risques de santé pour la mère et le fœtus pendant la grossesse et l'accouchement. En dehors des risques encourus par l'individu, l'activité sexuelle précoce est à la base d'une mortalité, morbidité maternelle et infantile non négligeable au niveau national.

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation de la contraception moderne est de 7 % selon EDSIV Mali 2006. 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(2).

Au Mali plusieurs travaux se sont intéressés aux différents problèmes liés à la grossesse chez les jeunes ; ces différents travaux nous ont permis d'avoir des données épidémiologiques cliniques et sociales, notamment celles des EDS qui fournissent des statistiques de base(2).

Malgré ces études, l'aspect socio-culturel n'est pas encore assez bien étudié. Une étude sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes sur la contraception peut contribuer à mieux comprendre les comportements de cette couche de la population et à chercher les solutions appropriées pour améliorer son accès aux méthodes de contraception efficace.

II-Cadre théorique

1 Justificatif de l'étude

Aujourd'hui les jeunes vivent dans un contexte marqué par l'effritement des valeurs « traditionnelles » ; l'exposition à d'autres cultures ; la scolarisation a créé une phase de transition plus ou moins longue entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle l'enfant, l'adolescent et plus tard le jeune adulte acquièrent les aptitudes qui leur permettront d'accéder à une certaine indépendance, à « réussir » dans la vie. Ceci a entre autre eu comme conséquence une augmentation de l'activité sexuelle pré maritale dans un contexte de restrictions légales et sociales(13).

Cependant, certaines recherches menées en Europe, en Amérique ou en Australie éclairent ce qui s'y passe. Entre autre les travaux de Geronimus (1991, 1992, 2004) ; Tolman (1994) ; Hanna, (2001)

Dans le monde environ 14 millions d'adolescentes deviennent mères chaque année et près de 90% de celles-ci vivent dans les pays en voie de développement. Les pays d'Afrique subsaharienne ont les taux de fécondité d'adolescentes les plus élevés au monde. Les chercheurs suggèrent plusieurs explications à cela : les mariages précoces, le besoin de prouver sa fertilité, l'ignorance, l'acceptation réduite des méthodes contraceptives « modernes », la rareté des services de planning familial. L'évolution de l'âge au mariage. Ces grossesses chez des filles qui n'ont pas achevé leur développement physiologique et physique sont qualifiées de grossesses à risque ou précoces ; elles ont des répercussions sur la santé de la mère et de l'enfant. Elles ont aussi des conséquences sociales : si elle est scolarisée, l'adolescente est parfois obligée d'interrompre son cursus scolaire, ce qui réduit considérablement ses perspectives d'avenir, notamment celle de trouver un emploi stable. N'étant pas de façon générale planifiée, les grossesses précoces sont à l'origine de

déceptions, de conflits familiaux et/ou matrimoniaux. Perçue comme une source de honte, la jeune fille s'expose à l'opprobre, sa réputation est ternie, elle court le risque de rester célibataire, ou d'être obligée d'épouser l'auteur de sa grossesse, ne pas avoir l'opportunité de développer sa propre identité, dépendre de la société et de sa famille(13).

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 leur priorité la lutte contre les grossesses précoces. C'est en effet un thème qui contribue largement à légitimer l'offre des services de contraception.

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 (1). 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 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 (1).

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 (2).

Au Mali, beaucoup d'efforts ont été consentis dans ce domaine 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 (2).

Les grossesses non désirées constituent un problème de santé publique auquel est confrontée la jeunesse, celles-ci peuvent être cause de déséquilibre économique et sanitaire d'où l'intérêt de cette étude.

2. Hypothèses de recherche

- 1) Après de nombreuses années d'études et de sources d'informations sur la contraception, le comportement sexuel des jeunes ne semble toujours pas évoluer vers une sexualité responsable.
- 2) Les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception peuvent influencer leur comportement sexuel.
- 3) La jeunesse d'aujourd'hui sur qui repose l'avenir a-t-elle des connaissances, attitudes, et pratiques à risque en matière de contraception après toutes ses années de sensibilisation?

Pour mieux comprendre le comportement de cette jeunesse nous nous sommes fixés des objectifs.

3. Objectifs

1-objectif général :

Etudier le niveau de connaissance, attitude et pratique des jeunes de 15 à 24 ans en matière contraception en commune V et VI de Bamako, Mali.

2-objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude.
- Déterminer le niveau de connaissance des jeunes sur la contraception
- Décrire les attitudes et pratiques adoptées par les jeunes face aux fléaux de la contraception.
- identifier les options de choix en matière de contraception des jeunes de 15 à 24 ans.

III- Généralités

1) Définitions

1- 1) La contraception

La contraception est définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé (16).

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 XIXème siècle et surtout dans sa seconde moitié. La contraception n'est pas une question nouvelle mais s'accompagne toujours de débat(15).

1- 2) Planification familiale

Elle est définie comme l'ensemble des moyens et méthodes qui permettent de conformer à la volonté des parents le nombre et l'espacement des naissances dans une famille (16).

2) Histoire de la contraception

2-1) Dans le monde

Selon Serfaty (15), 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 (15).

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 (15).

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 (15).

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 (10).

Une femme doit avoir des enfants, mais il demeure également vrai que la survenue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) serait sujet de moqueries. Cependant, avoir des enfants hors – mariage ou adultérins renvoie à un signe de mauvaise éducation et d'immoralité et la femme y paie plus que l'homme (5).

Malgré le comportement pro-nataliste, les Maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances : c'est ainsi qu'après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant deux à trois ans. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement (5).

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

La société malienne contemporaine est prise en porte – à - faux entre les valeurs séculaires (culturelles, morales et religieuses) et les logiques post-coloniales d'une culture de la raison et de la liberté de l'individu selon le modèle d'humanisme progressiste hérité à la fois du colonialisme et de la révolution socialiste des années 1962 (5).

Les principales dates de la politique de planning familial au mali (17) :

Le mali a été l'un des premiers pays à adopter une attitude de tolérance vis-à-vis du PF. En effet depuis 1971 une délégation malienne s'est rendue à Mont- Real (CANADA) pour participer à un séminaire sur la PF. Après le Mali a signé un accord avec les organisations de ce séminaire pour un projet d'assistance en PF pour 4 ans. A ce moment entre les approches démographiques et sanitaires du

PF c'est l'approche sanitaire qui a été choisie en absence de paramètre démographique suffisamment maîtrisé de l'époque, c'est dans cet élan que l'association malienne pour la protection et la promotion de la famille (AMPPF) a été créé le 07 juin 1972.

- En 1972 le Mali abrogea la loi du 31 juillet 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisait la propagande anticonceptionnelle. Un centre pilote a été créé à Bamako par l'AMPPF dont l'objectif était l'espacement des naissances, la pratique du planning était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes et parentale pour les célibataires.
- En 1973 deux séminaires dont un interafricain sur l'éducation sexuelle et d'autre intersyndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako.
- En 1974 le Mali a souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) sur le droit au planning familial.
- En 1978 le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaire, dont une des composantes est le planning familial dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances.
- En 1980, la division santé familial (DSF) a été créée au sein du ministère de la santé publique et affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial.
- En 1990, deux séminaires nationaux ont été organisés à Bamako pour l'ébauche d'une politique de population, femme et développement.
- En 1991 le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population.
- En 1994 avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (EGYPTE), les gouvernements dont le Mali se

sont engagés à agir dans le domaine de la santé de la reproduction, engagement réitéré lors de la quatrième conférence mondiale sur les femmes à Beijing (CHINE) en septembre 1995.

- En juin 1995 a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle et infantile et planning familial.

Avec le temps le concept malien en matière de planning familial a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuel qui définit le PF comme : l'ensemble des moyens et mesures de régulation de la fécondité d'éducation et de prise en charge d'affection de la sphère génitale ,mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles , infantiles et juvéniles notamment celles liées aux IST/SIDA ,aux grossesses non désirées et avortements, et assurer ainsi le bien-être familial et individuel.

Ceci implique, la responsabilité, la liberté et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aiderà choisir le ou les moyens de régulation de la fécondité.

Pour le Mali la santé de la reproduction englobe la santé de la mère y compris le planning familial et la santé de l'enfant y compris celle de la petite fille.

Les principales lois relatives à la santé de la reproduction au Mali (17):

A/La loi †, 02-044 relative à la sante de reproduction dite loi Lahaou Toure adoptée le 24 juin 2002.

Il est à noter que la loi sur la santé de la reproduction a été initiée par l'assemblée nationale sous forme de proposition de loi introduite par le

REMAPOD et adoptée à partir d'une proposition régionale ouest africaine (cote d'ivoire 1999). Cette introduction a été faite dans un contexte marqué par de nombreuses barrières juridiques et non juridiques à la santé de la reproduction SR/PF :

L'existence de la loi de 1920 qui interdisait la propagande anticonceptionnelle et l'avortement; le statut légal de femme peu favorable à la santé de la reproduction au Mali

Il faut noter que le processus d'adoption de cette loi a bénéficié de l'engagement des parlementaires maliens et du réseau régional départementaires, de la collaboration des ministres en charge de la santé et de la femme, de la société civile, des juristes et aussi du soutien de partenaires comme l'USAID, l'UNFPA et Policy projet.

La loi sur la santé de la reproduction est structurée en quatre titres et vingt un articles qui traitent de la définition (I), de la santé de la reproduction (II), des dispositions pénales (III) et des dispositions transitoires et finales (IV)

Elle annonce deux décrets : le premier détermine les conditions et les modalités de fabrication des produits contraceptifs au Mali et le second fixant les conditions et modalités d'octroi de l'assistance particulière aux malades du sida ou personnes vivantes avec le VIH et les garanties de confidentialité.

La loi relative à la santé de la reproduction annonce également deux arrêtés : Le premier portant sur la liste des produits, des méthodes et des moyens de contraception légalement approuvés et le deuxième inter ministériel, fixant les conditions d'importation des produits contraceptifs.

B/Lettre circulaire †, 004/MSA-AS/CAB du 25 janvier 1991.

Cette lettre adressée aux responsables administratifs, politiques et sanitaires, stipule que l'accès à une méthode contraceptivereste libre pour toute femme en âge de procréer qui le désire ou qui le nécessite.

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'œstrogène utilisé est toujours le même : 50 - 35 - 30 - 20 et 15 microgrammes.
- différents types de progestatifs.
- des variations de dosages des œstrogènes et des progestatifs sur la plaquette pour les différentes pilules déterminent les bi phasiques et les tri phasiques. 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.

Les contre - indications

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

La prise de poids, exceptionnelle, est toujours modérée.

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'oestrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite tous les deux ou trois mois, selon le type de contraceptif injectable choisi (26).

3-3) La contraception mécanique

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

a) Le préservatif masculin

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

Mode d'emploi

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

L'efficacité

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

Les avantages

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

Les inconvénients

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

b) Le préservatif féminin : Femidon

C'est une gaine cylindrique pré-lubrifiée en polyuréthane.

Un anneau interne facilite l'introduction dans le vagin et son maintien pendant le rapport, un anneau externe repose sur la vulve pour permettre de retenir le préservatif pendant le rapport.

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

L'efficacité

Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

Les avantages

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

3-3-2) Le diaphragme et cape cervicale

Mode d'action

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

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

Le mode d'emploi

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

Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape.

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

L'efficacité

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

Avantages

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

Les inconvénients

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

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

Mode d'action

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

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

- Au cuivre
- Au progestatif

Le mode d'emploi

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

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

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

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

L'efficacité

Il est efficace dès la pose.

Les avantages

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

Les inconvénients

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

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

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

Les contre - indications

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

3-4) Les autres méthodes modernes

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

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

Mode d'action

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

Le mode d'emploi

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

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

L'efficacité

Elle est très efficace dès la pose.

Les avantages

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

Les inconvénients

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

Les contre- indications

Thrombose évolutive, affection hépatique sévère.

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

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

Mode d'action

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

Le mode d'emploi

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

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

Attention: ne pas appliquer sur les seins

L'efficacité

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

Les avantages

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

Les inconvénients

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

Les contre- indications

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

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

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

Mode d'action

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

Le mode d'emploi

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

L'efficacité

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

Les avantages

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

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

Les contre - indications

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

3-4-5) La contraception d'urgence

C'est une contraception d'exception à utiliser en cas de rapport sexuel non ou mal protégé et quel que soit le moment du cycle.

A prendre si possible dans les 12h et au plus tard jusqu'à 5 jours pour le stérilet.

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

Les différents types de contraception d'urgence

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

Le mode d'emploi

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

L'efficacité

Elle varie avec la méthode.

Les inconvénients

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

Les contre- indications

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

3- 4- 6) Les spermicides

Mode d'action

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

Les avantages

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

Les inconvénients

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

3-4-7) La stérilisation à visée contraceptive

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

a) La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes - Méthode par coelioscopie et laparotomie

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

Cette méthode est en principe irréversible.

- Méthode par les voies naturelles

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

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

b) La stérilisation masculine : la vasectomie

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

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

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

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

3- 5-1) Le retrait ou coït interrompu

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

3- 5-2) L'abstinence périodique

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

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

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

a- La méthode du calendrier ou Ogino

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

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

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

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

b- La méthode des températures

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

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

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

c- La méthode de la glaire ou Billings

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

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

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

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

d- Les tests d'ovulation : Persona

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

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

3- 5-3) L'allaitement maternel

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

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

4) Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali

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

a-Cordelette imprégnée(*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.

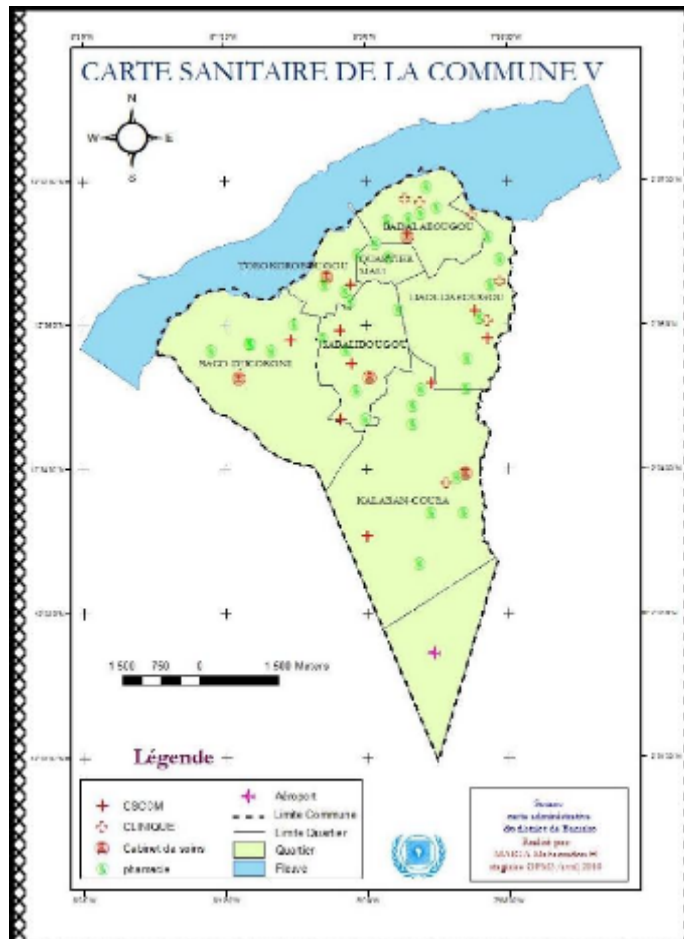
IV- Démarche méthodologique

1-Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale prospective, de type descriptive.

