

Ministère des Enseignements
Supérieur et de la
Recherche Scientifique



République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



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

Année académique : 2009-2010

N°..... /

Thèse

CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION EN MILIEU SCOLAIRE DANS LA COMMUNE URBAINE DE GAO.

Présentée et soutenue publiquement le 25/02/2010

Devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et
D'Odontostomatologie

Par : Mr YOUSOUF AMADOU CISSE

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

Jury

Président : Professeur Salif DIAKITE

Membre : Monsieur Eli SIMPARA

Co-directeur : Docteur Alassane TRAORE

Directrice de thèse : Professeur SY ASSITAN SOW

DEDICACES :

Je dédie ce travail :

- A **L'ÉTERNEL**, mon **DIEU**, Qui m'a permis de réaliser ce travail.
Tu m'as guidé tout au long de ce travail, Je te confie mon avenir !

Merci Seigneur !!!

-A mon Père Amadou Hamidou Cissé

C'est le moment pour moi de me prosterner sur votre tombe. Vous nous avez inculqué le sens de l'honneur, du devoir, de la dignité, et vous n'avez eu de cesse de nous rappeler que les attributs qui font valoir un homme, ce sont : sa culture, sa connaissance et que le meilleur des héritages est la bonne éducation. Éternellement nous vous sériions reconnaissants mes frères et moi pour vos sages conseils qui ont éclairé notre chemin et aussi notre conduite sociale dans un monde où les valeurs sociétales connaissent une déperdition accélérée.

Ce travail est le fruit de vos prières, de vos bénédictions, « de l'amour constant que vous avez eus pour nous » ainsi que tous les sacrifices consentis. Que Dieu vous accueille favorablement dans son royaume pour le repos éternel de votre âme charitable.

A ma mere Alhidayatou Souleymane

Vous avez consenti de lourds sacrifices pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

A moi comme à mes autres frères et sœur, vous avez toujours enseigné la patience, l'endurance et le courage dans le travail, car ce sont là les qualités d'un homme. Que de peine, que de patience, que de privation pour vos enfants. Puisse ce travail fortifier par vos bénédictions et prières, représenter une récompense pour vos peines et votre patience.

A mon frère défunt, Imadoudine Abba Cissé

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

-A mes frères Asseydou, Tamimoudari, Abdoulwahid, Ilias Abidadari, yacouba Chida et Abdoukarim Cissé vous avez été pour moi plus que des frères mais des pères. C'est grâce à vos soutiens moraux et matériels que j'ai pu m'épanouir depuis la disparition de mon père jusqu'à l'âge de la raison. Votre souci premier a toujours été ma réussite. Vous m'avez toujours montré ce qu'est une famille unie ! je dédie ce travail à la solide famille que nous formons.

-A mon maître Mahamadou Med Assaliha Touré.

Plus qu'un maître vous avez été pour moi un frère, mais aussi un guide car vous m'avez toujours enseigné l'amour, le pardon, le travail bien fait, la culture voici des souvenirs que je retiens de vous, qui restent vivaces dans mon esprit et qui pour toujours éclaireront mon chemin. Votre clairvoyance, vos conseils, votre rigueur, votre soutien tant moral que matériel ont été pour moi un stimulant. Ce travail est aussi le vôtre.

-A mes Sœurs : Djidata Alhadji, Djidata Abdou, Aichata Alhadji et feu Safia Alhadji : vous m'avez toujours porté dans vos prières, et je n'ai jamais manqué de réconfort auprès de vous pendant les moments difficiles. Ce travail est aussi le votre.

A mes aînés de la FMPOS :

Dr Moussa S Maïga, Dr Moulaye Djitéye, Dr Harouna Hamadalamine, Dr Djibrilla I TOURE, Dr Wahab Soumma, Dr Yanta I Maïga, Dr Oumar Diallo dit Birus, Dr Fata Oumar, Dr Fadimata Atteyni.

A mes amis et camarades :

Mohamed Albakaye, Yacouba Abdou ,Dr Abdourhamane Soumana,Dr Amadou Barry,Aboubacarine Wangara,Dr Makan Coulibaly,Dr Soumaila Diamoye,Dr Moussa Youna,Med Nouhou Touré dit logeur, Mohamed Alhader, Sidiki Souleymane, Abdourhamane Dibo, Mohamed Lamine Alousseiny, ,Fatoumata Kanté dite Fifi, Dr Sada,Dr Bocar Diarra,Dr Abdoulaye Sideye,Dr Almahadi Hamada,Ibrahim Aboubacarine,Med Abdou,Hamada Abouba,Nouhou Abouba,Sidimahamane Hamada, Sido Ahamada,Mahamadou Alassane dit jeune prof,

A tous ceux qui ont participé à ma formation :

Les enseignants de : L'école fondamentale Bourem IV, Bourem I, du Lycée Yana Maiga de Gao; les professeurs de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako (**F.M.P.O.S**) : **Mali**, le personnel de l'hôpital de Gao.

A tous ceux qui, de près comme de loin m'ont aidé dans ce travail de façon désintéressée. Recevez notre sincère gratitude !

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY
Professeur Salif DIAKITE

- **Professeur titulaire en gynécologie obstétrique à la FMPOS.**
- **Service de Gynécologie obstétrique CHU Gabriel Touré.**

Cher Maître,

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

L'intégrité, l'assiduité, le courage, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui ont forcés notre admiration.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Au-delà du Maître vous êtes un père par vos conseils qui n'ont jamais cessés de nous éclairer.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

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

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur Eli Simpara

Cher Maître,

C'est un grand plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré votre emploi du temps chargé.

Votre disponibilité, votre dynamisme, votre souci pour le travail bien fait ainsi que vos qualités humaines font de vous un Maître admiré et admirable.

Veillez croire à l'assurance de mes sentiments les plus respectueux.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE
Docteur Alassane TRAORE**

- **Gynécologue Obstétricien**
- **Chef de service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital de Gao.**
- **Président de la commission médicale d'établissement de l'Hôpital de Gao.**

Cher Maître,

Transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable.

En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir.

Vous n'avez ménagé ni votre temps, ni votre patience dans la rédaction de cette thèse.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir faire.

Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres

Les mots me manquent pour vous remercier de votre encadrement et de votre formation afin de faire de nous de bons médecins.

Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude, merci infiniment.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE
Professeur Sy Assitan Sow

- **Professeur titulaire en gynécologie obstétrique à la FMPOS.**
- **Chef de service de la gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.**
- **Présidente de la SO MA G O (Société Malienne de gynécologie obstétrique).**
- **Chevalier du mérite national de la santé du Mali**

Chère Maître,

Grand est notre honneur de vous avoir comme directrice de cette thèse.

Vous n'avez cessé de nous fasciner par votre simplicité, la splendeur de vos enseignements et de l'ampleur de votre expérience.

Nous avons très tôt compris et apprécié votre dévouement pour la formation des médecins.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

Que Dieu nous permette de vous rendre un hommage particulier pour tout ce que vous faites pour la promotion de la médecine au Mali et surtout pour votre combat contre la mortalité maternelle.

Nous vous prions, chère Maître, d'accepter nos sincères remerciements.

Abréviations

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

Sommaire	
I-Introduction	1
II- Hypothèse de recherche	3
III- Objectifs	4
IV- Généralités	5
V- Méthodologie	31
VI- Résultats	34
VII- Commentaires et discussions	52
VIII- Conclusion et recommandations	63
IX- Références	67
X- Annexes	72

I- Introduction

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

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

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

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

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

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

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

Connaissances, attitudes pratiques de la contraception en milieu scolaire à Gao.

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

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation actuelle de la contraception moderne est de 5,7% selon EDS III Mali 2001 (38). Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de la planification familiale représente environ 20% de la demande potentielle soit 31% de besoins non satisfaits.

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

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

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

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

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

II. QUESTION DE RECHERCHE

Les adolescentes d'aujourd'hui qui seront les femmes de demain ont-elles les attitudes, et les pratiques adéquates face à la contraception ?

A cette question principale s'ajoutent des questions secondaires :

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

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

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

a- le manque d'éducation sexuelle se répercute sur le comportement des adolescentes vis-à-vis de la contraception.

b- La religion influence la non-utilisation de la contraception.

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

Pour mener à bien notre recherche nous nous sommes assignés les objectifs suivants.

III- Objectifs

1-Objectif général

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

2-Objectifs spécifiques

1-Déterminer la prévalence de la contraception chez les adolescentes dans les lycées de Gao.

2-Evaluer le niveau de connaissance des adolescentes sur la contraception.

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

4-Identifier les facteurs limitant l'adhésion des adolescentes à la contraception.

5-Déterminer la perception des adolescentes face à la contraception.

IV- Généralités

1) Définitions

1- 1) La contraception

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

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

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

1- 2) Planification familiale

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

2) Histoire de la contraception

2-1) Dans le monde

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

La contraception était pratiquée dans l'antiquité, elle le fut ensuite et l'est encore de nos jours dans les proportions respectives extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle (39).

Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une

volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix. C'est le propre de la pensée religieuse (39).

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

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

2-2) Au Mali

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique culturel, économique et spirituel. Une nombreuse progéniture est source à la fois de richesse (maximum de bras travailleurs pour augmenter la production) et de bénédiction divine (5).

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

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

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

On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs comme le

tafo. La fréquence de ces pratiques serait en diminution notamment dans le milieu urbain (5).

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

3) Les méthodes de contraception modernes

3-1) Les contraceptifs oraux ou pilules

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

Mode d'action

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

Les différentes pilules contraceptives

Il existe :

- différents dosages même si l'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 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 des pilules

C'est une méthode contraceptive très efficace, très bien tolérée, efficace dès le 1er comprimé. Elle permet d'avoir des cycles réguliers et les règles sont moins abondantes, moins longues et moins douloureuses. Le retour à la fécondité est d'environ 3 à 7 mois.

Les inconvénients

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

La prise de poids, exceptionnelle, est toujours modérée.

Les contre - indications

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

3-2) Les contraceptifs injectables

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

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

Les contraceptifs injectables progestatifs (tels le Dépo-Provera et le Noristérat) ne contiennent pas d'œstrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite toutes 8 à 12 semaines, selon le type de contraceptif injectable choisi (26).

3-3) La contraception mécanique

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

a) Le préservatif masculin

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

Mode d'emploi

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

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

L'efficacité

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

Les avantages

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

Il est en vente libre et disponible.

Les inconvénients

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

b) Le préservatif féminin : Femidon

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

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

Le mode d'emploi

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

L'efficacité

Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

Les avantages

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

3-3-2) Le diaphragme et cape cervicale

Mode d'action

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

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

Le mode d'emploi

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

Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape.

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

L'efficacité

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

Avantages

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

Les inconvénients

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

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

Mode d'action

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

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

- Au cuivre
- Au progestatif

Le mode d'emploi

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

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

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

Connaissances, attitudes pratiques de la contraception en milieu scolaire à Gao.

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 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 en forme de bâtonnet cylindrique de 4 cm de long, 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 et le jadet qui est à 2 capsules.

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.

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 thromboembolique, 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 œuf.

Les différents types de contraception d'urgence

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

Le mode d'emploi

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

L'efficacité

Elle varie avec la méthode.

Les inconvénients

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

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 plupart 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, quel que soit le jour du cycle (même pendant les règles).

b- La méthode des températures

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

L'abstinence est longue. Elle doit se faire du début des règles jusqu'au 2ème jour après la montée de température. De nombreux facteurs peuvent perturber la température basale (infections, nuits courtes, heure du réveil) et induire en erreur l'utilisatrice. Cette méthode est contraignante.

c- La méthode de la glaire ou Billings

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

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

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

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

d- Les tests d'ovulation : Persona

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

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

3- 5-3) L'allaitement maternel

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

Outre son effet contraceptif temporaire, l'allaitement protège le nourrisson contre les

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

4) Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali

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

a- Le *Tafo* :

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

b- La Toile d'araignée :

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

c- Le miel et le jus de citron :

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

d- Les solutions à boire :

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

e- La séparation du couple après accouchement :

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

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

f -le collier du cycle (méthode du jour fixe)

Indication :

.Cycle compris entre 26 et 32 jours.

.Couple qui communique bien et accepte d'éviter les relations sexuelles au besoin.

5) Morale et éthique de la reproduction

5- 1) Dans l'antiquité

L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les régions et le milieu. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle ou collective, institutionnelle ou non, mais ne trouvant une opposition ou une annihilation que dans une structure morale d'essence religieuse, philosophique ou politique (39).

5- 2) Aspects religieux et philosophiques

a- Le christianisme et la contraception

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larchet (17), mais l'expansion et la banalisation de cette pratique dans les sociétés modernes par la mise à disposition des moyens plus nombreux et plus sûrs, a suscité des réactions aiguës et accentué le débat du côté des confessions chrétiennes traditionnellement réservées vis à vis de la contraception.