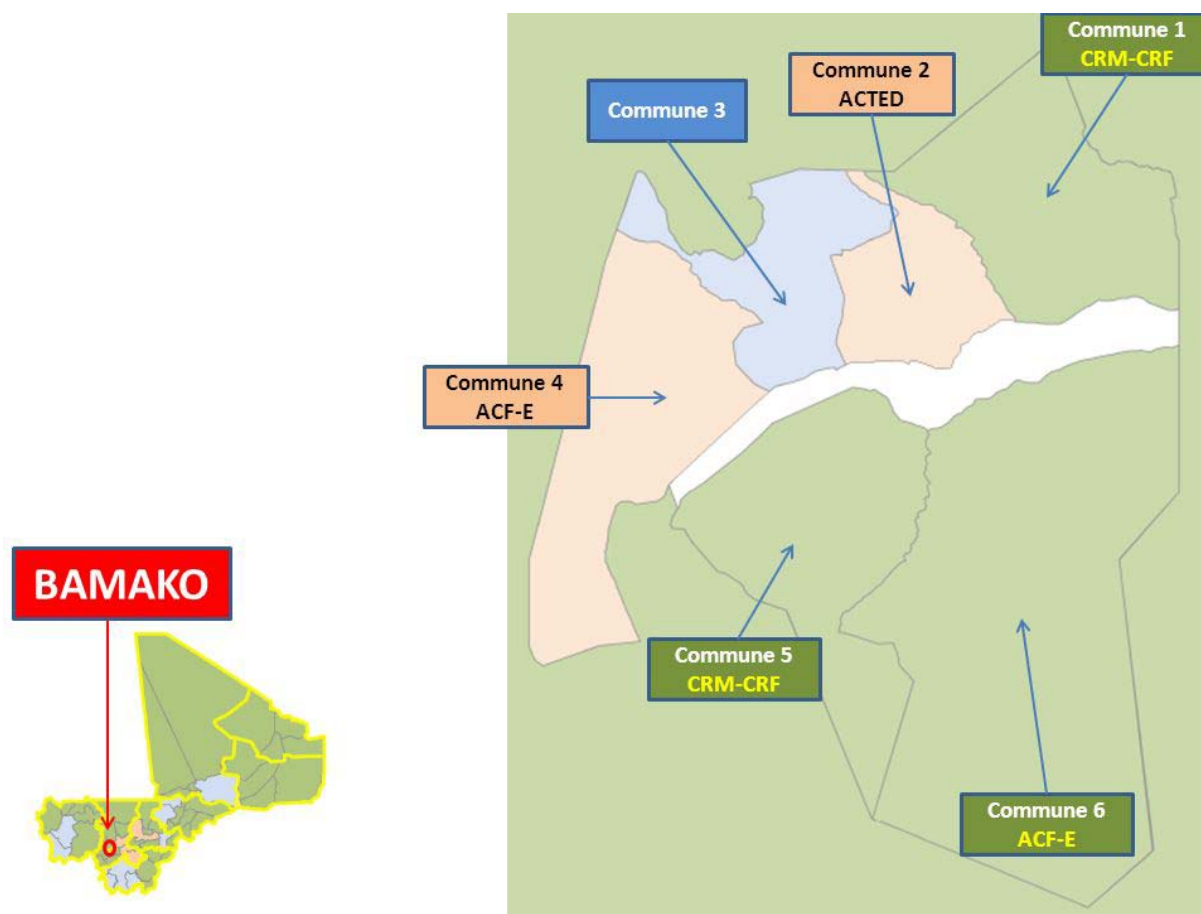
2- Choix et description des sites d'étude :

a- Commune V



La commune V avec une superficie de 41Km carré, est limitée au nord par le fleuve Niger, au sud par la zone aéroportuaire et la commune de kalaban Coro, à l'est par la commune VI et le fleuve Niger. Elle est composée de huit quartiers dont badalabougou,sema 1, quartier mali, torokorobougou, bacodjicoroni, sabalibougou, daoudabougou, et kalabancoura et compte 249 727 habitants. (8)

b- Commune VI



La commune VI de Bamako avec une superficie de 8 8882 hectares et environ 600 000 habitants, est l'une des six communes que compte Bamako la capitale du Mali. La plus grande et continue de s'agrandir de jours en jours avec la création de quartier nouveau. Elle se subdivise en plusieurs grands quartiers qui sont au nombre de dix, ce sont : Faso kanu, Sogoniko, magnanbougou, Sokorodji, Moussabougou, Faladié, Niamakoro, Djandjiguila, Banangabougou, Sénou, Yirimadjo (8),

3. Population d'étude

Notre population d'étude a été constituée des jeunes de la tranche d'âge 15-24 ans et résidant dans les zones choisies.

a. Critères d'inclusion

- Etre consentant à participer à l'étude,
- Etre âgé de 15 à 24 ans
- Etre fille ou garçon
- Etre résidant dans le site choisi.

b. Critères de non inclusion

- Refus des personnes cibles à participer à l'étude,
- Age < à 15 et > à 24 ans
- Non résidants dans le site choisi.

c. Echantillonnage :

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

Pour le calcul de la taille de l'échantillon, nous avons utilisé les données de l'EDS IV qui situent respectivement à 17% la proportion des 15-24 ans ayant eu leur 1^{er} rapport en atteignant 15 ans pour les femmes, et à 8% celui les hommes dans le district de Bamako (Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS) D. N., 2006).

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

$$n = \frac{z^2 pq}{L^2}$$

n : taille minimum de l'échantillon

$$z = 1,96.$$

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

q : 1-p

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

g : effet de grappe = 2.

Ainsi la taille de l'échantillon est de 194 pour la commune V contre 198 pour la commune VI de la tranche d'âge 15-24 ans soit un total de 392.

4. Calendrier d'étude :

Notre étude s'est déroulée de janvier 2014 à mars 2015, nous permettant d'atteindre la taille de l'échantillon. Soit une période de 14 mois.

| Activité/Date | Janvier Mars 2014 | Mars Avril 2014 | Avril Aout 2014 | Janvier Mars 2015 |
|-----------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Recherche bibliographique | _____ | | | |
| Elaboration du protocole | | _____ | | |
| Collecte des données | | | _____ | |
| Correction de Dr.Malick TRAORE | | | | _____ |

5. Techniques et outils d'enquête :

Après une approche sociale et professionnelle, un questionnaire a été utilisé, à travers un interrogatoire.

La saisie des données a été faite à l'aide des logiciels (Epi Data, Epi Info).

6. Saisie, traitement et analyse des données :

Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et de graphiques grâce au logiciel Excel2007

La saisie du texte a été faite à l'aide du logiciel Microsoft Word 2007.

L'analyse des données a été effectuée à l'aide des logiciels appropriés: SPSS.

7. Considérations éthiques

-En termes d'éthique, nous avons exigé un consentement verbal des participants à l'étude. Un questionnaire fut élaboré à l'intention des candidats dans ce sens.

Dans le cadre de l'obtention du processus de consentement éclairé, on a approché les jeunes de 15 à 24 ans en leur fournissant toutes les informations relatives à la recherche, ses objectifs, la méthodologie adoptée et le devenir des résultats de l'étude. Ainsi, nous avons expliqué aux participants que ce travail est une étude de recherche dans le cadre de l'obtention d'un Doctorat en Médecine.

La recherche a été décrite, les risques qu'il est raisonnable de prévoir ainsi que les bénéfices escomptés. On note qu'il n'y avait aucun risque encouru par les participants.

La participation à l'étude n'a exigé aucune compensation puisque le caractère volontaire de l'étude a été mis en relief.

Les participants avaient le droit d'abandonner à tout moment et le retrait ou le refus de participation n'entraînait aucune pénalité.

Le principe et le degré de confidentialité ont été mis en relief. En outre, les noms des personnes à contacter pour des informations relatives à la recherche ont été révélés aux participants. Les autorités administratives informées de l'enquête ont donné leur accord.

V. Résultats :

A Renseignement généraux suivant l'âge:

Age

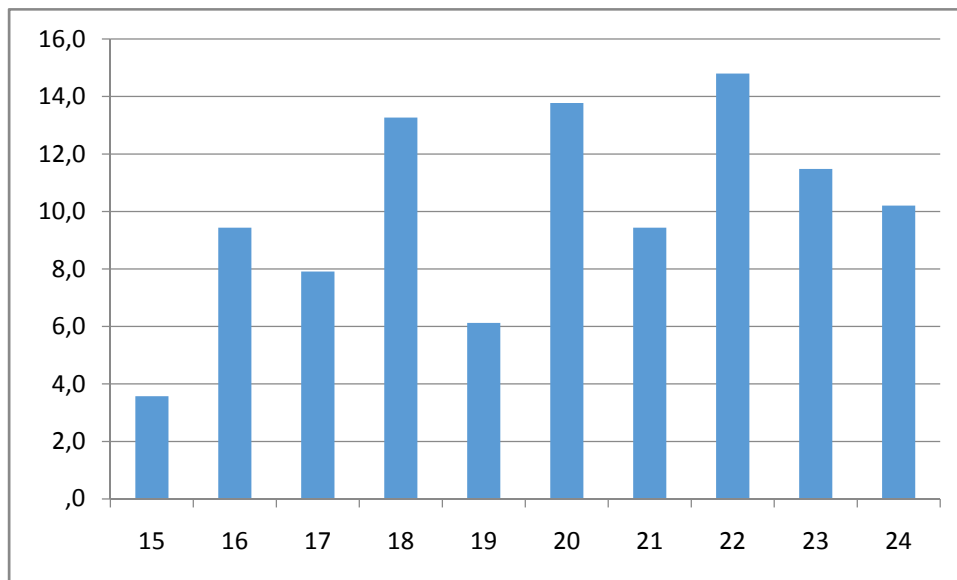


Figure1 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge

Les jeunes âgés de 18,20 et 22 ans représentaient la majorité de la population de l'échantillon avec respectivement 13 %,14%,15%. Nous avons trouvé une moyenne d'âge de 19,5 ans, avec des extrêmes de 15 et 24 ans.

2-l'Ethnie :

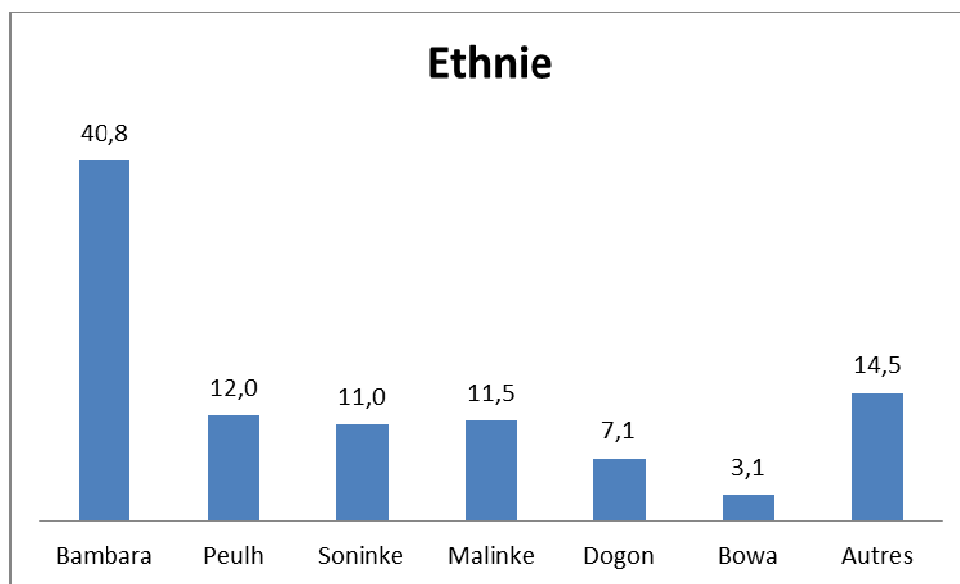


Figure 2: Répartition de l'échantillon en fonction de l'ethnie

L'ethnie Bambara était la plus représentée dans notre échantillon soit **40,8%**.

3-Le Sexe :

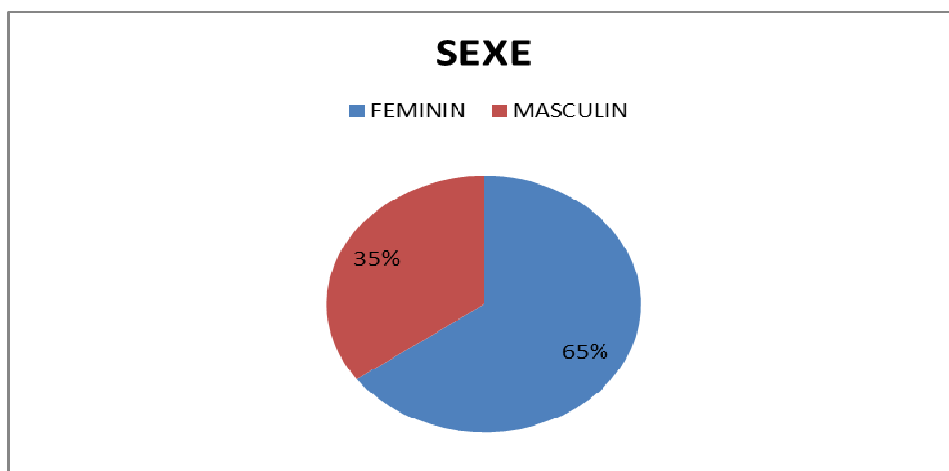


Figure 3: Répartition des jeunes en fonction du sexe

Le sexe féminin était majoritaire (soit 65% de l'échantillon) avec un sexe ratio de 0,54.

4-Le Niveau d'instruction des jeunes :

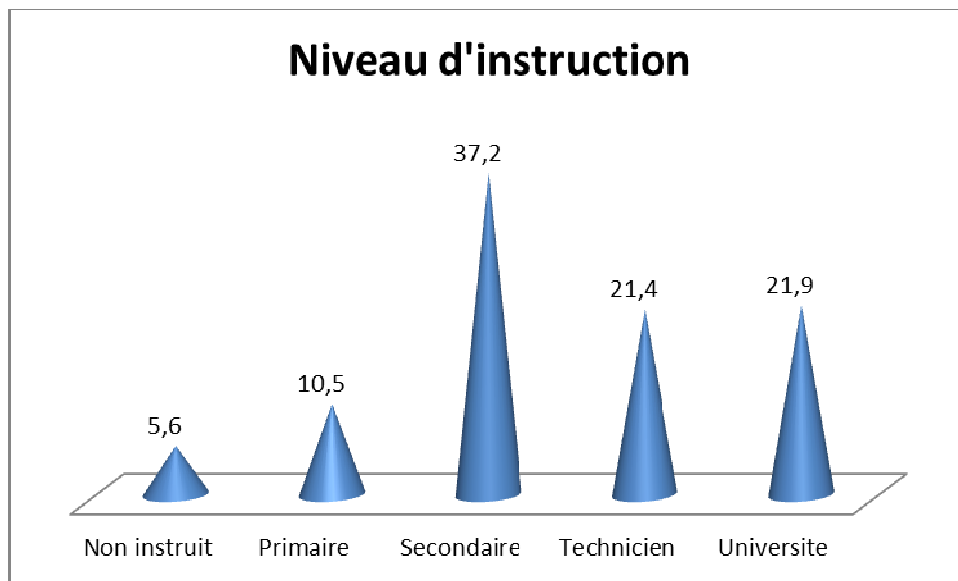


Figure 4: Répartition selon le niveau d'instruction du jeune

Les jeunes du niveau secondaire étaient majoritaires soit **37,2%**.

5- Les Statut Matrimoniaux des jeunes :

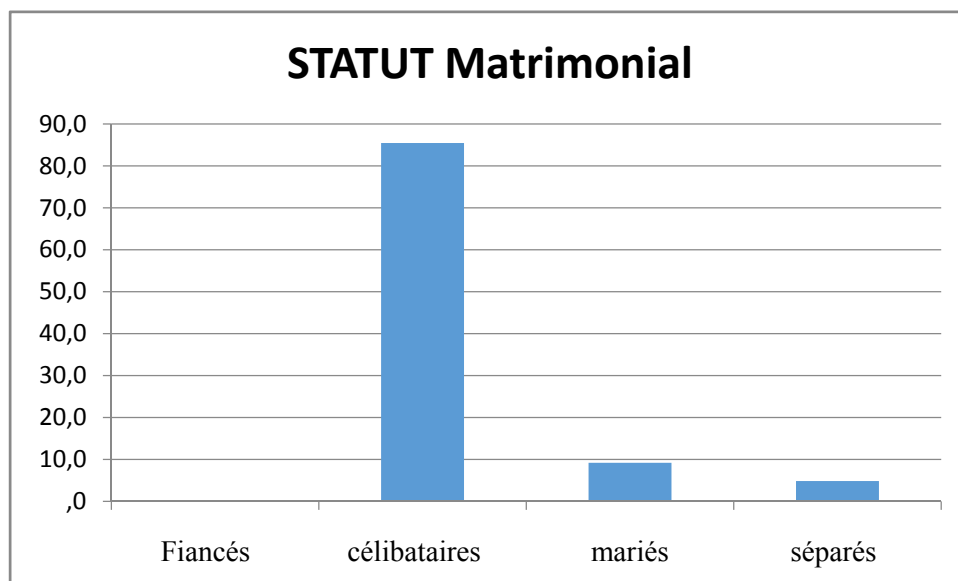
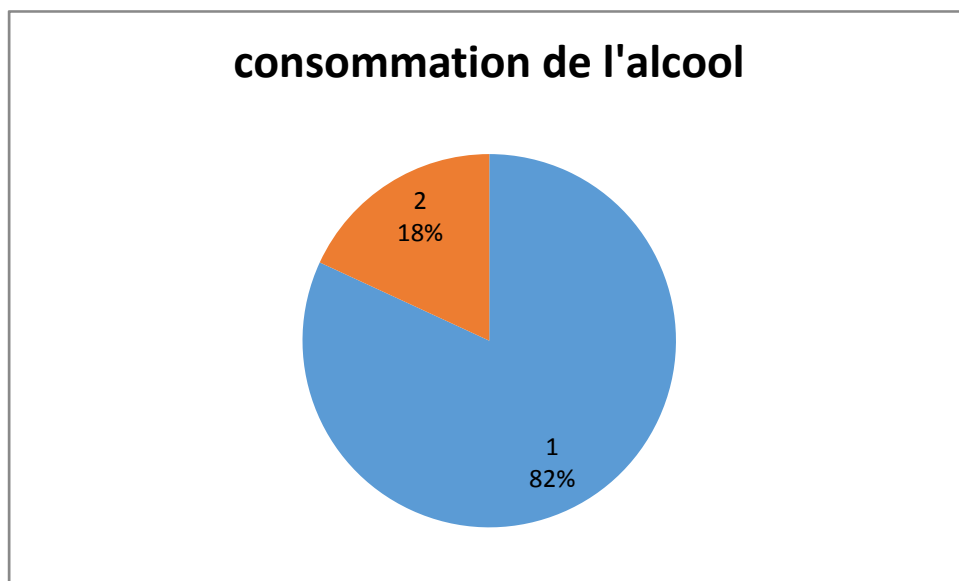


Figure 5: Répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial du jeune

Les jeunes étaient en grande majorité célibataires soit **88,6%**.

6-Consommation de l'alcool chez les jeunes:

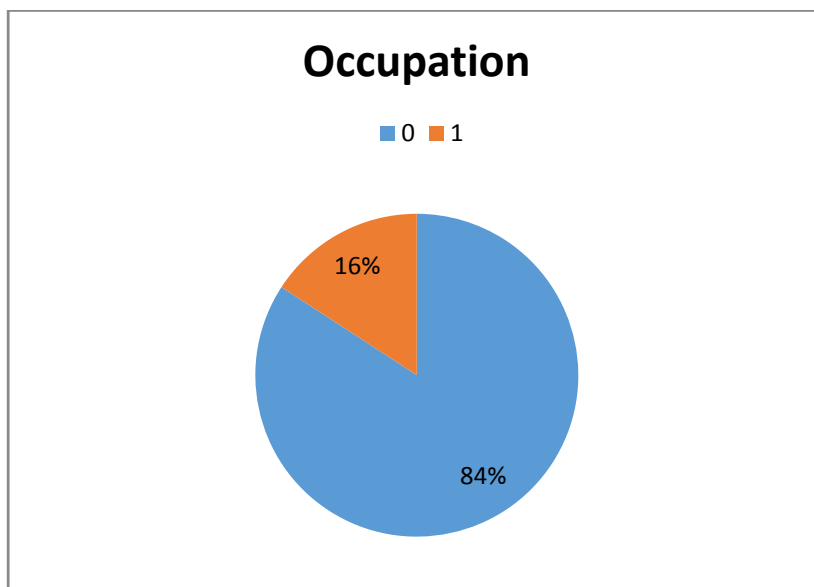


2 : OUI , 1 : NON

Figure 6: Répartition des jeunes en fonction de la consommation de l'alcool

La majorité des jeunes était non consommateurs d'alcool soit 82%.

7-Occupation des jeunes :

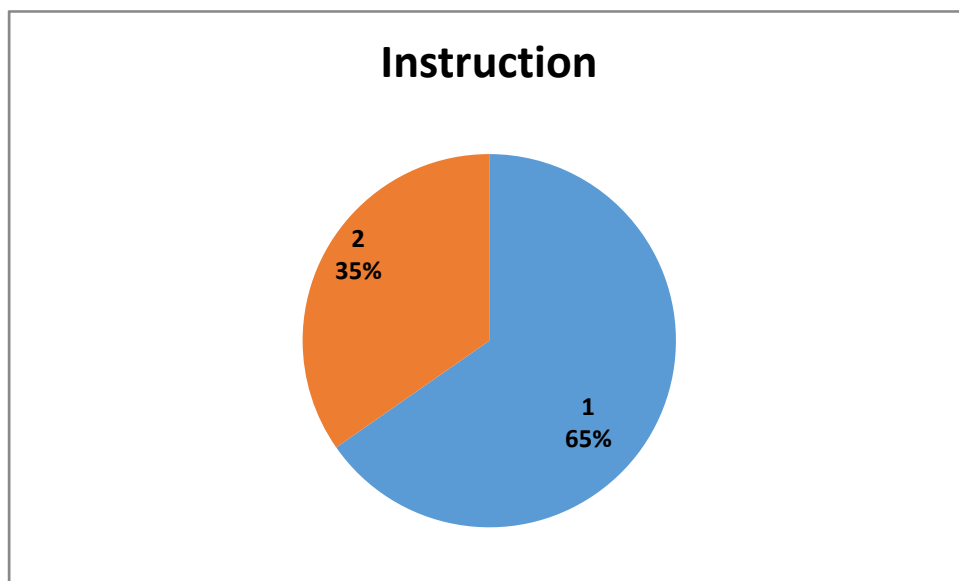


1 : OUI , 0 : NON

Figure 7 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'occupation des jeunes.

Seulement 16% des jeunes avait un emploi rémunéré

8-Niveau d’instruction des jeunes :

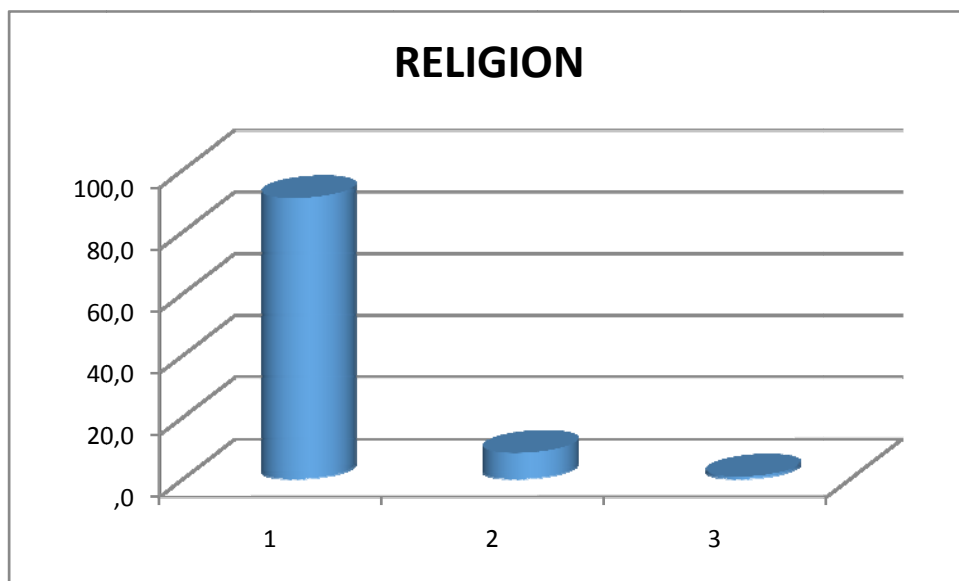


1 : OUI ,2 : NON

Figure 8 : Répartition de l'échantillon en fonction du niveau d'instruction des jeunes.

La majorité de notre population d'étude était alphabétisée soit 65%.

9-Les différentes religions des jeunes :



Islam=1 : Christianisme=2 ; Animisme=3

Figure 9 :Répartition de l'échantillon en fonction de la religion des jeunes.

La majorité des jeunes était musulman soit 85%

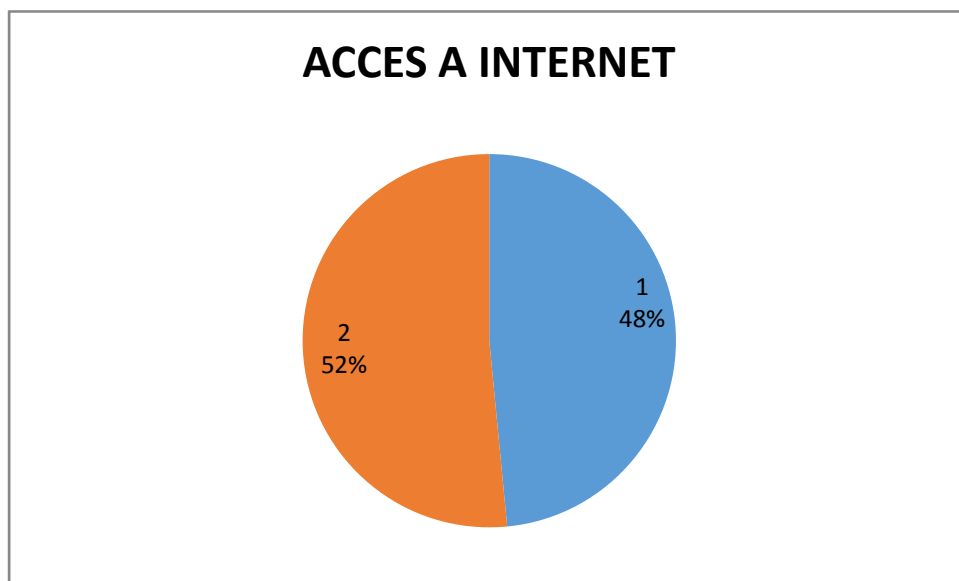
10-Niveau d'instruction du père :

TABLEAU 1: répartition des jeunes en fonction du niveau d'instruction de leur père

21% des pères s'étaient arrêtés au primaire suivi de 20% qui avait un diplôme d'étude supérieure

| | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------|-----------|-------------|
| ALPHABETISATION | 45 | 11,5 |
| AUCUN NIVEAU | 60 | 15,6 |
| PRIMAIRE | 83 | 21,2 |
| SECONDAIRE | 57 | 14,5 |
| TECHNICIEN | 67 | 17,1 |
| UNIVERSITAIRE | 80 | 20,4 |
| Total | 392 | 100,0 |

11- Accès des jeunes à l'Internet :



1 : OUI ,2 : NON

Un peu plus de la moitié des jeunes n'avait pas accès à internet

Figure10 : Répartition des jeunes en fonction de l'accès à internet

12-Domicile des jeunes (vivants ou non avec les parents) :

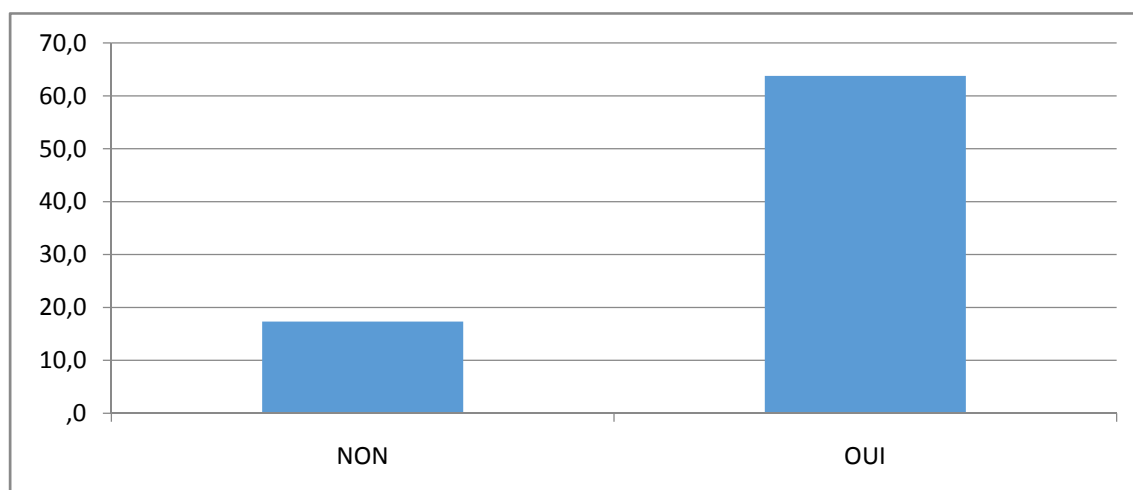


Figure 11 :Répartition des jeunes en fonction de leur domicile.