On notera que certaines pratiques et prescriptions communément admises au sein de l'église ancienne (et toujours en vigueur de l'église orthodoxe) ont eu pour effet objectif, une limitation des naissances.

L'abstention de rapports sexuels durant la menstruation, durant la grossesse, mais également lors des jours et des périodes de carême (qui totalisent la moitié des jours d'une année), ainsi que les jours précédant la communion et la pratique de l'allaitement maternel. Le nombre de jours fertiles se trouvait ainsi considérablement réduit (17).

b- L'islam et la contraception

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

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

Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, alors les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite, ce qui n'est pas le cas.

Le mariage est une association de deux libertés ; la femme n'est ni un objet sexuel, ni une machine à reproduire, c'est la volonté du couple librement qui décide de la progéniture comme de l'harmonie sexuelle et la contraception reste libre s'il le souhaite.

Aucun texte de l'islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement (39).

6) L'adolescence

6-1) Définition

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6-3) Sexualité des adolescents et demande contraceptive

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

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

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

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

7) Etat de lieux de la recherche

7-1) Dans le monde

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

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

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

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

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

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

Dans cette région, l'écart se creuse entre le début de l'activité sexuelle et le mariage car les femmes se marient plus tard. Chez les adolescentes le jeune âge ou le fait de

ne pas être mariées peut constituer des obstacles à l'obtention de services de planning familial.

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

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

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

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

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

Ainsi plusieurs enquêtes dans le monde montrent une baisse du taux de fécondité grâce à l'usage croissant et à un développement de la planification familiale (40). En général, la grossesse précoce chez les adolescentes pose les problèmes liés à leurs caractéristiques anatomiques. En Afrique, le taux de fécondité reste élevé et varie selon les régions et au sein d'une même région. Les taux les plus élevés sont enregistrés en Afrique sub-saharienne et dans les pays arabes (37).

7-2) Au Mali

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

Connaissances, attitudes pratiques de la contraception en milieu scolaire à Gao.

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

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

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

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation actuelle de la contraception moderne est de 5,7% (41). Cela contraste fortement avec les besoins non satisfaits en planification familiale qui sont de l'ordre de 31%. Les faibles progrès enregistrés au niveau de la prévalence contraceptive se traduisent par une fécondité constante depuis une quinzaine d'années au Mali.

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

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

Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de planification familiale représente environ 5,7% de la demande potentielle au niveau du Mali. Même si le Mali ne répondait qu'aux 31% de besoins non satisfaits en planification familiale, cela contribuerait énormément à l'amélioration des conditions de vie des maliens.

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

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

Il y a des différences de niveau de fécondité selon le lieu de résidence ; ainsi l'ISF de 6,8 enfants par femme pour le pays varie de 5,5 en milieu urbain à 7,3 en milieu rural. Ces différences s'observent à tout âge, mais l'écart relatif à la résidence est important aux très jeunes âges : ainsi à 15-20 ans, le taux est de 129 pour mille en milieu urbain contre 218 pour mille en milieu rural.

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

Les adolescentes de 15-20 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale des femmes, 40% d'entre elles ont commencé leur vie féconde, 34% ont déjà eu un enfant et 7% sont enceintes pour la première fois. La précocité est accentuée en milieu rural 49% contre 20% en milieu urbain. A Gao, 23% sont fécondes, 15% déjà mères et 5% sont enceintes (41).

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

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

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

Les moyens contraceptifs sont de plus en plus disponibles mais hors de la portée pour beaucoup de gens. Près de 60% des femmes et des hommes utilisent aujourd'hui dans le monde des méthodes contraceptives modernes, mais environ 350

millions de couples ne sont pas informés dans ce domaine et n'ont pas accès à différentes méthodes et prestations (18).

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

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

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

7- 4) Approche conceptuelle : épidémiologie socioculturelle

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

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

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

Cependant, il s'est tout de même développé dans le milieu aussi bien familial qu'officiel mais également dans celui des mouvements de jeunes, un discours

réprobateur et moraliste qui stigmatise de plus en plus le dévergondage des jeunes filles.

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

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

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

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

V- Méthodologie

1- Matériels

1.1- Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans 3 établissements secondaires de la commune urbaine de Gao. Il s'agit d'établissements communément appelés lycées. Les établissements secondaires ont été choisis en fonction de leur effectif constitué en majorité d'adolescents.

1.2- Population d'étude

Les jeunes fréquentant les lycées de Gao.

Tout enseignant exerçant dans un de ces établissements.

1.3- Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude :

- Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans après obtention d'une permission des autorités administratives des lycées concernés.
- Les enseignants exerçant dans un site de l'étude après un consentement volontaire éclairé.

1.4- Critères de non-inclusion

Adolescentes et enseignants refusant de participer à l'étude.

1.5- Critères d'exclusion

-

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

-Les questionnaires très mal remplis

2- Méthodes

2.1-Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale décrivant les adolescentes fréquentant les établissements secondaires décrits comme sites de l'étude. Les adolescentes et les enseignants ont été interrogés au sein de leur établissement.

2.2- Période d'étude

Le recueil des informations s'est étalé sur la période allant du 5 Janvier 2009 au 8 Mars 2009.

2.3- Recueil de données

2.3.1- Les données quantitatives

-Elles ont été recueillies sur un questionnaire individuel pré-testé.

- « Un briefing » a été tenu dans toutes les classes avec les jeunes pour leur expliquer nos objectifs et le caractère confidentiel de notre étude.

-Le questionnaire individuel a été pré-testé auprès de certains jeunes pour mieux adapter les questions.

-Des focus groupes ont été formés pour mieux communiquer avec les adolescentes et donner les bonnes informations par rapport à leurs interrogations.

2.3.2- Les données qualitatives Elles ont été recueillies à partir des entretiens avec les focus groupes et d'entretien avec les enseignants.

3- Analyse des données

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

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

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

- SPSS : logiciel d'épidémiologie pour la saisie et l'analyse des données.

Connaissances, attitudes pratiques de la contraception en milieu scolaire à Gao.

- Excel : tableur utilisé pour les graphiques et les tableaux.
- Word : traitement de texte pour la saisie.

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

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

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

4- Biais et difficultés de l'étude

4-1- Biais

Certaines réponses de participantes sont subjectives et difficiles à vérifier.