La majorité vivait sous le même toit que leurs parents soit 63%.

B-Connaissances, attitudes et pratiques:

1- Les sources d'information sur la contraception :

Tableau 2: Répartition de l'échantillon en fonction des différentes sources d'information sur la contraception :

| Sources d'information | effectif | pourcentage |
|-----------------------|----------|--------------|
| Media | 144 | 25,9% |
| internet | 70 | 12,6% |
| Service jeune | 50 | 9,5% |
| amis | 74 | 16,1% |
| enseignant | 54 | 11,0% |
| Total | 392 | 100% |

Les média et les amis représentaient respectivement les principales sources d'information soit **25,9** et **16,1%**

2- Informations reçues sur la contraception :

Tableau3 : Répartition de l'échantillon en fonction du fait d'avoir déjà été informé sur la contraception.

| DEJA ETE INFORME DE CONTRACEPTION | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|--------------------------------------|-----------|-------------|
| OUI | 367 | 95,7 |
| NON | 25 | 4,3 |
| TOTAL | 392 | 100 |

La grande majorité des jeunes avait déjà entendu parler de contraception soit **95,7%**.

3- METHODE DE CONTRACEPTION UTILISÉE

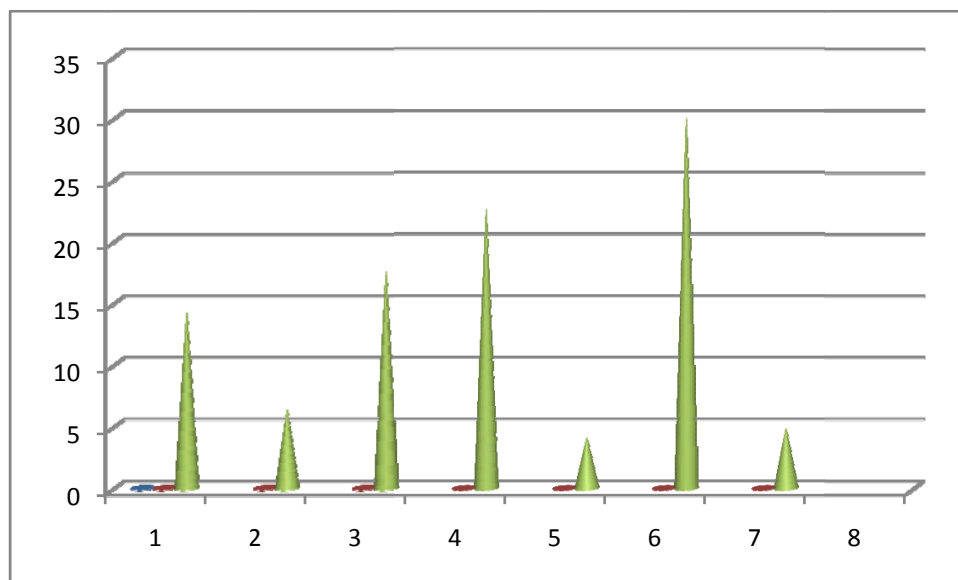
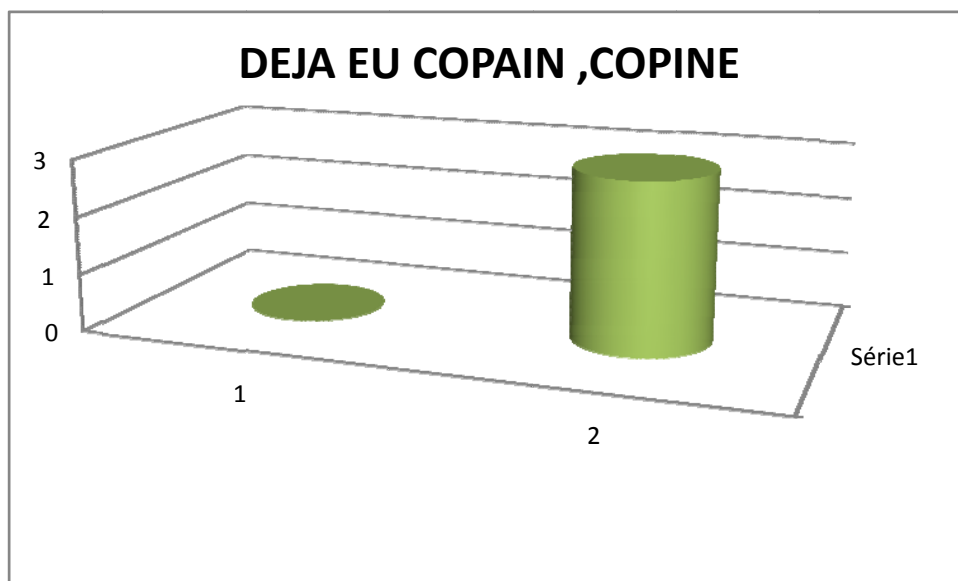


Figure 12: Répartition des jeunes selon la méthode utilisée

La majorité des jeunes soit **29,8%** utilisait le préservatif.

1. abstinence périodique ,2. autre méthode ,3. contraceptif injectable ,4. pilule ,5. pilule du lendemain 6. préservatif ,7. technique du retrait.

4-Taux des jeunes qui ont déjà eu un copain :



2 :OUI ,1 : NON

Figure 13 :Répartition de l'échantillon en fonction de ceux ayant déjà eu un copain.

La majorité des jeunes avait déjà eu un copain soit 92%.

5-PARLER DE LA SEXUALITE AVEC LEURS MERES

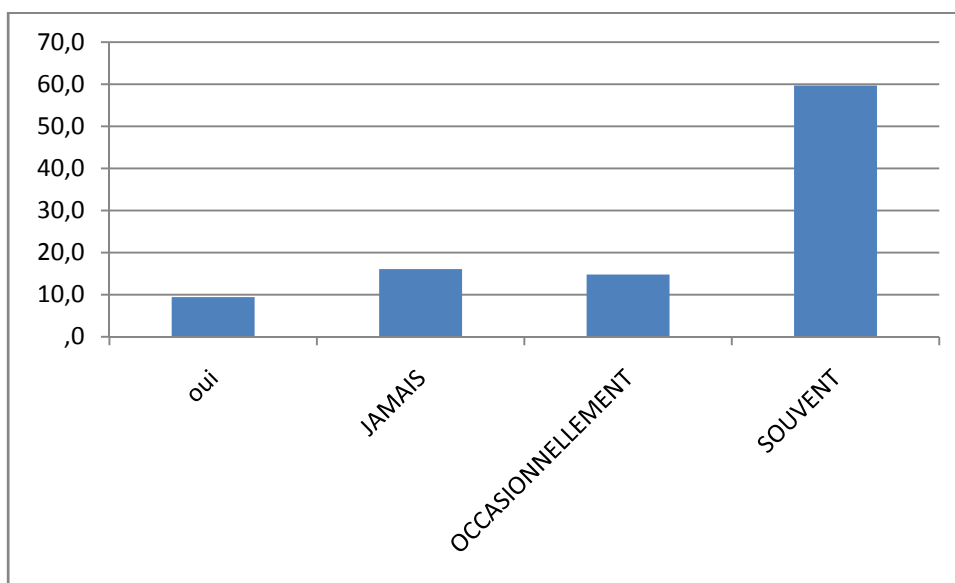


Figure 14 : Répartition des jeunes en fonction de ceux qui parlent de la sexualité avec leur mère.

60% des jeunes parlent souvent de la sexualité avec leur mère.

6-Parler de la sexualité avec leurs pères :

Tableau4 :Répartition des jeunes en fonction de ceux qui parlent de la sexualité avec leurs pères

PARLER SEXUALITE PERE

| | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------|-----------|-------------|
| TOUJOURS | 37 | 9,4 |
| SOUVENT | 63 | 16,1 |
| OCCASIONNELLEMENT | 58 | 14,8 |
| JAMAIS | 234 | 59,7 |
| Total | 392 | 100,0 |

9,4%des jeunes parlent de sexe avec leur père.

7-Fréquentation des services de Planification Familiale :

Tableau5: Répartition selon la fréquentation des services de planification familiale

| Fréquentation des services de PF | Effectif | Fréquence |
|---|-----------------|------------------|
| Oui | 74 | 18,8% |
| Non | 318 | 81,2% |
| Total | 392 | 100% |

Parmi les 392 qui connaissaient l'existence des services de planification seulement 18,8% fréquentaient en réalité un service de PF.

8-Opinion sur la contraception :

Tableau6: Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur la contraception

| Opinion sur la contraception | Effectif | Fréquence |
|-------------------------------------|-----------------|------------------|
| Approuve | 274 | 77,9% |
| Désapprouve | 118 | 22,1% |
| Total | 392 | 100% |

La majorité des jeunes approuve la contraception soit 77,9%

9-Gêne a acheté un préservatif :

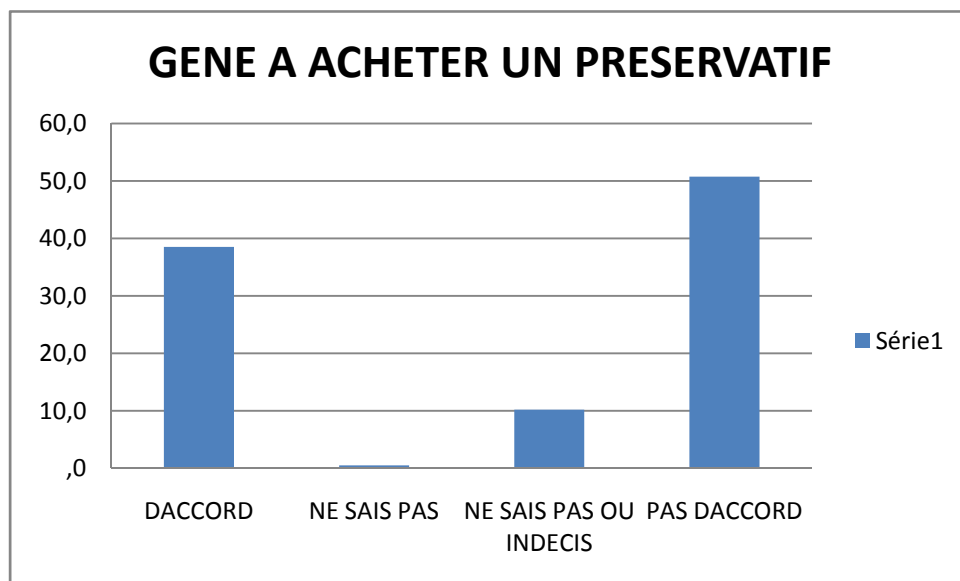


Figure 15 : Répartition de l'échantillon en fonction de ceux qui ont une gêne à acheter un préservatif.

La majeure partie des jeunes ne se gêne pas à acheter un préservatif soit 51%

10-L'efficacité du préservatif selon les jeunes:

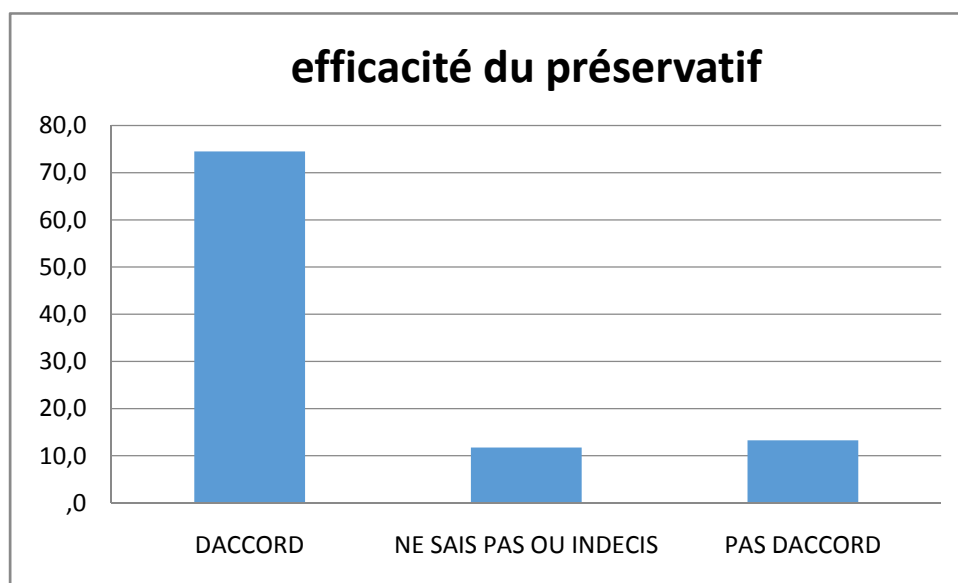


Figure 16 : Répartition de l'échantillon par rapport à l'efficacité du préservatif.

La majorité des jeunes, soit 75% était d'accord sur l'efficacité du préservatif.

11-l'utilisation des contraceptifs :

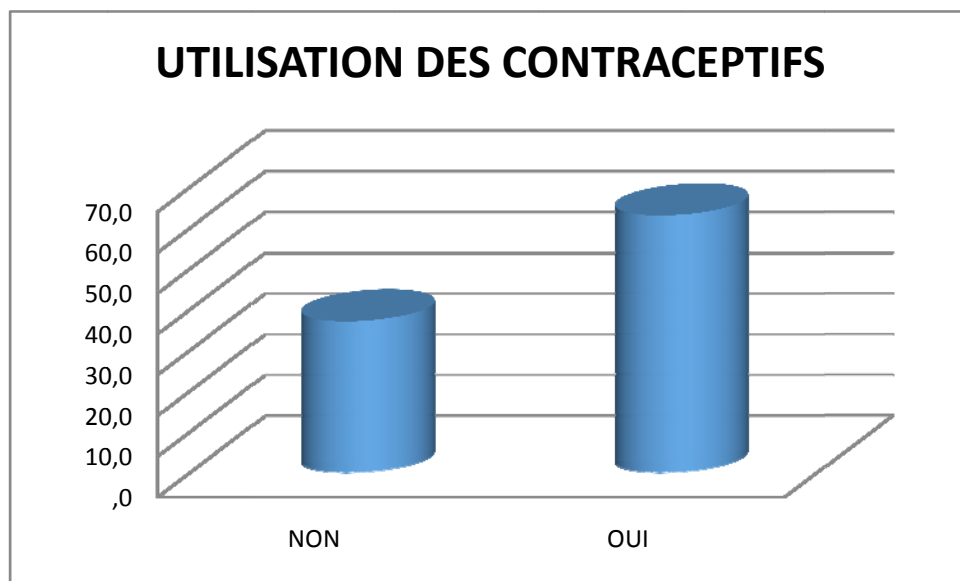


Figure 17 :Répartition de l'échantillon en fonction de l'utilisation des contraceptifs.

Les méthodes contraceptives étaient utilisées par la majorité des jeunes soit 79%.

12-Moment de discussion entre copains sur la contraception :

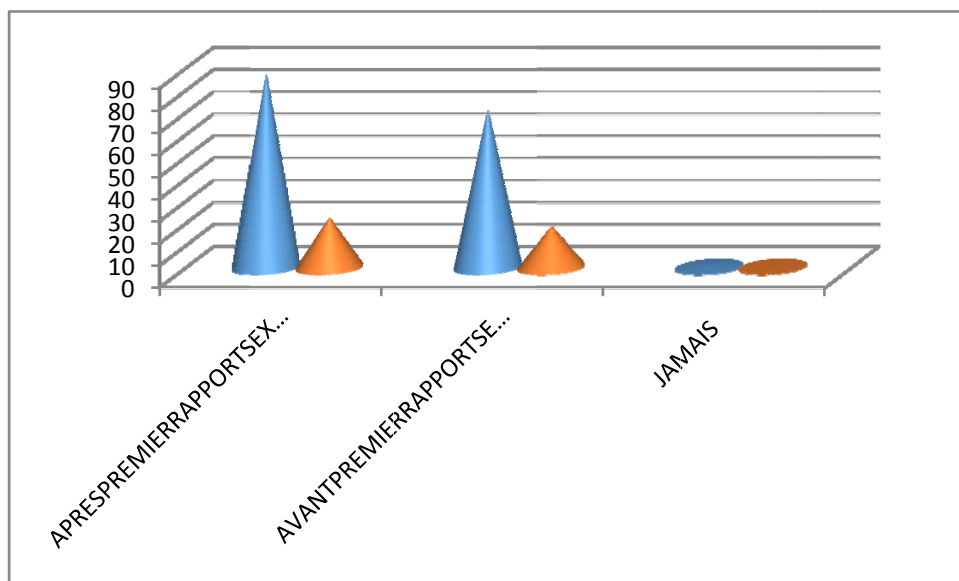


Figure 18 : Répartition des jeunes en fonction du moment de discussion sur la contraception avec leur copain.

La plus part des jeunes avait parlé contraception avec leur copain seulement après avoir eu le rapport soit 79%.

13-L'utilisation des pilules :

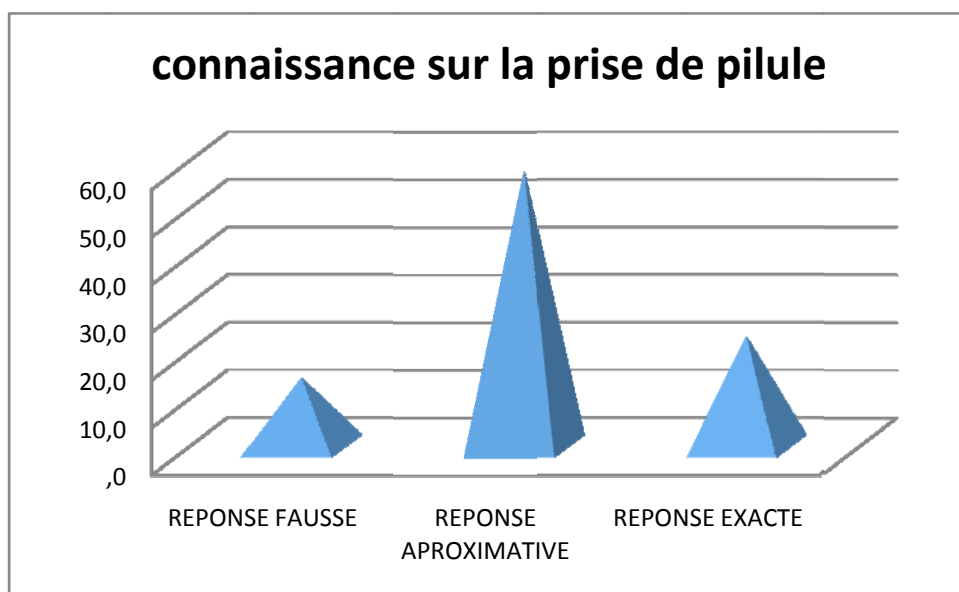
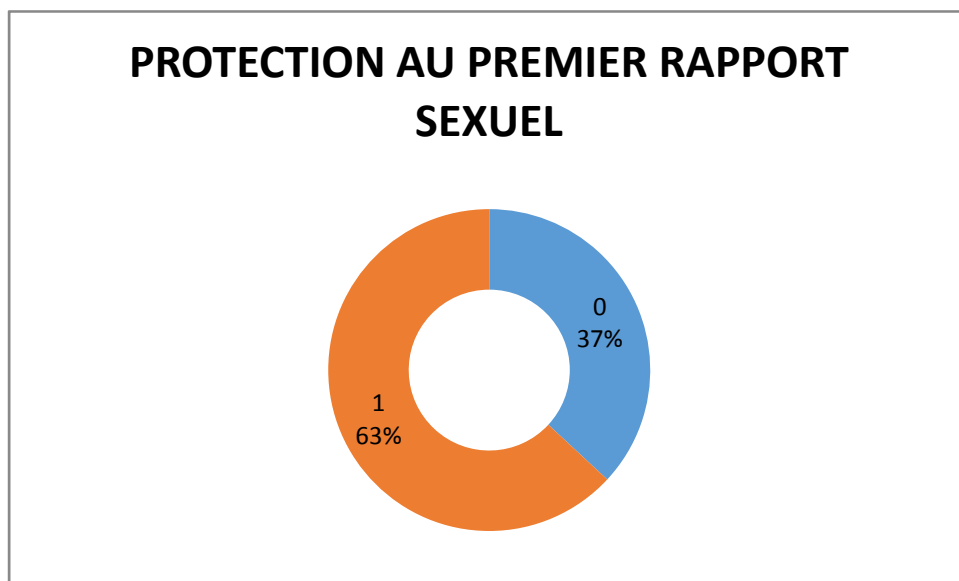


Figure 19 :Répartition de l'échantillon en fonction de l'utilisation des pilules.

60% des jeunes ne savent pas exactement utiliser les pilules.

14-Protection des jeunes au premier rapport sexuel :



0 :OUI ,1 : NON

Figure 20 :Répartition de l'échantillon en fonction de ceux qui se sont protégés lors du premier rapport sexuel.

La majorité des jeunes ne s'était pas protégé lors du premier rapportsexuel soit 63%.

15-Protection des jeunes lors des rapports avec des partenaires sexuels occasionnels :

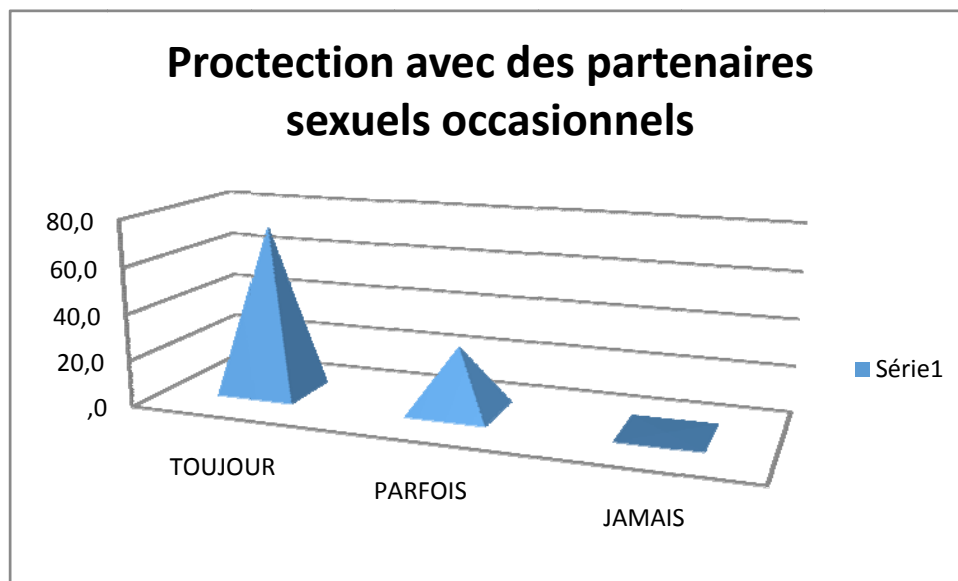
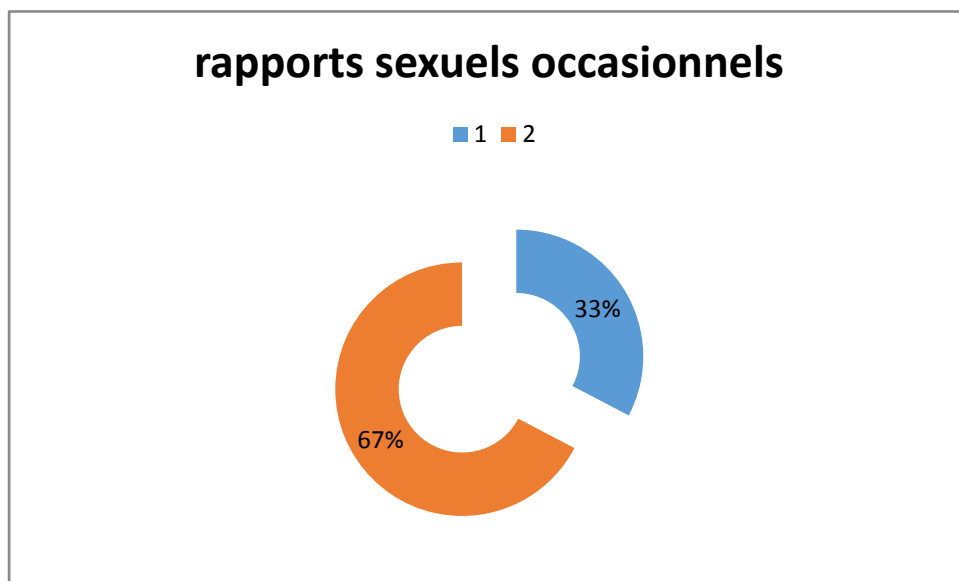


Figure 21 :Répartition de l'échantillon par rapport à la protection des jeunes lors des rapports avec des partenaires sexuels occasionnels.

La plus part des jeunes se protégeait toujours lors des rapports avec des partenaires sexuels occasionnels, soit 71%

16-Rapports avec des partenaires sexuels occasionnels chez les jeunes :

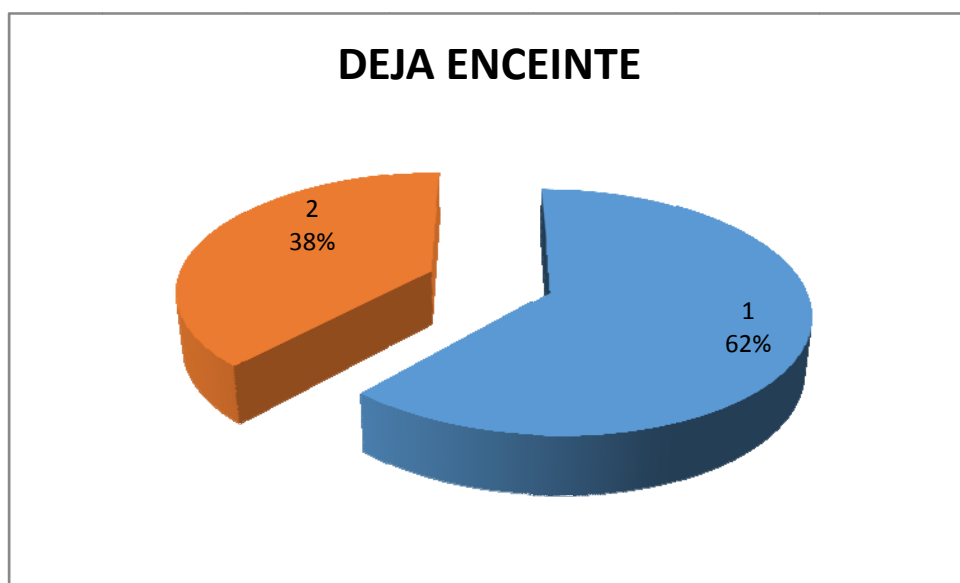


1:OUI, 2:NON,

Figure 22 :Répartition de l'échantillon en fonction dutaux de Rapports avec des partenaires sexuels occasionnels chez les jeunes.

67 % des jeunes avaient déjà fait des rapports avec des partenaires sexuels occasionnels.

17- Jeunes ayant déjà été enceinte :



1 : OUI, 2 : NON

Figure 23 : Répartition des jeunes ayant déjà été enceinte

62 % des jeunes avaient déjà été enceinte

18-Jeunes ayant une gêne à acheter un préservatif en fonction de ceux qui se sont protégés au premier rapport sexuel :

Tableau 7 : répartition des jeunes ayant une gêne à acheter un préservatif en fonction de ceux qui se sont protégés au premier rapport sexuel.

| | | PROTECTION 1 ^{er} R.SEX | | Total |
|---------------------------|------------|----------------------------------|-----|-------|
| | | non | oui | |
| GENE Achat PRESERVATIF | DACCORD | 48 | 31 | 79 |
| | NESAIPAS | 28 | 20 | 48 |
| | PASDACCORD | 145 | 120 | 265 |
| Total | | 221 | 171 | 392 |

Parmi les jeunes ayant une gêne à acheter un préservatif 31 jeunes soit 39% d'entre eux se sont protégés au premier rapport sexuel contre 48 jeunes soit 61% qui ne se sont pas protégés au premier rapport sexuel.