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

4-2- Difficultés

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

- Du manque de moyens d'enregistrement des *entretiens* avec les adolescentes et d'interviews individuelles ;
- de la confection des fiches d'enquêtes saisies à l'ordinateur ;
- du traitement informatisé des données.

VI-RESULTATS :

Au terme de notre enquête:

- 361 adolescentes ont rempli les fiches,
- 30 adolescentes fréquentaient des services de PF et
- 80 adolescentes utilisaient une méthode contraceptive.

FIGURE I: Répartition des adolescentes selon l'âge.

	Effectif	Pourcentage
15-16 ans	267	74
17-19 ans	94	26
Total	361	100

L'âge moyen était de 17 ans (avec des extrêmes de 15 et 19 ans). Les adolescentes de 15 à 16 ans représentaient 74% de notre échantillon.

FIGURE II: Répartition des adolescentes en fonction du domicile.

	Effectif	Pourcentage
Parents	256	71
Aidants naturels	105	29
Total	361	100

Dans notre étude 71% des adolescentes résidaient chez leurs parents contre 29% qui résidaient chez un aidant – naturel ou social.

FIGURE III: Répartition des adolescentes en fonction du statut matrimonial.

	Effectif	Pourcentage
Célibataires	292	81
Mariées	39	11
Divorcées	18	5
Fiancées	10	3
Total	361	100

Un nombre élevé d'adolescente connaît déjà le divorce avec 5%.

TABLEAU I: Répartition des adolescentes en fonction de la gestité.

	Effectif	Pourcentage
Nulligeste	340	94,2
Primigeste	21	5,8
Total	361	100

Presque la totalité des adolescentes étaient des nulligestes.

AATABLEAU II : Répartition des adolescentes en fonction de la parité.

	Effectif	Pourcentage
Nullipare	340	95,6
Primipare	21	4,4
Total	361	100

Presque la totalité des adolescentes étaient des nullipares.

TABLEAU III : Répartition des adolescentes en fonction de la filière d'étude.

	Effectif	Pourcentage
Série science	145	40,2
Série lettre	216	59,8
Total	361	100

Les séries lettres étaient plus représentées avec 59,80%.

TABLEAU IV: Répartition des adolescentes selon la durée de séjour à Gao.

	Effectif	Pourcentage
Moins de 10 ans	163	45,2
Supérieur ou égal à 10 ans	198	54,8
Total	361	100

La majorité des adolescentes avaient séjourné à Gao pendant au moins 10 ans dans 54,80%.

TABLEAU V : Répartition des adolescentes en fonction de leur connaissance par rapport au mot « contraception ».

	Effectif	Pourcentage
Aucune	142	39,3
Au moins une signification	219	60,7
Total	361	100

Les adolescentes connaissaient au moins une signification de la contraception, dans 60,70%.

TABLEAU VI: Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance d'au moins une méthode contraceptive.

	Effectif	Pourcentage
Une seule méthode	264	73,4
Plus d'une méthode	97	26,6
Total	361	100

Les adolescentes déclaraient connaître au moins une méthode contraceptive dans 73,10%.

TABLEAU VII: Répartition de l'échantillon en fonction des différentes sources d'information sur la contraception.

	Effectif	Pourcentage
Ecole	40	11,1
Formation sanitaire	60	16,6
Parent et aidant naturel	30	8,3
Médias et conférence	120	33,2
Amis	111	30,8
Total	361	100

Seuls 8,30% des adolescentes avaient des informations sur la contraception à travers les parents.

TABLEAU VIII : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des lieux des services de PF.

	Effectif	Pourcentage
Oui	220	60,9
Non	141	39,1
Total	361	100

Les adolescentes connaissaient les lieux des services de PF dans 60,90% des cas.

TABLEAU IX: Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des risques liés aux avortements provoqués.

	Fréquence	Pourcentage
Oui	280	77,6
Non	81	22,4
Total	361	100

Plus des deux tiers des adolescentes connaissaient des risques liés aux avortements provoqués dans 77,60%.

TABLEAU X: Répartition de l'échantillon en fonction de la nature des risques des avortements provoqués.

	Effectif	Pourcentage
Mort	127	45,4
Stérilité	100	35,7
Mort et stérilité	53	18,9
Total	280	100

La mort et la stérilité étaient les risques connus par respectivement 45,40% et 35,70% des adolescentes.

TABLEAU XI: Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur l'avortement provoqué.

	Effectif	Pourcentage
Approuve	30	8,3
Désapprouve	225	62,3
Pas de réponse	106	29,4
Total	361	100

La majorité des adolescentes désapprouvaient les avortements provoqués dans 62,30%.

TABLEAU XII : Répartition de l'échantillon en fonction des connaissances sur les effets secondaires de la contraception.

	Effectif	Pourcentage
Oui	265	73,4
Non	96	26,6
Total	361	100

Plus des deux tiers des adolescentes connaissaient des effets secondaires de la contraception dans 73,40%.

TABLEAU XIII: Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur la contraception.

	Effectif	Pourcentage
Approuve	21	5,8
Désapprouve	294	81,4
Pas de réponse	46	12,7
Total	361	100

La majorité des adolescentes désapprouvaient la contraception dans 81,40%.

TABLEAU XIV : Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur l'intérêt de contraception.

	Effectif	Pourcentage
Santé de la mère	170	47,1
Santé de l'enfant	76	21,1
Situation économique favorable	115	31,8
Total	361	100

La majorité des adolescentes pensaient que la contraception améliore la santé de la mère dans 47,10%.

TABLEAU XV: Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur le mariage des scolaires.

	effectif	Pourcentage
Oui	270	74,8
Non	91	25,2
Total	361	100

Un nombre conséquent des adolescentes soit 25,20% est favorable au mariage des scolaires.

TABLEAU XVI : Répartition de l'échantillon en fonction du droit des femmes à espacer les naissances.

	Effectif	Pourcentage
Oui	250	69,3
Non	111	30,7
Total	361	100

Le droit des femmes à l'espacement des naissances est normal pour 69,30% des élèves.

TABLEAU XVII : Répartition de l'échantillon selon le désir d'enfant.

	Effectif	Pourcentage
Oui	348	96,4
Non	13	3,6
Total	361	100

La presque totalité des adolescentes désiraient avoir des enfants dans l'immédiat dans 96,40%.

TABLEAU XVIII : Répartition de l'échantillon selon le nombre d'enfant désiré.

	Effectif	Pourcentage
Aucun enfant	31	8,6
1 à 2 enfants	131	36,3
3 à 4 enfants	59	16,3
5 à 6 enfants	90	24,9
Plus de 6 enfants	50	13,9
Total	361	100

Plus du tiers des adolescentes désiraient avoir 1 à 2 enfants dans 36,3%.