+19-Taux des jeunes vivant sous le même toit que leur père par rapport à ceux qui ont déjà eu un copain ou une copine :

Tableau 8 : Répartition des jeunes vivant sous le même toit que leurs pères en fonction de ceux qui ont déjà eu un copain ou une copine :

DEJA EUCOPAIN COPINE * PERE MEME TOIT (tableau croisé)

| | | PERE MEME TOIT | | Total |
|----------------------|-----|----------------|-----|-------|
| | | NON | OUI | |
| DEJA EUCOPAIN/COPINE | NON | 22 | 50 | 72 |
| | OUI | 120 | 200 | 320 |
| Total | | 142 | 250 | 392 |

Parmi ceux qui n'ont pas eu de copain ou copine la majorité d'entre eux 50 jeunes soit 70% vivaient sous le même toit que leur père.

20- Jeunes parlant de sexualité avec leur mère par rapport à ceux ayant déjà été enceinte :

Tableau 9 : Répartition des jeunes qui parlent sexualité avec leurs mères en fonction de ceux qui ont déjà été enceinte :

PARLERSEXUALITEMERE * DEJA ENCEINTE (tableau croisé)

| | | DEJA ENCEINTE | | Total |
|---------------------|-------------------|---------------|-----|------------|
| | | NON | OUI | |
| PARLERSEXUALITEMERE | | 13 | 12 | 25 |
| | JAMAIS | 20 | 100 | 120 |
| | OCCASIONNELLEMENT | 26 | 34 | 60 |
| | SOUVENT | 106 | 81 | 187 |
| Total | | 165 | 227 | 392 |

Parmi les jeunes qui parlaient souvent de sexualité avec leurs mères, la majorité d'entre eux (106 jeunes) n'ont jamais été enceinte, soit 57%.

21- Jeunes ayant un emploi rémunéré par rapport à ceux qui ont eu des aventures sans lendemain :

Tableau10 : Répartition des jeunes qui ont un emploi rémunéré en fonction de ceux qui ont eu des aventures sans lendemain :

EMPLOI REMUNERE * AVENTURESSANSLENDEMAIN(tableau croisé)

| | | AVENTURESSANSLENDEMAIN | | Total |
|-----------------|-----|------------------------|-----|-------|
| | | NON | OUI | |
| EMPLOI REMUNERE | NON | 239 | 92 | 333 |
| | OUI | 18 | 41 | 59 |
| Total | | 276 | 115 | 392 |

La majorité de ceux qui avait un emploi rémunéré ont déjà eu des aventures sans lendemain 41 jeunes soit 70%.

22-Taux des jeunes qui ont des restrictions de sorties par rapport aux niveaux d'instruction de leur père :

Tableau11 : Répartition des jeunes qui ont des restrictions de sorties en fonction des niveaux d'instruction de leurs pères :

INSTRUCTIONPERE * RESTRICTIONSSORTIES (tableau croisé)

| | | RESTRICTIONSSORTIES | | Total |
|-----------------|-----------------|---------------------|-----------|-----------|
| | | NON | OUI | |
| INSTRUCTIONPERE | | 1 | 2 | 3 |
| | ALPHABETISATION | 31 | 14 | 45 |
| | AUCUN | 1 | 0 | 1 |
| | AUCUNNIVEAU | 41 | 15 | 56 |
| | PRIMAIRE | 52 | 31 | 83 |
| | SECONDAIRE | 37 | 20 | 57 |
| | TECHNICIEN | 45 | 22 | 67 |
| | UNIVERSITAIRE | 17 | 63 | 80 |
| TOTAL | | 247 | 145 | 392 |

Parmi ceux qui avaient des pères de niveaux universitaire la majorité d'entre eux, 63 jeunes, avaient des restrictions de sorties, soit 79%.

VI-Commentaires et discussion

A- Renseignement généraux :

La problématique essentielle était de savoir : quelles peuvent être les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes en matière de contraception ?

Certains facteurs ont été évalués.

1-Les classes d'âges:

Les jeunes âgés de 18 ,20 et 22 ans représentaient la majorité de la population de l'échantillon avec respectivement 13 %,14%,15%.

L'âge moyen était de 19.5 avec des extrêmes de 15 et 24,ces chiffres sont voisins de ceux retrouvés chez Alima où l'âge moyen était de 17,14(3) et de 17,6 ans chez Miller (18).

2-l'Ethnie :

Les bambaras étaient majoritaires soit 40,8% ; ceci peut être lié à la situation géographique.

Alima et boite avaient rapporté respectivement 33,3% et 38,10%de bambara à Bamako. (3,19)

3-Le Sexe :

Le sexe féminin était majoritaire soit **65,%** de l'échantillon.

4-Le Niveau d'instruction des jeunes :

Les jeunes du niveau secondaire étaient majoritaires soit **37,2%**.

5- Les Statut Matrimoniaux des jeunes :

Une minorité soit 9,6% des jeunes étaient mariés, cela peut être dû au développement actuel de nos sociétés où l'âge du mariage est de plus en plus repoussé.

Ce chiffre est voisin de celle de Boite (2009-2010) soit 2,2% de jeunes marie.

6-taux des consommateurs d'alcool :

La majorité des jeunes était non consommateurs d'alcool soit 82%.

Cela peuts'expliquer par la religion et la culture au sein de notre société.

7-Jeunes ayant un emploi rémunéré :

16% seulement des jeunes avaient un emploi rémunéré, due en grande partis au taux de chômagefaible dans notre système d'embauche chez les jeunes.

8-Taux des jeunes alphabétisé :

La majorité de notre population d'étude était alphabétisée soit 65%

9-Les différentes religions des jeunes :

La majorité des jeunes de notre échantillons était musulman soit 85% qui s'explique par le pays entier a majorité musulman.

10-Niveau d'instruction du père :

21% des pères s'étaient arrêté au primaire suivi de 20% qui avait un diplôme d'étude supérieure, ce qui peut évoquer la partie d'entre eux qui avaient quitté chez leur parent au village pour venir étudier dans la capitale.

11- Accès des jeunes à internet :

Un peu plus de la moitié des jeunes n'avait pas accès à internet soit 42%, chose qui nous montre notre retard face à la mondialisation numérique.

12-Les jeunes vivant sous le même toit que leurs parents :

La majorité vivait sous le même toit que leurs parents soit 63%

B-Connaissances, attitudes et pratiques:

1- Les sources d'information sur la contraception :

Les média et les amis représentaient les principales sources d'information soit 25,9 et 16,1% dans notre étude.

Dans l'étude de Kané (20) on retrouvait des chiffres voisins sources, 2,5% de parents ou amis, 6,4% de l'école et 8,9% pour les média.

Notre taux d'information au niveau scolaire (enseignant) 11% est inférieur à celui de Miller (18) et Kamtchouing (21) qui ont trouvé respectivement 42%, 21%.

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

2-Taux des jeunes ayant déjà entendue parler de contraception :

Les jeunes avaient entendu parler de contraception dans 95,7% des cas.

Ce taux est comparable à celui d'Alima (3) qui avait trouvé 100%

En revanche ce taux est supérieur à celui Kané (21) et Langille (22) qui ont trouvé respectivement 60% et 42%.

Cette supériorité peut s'expliquer par l'importance des campagnes d'informations sur la PF à Bamako.

3- Méthode de contraception utilisée :

La majorité des jeunes soit 29,8% avaient apprécié le préservatif suivi par les contraceptifs injectables soit 16,60%, de la pilule 21,60%. Les dispositifs intra-utérins et les spermicides n'ont pas été utilisés

Ce taux du choix élevé de préservatif par rapport aux autres contraceptifs peut s'expliquer par la disponibilité et la vente libre de ce contraceptif.

Ces résultats sont comparables à ceux de Kané (20) le préservatif était utilisé dans 77,3% des cas, suivis par la pilule à 8% et les injectables à 2,7%.

Alima (3) avait rapporté : le préservatif 72,13%, la pilule 21,31% et les injectables 9,83%.

4-Taux des jeunes qui ont déjà eu un copain :

La majorité des jeunes avait déjà eu un copain soit 92%.

5-Parler de la sexualité avec leurs mères :

60% des jeunes parlent souvent de la sexualité avec leur mère.

6-Parler de la sexualité avec leurs pères :

9,4% des jeunes parlent de sexe avec leur père, cela peut s'expliquer par la non présence du père dans le foyer par rapport à la mère.

7-Fréquentation des services de Planification Familiale :

Une grande majorité des jeunes soit 81,2% n'ont jamais fréquenté un service de PF contre 18,8% qui l'ont fréquenté.

Ces chiffres sont comparables à ceux d'Alima (3) chez qui 78% des adolescentes n'avaient jamais fréquenté un service de PF contre 22% qui l'avaient fréquenté

8-Opinion sur la contraception :

La majorité des jeunes approuve la contraception soit 77,9%

9-Gêne a acheté un préservatif :

La majeure partie des jeunes ne se gêne pas à acheter un préservatif soit 51%

10-L'efficacité du préservatif :

Le préservatif était efficace pour 75% des jeunes ce qui nous montre l'évolution sur la qualité de ce contraceptif.

11-L'utilisation des contraceptifs :

Les méthodes contraceptives étaient utilisées par la majorité des jeunes soit 79% ce qui nous montre l'intérêt que les jeunes accordent aujourd'hui à ce sujet.

12-Parler contraception avec ses copains en fonction du rapport sexuel :

La plus part des jeunes avait parlé de la contraception avec leur copain seulement après avoir eu le rapport soit 79%, cela nous renvoie vers le fait que les rapports ne sont pas programmés.

13-L'utilisation des pilules :

60% des jeunes ne connaissaient exactement l'utilisation des pilules, ce qui nous montre l'effort déployer lors campagne de sensibilisation sur la contraception.

14-Protection des jeunes au premier rapport sexuel :

La majorité des jeunes ne s'était pas protégé lors du premier rapport sexuel soit 63% de l'échantillon.

Cela peut être dû au fait que le premier rapport sexuel n'est pas en général programmé.

15-Protection des jeunes lors des rapports avec les partenaires sexuels occasionnels :

La plus part des jeunes se protégeait toujours lors des rapports avec les partenaires sexuels occasionnels soit 71%, cela démontre l'éveil de connaissance des jeunes face aux risques des infections.

16-Rapports avec les partenaires sexuels occasionnels chez les jeunes:

67 % des jeunes avaient eu des rapports avec les partenaires sexuels occasionnels.

17- Jeunes ayant déjà été enceinte ou ayant engrossé leurs copines :

62 % des jeunes avaient déjà été enceinte ou avaient déjà engrossé leur copine, cela nous édifie sur la fréquence de l'utilisation des contraceptifs chez ces jeunes.

18-Jeunes ayant une gêne à acheter un préservatif en fonction de ceux qui se sont protégés au premier rapport sexuel :

Parmi les jeunes ayant une gêne à acheter un préservatif 39% d'entre eux (31 jeunes) se sont protégés au premier rapport sexuel contre 61% (48 jeunes) qui ne se sont pas protégés au premier rapport sexuel.

Le pourcentage élevé à savoir 61% qui ne se sont pas protégés pourraient s'expliquer aisément par le fait qu'ils ont eu des gênes à acheter un préservatif.

19-Jeunes vivant sous le même toit que leur père en fonction de ceux qui ont déjà eu un copain ou une copine :

Parmi ceux qui n'ont pas eu de copain ou copine, la majorité d'entre eux (50 jeunes soit 70%) vivait sous le même toit que leurs parents, cette majorité pourrait s'expliquer par un manque de liberté étant chez leurs parents qui limite le fait d'avoir un copain ou copine.

20- Jeunes parlant de sexualité avec leur mère en fonction de ceux ayant déjà été enceinte :

Parmi les jeunes qui parlent de sexualité souvent avec leur mère, la majorité d'entre eux (106jeunes)n'a jamais été enceintesoit 57%.

Ce résultat nous évoquel'importance de la communication avec les mères qui leur fournis une connaissance large permettant d'évité légèrement la grossesse.

21- Jeunes ayant un emploi rémunéréen fonction de ceux ayant eu des aventures sans lendemain :

La majorité de ceux qui ont un emploirémunéré a déjà eu des aventures sans lendemain 41jeunes au total soit 70%,

Ce pourcentage élevé pourrait s'expliquer par l'indépendancefinancière qu'ils ont ayant un emploi, cequi favorise leur intention de libertinage,les poussantà faire des aventures sans lendemain.

22- Jeunes ayant des restrictions de sorties en fonction du niveau d'instruction de leur père :

Parmi ceux qui avaient des pères de niveau universitaire, la majorité d'entre eux (63)avait des restrictions de sorties imposées par leurs parentssoit79%.

Cette forte majoritépourrait s'expliquer par le fait qu'un père ayant un niveau d'instructionélevé,à savoir universitaire, est plus conscient des risques que peuvent encourir son enfant s'il sort fréquemment, inutilement ou à des fins vagabonde.

VII- Conclusion et recommandations :

1-Conclusion :

Notre étude portait sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes en matière de contraception. Il s'agissait d'une étude transversale décrivant les jeunes dans leur environnement de vie.

L'objectif était d'étudier le comportement des jeunes face à la contraception après des années d'étude et de sensibilisation.

La majorité des jeunes déclarait connaître des méthodes de contraception et plus de la moitié d'entre eux utilisait la contraception. Les jeunes avaient plusieurs sources d'informations sur la contraception et 16,1% de ces jeunes avaient eu l'information à travers leurs amis. Les raisons de désapprobation de la contraception étaient la coutume, les effets secondaires et la religion.

Les jeunes étaient sexuellement actifs et avaient des rapports sexuels de plus en plus précoces. Plusieurs jeunes avaient des partenaires sexuels occasionnels, plus des deux tiers avaient utilisé les préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels et une moyenne de 1,6 partenaire sexuel a été retrouvée chez les jeunes.

2- Recommandations :

2-1- A l'Etat du Mali :

2-1-1-Mener d'avantages de campagnes d'information et de sensibilisation sur la contraception coordonnées avec un suivi adaptés,

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.

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

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

2-1-3- Connaitre la clientèle visée et planifier en conséquence

Les besoins contraceptifs des jeunes, mariés ou pas, varient énormément. Les programmes doivent déterminer où se trouvent les lacunes dans les services et quel segment des jeunes ils peuvent le mieux atteindre.

2-1-4- Identifier les lacunes dans les prestations des services et régler les obstacles entravant l'accès.

Déterminer où se situent les lacunes et où se trouvent les opportunités pour atteindre les jeunes mal desservis, de façon rentable et durable.

2-1-5- Vulgariser l'accès aux méthodes contraceptives et les rendre disponibles pour les jeunes.

2-2- Aux jeunes :

- S'informer avant même la puberté des différentes modifications physiologiques de l'organisme afin de comprendre le cycle menstruel, l'acte sexuel, la contraception, etc.
- Discuter avec les parents, les amis des problèmes de sexualité pour lever les tabous et éviter les idées fausses qui constituent un obstacle à la prise de contraception.
- s'abstenir et être fidèle dans la mesure du possible.

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
- Comprendre le monde psychoaffectif des jeunes, s'y adapter, parler et agir en conséquence.
- Dans les centres de santé, l'infirmier ou le médecin se doit d'être accessible pour permettre une meilleure vulgarisation des méthodes contraceptives auprès des jeunes.

2-5- Aux parents

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

2-6-Aux autorités scolaires

-L'insertion des méthodes modernes de contraception dans le programme de l'enseignement.

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Les références seront représentées par leur numéro correspondant dans l'énoncée.

1- L'éducation sexuelle en ballottage.

2-EDS IV : enquête démographique et de santé du Mali, planification familiale, Bamako, Mali 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.

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 épidémio-clinique du planning familial : Enquête auprès de 206 utilisatrices au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako d'Avril à Juin 2003. Thèse méd, Bamako 2003.

6- Abauleth RR., Koffi AA., Kakou CC., Adjoby RR., Mian BB., Angoi VV. et coll. Connaissance et utilisation de la contraception chez l'adolescente..IIIè Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006

7- Adom-Anoumatacky M. La contraception chez l'adolescente en milieu scolaire. IIIè Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006

8. FR.M.WIKIPEDIA.ORG/wiki/ Bamako. Consultée le 03/07/15.

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

www.uia.org/uiademo

10- Nian M. Approche épidémio-clinique de la grossesse chez l'adolescente à l'hôpital régional de Kayes. Thèse méd, Bamako 2000.

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

12- <http://www.who.int/child-adolescent-health/over.htm>,

consulté le 7 janvier 2007

13- Hanna (2001) chaotiqueenvironnements.

14 Larousse médicale 1995 .

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

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

17- Direction Régionale de la Santé

Le district de Bamako présentation générale 2003-2004

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

19-boite Mamadou,Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception au niveau des grins2009-2010.

20- 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.

21- Kamtchouing P., Takougangi., N’Goh N., Yakam I.

La sexualité des adolescents en milieu scolaire à Yaoundé (Cameroun).
Contraception, fertilité, sexualité 1997; 25,10 : 798-801.

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

V. Annexe :

1. FICHE SIGNALETIQUE:

Nom : SIDIBE

Prénom : ISSIAKA

Titre de la thèse : Connaissances, attitudes, et pratiques des jeunes de 15 à 24 ans en matière de contraception communes V et VI de Bamako.

Année : 2013-2014

Ville de soutenance : Bamako

Nationalité : Malienne

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine de pharmacie et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Santé publique

RESUME :

La majorité des jeunes déclarait connaître des méthodes de contraception et parmi eux plus de la moitié utilisait la contraception. Les jeunes avaient plusieurs sources d'informations sur la contraception, et 16,1% des jeunes avaient eu des informations à travers Les raisons de désapprobation de la contraception étaient la coutume les effets secondaires et la religion.

Les jeunes étaient sexuellement actifs et avaient des rapports sexuels de plus en plus précoces. Plusieurs jeunes avaient des partenaires sexuels occasionnels, plus des deux tiers avaient utilisé les préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels et une moyenne de 1,6 partenaire sexuel a été retrouvée chez les jeunes.

2. Descriptive card:

Name: SIDIBE

First name: ISSIAKA

Title of the thesis: Knowledge, attitudes, and convenient of the young of 15 to 24 years concerning contraception V townships and VI of Bamako.

Year: 2013-2014

City of oral examination for thesis: Bamako

Nationality: Malian

Place of deposit: Library of the faculty of Medicine of pharmacy and Odontostomatologie.

Sector of interest: Public health

SUMMARY:

The majority of the young declared to know methods of contraception and among them more of half used the contraception. The young had several sources of information on the contraception, and 16,1% of the young had had some information through The reasons of disapproval of the contraception were the custom the secondary effects and the religion.

The young were sexually active and had more and more precocious sexual intercourse. Several youngsters had occasional sexual partners, more of the two third had used the condoms at the time of the occasional sexual intercourse and an average of 1,6 sexual partner has been recovered at the young.

3. Questionnaire semi-directif sur la contraception des jeunes de 15 a 24 ans

Date :

Numéro :

Quartier :

Commune :

Renseignements généraux

Q1 Sexe

/___/ M=1 ; F=2

Q2 Age

2.1 Quelle est votre date de naissance /_jj_/_mm_/_aaaa_ /

2.2 Quel âge avez vous actuellement ? Age /___/

Q3 Ethnie

3.1 Quelle est votre ethnie ? /___/

Bambara=1 ; Peulh=2 ; Soninké=3 ; Malinké=4 ; Dogon=5 ; Bowa=6 ;

Autre =7 (A préciser)

3.2 Quelle place occupe les valeurs culturelles dans votre vie? /___/ Très

importante=1 ; Importante =2 ; Pas importante=3

Q4 Religion

4.1 Quelle est votre religion ? /___/ Islam=1 : Christianisme=2 ;

Animisme=3 ; Autre=4 (A préciser)

4.2 Quelle place occupe la religion dans votre vie ? /___/Très importante=1 ;

Importante =2 ; Pas importante=3

Q5 Niveau d'instruction

5.1 Savez vous lire ? /___/Oui=1 ; Non = 2 (*Si Non, aller à Q6*)

5.2 (Si oui à 5.1) Etes vous allées à l'école ? /___/ Oui =1 ; Non=2 (*Si Non, aller à 5.3.b*)

5.3.a (Si Oui à 5.2) Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint ? /___/ 1. Primaire /___/ 2. Secondaire /___/ 3. Technicien /___/ 4

Universitaire /___/

5.3.b. (Si Non à 5.2) Etes vous alphabétisés? /___/ Oui=1 ; Non=2

5.4. (Si Oui à 5.2).L'établissement scolaire ou universitaire que vous fréquentez ou que vous avez fréquenté est-il ou était-il public ou privé ? /___/

Public=1 ; Privé=2

5.5. (Si Oui à 5.2). S'agit-il d'un établissement religieux ou dirigé par un groupe religieux ? /___/ Oui=1 ; Non=2

5.6. (Si Oui à 5.2) L'établissement que vous fréquentez ou que vous avez fréquenté est-il ou était-il mixte ou réservé aux garçons ou aux filles? /___/

Mixte=1 ; Réservé aux garçons (réservé aux filles)=2.

Q6 Emploi

6.1 Avez vous déjà eu un emploi rémunéré ? / ___ / Oui=1 ; Non=2 (**Si Non, aller à Q7**)

6.2 (Si Oui à 6.1) A quel âge avez vous eu votre premier emploi rémunéré ?
Age / ___ /

6.3 (Si oui à 6.1) Occupez vous actuellement un emploi rémunéré ? / ___ /
Oui=1 ; Non=2

6.4 (Si Oui à 6.1) Combien gagnez (gagniez) vous par mois ? Salaire mensuel
/ ___ / FCFA

Q7 Situation et standing familiaux

Situation familiale

7.1 Votre père est-il toujours en vie ? / ___ / Oui=1 ; Non=2 (**Si Non, aller à Q7.5**)

7.2 (Si Oui à 7.1) Vit-il sous le même toit que vous ? / ___ / Oui=1 ; Non=2

7.3 (Si Oui à 7.1) Parler avec votre père des choses qui sont importantes pour vous vous semble-t-il... / ___ / Très facile =1 ; Facile=2 ; Assez difficile=3 ; Difficile =4 ; Très difficile=5 ; Je ne vois pas mon père=6

7.4 (Si Oui à 7.1) Avez-vous déjà discuté de questions liées à la sexualité avec votre père ? / ___ / Souvent=1 ; Occasionnellement =2 ; Jamais=3

7.5 Votre mère est-elle toujours en vie ? / ___ / Oui=1 ; Non=2 (**Si Non, aller à Q7.9**)

7.6 (Si Oui à 7.5) Vit-elle sous le même toit que vous ? / ___ / Oui=1 ; Non=2

7.13.a Vos parents font-ils des restrictions à vos activités ou sorties ? / ___ /
Oui=1 ; Non :2(**Si Non, aller à Q7.14**)

7.13. b (Si Oui à 7.13.a) Quelles sont les restrictions imposées par les parents concernant vos activités ou sorties ?

Activités :

Soties :

7.13.c (Si Oui à 7.13.a) Pensez vous que ces restrictions sont opportunes ou dépassées? / ___ /

Opportunes=1

Dépassées=2

7.15 Quelle est le niveau d'éducation de votre père ?

1. Alphabétisation / ___ / 2. Primaire / ___ /

3. Secondaire / ___ / 4. Technicien / ___ / 5 Universitaire / ___ /

7.16 Quelle est la profession de votre père ?

7.17 Quelle est le niveau d'éducation de votre mère ? 1. Alphabétisation
/ ___ / 2. Primaire / ___ /

3. Secondaire / ___ / 4. Technicien / ___ / 5 Universitaire / ___ /

7.18 Quelle est la profession de votre mère ?

Q8 Situation matrimoniale

/ ___ / .1. Célibataire ; 2. Fiancé(e) ; 3. Marié(e) ; 4 Autre =99: (A préciser)

Q9 Vie sociale

9.1 Allez-vous dans des boîtes de nuit ou à des fêtes où les jeunes dansent ?

Oui=1 ; Non =2 (*Si Non, aller à Q9.3*)

9.2 (Si Oui à 9.1) Combien de fois y êtes-vous allé(e) le mois dernier ?

Nombre de fois / ___ / ; jamais =88

9.3 Allez vous au cinéma ? Oui=1 ; Non =2 (*Si Non, aller à Q9.5*)

9.4 (Si Oui à 9.3) Combien de fois y êtes-vous allé(e) le mois dernier ?

Nombre de fois / ___ / ; jamais =88

9.5 Buvez vous de l'alcool ? Oui=1 ; Non =2 (*Si Non, aller à Q9.7*)

9.6 (Si Oui à 9.5) Indiquez le nombre de jours pendant lesquels vous en avez bu le mois dernier

Nombre de jours / ___ / Jamais =88

9.7 Fumez-vous des cigarettes ? Oui=1 ; Non =2 (*Si Non, aller à Q9.9*)

9.8 (Si Oui à 9.7) Combien en avez-vous fumées ces 7 derniers jours ?

Nombre de cigarettes / ___ / Jamais=88

9.9 Avez vous accès à l'Internet ? Oui=1 ; Non =2 (*Si Non, aller à Q10*)

9.10 (Si Oui à 9.9) Indiquez les trois (3) principales activités qui semblent vous prendre le plus de temps

1.

2.

3.

9.11 Etes vous membre d'un réseau social sur l'Internet ? Oui=1 ; Non =2

Connaissances, attitudes, pratiques

A – Connaissances pour une sexualité responsable

A2 - Education sexuelle

Q13 L'éducation sexuelle donne des informations sur la puberté, sur les organes sexuels, sur les appareils reproducteurs et sur les relations entre garçons et filles.

Avez-vous déjà assisté à une séance sur l'un de ces sujets?

/ ___ /

Oui=1 ;

Non=2 ;

Ne sais pas=3 ;

Jamais = 4

Q14 Appréciation de l'éducation sexuelle

14.1 Pensez vous que soit une bonne chose que les adolescents et les jeunes bénéficient des séances d'éducation sexuelle? /___/ Oui=1 ; Non=2 ;

14.2 (Si Oui à 14.1) Quelle forme pensez vous qu'il faut lui donner ?

1. Formelle (à l'école/Médersa) /___/ Oui=1 ; Non=2

2. Informelle /___/ Oui=1 ; Non=2

3. Coutumière/Traditionnelle /___/ Oui=1 ; Non=2

4. Religieuse /___/ Oui=1 ; Non=2

5. Autre =99 (A préciser)

14.3. A partir de quel âge pensez vous qu'il faut commencer l'éducation sexuelle à l'école /___/

9 ans ⇔ 4^{ème} année fondamental =1

10 ans ⇔ 5^{ème} année fondamental =2

11 ans ⇔ 6^{ème} année fondamental =3

Autre =4 (A préciser)

A3 – Connaissances sur la sexualité et la procréation

Q15- Niveau de connaissance sur la sexualité et la reproduction

15.1 Une femme peut être enceinte dès le premier rapport sexuel. /___/

Vrai=1

Faux=2

Ne sais pas/sans opinion=3

15.2 Une femme arrête de grandir après le premier rapport sexuel. /___/

Vrai=1

Faux=2

Ne sais pas/sans opinion=3

15.3 La masturbation nuit gravement à la santé. /___/

Vrai=1

Faux=2

Ne sais pas/sans opinion=3

15.4 Une femme a plus de chances de tomber enceinte si elle a des rapports sexuels deux semaines avant ou après les règles. /___/

Vrai=1

Faux=2

Ne sais pas/sans opinion=3

A4 Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives

Q16 Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives

16.1. Pilules

a. Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours /___/

Oui (spontané) =1

Oui (suggéré)=2

Non=3

16.1.b. « Savez-vous où et auprès de qui vous procurer cette méthode de
contraception ? » / ____/

Oui=1

Non=2

16.2. Contraceptifs injectables

a. Les femmes peuvent recevoir une injection tous les 3 mois / ____/

Oui (spontané) =1

Oui (suggéré)=2

Non=3

b. « Savez-vous où et auprès de qui vous procurer cette méthode de
contraception ? » / ____/

Oui=1

Non=2

16.3. Préservatif

a. Un homme peut mettre un capuchon en caoutchouc sur son pénis avant
d'avoir un rapport sexuel / ____/

Oui (spontané) 1

Oui (suggéré) 2

Non 3

b. « Savez-vous où et auprès de qui vous procurer cette méthode de
contraception ? » / ____/

Oui=1

Non=2

16.4. « Pilule du lendemain »

a Une femme peut prendre des pilules peu de temps après avoir eu un rapport sexuel / ____/

Oui (spontané) =1

Oui (suggéré)=2

Non=3

.b « Savez-vous où et auprès de qui vous procurer cette méthode de contraception ? » / ____/

Oui=1

Non=2

16.5. Technique du retrait

Un homme peut retirer son pénis du vagin de la femme avant l'éjaculation / ____/

Oui (spontané) =1

Oui (suggéré)=2

Non=3

16.6. Abstinance périodique

Un couple peut éviter d'avoir des rapports sexuels les jours où la probabilité d'une grossesse est maximale. / ____/

Oui (spontané) =1

Oui (suggéré)=2

Non=3

16.7. Il existe d'autres moyens de contraception que je n'ai pas évoqués. De quels autres moyens avez-vous entendu parler ? (**Entourer chaque moyen mentionné**).