TABLEAU XIX : Répartition de l'échantillon selon l'utilisation de la contraception par l'islam.

	Effectif	Pourcentage
Oui	331	91,7
Non	30	8,3
Total	361	100

La presque totalité des adolescentes déclaraient que la contraception est condamnée par l'islam dans 91,70%.

TABLEAU XX : Répartition de l'échantillon en fonction de l'existence d'un partenaire sexuel.

	Effectif	Pourcentage
Oui	300	83,1
Non	45	12,5
Pas de réponse	16	4,4
Total	361	100

Seul 12,50% des adolescentes affirmaient ne pas avoir un partenaire sexuel.

TABLEAU XXI: Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet de sexualité avec le partenaire sexuel.

	Effectif	Pourcentage
Oui	196	54,3
Non	150	41,6
pas de réponse	15	4,1
Total	361	100

Les adolescentes avaient parlé de sexualité avec le partenaire sexuel dans 54,30%.

TABLEAU XXII : Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet d'utilisation du préservatif avec ce partenaire sexuel.

	Effectif	Pourcentage
Oui	250	69,3
Non	111	30,7
Total	361	100

Les adolescentes avaient parlé de préservatif avec le partenaire sexuel dans 69,30%.

TABLEAU XXIII : Répartition de l'échantillon selon l'existence des partenaires occasionnels.

	Effectif	Pourcentage
oui	205	56,8
non	156	43,2
Total	361	100

Plus de moitié des adolescentes déclaraient avoir des partenaires occasionnels dans 56,80%.

TABLEAU XXIV: Répartition de l'échantillon en fonction de l'utilisation du préservatif lors des rapports occasionnels.

	Effectif	Pourcentage
oui	57	15,8
non	304	84,2
Total	361	100

Seuls 15,80% des adolescentes utilisaient le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels.

TABLEAU XXV : Répartition de l'échantillon en fonction de la volonté d'utiliser un préservatif (masculin) contre l'avis du partenaire sexuel.

	Effectif	Pourcentage
oui	351	97,2
non	10	2,8
Total	361	100

La majorité des adolescentes étaient prêtes à utiliser le préservatif contre avis du partenaire sexuel.

TABLEAU XXVI : Répartition de l'échantillon selon l'utilisation de la contraception.

	Effectif	Pourcentage
oui	80	22,2
non	281	77,8
Total	361	100

L'utilisation de la contraception n'est pas systématique chez les adolescentes.

TABLEAU XXVII : Répartition de l'échantillon selon la méthode contraceptive utilisée.

	Effectif	Pourcentage
Pilule	11	13,8
Préservatif	57	71,2
Pilule et préservatif	2	2,5
Contraceptif injectable	10	12,5
Total	80	100

Le préservatif était la méthode contraceptive la plus utilisée avec 72% suivi de la pilule avec 13,30%.

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

	Effectif	Pourcentage
Etablissements sanitaires	48	13,3
Pharmacies	174	48,2
Boutiques	139	38,5
Total	361	100

48,20% des adolescentes s'approvisionnaient dans des pharmacies.

TABLEAU XXIX : Répartition de l'échantillon selon la fréquentation des services de PF.

	Effectif	Pourcentage
Oui	30	37,5
Non	50	62,5
Total	80	100

Seuls 37,50% des adolescentes fréquentaient un service de PF.

TABLEAU XXX: Répartition de l'échantillon en fonction des raisons de non fréquentation des services de planification familiale.

	Effectif	Pourcentage
Coutume	26	18,4
Religion	65	46,1
Pas de réponse	50	35,5
Total	141	100

La religion était la principale raison de non-fréquentation de ces services chez 46,10% des adolescentes.

TABLEAU XXXI : Répartition de l'échantillon selon l'âge du premier rapport sexuel.

	Effectif	Pourcentage
Moins de 15 ans	215	71,7
Plus de 15 ans		28,3
Total	361	100

La majorité des adolescentes avaient eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans.

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

VII- Commentaires et discussions

A- Données qualitatives

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

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

a-Opinion des adolescentes

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

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

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

De nos entretiens, il ressort qu'il n'y a pas d'éducation sexuelle en milieu scolaire, les cours de reproductions dispensés en biologie ne sont autres que l'anatomie et la physiologie. A ce propos, une participante disait ceci : « on ne donne que des cours sur la reproduction ». Elles mettent un accent sur certaines ONG et associations qui

jouent un important rôle sur ce plan pour de nombreuses adolescentes. C'est ainsi qu'une participante ajouta : « au chateau, le projet des jeunes joue un rôle très important pour nous, ils prennent tout leur temps pour nous écouter et expliquer tout ce dont on a besoin, je les remercie beaucoup ».

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

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

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

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

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

3- Selon vous que signifie la contraception ?

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

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

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

Pour conclure, nous dirons que le concept de planification familiale reste confus pour beaucoup d'adolescentes.

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

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

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

Nous en concluons que les effets secondaires de la contraception sont connus des adolescentes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b- Opinion des enseignants

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

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

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

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

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

Pour conclure, on dira que le comportement à risque et la précocité des rapports sexuels sont influencés par le manque d'éducation sexuelle.

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

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

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

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

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

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

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

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

B- Données quantitatives

1- L'âge

Dans notre étude, les adolescentes de 15-16 ans représentent 74% de l'échantillon. Une différence statistiquement significative entre la classe d'âge et l'utilisation de contraceptif a été retrouvée.

L'âge moyen est de 17,50 ans avec des extrêmes de 15-19 ans. Ces chiffres sont voisins de ceux retrouvés chez Kané (21) où l'âge moyen était de 16,44 ans, de 16,6 ans chez Abauleth (1) et de 17,6 ans chez Miller (28).

2- Domicile de l'adolescente

Dans notre étude, 71% des élèves vivaient avec leurs parents contre 29% avec un aidant – naturel ou social. Le domicile n'a pas eu d'influence statistiquement significative sur l'utilisation de contraceptif.

3- Statut matrimonial

Dans notre étude 11% des élèves étaient mariées, les filles qui vont au lycée envisagent en général une étude universitaire qui ne va pas de pair avec les obligations matrimoniales. On a retrouvé une différence statistiquement significative entre le statut matrimonial et l'utilisation de contraceptif.

4- Filière d'étude

Les séries littéraires étaient plus représentées avec 59,80% de notre échantillon. Cela peut s'expliquer par le fait que les adolescentes étaient plus intéressées par la littérature que la science et une différence statistiquement significative a été retrouvée avec l'utilisation de contraceptif.

5- Avoir entendu parler de contraception

Dans notre étude, les adolescentes avaient entendu parler de contraception dans 60,70%.

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

6- La méthode contraceptive déjà utilisée

Le préservatif était la méthode contraceptive la plus utilisée avec 71,20% suivi de la pilule 13,80% et du contraceptif injectable 12,50%. Le taux d'utilisation élevé d'utilisation de préservatif peut s'expliquer par la disponibilité et la vente libre de ce contraceptif.

Ces résultats sont comparables à ceux de Kané (21) le préservatif était utilisé dans 77,3% des cas, suivis par la pilule à 8% et les injectables à 12,7%.

Connaissances, attitudes pratiques de la contraception en milieu scolaire à Gao.

Abaueth (1) avait trouvé 55,7% pour le préservatif, 13,76% pour la pilule, 12,17% pour les injectables.

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

Dans notre étude, 33,20% des adolescentes avaient plus d'une source d'information sur la contraception, d'autres avaient eu des informations par des amis dans 30,80% ; les structures sanitaires, 16,6% ; l'école, les parents et aidants naturels à pourcentage égal dans 9,70%.

Chez Kané (21) on retrouve des chiffres supérieurs 78,7% de sources multiples, 1% de personnel médical, 2,50% de parents ou amis, 6,40% de l'école et 8,90% pour les médias.

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

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

8- Fréquentation du service de PF

Moins d'un tiers des adolescentes soit 37,50% seulement ont fréquenté un service de PF contre 62,50% qui n'en ont jamais fréquenté.

9- Raisons de non-fréquentation des services de PF.

Malgré les efforts consentis dans le domaine de la PF, la religion était la principale raison de non-fréquentation de ces services chez 46,10% des adolescentes ainsi que l'ignorance chez 35,50% des adolescentes.

10- Opinion sur les avortements provoqués

Dans notre étude 62,30% de l'échantillon désapprouvaient l'IVG contre 8,3% qui l'approuvaient et 29,4% des adolescentes n'ont pas de réponse. Beaucoup d'élèves ont affirmé que c'est la pesanteur sociale (économique et culturelle) qui pousse les filles à avorter et le plus souvent sous la direction de leur mère. Ce pendant la

connaissance des risques d'avortement provoqué n'a pas eu une influence statistiquement significative sur l'utilisation de contraceptif.

11- Raisons de désapprobation de la contraception

La coutume et les effets secondaires étaient les raisons de désapprobation de la contraception à pourcentage égal. Cela peut être lié au manque de communication sur le sujet.

12- Connaissance et utilisation des méthodes de contraception

La connaissance des méthodes de contraceptions n'équivaut pas à leur utilisation chez les adolescentes, en effet 73,10% de l'échantillon connaissaient des méthodes de contraception et parmi elles, seules 22,20% avaient utilisé un contraceptif. Cela peut être lié à la coutume et aux effets secondaires.

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

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

13-Avoir un partenaire

Dans notre étude 83,10% des adolescentes affirmaient avoir un partenaire. La différence est statistiquement significative sur l'utilisation de contraceptif. Cela peut s'expliquer par l'insouciance des adolescentes.

14-Avoir eu des partenaires sexuels occasionnels

Les adolescentes ont eu des partenaires sexuels occasionnels dans 56,80% des cas et 43,20% de ces rapports occasionnels n'étaient pas protégées. Cela peut s'expliquer par la négligence des adolescentes.

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

Connaissances, attitudes pratiques de la contraception en milieu scolaire à Gao.

Notre étude montre que 15,80% des adolescentes avaient toujours utilisé le préservatif.

Ce chiffre est voisin de ceux d'Adom (2) qui a trouvé que 12,01% des élèves avaient des rapports toujours protégés.

17-Les facteurs pouvant influencer la contraception

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

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

18-Age du premier rapport sexuel

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

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

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

VIII- Conclusion et recommandations

1- Conclusion

Notre travail est une étude des connaissances et des pratiques des adolescentes scolarisées en matière de contraception. Elle comporte une étude transversale décrivant les attitudes des adolescentes fréquentant les établissements secondaires de Gao sur la contraception.

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

Les principaux résultats sont les suivants :

La majorité des élèves déclarait connaître des méthodes contraceptives dans 60,70% et parmi elles seul 22,20% utilisaient la contraception. Les adolescentes avaient plusieurs sources d'informations sur la contraception, mais seulement 16,6% avaient eu des informations par des structures sanitaires. Les raisons de désapprobation de la contraception étaient la religion suivie de l'ignorance.

Les adolescentes étaient sexuellement actives et avaient des rapports sexuels de plus en plus précoces. Plusieurs adolescentes avaient des partenaires sexuels occasionnels, plus de la moitié n'avaient pas utilisé les préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels.

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

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

Connaissances, attitudes pratiques de la contraception en milieu scolaire à Gao.

La contraception n'est pas bien élucidée pour beaucoup d'adolescentes et ses effets secondaires mal acceptés, sont généralement liés à l'automédication et les mauvaises rumeurs.

Les facteurs de la non-utilisation de contraceptifs sont d'ordre social et culturel.

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

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

2- Recommandations

2-1- A l'Etat du Mali

2-1-1- Introduire l'éducation sexuelle au niveau de l'enseignant primaire et secondaire.

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

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

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

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

Connaissances, attitudes pratiques de la contraception en milieu scolaire à Gao.

2-1-5- Créer et multiplier les centres agréés pour les jeunes (comme l'ONG RADEC centre hoyraye) au niveau national et au niveau régional afin de permettre aux adolescents de fréquenter régulièrement et facilement le centre le plus proche.

2-1-6- Mettre gratuitement les produits de contraceptifs à la disposition des adolescentes.

2-2- Aux adolescentes

- S'informer avant même la puberté des différentes modifications physiologiques de l'organisme afin de comprendre le cycle menstruel, l'acte sexuel, la contraception, etc.
- Discuter avec les parents, les enseignants des problèmes de sexualité pour lever les tabous et éviter les idées fausses qui constituent un obstacle à l'adoption de la contraception.

2-3- Au personnel médical et para médical

- Il doit être attentif et disponible envers les adolescentes.
- Eduquer les adolescentes sur la sexualité, ne pas les juger.
- Maîtriser les différentes méthodes contraceptives
- Mener un counseling initial spécifique et de suivi (la consultation médicale ne doit pas être de type demande de contraception, fourniture d'une ordonnance mais nécessite un dialogue personnalisé avec la jeune fille).

2-4- Aux éducateurs (enseignants)

- Maîtriser les techniques d'animation de groupe (communication inter personnelle)
- S'informer sur la sexualité pour mieux orienter les élèves

2-5- Aux parents

Discuter avec les jeunes pour lever les tabous sexuels, socioculturels et religieux.

2-6-A L'équipe ayant mené l'étude

Faire une restitution aux autorités politiques sanitaires de la région, aux élèves et aux Autorités administratives des lycées.

IX- Références bibliographiques :

1- Abauleth R, Koffi A, Kakou C, Adjoby R, Mian B, Angoi V. et col.

Connaissance et utilisation de la contraception chez l'adolescente. III^e Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006

2- Adom-Anoumatacky M.

La contraception chez l'adolescente en milieu scolaire. III^e Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006

3- Berthe F. Vulnérabilité des jeunes liées aux pratiques et aux comportements néfastes à la santé en milieu urbain et péri-urbain bamakois. Thèse méd, Bamako 2004. (04M49)

4- Bilodeau A.; Forget G.; Tetrault J.

L'auto efficacité relative à la contraception chez les adolescents: validation de la version française de l'échelle de mesure de Levinson. Revue canadienne de santé publique 1994 ; 85, 2 : 115-20.

5- Boubacar M.

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

6-Camara M.

La contraception chez l'adolescente. Thèse méd, Bamako 1992. (92M44)

7- Daures JP. ; Chaix D.G.; Maurin M.; Viala J.L. ; Gremy F.

Étude préliminaire des interruptions volontaires de grossesses (I.V.G.) et des maladies sexuellement transmissibles (M.S.T.) chez l'adolescent par une information en classe de troisième. Contraception, fertilité 1989; 17, 11: 1021-26.

8- Direction nationale de l'enseignement secondaire général.

Flash sur la rentrée scolaire 2004-2005.

9- Direction Régionale de la Santé

Le district de Bamako présentation générale

10- Duprez D., Viala M.

Adolescence et avortement. Évolution psychiatrique 1985 ; 50, 2 : 357-81.

11- Echange MAQ.

Les adolescents, <http://www.maqweb.org/franco/slides/Mod 12 Adolescents.pdf>.

12- Faites confiance aux ados.

www.ippf.org

13- Fédération internationale et utilisation de la contraception chez l'adolescente. III^e Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006

14- Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales.

Planification familiale,

www.gfmer.ch/Cours/Planification_familiale.html

15- Forget G.; Bilodeau.A. ; Tetrault j.

Facteurs liés à la sexualité et à la contraception chez les jeunes et décrochage scolaire. Un lien insolite mais réel. Apprentissage et socialisation 1992 ; 15 : 29-38.

16- International Development Research Centre.

Planning traditionnel au Mali. Education sexuelle en Afrique tropicale 1973 ; p 54

17- Jean Claude L.

Pour une éthique de la procréation. Paris, éditions du Cerf 1998 ; 2 : 31.

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

20- Kamtchouing P., Takoungi., N’Goh N., Yakam I.

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

21- Kané F, Zino J M, Peña M L, Diallo.

La contraception en milieu scolaire à Mopti. III^e Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006

22- Langille D.B., Dalaney M.E.

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

23- Larousse médical 1995

24- L'allaitement maternel

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

25- La contraception

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

26- Les contraceptifs injectables

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

27- L'éducation sexuelle en ballottage.

www.uia.org/uiademo

28- Miller W.B.

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

29- Ministère de la santé USAID 2003.

Population développement et qualité de la vie au Mali.

30- Ministère délégué au plan.

Direction nationale de la statistique et de l'informatique. Troisième recensement général de la population et de l'habitat 1998

31- Nekan F.

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

32- Nian M.

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

33- ONU. 2004.

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

34- ONU. 2005.

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

35- Ordre des sages femmes du Mali.

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

36- Pichot F., Dayan Lintzer M.

Résistance et complaisance à la contraception à l'adolescence. Contraception, Fertilité, sexualité 1985 ; 19, 10 : 1055-61.

37- Population Reports 2003.

www.population-reports.org/pr/prf/fm17

38- Sangaré A. K.

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

39- Serfaty D.

La contraception. Doin éditeurs, Paris. 1986

40-Ta-Ngoc Chau.

Aspect démographique de la planification de l'éducation. UNESCO 2002.

41- TRAORE S. et col.

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

X-Annexes

Questionnaire à l'intention des adolescentes

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

{1}-Numéro du questionnaire /___/___/___/___/

{2}-Commune.....

{3}-Nom de l'établissement.....

I - Renseignements généraux

n° question codes

{4}-Age (en années révolues)

/___/___/

{5}-Rang de l'adolescent à la naissance / nombre d'enfants de la mère et du père

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

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

{6}-Lieu de vie

{7} Ethnie

1- Bambara

5 - Malinké

9 - Sonhaï

2 -Sénoufo

6- Khassonké

10 - Maures

3 - Sarakolé

7 - Peulh

11- Bozo

4 - Minyanka

8 - Dogon

Autres (à préciser)

{8}-Statut matrimonial de l'adolescente

1- Mariée x1

4 - Mariée x4

7 - Divorcée

2 -Mariée x2

5 - Célibataire

8 - Concubinage

3 -Mariée x3

6- Fiancée

{9}-Niveau d'instruction

10^{ème} science

10^{ème} lettre

11^{ème} science

11^{ème} lettre

12^{ème} science

12^{ème} lettre

Connaissances, attitudes pratiques de la contraception en milieu scolaire à Gao.

{10}-Durée de séjour à GAO

1- Inférieure de 10 ans

2- Supérieure ou égale à 10 ans

{11}-Antécédent obstétricaux des adolescentes.

1- gestité :

2-Parité :

{12}-Profession du père

1-Décédé

10- Médecin

19-Mendiant

2-Fonctionnaire

11-Profession paramédicale

20-Chômeur

3-Cultivateur

12- Commerçant

21-Vendeur

4- Homme en tenue

13-Ouvrier

22-Imam

5- Eleveur

14- Ingénieur

23-Marabout

6-Artisan

15-Thérapeute

24- Talibé

7- Salarié du secteur privé

15-Aide familial

25- Artiste

8-Salarié du secteur public

17-Apprenti

9- Enseignant

18-Retraité

{13}-Niveau d'instruction du père

1-Aucun

5-Supérieur

9- Medersa supérieur

2-Fondamental 1

6-Medersa fondamental 1

10-Medersa supérieure

3-Fondamental 2

7-Medersa fondamental 2

Autres (à préciser).....

4-Secondaire

8-Medersa secondaires

{14}-Profession de la mère

1-Décédée

8- Médecin

15-Retraitée

2-Fonctionnaire

9-Profession paramédicale

16-Mendiant

3-Femme en tenue

10- Commerçant

17-Ménagère

4-Teinturière

11-Ouvrière

18-Vendeuse

5- Salariée du secteur privé

12- Ingénieur

19- Artiste

6-Salariée du secteur

13-Thérapeute

Autres (à préciser).....

public

7- Enseignante

14-Aide ménagée

{15}-Niveau d'instruction de la mère

Connaissances, attitudes pratiques de la contraception en milieu scolaire à Gao.

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

{16}-Niveau de vie des parents

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

II- Connaissances, attitudes et pratiques

{17}-Avez-vous déjà entendu parler de contraception ?

- 1 =Oui
2 =Non

{17A}-Si Oui que signifie l'expression à votre entendement

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

Si autre précise :.....

{18}-Connaissez-vous des méthodes contraceptives ?

- 1=Oui
2=Non

{18A}-Si oui lesquelles?

- | | | |
|---------------|----------------------------|---------------------------|
| 1-Pilule | 4-Norplant | 7- Allaitement maternel |
| 2-Préservatif | 5- Dispositif intra utérin | 8- Méthode traditionnelle |
| 3- Spermicide | 6- Contraceptif injectable | 9- Ne sait pas |

{18B}-Si autre précise :.....

{19}-Quelles sont vos sources d'information en méthode contraceptive?

- | | | |
|----------------------------|-----------|----------------|
| 1- Ecole | 4- Médias | 7-Frère/sœurs |
| 2- Centre de santé/hôpital | 5- Père | 8- Ami(es) |
| 3- Conférence | 6- Mère | 9- Ne sait pas |

Connaissances, attitudes pratiques de la contraception en milieu scolaire à Gao.

{19A}-Si autre précise :.....

{20}-Quelles sont vos sources d'approvisionnement en méthode contraceptives?

- 1- Centre de santé/Hôpital 3- Boutique 9- Ne sait pas
2-Pharmacie 8- Non réponse

{21}-Si autre précise.....

{22}-Connaissez-vous le lieu des services de prestation de planification familiale ?

- 1=Oui 2= Non

{22A}-Si oui avez-vous déjà fréquenté ces services ?

- 1=Oui 2=Non
{22B}-Si non pourquoi ?

- 1- Coutume 2- Religion 3- Pas besoin

{22C}-Si autre précise :.....

{23}-Selon vous quel est le temps qui doit exister entre deux maternités ?

Intervalle en mois :

{24}-Connaissez-vous les risques encourus par les filles qui pratiquent les avortements ?

- 1=Oui 2=Non

{24A}-Si oui lesquels ?

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

{25}-Connaissez-vous les effets secondaires de la contraception ?

- 1=oui 2=non

{25A}-Si oui lesquelles ?.....

{26}-Quelle est votre opinion sur les avortements provoqués ?

1- Approuve

2-Désapprouve

8-Pas de réponse

{27}-Que pensez-vous de la contraception ?

1=approuve

2=désapprouve

88= pas de réponse

{28}-Est que la contraception aide à être des parents responsables ?

1=Oui

2=Non

{29}-Pensez vous qu'une fille devrait finir l'école avant de se marier et avant d'avoir des enfants ?

1=Oui

2=Non

{30}-Souhaitez-vous avoir d'enfant ?

1=Oui

2=Non

{30A}-Si oui combien ?

{31}-Pensez vous que les hommes devraient autoriser leurs femmes à espacer les naissances.

1=Oui

2=Non

{32}-Est-ce que l'islam est contre la contraception ?

1=Oui

2=Non

{33}-Pensez-vous que l'homme et la femme devraient ensemble décider de la contraception.

1=Oui

2=No

{34}-Quel est votre opinion sur la contraception ?

1=approuve

2=désapprouve

88=pas de réponse

Connaissances, attitudes pratiques de la contraception en milieu scolaire à Gao.

{35}-Avez-vous présentement un partenaire ?

1=Oui

2= Non

88= Pas de réponse

{36}-Avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ?

1= Oui

2=Non

88= Pas de réponse

{37}-Si oui, vous est-il arrivé de parler avec votre partenaire de ?

-Sexualité en général

1= Oui

2= Non

88= Pas de réponse

-Utilisation du préservatif

1= Oui

2= Non

8= Pas de réponse

'
{38}-Etes-vous prêtes à utiliser un préservatif même si votre partenaire s'y oppose ?

1- Oui

2- Non

8- Pas de réponse

{39}-Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive ?

1=. Oui

2=Non :

{39A}-Si oui lesquelles ? :.....

{40}-Avez-vous eu des rapports sexuels avec ton partenaire ?

1=Oui

2=Non

{41}-Quel est l'âge de votre premier rapport sexuel ?

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

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

1- A votre connaissance, y – a - t'il une éducation sexuelle donnée aux jeunes au Mali en milieu familial et scolaire ? Pourquoi ?

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

3- Selon vous, que signifie la contraception ?

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

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

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

Je vous remercie pour votre participation à notre étude.

Guide des entretiens à l'intention des enseignants

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

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

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

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

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

Je vous remercie pour votre participation à notre étude.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Cissé

Prénom : Youssouf Amadou

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

Année Universitaire: 2009 – 2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Santé Publique et anthropologie médicale

RESUME

Notre étude transversale quantitative et qualitative s'est déroulée à Gao du 5 Janvier 2009 au 8 Mars 2009. L'objectif consistait à étudier le comportement des adolescentes en milieu scolaire face à la contraception.

La majorité des élèves soit 73,10% déclaraient connaître des méthodes de contraceptions et parmi elles seulement 22,20% utilisaient la contraception. La religion était la principale raison de non-fréquentation des services de PF chez 46,10% des adolescentes suivit par l'ignorance. 71,5% des adolescentes avaient eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Plus de la moitié n'avaient pas utilisé les préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels. Nous avons retrouvé plusieurs facteurs qui influencent la contraception chez l'adolescente. Les données qualitatives nous ont révélées que les facteurs de non-utilisation de contraceptifs sont d'ordre économique, social et culturel.

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et 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