Stérilet =1

Implant=2

Gel/mousse spermicide=3

Stérilisation=4

Vasectomie=5

Autre = 6 (A préciser)

16.8 A votre avis, quelle est la meilleure méthode pour les jeunes ? (**Entourer une réponse**).

Pilule=1

Contraceptifs injectables=2

Préservatifs=3

« Pilule du lendemain »=4

Technique du retrait=5

Abstinance périodique=6

Autre=7 (A préciser)

A5 Connaissances du VIH et des autres IST

A6 Préservatif : connaissances et attitudes

Q18 Préservatif : connaissances et attitudes

18.1. Avez-vous déjà vu un préservatif ? / ___/

Oui=1

Non=2

18.2. Est-ce que vous ou votre partenaire avez déjà utilisé un préservatif ? / ___/

Oui=1

Non=2

18.3. Le préservatif s'est-il déjà rompu au cours d'un rapport sexuel ? / ___/

Oui=1

Non=2

18.4. Les gens ne pensent pas tous la même chose au sujet du préservatif. Je vais vous lire certaines affirmations. Pour chacune d'elles, dites-moi si vous êtes d'accord ou pas d'accord, ou si vous n'avez pas d'avis.

a. Le préservatif est un moyen efficace d'éviter la grossesse / ___/

D'accord=1

Ne sais pas/indécis(e)=2

Pas d'accord=3

c. Une fille peut suggérer à son copain de porter un préservatif / ___/

D'accord=1

Ne sais pas/indécis(e)=2

Pas d'accord=3

d. Un garçon peut proposer à sa copine de porter un préservatif / ___/

D'accord=1

Ne sais pas/indécis(e)=2

Pas d'accord=3

h. Je serais très gêné(e) d'acheter ou de me procurer des préservatifs / ___/

D'accord=1

Ne sais pas/indécis(e)=2

Pas d'accord=3

i. Si une fille suggérait à son partenaire de porter un préservatif, ça voudrait dire qu'elle ne lui fait pas confiance / ___/

D'accord=1

Ne sais pas/indécis(e)=2

Pas d'accord=3

j. Le préservatif diminue le plaisir sexuel / ___/

D'accord=1

Ne sais pas/indécis(e)=2

Pas d'accord=3

l. Si un couple veut avoir des rapports sexuels avant le mariage, il doit utiliser un préservatif / ___/

D'accord=1

Ne sais pas/indécis(e)=2

Pas d'accord=3

m. Le préservatif protège efficacement des maladies sexuellement
transmissibles / ___/

D'accord=1

Ne sais pas/indécis(e)=2

Pas d'accord=3

B Attitudes et pratiques en matière de sexualité

Q19 Avez-vous déjà eu un copain/une copine ? C'est-à-dire, avez-vous déjà
connu quelqu'un qui vous attire sexuellement ou affectivement et avec qui vous
êtes « sorti(e) » ?

/ ___/

Oui=1

Non=2 (*Si Non, aller à Q22*)

Q20 (Si Oui à Q19) Combien de copains/copines avez-vous eu(e)s ?

Nombre / ___ /

Q21 (Si Oui à Q19) Au sujet du copain/de la copine actuel (le) ou du dernier copain/de la dernière copine, poser la séquence de questions suivante

21.1 Quel âge a votre copain ? Age / ____/

21.2 Quand votre relation a débuté, était-il (-elle) célibataire, marié(e), divorcé(e) ou séparé(e) ? / ____/

Célibataire=1

Marié(e)=2

Divorcé(e)=3

Séparé(e)=4

21.3 Quand votre relation a débuté, était-il (-elle) étudiant(e) à temps plein, travaillait-il (-elle) ou ni l'un, ni l'autre ? / ____/

Etudiant(e) à temps complet=1

Travail =2

Ni l'un, ni l'autre=3

21.4 Combien de mois ou combien d'années cela fait-il que vous êtes sorti(e) pour la première fois avec lui/elle ? / ____/ mois ou années

21.5 La relation est-elle terminée ? / ____/

Oui=1

Non=2 (*Si Non, aller à 21.7*)

21.6 (Si Oui à 18.5) Qui a décidé de mettre fin à la relation ? Vous, Copain/Copine ou vous deux ? / ____/

Moi=1

Copain/Copine=2

Nous deux=3

Autre=4 (A préciser)

21.8 Comment décririez-vous votre relation avec lui/elle ? a) C'était (c'est) une amitié passagère ? ; b) une relation sérieuse, sans intention de mariage ; ou c) une relation importante susceptible de déboucher sur un mariage ? / ____/

Passagère=1

Sérieuse=2

Importante/mariage éventuel=3

Fiancés en vue d'un mariage =4

21.9 Et comment pensez-vous que lui/elle décrirait sa relation avec vous ? a)
comme une amitié passagère ; b) une relation sérieuse sans intention de mariage
; c) une relation importante susceptible de déboucher sur un mariage ? / ____/

Passagère=1

Sérieuse=2

Importante/mariage éventuel=3

Fiancés en vue d'un mariage =4

21.11 Avez vous déjà eu des rapports sexuels avec pénétrations? / ____/

Oui=1

Non=2 (*Si Non, aller à Q21.32*)

LES QUESTIONS 21.13. A 21.31 SONT RESERVEES A CEUX QUI ONT
EU DES RAPPORTS SEXUELS COMPLETS (AVEC PENETRATION)

Q21 (Si Oui à Q19) Au sujet du copain/de la copine actuel (le) ou du dernier copain/de la dernière copine, poser la séquence de questions suivante

21.13 Souvenez-vous de votre premier rapport sexuel avec votre copain/copine - c'est-à-dire de la première fois où il y a eu pénétration (pénis dans le vagin).

Diriez-vous ?

a) J'ai contraint mon copain/ma copine à avoir un rapport sexuel contre sa volonté

b) J'ai persuadé mon copain/ma copine d'avoir un rapport sexuel

c) mon copain/ma copine m'a persuadé(e) d'avoir un rapport sexuel

d) mon copain/ma copine m'a contraint(e) à avoir un rapport sexuel

e) Nous en avons tous les deux envie

/ ____ /

a) Je l'ai contraint(e)=1

b) Je l'ai persuadé(e)=2

c) mon copain/ma copine m'a persuadé(e)=3

d) mon copain/ma copine m'a contraint(e) =4

e) Tous les deux envie =5

21.14 Diriez-vous que ce rapport sexuel était prévu ou inattendu ? / ____ /

Prévu=1

Inattendu=2

21.15 Etait-ce la première fois que vous aviez un rapport sexuel avec pénétration ? / ____ /

Oui=1

Non=2

21.16.a. Quel âge aviez-vous lors de votre premier rapport sexuel avec votre copain/copine actuel(e) ?

Age / ____ /

21.18 Lors de ce premier rapport sexuel, est-ce que votre copain/copine actuel(e) ou vous avez fait quelque chose pour éviter une grossesse ? / ____ /

Oui=1

Non=2

21.19 Quelle méthode avez-vous utilisé ? / ____ /

Préservatif=1

Pilule=2

Contraceptifs injectables=3

Technique du retrait=4

Période d'infécondité=5

Autre= 6 (A préciser)

21.20 Avez-vous déjà parlé de contraception avec votre copain/copine actuel(e)
? / ____ /

Oui=1 ; Non=2

21.21 (Si Oui à 21.20) En avez-vous parlé avant ou après le premier rapport
sexuel ? / ____ /

Avant le premier rapport sexuel=1

Après le premier rapport sexuel=2

Jamais=3

21.23 A part la première fois, votre copain/copine actuel(e) et vous avez-vous
déjà utilisé une méthode pour éviter la grossesse ? / ____ /

Toujours=1

Parfois=2

Jamais=3

21.24 Quelle méthode votre copain/copine actuel(e) et vous avez-vous
principalement utilisé ? / ____ /

Préservatif=1

Pilule=2

Contraceptifs injectables=3

Technique du retrait=4

Période d'infécondité=5

Autre=6 (A préciser)

21.25 Qui vous a fourni cette méthode, à vous ou à votre copain/copine
actuel(e) ? (**entourer une seule réponse**) / ____ /

Boutique=1

Pharmacie=2

Centre de santé/hôpital public=3

Médecin/infirmière privé(e)/établissement privé=4

Ami(e)=5

Autre=6 (A préciser)

Ne sais pas=9

21.26 (*Voir la réponse à la question 21.23*) Qui a décidé d'utiliser une méthode de contraception (toujours/quelquefois/jamais) ? Vous-même, le copain/la copine ou vous deux ? / ____ /

Moi=1

Copain/Copine=2

Nous deux=3

21.27

Hommes : Avez-vous déjà mis votre copine enceinte ? / ____ /

Femmes : Votre copain vous a-t-il déjà mise enceinte ? / ____ /

Oui=1

Non=2 (*Si Non aller à Q21.29*)

21.28 Comment la grossesse s'est-elle terminée ? / ____ /

Grossesse en cours=1

Avortement=2

Fausse couche =3

Naissance vivante=4

Ne sais pas =5

Q22 Types de contact hétérosexuel

[POUR L'ENQUETEUR] : VOIR LES QUESTIONS Q19 et Q20.

22.6 Certains jeunes gens ont des « aventures sans lendemain » après une fête ou après avoir bu, par exemple. Cela vous est-il déjà arrivé ? / ____ /

Oui=1

Non=2 (*Si Non à Q22.10*)

22.8 Est-ce que, dans ces circonstances, vous ou votre partenaire sexuel avez fait quelque chose pour éviter une grossesse ? / ____ / Oui=1 ; Non=2

22.9 (Si Oui à 22.8) Etait ce toujours ou parfois ? / ____ /

Toujours=1

Parfois =2

Jamais =3

22.10.a Certains jeunes donnent de l'argent ou des cadeaux en échange d'un rapport sexuel. Cela vous est-il déjà arrivé ? / ____ /

Oui=1

Non=2

22.10. b Certains jeunes reçoivent de l'argent ou des cadeaux en échange d'un rapport sexuel. Cela vous est-il déjà arrivé ?

/ ____ /

Oui=1

Non=2

22.12 Est-ce que, dans ces situations, vous ou votre partenaire avez fait quelque chose pour éviter une grossesse ? / ____ /

Toujours=1

Parfois =2

Jamais =3

Inexpérience sexuelle

Q23 Raisons pour n'avoir jamais eu de rapports sexuels

Les gens peuvent évoquer plusieurs raisons pour ne pas avoir de rapports sexuels. Je vais vous lire certaines affirmations. Dites-moi si elles correspondent à votre cas

23.1 Je ne me sens pas prêt(e) à avoir des rapports sexuels

/ ____ /

Oui=1

Non =2

Ne sais pas=3

23.2 Je n'ai pas eu l'occasion d'avoir des rapports sexuels / ____ /

Oui=1

Non =2

Ne sais pas=3

Q24 Attentes par rapport aux relations sexuelles

24.1 Je voudrais maintenant savoir comment vous envisagez les rapports sexuels à l'avenir. Laquelle de ces affirmations décrit le mieux vos projets ? Je prévois d'attendre jusqu'au mariage

Je prévois d'attendre d'être fiancé(e)

Je prévois d'attendre de trouver quelqu'un que j'aime

Je prévois d'avoir un rapport sexuel quand l'occasion se présentera / ___/

Mariage=1

Fiançailles =2

Amour =3

Occasion=4

25.9 Diriez-vous que vous êtes surtout attiré(e) par les personnes du sexe opposé, plus attiré(e) par les personnes du même sexe ou attiré(e) par les personnes des deux sexes ? / ___/

Sexe opposé=1

Même sexe=2

Les deux sexes=3

26.19. Je pense savoir utiliser correctement le préservatif. / ___/

D'accord=1

Ne sais pas/indécis(e) =2

Pas d'accord=3

26.21. La plupart de mes ami(e)s pensent qu'on doit être amoureux avant d'avoir des rapports sexuels. / ___/

D'accord=1

Ne sais pas/indécis(e) =2

Pas d'accord=3

26.22. Je refuserais d'avoir des rapports sexuels avec quelqu'un qui ne veut pas utiliser un préservatif / ___/

D'accord=1

Ne sais pas/indécis(e) =2

Pas d'accord=3

Q27 Services de santé : Utilisation et perceptions

27.1. Etes-vous déjà allé(e) dans un établissement de santé ou avez-vous déjà consulté un médecin pour bénéficier des services ou recevoir des informations concernant la contraception, la grossesse, l'avortement ou des infections sexuellement transmissibles ? / ___/

Oui=1

Non=2

27.2. Combien de fois avez-vous demandé ces services ou des informations sur ces services à un médecin ou à une infirmière au cours des douze derniers mois ? / ___ /

Nombre de fois / ___ /

Je n'ai pas demandé de soins au cours des 12 derniers mois = 0

27.3. Lors de la dernière consultation, êtes-vous allé(e) dans un centre de santé ou un hôpital public, dans un établissement privé ou chez un médecin privé?

/ ___ /

Public=1

Privé/libéral=2

Autre.=3

27.4. La dernière fois que vous avez vu un médecin ou une infirmière, quel était le motif de votre consultation ? / ___ /

Contraception=1

IST=2

Examen gynécologique=3

Test de grossesse=4

Avortement=5

Santé de la mère et de l'enfant=6

Autre = 7

27.5. Dans cet établissement, avez-vous vu des affiches sur la contraception ?

/ ___ /

Oui = 1 ; Non = 2

27.6. Vous a-t-on donné des brochures sur la contraception ? / ___ / Oui = 1 ;

Non = 2

27.7. Avez-vous assisté à une séance d'information sur la contraception ? / ___ /

Oui = 1 ; Non = 2

27.8. Avez-vous demandé une contraception pendant la consultation ? / ___ /

Oui = 1 ; Non = 2

27.9. Est-ce que le médecin ou l'infirmière vous a parlé : / ___ /

a. de la contraception ? Oui = 1 ; Non = 2

b. des maladies sexuellement transmissibles ? Oui = 1 ; Non = 2

c. de la grossesse Oui = 1 ; Non = 2

27.10. Vous sentiez-vous suffisamment à l'aise pour poser des questions ? / ___ /

Oui = 1 ; Non = 2

27. 11. A-t-on bien répondu aux questions que vous avez posées pendant la consultation ? / ___ /

Oui = 1 ; Non = 2

27.12. La confidentialité était-elle suffisamment respectée ? / ___ /

Oui = 1 ; Non = 2

Q28- Selon vous, qu'est ce qui détermine l'attitude d'une personne en matière de sexualité ?

1. Normes et valeurs socioculturelles / ___ / 1=oui ; 2=non

2. Principes religieux / ___ / 1=oui ; 2=non

3. Niveau d'éducation / ___ / 1=oui ; 2=non

4. Niveau de vie / ___ / 1=oui ; 2=non

5. Situation familiale / ___ / 1=oui ; 2=non

6. Environnement juridico-politique / ___ / 1=oui ; 2=non

7. Possibilités offertes par les services jeunes / ___ / 1=oui ; 2=non

8. Le 'Moi' / ___ / 1=oui ; 2=non

99. Autre :

Q29- Quel comportement sexuel considérez-vous être à risque ?

1. Rapports sexuels non protégés / ___ / 1=oui ; 2=non

2. Partenaires multiples / ___ / 1=oui ; 2=non

3. Pratiques homosexuelles / ___ / 1=oui ; 2=non

99. Autres :

Je vous remercie

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure