

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DU MALI



TITRE



LA CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE

par

Matata CAMARA

THESE



Présentée et Soutenue publiquement devant l'Ecole Nationale
de Médecine et de Pharmacie du Mali

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

JURY

PRESIDENT - Professeur Sidi Yaya SIMAGA

MEMBRES - Prof. Moussa Adama MAIGA

- Docteur DOUCOURE Arkia Diallo

Directeur de Thèse : Dr. SY Aïda Sow

DATE DE SOUTENANCE

..... 1993

LISTE DES PROFESSEURS

**LISTE DES PROFESSEURS DE L'E.N.M.P.
ANNEE UNIVERSITAIRE 1992 - 1993**

DIRECTION

Professeur Issa TRAORE
Professeur Boubacar CISSE
Professeur Amadou DOLO
Docteur Chanfreau
Mr Bakary M. CISSE

Doyen
Premier Assesseur
Deuxième Assesseur
Conseiller Technique
Secrétaire Général

D.E.R DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. Professeurs agrégés

Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chef de D.E.R Chirurgie
Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chirurgie Générale
Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Ortho. traumat.Secourisme
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Professeur Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-traumatologie
Professeur Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Professeur Djibril SANGARE	Chir.gnrleSoins.infirmiers

2. Assistants chefs de clinique

Docteur Madame SY Aïda SOW	Gnéco-Obstétrique
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-stomatologie
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Docteur Alhousseïni AG MOHAMED	O.R.L
Docteur Madame DIANE F.S. DIABATE	Gynécologie-obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Anesthésie Réanimation
Docteur Sidi Yaya TOURE	Anesthésie Réanimation
Docteur Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Docteur A.K. TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. Professeurs agrégés

Professeur Bréhima KOUMARE	Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomo-Pathologie
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Professeur Yaya FOFANA	Hématologie
Professeur Ogobara DOUMBO	Parasitologie

2. Docteurs D'Etat

Professeur Amadou DIALLO	Chef de D.E.R Sciences Fond.
Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie

3. Docteurs 3ème cycle

Professeur Moussa ARAMA	Chimie Organique
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale
Professeur Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Professeur Mamadou CISSE	Biologie
Professeur N'yenigue S. KOITA	Chimie organique

4. Assistants chefs de clinique

Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA	Parasitologie
Docteur Anatole TOUNKARA	Immunologie
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie

5. Maîtres Assistants

Docteur Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Docteur Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1. Professeurs agrégés

Professeur Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique - Chef de D.E.R
Docteur Hubert BALIQUE	Maître de conf. Santé Publique
Professeur Moussa A. MAIGA	Santé Publique

2. Assistants chefs de clinique

Docteur Bernard CHANFREAU	Santé Publique
Docteur Pascal FABRE	Santé Publique
Docteur Bocar Garba TOURE	Santé Publique

CHARGES DE COURS

Docteur Madame CISSE A. GAKOU	Galénique
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Bouba DIARRA	Bactériologie
Professeur Souleymane TRAORE	Physiologie Générale
Professeur Salikou SANOGO	Physique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
Professeur Bakary I. SACKO	Biochimie
Professeur Yoro DIAKITE	Maths
Professeur Sidiki DIABATE	Bibliographie
Docteur Aliou KEITA	Galénique
Docteur Boubacar KANTE	Galénique
Docteur Souleymane GUINDO	Gestion
Docteur Madame Sira DEMBELE	Maths
Monsieur Modibo DIARRA	Nutrition
Madame MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. Professeurs agrégés

Professeur Abdoulaye AG RHALY	Chef de D.E.R Médecine
Professeur Souleymane SANGARE	Pneumo-Phtisio
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Koreïssi TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Professeur Eric PICHARD	Médecine interne
Professeur Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. Assistants chefs de clinique

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hématologie - Médecine Interne
Docteur Sominta M. KEITA	Dermato-Léprologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

D.E.R DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. Professeurs agrégés

Professeur Boubacar CISSE	Toxicologie
Professeur Arouna KEITA	Matières Médicales

2. Maîtres Assistants

Docteur Boukassoum HAIDARA	Législation et Gestion Pharma.
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Ousmane DOUMBIA	Chef de D.E.R Sciences Pharm.

ASSISTANTS

Docteur Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Docteur Drissa DIALLO	Matières Médicales
Docteur Nouhoum ONGOIBA	Chirurgie Générale
Docteur Sahari FONGORO	Néphrologie
Docteur Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Docteur Benoît KOUMARE	Chimie Analytique

C.E.S

Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie générale
Docteur Georges YAYA (Centrafrique)	Ophtalmologie
Docteur Abdou ISSA (Niger)	Ophtalmologie
Docteur Amadou NDéné DIALLO (Sénégal)	Ophtalmologie
Docteur Askia Mohamed (Niger)	Ophtalmologie
Docteur Oumar BORE	Ophtalmologie
Docteur N'DJIKAM Jonas (Cameroun)	Ophtalmologie
Docteur DEZOMBE Djoro (Tchad)	Ophtalmologie
Docteur Aboubacrine A. MAIGA	Santé Publique
Docteur Dababou SIMPARA	Chirurgie
Docteur Mahamane TRAORE	Chirurgie
Docteur Mohamed AG BENDECH	Santé Publique
Docteur Mamadou MAIGA	Dermatologie

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur J. P. BISSET	Biophysique
Professeur F. ROUX	Biophysique
Professeur G. FARNARIER	Physiologie
Professeur G. GRAS	Hydrologie
Professeur E. A. YAPPO	Biochimie
Professeur Ababacar FAYE	Pharmacodynamie
Professeur Mamadou BADIANE	Pharmacie Chimique
Professeur Issa LO	Législation

PERSONNELS RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I. MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompéré KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Adama S. SANOGO	I.N.R.S.P.
Docteur Ba Marie P. DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I. Sogoniko
Docteur Mohamed TRAORE	Kati
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I. Centrale
Docteur Reznikoff	I.O.T.A.
Docteur TRAORE J. THOMAS	I.O.T.A.
Docteur Pierre BOBIN	MARCHOUX
Docteur Alain DELAYE	H.P.G.

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie travail :

A mon Père in mémorium :

Toi dont les les circonstances de décès ont guidé mon option, pour la Médecine. Toi qui aimait te réjouir des résultats scolaires de tes enfants, certes cette réjouissance t'est impossible parmi nous, mais reçoit mes bénédictions les plus sincères. Puisse les biens faits de ma pratique médicale contribuer au repos de ton âme. Amen.

A ma Mère :

Vous avez dirigé très tôt mes pas incertains et vous m'avez donné l'amour, le courage du travail bien fait.

Je resterai fidèle à vos conseils lucides.

Ce travail est le vôtre et vous honore.

- A mon grand Frère :

Vous m'avez imprimé un courage de fer et m'avez appris à " voler de mes propres aîles".

J'en suis aujourd'hui fier et c'est l'occasion pour moi de vous rappeler que je garde en mémoire tout ce que vous m'avez appris.

Votre affection ne m'a jamais fait défaut que le sentiment fraternel qui nous lie se ressère davantage.

- A mes petits Frères et petites Sœurs

Je vous souhaite un brillant avenir.

A vous que j'aime : par votre amour et votre compréhension. Vous avez partager mes peines et mes joies.

Puisse ce travail vous apporté la preuve de ma sincère reconnaissance.

- A mes Grands-parents

Pour votre affection et votre tendresse

- **A mes Oncles, Tantes**

Pour votre soutien moral et financier

- **A mes Cousins et Cousines**

- **A mes Neveux et Nièces :**

une grande tendresse

- **Aux femmes,**

puisse ce travail contribuer à l'amélioration de votre santé et à votre émancipation.

- **A tous ceux qui sont morts en réclamant leurs droits.**

Hommage et paix éternelle.

- **A mes Maîtres du Premier Cycle, Second Cycle, du Lycée, de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie (ENMP).**

Qu'ils trouvent ici le fruit de leurs sciences et de leurs efforts conjugués.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A tout le personnel de l'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille (AMPPF).

A Monsieur Diadjira MAGASSA à l'AMPPF
pour son soutien moral et financier.

- AU FOND DES NATIONS-UNIES POUR LES ACTIVITES EN MATIERE
DE POPULATION
pour son financement (FNUAP).

- A Madame TOURE Nana CISSE à l'AMPPF.
Ce travail est le fruit de votre persévérance, de vos conseils et de votre soutien moral.

- A Madame Togola Assitan COULIBALY à l'AMPPF
Ce travail est la récompense de nos efforts

- A tout le Personnel du FNUAP

- A tout le Personnel de la PMI de Missira notamment Madame TRAORE
Sarata SANOGO

- A tous mes promotionnaires et à tous les Etudiants de l'ENMP
Nous n'oublions jamais les bons et difficiles moments passés ensemble.

- A tout le personnel de la Division Santé Communautaire de l'INRSP
notamment Monsieur Ousmane TOURE pour la réalisation de ce travail.

- A la dévouée Mme COULIBALY Yaye Fatou SALL qui a réalisée la frappe
de cette
thèse.

AUX MEMBRES DU JURY

Au Président du Jury

Professeur agrégé Sidi Yaya SIMAGA

Professeur agrégé de Santé Publique

Chef du DER de Santé Publique à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Vous ne pouvez vous imaginer combien grande est notre joie de vous compter aujourd'hui parmi nos juges.

C'est pour nous l'occasion de revivre des brefs et agréables moments passés avec vous. Joignant l'utile à l'agréable, vous avez toujours su rendre nos cours passionnants et persuasifs.

Puisse ce travail être l'occasion de vous exprimer notre grande sympathie et notre profonde reconnaissance.

Au Docteur Mme DOUCOURE Arkia DIALLO

Directrice de la Division Santé Familiale du Mali

Vous avez accepté avec joie de siéger dans notre jury de thèse.

Nous ne pouvons qu'en être fiers quand on sait vos hautes qualités de Médecin et votre sérieux dans le travail.

Tout en promettant de suivre votre exemple, trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

Au Professeur Moussa Adama MAIGA

Professeur Agrégé en Santé Publique

Chef de la Division de la Santé Communautaire à l'Institut National de Recherche en Santé publique (INRSP)

Vous nous faites un grand plaisir en acceptant de siéger dans notre jury de thèse. Cela témoigne de votre constante disponibilité, de votre grande simplicité et de l'intérêt que vous portez toujours à la formation de vos étudiants.

Nous vous prions d'accepter aujourd'hui nos sincères remerciements et notre grande sympathie.

Au Docteur Madame SY Aïda SOW

Docteur en gynéco-obstétrique

Assistante Chef de Clinique

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse et guidé par vos conseils dans sa réalisation.

Nous avons la plus grande estime pour vos qualités, aussi bien humaines que professionnelles.

Permettez-nous de vous exprimer ici, toute notre reconnaissance, notre considération, notre estime et notre très sincère attachement

ABREVIATIONS

P.F. = PLANIFICATION FAMILIALE

AMPPF = ASSOCIATION MALIENNE POUR LA PROTECTION ET
LA PROMOTION DE LA FAMILLE

D.I.U. = DISPOSITIF INTRA-UTERIN

SOMMAIRE

	PAGES
CHAPITRE I :	1
1. Introduction	
2. Objectifs	
CHAPITRE II : GENERALITES	4
1. Définition de l'adolescence	
2. Développement de l'adolescence	
3. Problèmes liés à la fécondité de l'adolescente	
4. Méthodes contraceptives utilisées chez l'adolescente	
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	9
1. Cadre d'étude	
- a. Banconi	
- b. AMPPF	
2. Echantillonnage	
3. Déroulement de l'enquête	
CHAPITRE IV : RESULTATS	11
1. Adolescentes enquêtées à l'AMPPF	
2. Adolescentes enquêtées au Banconi	
3. 1. Adolescentes utilisant une méthode de PF au Banconi	
CHAPITRE V :	46
Commentaires et Discussions	
CHAPITRE VI :	52
Conclusion	
Recommandations	
CHAPITRE VII :	55
Résumé	
CHAPITRE VIII :	56
Bibliographie	
Annexes	

CHAPITRE I
INTRODUCTION

I. IMPORTANCE DU SUJET

A l'échelle mondiale les besoins et les problèmes des adolescents sont de plus en plus reconnus, ce qui peut être dû en partie à l'importance de la population adolescente : selon les estimations des Nations Unies les 936 millions d'adolescents dans le monde en 1980 représentent presque un cinquième de la population mondiale.

La répartition de la population malienne selon le sexe 1987 (d'après le recensement général de la population Ministère du plan) laisse apparaître une prédominance de l'élément féminin 51,1 % et les femmes en âge de procréer (dont une importante frange d'adolescentes) représentant 21 % de la population.

Les adolescentes sont sexuellement actives et apparemment n'ont pas accès aux services modernes de contraception comme l'attestent les statistiques recueillis par l'AMPPF en 1990 auprès des maternités de l'Hôpital Gabriel TOURE, du Banconi et de Sogoniko.

Ainsi, les registres de ces formations sanitaires indiquent :

- à l'Hôpital Gabriel TOURE 16 % des accouchements intéressaient les filles mères âgées de 11 à 18 ans.
- Banconi = 22 % de 14-18 ans
- Sogoniko 23 % de 12-20 ans.

Ces filles dont l'âge oscille entre 11 et 20 ans étaient des scolaires en majorité. A ces statistiques échappent des données non moins importantes relatives aux avortements provoqués, aux MST/SIDA, aux infanticides.

Dans de nombreux pays, la contraception offerte aux adolescents suscite bien des controverses. Nombreux sont les parents qui refusent l'idée de recourir à la planification quand bien même ils savent que leur fille est activement sexuelle. Et ce faisant ils refusent aux adolescents le droit de recevoir l'information et l'assistance des services de planification.

Les adolescentes sont considérées comme les jeunes filles âgées de 10 à 19 ans.

Cette définition est physiologique par opposition à la définition traditionnelle qui détermine 14 ans comme âge de maturité.

Par ailleurs, dans certaines sociétés, le concept adolescent n'existe pratiquement pas, les jeunes passant de l'enfance à l'état adulte avec toutes les responsabilités des adultes en l'espace de quelques mois.

Dans d'autres sociétés où l'indépendance économique se produit bien après la maturité physique, l'adolescence est une période de transition, le statut des adolescents n'est pas défini généralement. Il s'en suit qu'on fait^{fi} de leurs besoins ou alors la société ne semble pas prête à les affronter ; ceci est certainement le cas pour les besoins en matière de service de planification familiale.

Les risques d'une grossesse chez l'adolescente jeune sont connus : prématurité, mortinatalité, insuffisance pondérale.

Les Bébés des très jeunes mères courent plus de risques d'avoir un poids faible à la naissance et sont susceptibles de mourir ou d'être malades que les enfants des mères qui ont un peu plus de 20 ans.

IL faut aussi mentionner les risques de l'avortement, surtout lorsque l'intervention est pratiquée alors que la grossesse est avancée. Nous pouvons citer entre autres : l'hémorragie, la perforation de l'utérus, de la vessie ou de l'intestin, les infections sévères (péritonites), la mort sans oublier les séquelles aux quels les <<rescapées>> échappent difficilement (troubles des règles, mais surtout stérilité définitive).

On peut rappeler aussi :

- les risques qui accompagnent la grossesse : l'avortement, la rétention d'œuf, les accouchements spontanés. Ceux survenant pendant l'accouchement : les dystocies, l'Eclampsie et l'hématome retro-placentaire.

Les complications pendant la grossesse et l'accouchement sont l'une des causes les plus fréquentes de décès chez les femmes âgées de 15 à 19 ans dans les pays en voie de développement.

En fait, une grossesse précoce que ce soit chez les très jeunes femmes mariées ou non, peut constituer un obstacle considérable à l'amélioration de la qualité de vie.

En plus des effets néfastes sur la santé d'une grossesse précoce il y a aussi les problèmes psychologiques, sociaux et économiques de cette grossesse : dépression, ostracisme social par suite de la naissance illégitime ou mauvaise situation économique pour la même raison. Ceci touche particulièrement les jeunes filles qui sont souvent obligées de quitter l'école en cas de grossesse.

Face à ces divers problèmes le présent travail vise les objectifs suivants :

II. OBJECTIFS

2.1. Objectifs généraux

- identifier les besoins liés à la fécondité des adolescentes
- rechercher les obstacles à la pratique de la contraception chez les adolescentes

2.2. Objectifs Spécifiques

- identifier les connaissances, attitudes et comportements des adolescentes en matière de sexualité et de contraception au niveau de l'AMPPF et de Banconi.
- proposer des solutions concrètes de l'utilisation effective de la contraception moderne par les jeunes adolescentes.

CHAPITRE II
GENERALITES

1. Définition de l'adolescence

C'est une période transitoire entre l'enfance et l'âge adulte.

L'OMS (organisation mondiale de la santé) situe l'adolescence entre 10 -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 (43)

La plupart des cultures effectuent un rapprochement entre le début de l'adolescence et le début de la puberté ; mais elles ne s'accordent pas toutes sur ce qu'elles considèrent comme étant la fin de l'adolescence. Il existe cependant un facteur constant, à savoir que tout en n'étant plus des enfants, les adolescents ne sont considérés comme étant pleinement adultes. I.W. chui explique la raison pour laquelle il ne peut y avoir de définition universelle (43). En effet dans de nombreux pays en développement, en particulier dans les régions rurales et sous développées une fille est souvent considérée comme un adulte à partir de l'établissement de règles régulières.

Les filles ont tendance à se marier jeunes et à ne pas aller à l'école. Dans de tels cas, le passage de l'enfance à la vie adulte est rapide et la notion d'adolescence n'existait pas. Par contre dans les pays développés et de plus en plus dans les zones urbaines des pays en développement où la modernisation s'accompagne de changements sociaux rapides, les jeunes vont à l'école et ont tendance à se marier à un âge tardif. Le passage de l'enfance à la vie adulte est plus long et la notion d'adolescence se dégage pleinement.

2. Développement de l'adolescence

a) Biologique

L'adolescence se caractérise par la puberté qui correspond à l'apparition de la première menstruation mais aussi à une période de plusieurs années précédant ou suivant les premières règles. Il y a une croissance somatique rapide suivie d'une transformation de l'appareil génital vers un corps de type adulte. La puberté survient plus tôt pour la fille contrairement au garçon. L'un comme l'autre a vu cette période s'amorcer plus tôt maintenant qu'il y a 20 ou 40 ans. La période d'enfance est diminuée.

Les adolescentes ont un corps qui possède des capacités de type adulte au plan sexuel et reproducteur. La première expérience sexuelle peut intervenir à l'importe quel moment de l'adolescente ou beaucoup plus tard. Elle peut avoir des conséquences indésirables (MST), grossesse, mariage forcé. Il est clair que l'incidence des relations sexuelles parmi les adolescents non mariés est en augmentation même dans les sociétés qui traditionnellement séparent les garçons et les filles jusqu'au mariage, les principales causes en sont : l'urbanisation rapide , l'influence culturelle des sociétés occidentales à travers les médias et les voyages.

b) Cognitif

Les processus de pensée se modifient à l'adolescence. De la pensée concrète de l'enfant, les adolescents évoluent vers la pensée formelle capable d'abstraction, d'analyse et de synthèse ,le jugement moral change . La crainte évoluera vers le maintien de l'autorité.

c) Psychosocial :

Au niveau psychosocial, on retrouve la nature de l'adolescence avec les différentes composantes : l'identité , l'intimité, les relations avec les parents, les relations avec les pairs.

3) Les problèmes liés à la fécondité chez l'adolescente

a) La grossesse à l'adolescence

La grossesse est un facteur de risque pour les jeunes femmes de moins de 18 ans mariées ou non. Le risque de mortalité maternelle et infantile demeure élevé chez les jeunes mères de moins de 16 ans. Pratiquement 15 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans donnent naissance à un enfant chaque année. (46) Les jeunes adolescentes n'ayant pas fini de grandir, ne sont pas physiquement prêtes à avoir un enfant. Elles présentent plus de complications obstétricales pendant la grossesse ou l'accouchement que les femmes de plus de 20 ans.

Les complications communes sont le travail dystocique : la tête de l'enfant est trop grosse pour passer facilement à travers le pelvis de la jeune femme est un phénomène courant de l'adolescente dont le bassin n'est pas encore pleinement développé, l'hypertension artérielle et l'anémie ferriprive.

b) Interruption volontaire de la grossesse

Les grossesses non désirées dans certains pays sont souvent interrompues par des avortements illégaux dangereux et constituent une cause de mortalité maternelle parmi les mères adolescentes.

Les statistiques d'hospitalisation des villes du Kenya, du Libéria, du Mali, du Nigéria et du Zaïre montrent que 38 à 68 % des adolescentes hospitalisées pour complications dues à l'avortement avaient 19 ans ou moins (76).

Les avortement illégaux peuvent être dangereux pour les jeunes femmes car beaucoup d'entre elles n'interrompent leur grossesse que lorsque leur deuxième trimestre est déjà bien avancé. Les statistiques hospitalières sources essentielles d'information sur les avortements illégaux chez les adolescentes ne tiennent pas compte des jeunes femmes ayant effectué leurs avortements en dehors de celui-ci.

En Amérique latine, au cours des années 1970, près de 15 % des femmes hospitalisées à la suite de complications pour avortement avaient moins de 19 ans (45).

c) Les enfants à haut risque

La procréation à un âge jeune peut constituer un handicap aussi bien pour l'enfant que pour sa mère. L'enfant d'une adolescente risque d'avantage d'avoir un poids faible à la naissance et de mourir. Le faible à la naissance est une importante cause de mortalité et de morbidité infantile.

De plus, les enfants d'adolescentes risquent de connaître plus tard des difficultés au niveau du développement psychique et de l'apprentissage.

d) MST et autres maladies

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) posent aussi un problème de santé pour la jeunesse du monde entier.

Les MST, à long terme entraînent la stérilité définitive chez les adolescentes. Les infections à chlamydia et la gonorrhée causent des lésions irréversibles aux trompes entraînant une grossesse ectopique ou la stérilité. Une adolescente peut être stérile avant d'être mariée et même avant d'avoir eu un enfant.

L'un des plus graves dangers est le risque d'infection par VIH.

Selon les rapports présentés à Stockholm lors de la quatrième conférence internationale sur le SIDA, le nombre d'adolescents infectés par le VIH serait en augmentation.

4) Méthodes contraceptives utilisées chez l'adolescente.

a) Abstinence périodique

L'abstinence périodique peut être pratiquée par les adolescentes pour éviter la grossesse non désirée. Malgré sa pratique soignée avec un calendrier et la période de température elle reste inefficace du fait des cycles qui sont souvent irréguliers chez l'adolescente.

b) Le retrait

Le retrait ou coït interrompu est difficile pour les adolescents n'ayant pas suffisamment d'expérience sexuelle. Pourtant, la réunion de consultation sur la contraception et l'adolescence organisée par l'OMS en 1975 recommandait de ne pas négliger le coït interrompu comme méthode préventive. Il se révèle utile en cas de relations sexuelles inattendues comme cela arrive souvent lors des premières relations sexuelles.

c) La contraception orale

L'adolescence ayant une vie sexuelle active et sans contre indication médicale pourrait être motivée pour s'adapter à la prise quotidienne de contraceptifs oraux. Ils représentent la méthode la plus efficace.

Cependant, de nombreuses adolescentes dont les relations sexuelles sont irrégulières ou occasionnelles se servent mal de la contraception orale.

Les prises de pilules s'effectuent en cas de besoin lors des relations sexuelles. Les spécialistes médicaux conseillent de ne pas faire des contraceptifs oraux une méthode routinière de contraception pour les jeunes filles dont les menstruations ne sont pas régulières.

Cependant, la pilule ne nuit pas au développement d'une adolescente ni à sa fécondité ultérieure surtout avec les pilules actuels faiblement dosées.

d) Le dispositif intra-utérin (DIU)

Des réserves sont faites sur l'emploi des dispositifs intra-utérins chez les adolescentes. Le risque de maladies inflammatoires pelviennes était accru avec ce type de contraception cela pourrait entraîner une stérilité définitive en cas de salpingite.

e) Les contraceptifs injectables

Les contraceptifs injectables devaient aggraver l'irrégularité menstruelle ou aboutir à une aménorrhée pour les adolescentes ayant une prédisposition. La prescription d'hormones injectables à une adolescente doit être suivie d'une meilleure information des effets secondaires sur le cycle menstruel et le retour de la fertilité. Ils ne devront être conseillés sauf en cas de contre-indications aux autres méthodes.

f) Les préservatifs

Les préservatifs sont utilisés par les jeunes pour empêcher la grossesse. Si un couple a des relations sexuelles irrégulières il est plus judicieux de faire usage de préservatifs que des contraceptifs oraux ou d'un DIU.

Le préservatif a cette particularité que l'homme se sent responsable dans la régulation de la fécondité.

Les préservatifs constituent une protection efficace contre la transmission des maladies vénériennes. C'est pour cette raison qu'il est important d'encourager leur emploi chez les jeunes adolescents ; ceci est d'autant plus important si l'adolescente a plusieurs partenaires sexuels.

g) Les spermicides

Si l'on apprend à l'adolescente la manière d'utiliser les spermicides ces derniers peuvent être sûrs et efficaces. Ils sont souvent employés avec les préservatifs pour augmenter l'efficacité de ces derniers.

h) La contraception post coïtale

Dans la situation où l'adolescente est victime de viol avec risque de grossesse ou des rapports occasionnels non protégés, il existe une place pour les méthodes d'interception basées sur l'administration de fortes doses d'œstrogènes = 5 mg d'éthinyl œstradiol pendant les 5 jours suivant immédiatement le rapport non protégé ou 2 comprimés d'une pilule ordinaire à renouveler 12 heures après. En dépit des troubles du cycle qu'elle risque d'entraîner, cette méthode doit être recommandée en raison de son efficacité.

CHAPITRE III
METHODOLOGIE

a) Cadre d'étude

Le District de Bamako se compose de six communes réparties en quarante quartiers. L'enquête s'est déroulée d'une part dans le quartier de Banconi situé dans la commune I et d'autre part au sein du centre pilote de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) sise dans la commune III.

Le choix de Banconi s'explique par le fait que c'est un quartier très périphérique non loti surpeuplé moins résidentiel.

a1) Banconi

Banconi, vieux et vaste quartier spontané et non loti comme une superficie de 280 ha avec 47.891 habitants (récemment général juillet 1987).

Il est limité au Sud par la route de Koulikoro, à l'Est par le marigot, au Nord par les falaises de Koulouba, à l'Ouest et au Sud-Ouest par le marigot Tiékolé et le quartier Hyppodrome. Le marigot Tiékolé traverse le quartier et le sépare en 2 parties :

- à l'Est constitué par les secteurs de Zéguenékorobougou et Dienguénébougou
- à l'Ouest par Salambougou, Flabougou, Banconi-plateau et Layibougou.

Les équipements socio-sanitaires sont constitués essentiellement par un centre de santé communautaire et une clinique de la Coopération Mali Palestine. De ce quartier vie une population relativement démunie.

a2) Le Centre Pilote de Planning Familial de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF)

L'AMPPF a été créée en 1972. Organisme Non Gouvernemental mais ayant une mission de service public dans le but de maintenir l'équilibre et l'harmonie de la famille.

L'association a pour objectifs entre autresde :

- créer les conditions propres à la sauvegarde de la santé
- informer le public sur les méthodes contraceptives
- étudier les obstacles socio-culturels à la planification familiale au Mali.

Le centre est entouré par des quartiers qui furent jadis les plus résidentiels de Bamako.

b) Echantillonnage

La population est celle des adolescentes de 13-19 ans au quartier Banconi et celles fréquentant le centre de planning familial de l'AMPPF.

Au centre de l'AMPPF, les adolescentes recrutées venaient en consultation.

Le recrutement se faisait tous les matins de 9 à 13 heures les jours ouvrables.

Au quartier de Banconi les adolescentes ont été recrutées concession par concession prises au hasard.

Les adolescentes étaient recrutées soit dans les différentes concessions soit devant les concessions.

Une taille d'échantillon de 353 adolescentes a été recrutée pour l'étude dont 155 adolescentes à l'AMPPF et 198 autres dans le quartier Banconi

La base de calcul se réfère à la proportion d'adolescentes victimes de grossesses indésirées par défaut de contraception (Rapport AMPPF)

En 1990 entre 16 et 23 % d'adolescentes âgées de 14-19 ans ont été reçues dans les maternités de Gabriel TOURE, au centre communautaire de Banconi et au centre de santé de Sogoniko pour grossesses survenues par défaut de contraception.

En considérant une proportion moyenne de 20 % de grossesses dans ce groupe cible, avec une précision de sondage de $\pm 5\%$ à priori pour un risque d'erreur de 5 %, la formule suivante permet de calculer la taille d'échantillon permettant une estimation de la population étudiée.

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q}{i^2}$$

n = taille minimum de l'échantillon désiré

z = variable normale centrée et réduite pour un niveau de confiance de 95 % = 1,96

p = proportion de grossesses indésirées chez les adolescentes de 14 à 19 ans ($p = 20\%$)

q = proportion complémentaire à 100 de p ($q = 80\%$)

i = $\pm 5\%$ précision de sondage désirée (fixée à priori) d'ou :

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,20 \times 0,80}{(0,05)^2} = 245,36 = 300$$

1.3. Déroulement de l'enquête

L'étude s'est déroulée en plusieurs phases :

- la première phase à l'AMPPF a duré 7 mois du 30 /10/91 au 30 /5 /92.

- la deuxième phase a nécessité une quinzaine de jours du 6 /6/ 92 au 20 / 6 /92.

La collecte des données a été faite par interview directe et enregistrement sur questionnaire. Les questions étaient posées en Bambara.

- l'analyse des données a été faite sur ordinateur IBM PC et grâce aux logiciels Dbase III+ et Epi-Info.

CHAPITRE IV

RESULTATS

**A. ASSOCIATION MALIENNE POUR LA PROTECTION ET LA PROMOTION DE
LA FAMILLE (AMPPF)**

I. PROFIL DEMOGRAPHIQUE DE L'ECHANTILLON

1°) Résidence

**TABLEAU N° 1. Répartition de l'échantillon d'adolescentes de l'AMPPF
suivant la résidence**

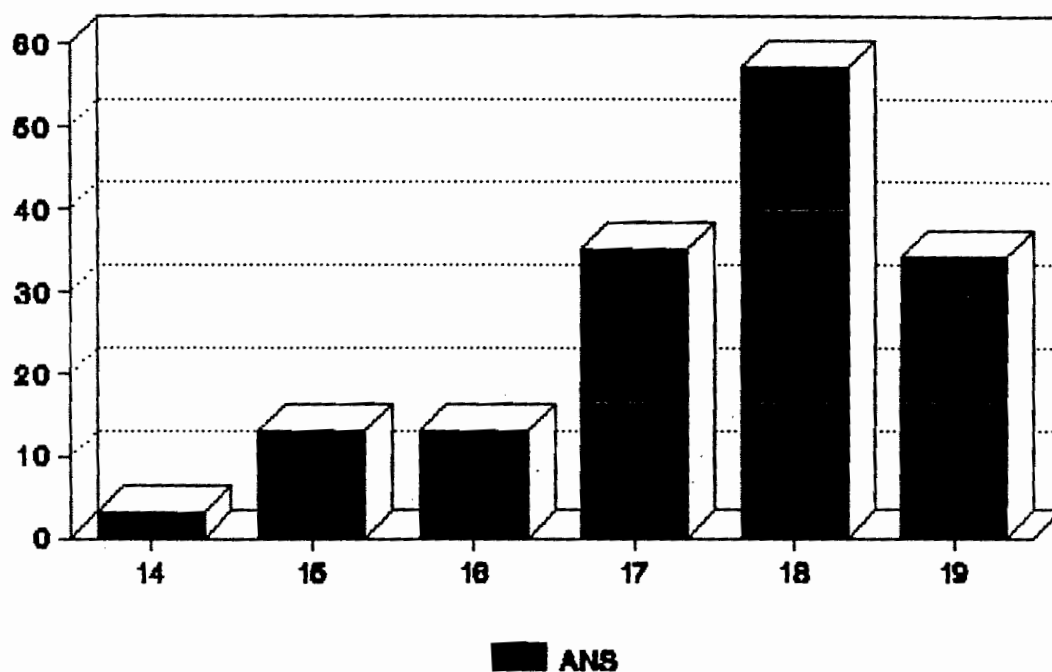
Résidence	Fréquence	Pourcentage (%)
Bolibana	21	13,5
Badialan	15	9,7
N'Tomikorobougou	10	6,5
Hamdallaye	7	4,5
Missira	10	6,5
Niaréla	10	6,5
Autres	82	52,8
TOTAL	155	100

- 47,1 % des adolescentes viennent des quartiers voisins le centre de planning familial.
- 52,8 % des adolescentes viennent des autres quartiers de la ville de Bamako pour des proportions insignifiantes, c'est à dire que les 34 autres quartiers ont des proportions minimales par rapport à ceux représentés dans le tableau.

2°) Age

TABLEAU N° 2 : Répartition de la population adolescente suivant l'âge

AGE	Effectif	Pourcentage
14	3	1,9
15	13	8,4
16	13	8,4
17	35	22,6
18	57	36,8
19	34	21,9
TOTAL	155	100



GRAPHIQUE N° 1 : REPARTITION DES ADOLESCENTES SELON L'AGE

L'analyse de ce tableau révèle que le centre pilote de l'AMPPF est fréquenté par les adolescentes âgées de 14-19 ans. Plus de la moitié des adolescentes venant en consultation à l'association appartenaient à la tranche d'âge comprise entre 17 et 18 ans = 59,4 %, 8,4 % avaient 15 ans.

3°) Situation matrimoniale

TABLEAU N° 3 : Répartition des adolescentes suivant la situation matrimoniale

Situation	Effectif	Pourcentage
Célibataires	151	97,4
Mariées	4	2,6
TOTAL	155	100

Sur les 155 adolescentes enquêtées, 97,4 % étaient des célibataires. Les mariées ne représentaient que 2,6 %.

4. NIVEAU DE SCOLARISATION

TABLEAU N° 4.: Répartition des adolescentes selon le niveau de scolarisation

NIVEAU DE SCOLARISATION	AMPPF	
	Eff	%
Aucune Scolarité	44	23,4
Primaire	103	66,5
Secondaire ou plus	8	5,1
TOTAL	155	100

66,5 % des adolescentes avaient un niveau primaire, 23,4 % n'avaient aucune scolarité et 5,1 % avaient un niveau secondaire ou plus.

5. OCCUPATION DE L'ADOLESCENTE

Tableau N° 5 : Répartition des adolescentes selon leur occupation

Occupation de l'adolescente	Effectif	Pourcentage
Elèves	52	33,5
Ménagères	18	11,6
Petit commerce	30	19,4
Coiffeuses	1	0,6
autres	54	34,8
TOTAL	155	100

33,5 % des adolescentes de l'étude étaient des élèves, 11,6 % ménagères, 19,4 % avaient comme occupation le petit commerce, et les autres 34,8 % représentaient les occupations de bonnes, teinturières, et sans occupation.

6. OCCUPATION DU PARTENAIRE

Tableau N° 6 : Répartition de l'occupation du partenaire de l'adolescente

Occupation du partenaire	Effectif	Pourcentage
Elèves	27	17,4
Petit commerce	19	12,3
Fonctionnaires	22	14,2
Autres	87	56,1
TOTAL	155	100

Une proportion de 56,1 % des enquêtées avaient des partenaires dont la fonction ne se retrouve pas dans les 3 occupations déclarées (élève, petit commerce et fonctionnaire).

Ces autres étaient des professions avec des proportions insignifiantes : chauffeurs, mécaniciens, tailleurs, ouvriers, gardiens, menuisiers, etc.

Les occupations spécifiées sont :

- 17,4 % des élèves
- 12,3 % des petites commerçantes
- 14,2 % des fonctionnaires

II. CARACTERISTIQUES DES PARENTS

1.) Situation matrimoniale

Tableau N° 7 : Répartition des adolescentes selon la situation matrimoniale des parents

Situation Matrimoniale des Parents	Effectif	Pourcentage
Mariés monogames	55	35,5
Mariés polygames	78	45,2
Divorcés	7	4,5
Veufs	21	13,5
Séparés	2	1,3
TOTAL	155	100

La famille polygamique était la caractéristique matrimoniale dominante à 45,2 %, les monogames 35,5 %, les divorcés 4,5 %, les veufs 13,5 %, les séparés 1,3 %.

2) Niveau de scolarisation des parents

Tableau N° 8 : Répartition des adolescentes selon le niveau de scolarisation des parents.

Niveau de scolarisation des parents	Effectif		Pourcentage	
	Père	Mère	Père	Mère
aucune scolarité	46	97	29,7	62,5
Primaire	69	48	44,5	31
Secondaire ou plus	40	10	25,8	6,5
TOTAL	155	155	100	100

- 44,5 % des adolescentes ont leurs pères avec un niveau primaire
- 29,7 % n'ont aucune scolarité et 25,8 % sont du niveau secondaire ou plus
- 62,5 % des mères n'ont aucune scolarité, 31 % ont le niveau primaire et 6,5 % ont un niveau secondaire ou plus.

3. La profession des parents

Tableau N° 9 : Répartition des adolescentes suivant la catégorie professionnelle des parents

Catégorie professionnelle des parents	Effectif		Pourcentage	
	Père	Mère	Père	Mère
A	8	0	5,2	0
B	47	5	30,3	3,2
C	72	14	46,5	9,1
Autres	28	136	18	87,7
TOTAL	155	155	100	100

- 30,3 % des adolescentes ont des pères de la catégorie B, 46,5 % sont de la catégorie C et 5,2 % sont de la catégorie A

La catégorie A regroupe les emplois de médecins, d'ingénieurs, d'avocats, .

La catégorie B regroupe les emplois d'infirmiers d'Etat, les enseignants...

La catégorie C regroupe les infirmiers du 1er Cycle, les agents de bureau, etc...

Les autres catégories socio-professionnelles représentent 18 %.

- 87,7 % des mères occupent les professions de ménagères, commerçantes etc.

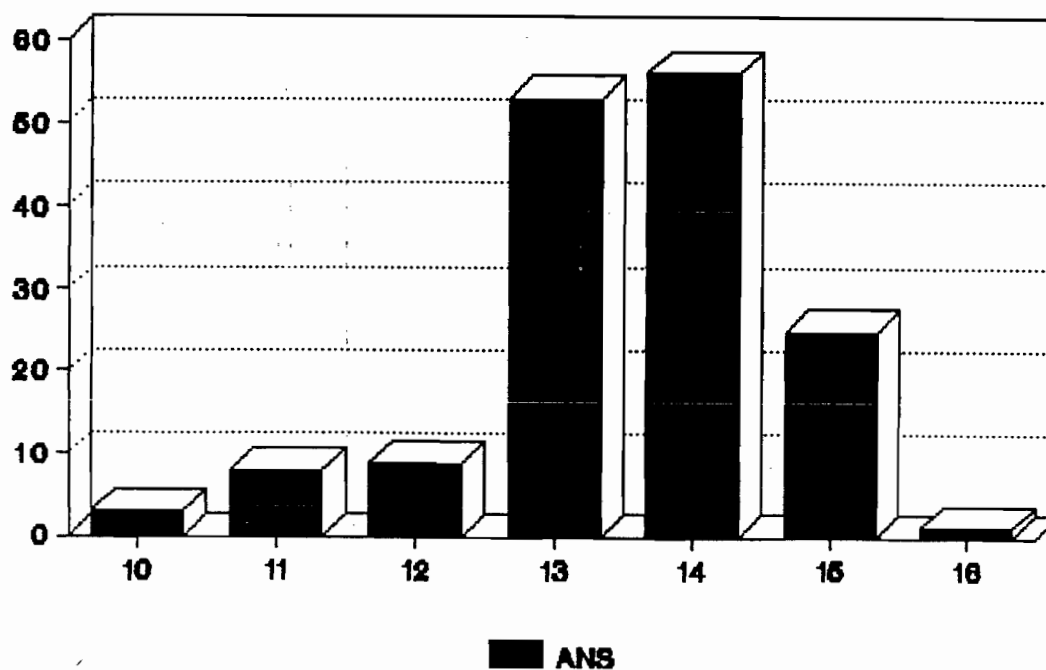
- 9,1 % sont la catégorie C et 3,2 % de la catégorie B.

III. LA SEXUALITE

1°) Age de la puberté

Tableau N° 10 : Répartition des adolescentes selon l'âge de la puberté

Age de la puberté	Effectif	Pourcentage
10	3	1,9
11	8	5,2
12	9	5,8
13	53	34,2
14	56	36,1
15	25	16,1
16	1	0,6
17	-	-
TOTAL	155	100



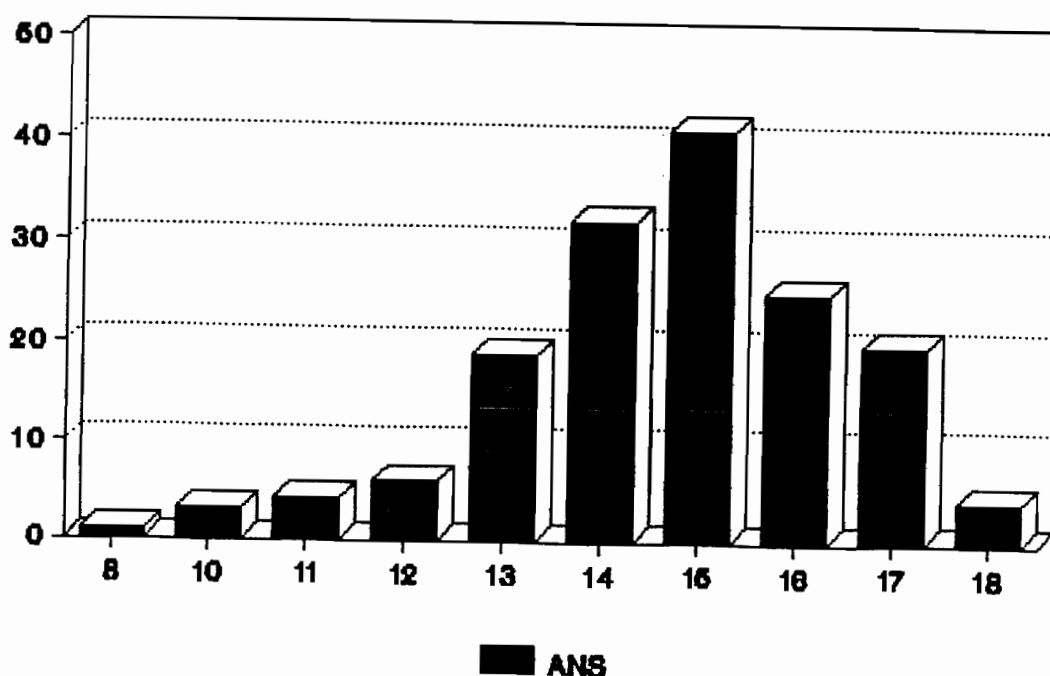
GRAPHIQUE N° 2 : REPARTITION DES ADOLESCENTES SELON L'AGE DE LA PUBERTE

L'âge modal de la puberté des adolescentes étudiées est de 13 - 14 ans (70,3 %). L'âge précoce de la puberté se situe à 10 ans et l'âge tardif est de 16 ans.

2°) Age aux premiers rapports sexuels

Tableau N° 11 : Répartition des adolescentes selon l'âge aux premiers rapports sexuels

Age aux premiers rapports sexuels	Effectif	Pourcentage
8	1	0,6
10	3	1,9
11	4	2,6
12	6	3,9
13	19	12,3
14	32	20,6
15	41	26,5
16	25	16,1
17	20	12,9
18	4	2,6
TOTAL	155	100



GRAPHIQUE N° 3 : REPARTITION DES ADOLESCENTES SELON L'AGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS

Entre 14-15 ans, 47,1 % des adolescentes avaient eu leurs premiers rapports sexuels. Avant 14 ans 21,3 % en avaient eu. 26,5 % les avaient à 15 ans. Après on observe une chute de 16,1 % à 16 ans ; 12,9 % à 17 ans, 2,6 % à 18 ans et aucun cas à 19 ans.

L'âge la plus jeune à laquelle il y a eu les premiers rapports sexuels se situe à 8 ans.

3°) Connaissance des maladies sexuellement transmissibles (MST)

Tableau N° 12 : Répartition des adolescentes suivant la connaissance des MST

Connaissance des MST	Effectif	Pourcentage
Oui	147	94,8
Non	8	5,2
TOTAL	155	100

Elles étaient 94,8 % à connaître les MST. Seule une minorité 5,2 % ne savaient rien sur les MST.

4. Maladies sexuellement transmissibles

Tableau N° 13 : Répartition des adolescentes ayant contracté une MST

Malade de MST	Effectif	Pourcentage
Oui	65	41,9
Non	90	58,1
TOTAL	155	100

58,1 % des enquêtées n'avaient jamais contracté une MST. 41,9 % en avaient eu au moins une fois.

5°) Connaissance du SIDA

L'ensemble des adolescentes interrogées avaient eu une information sur le SIDA.

6°) Connaissance des méthodes préventives contre le SIDA

Tableau N° 14 : Répartition des adolescentes selon la connaissance des méthodes préventives contre le SIDA

Connaissance des méthodes préventives contre le SIDA	Effectif	Pourcentage
Un seul partenaire	91	61,9
Utilisation de préservatif	32	20,6
Choix du partenaire	7	4,5
partie.Seul + Utilisation préser.	17	7,7
Part.seul + choix partenaire	3	1,9
Utilis. préserv.+choix partenaire	1	0,6
Ne sait pas	4	2,6
TOTAL	155	100

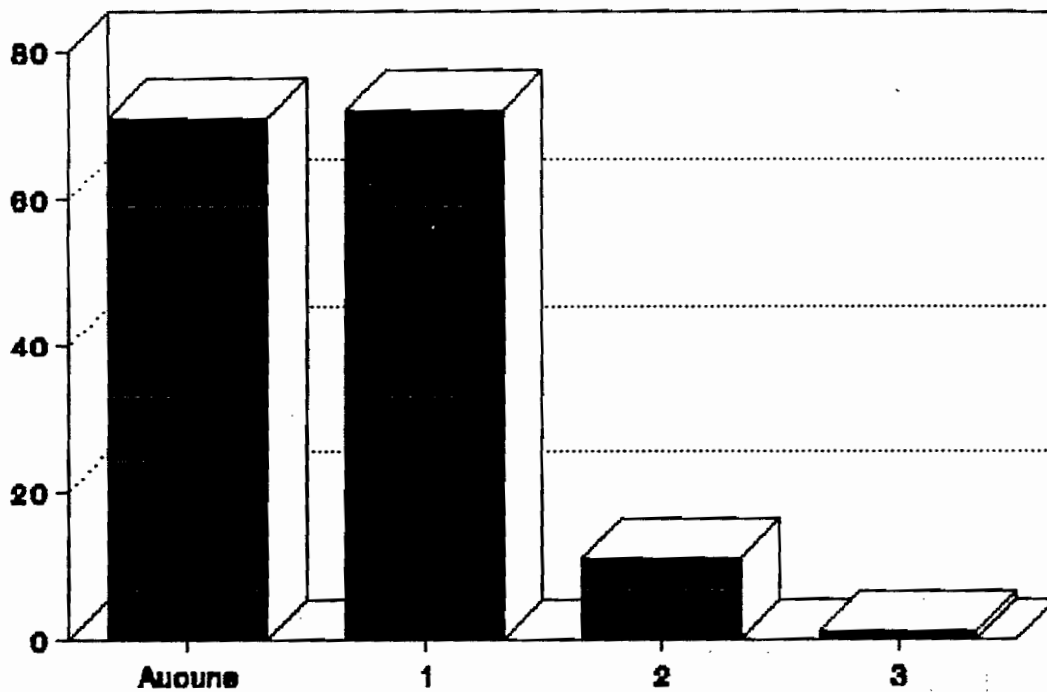
61,9 % des enquêtées pensaient que la prévention du SIDA nécessite un seul partenaire sexuel. L'utilisation du préservatif venait en 2e position avec 20,6 %.

III. FECONDITE

1°) Nombre de grossesse

Tableau N° 15 : Répartition des adolescentes selon le nombre de grossesses

Nombre de grossesse	Effectif	Pourcentage
Aucune grossesse	71	45,8
1	72	46,5
2	11	7,1
3	1	0,6
TOTAL	155	100



GRAPHIQUE N° 4 : REPARTITION DES ADOLESCENTES SELON LE NOMBRE DE GROSSESSES

54,2 % des adolescentes fréquentant l'AMPPF avaient eu au moins une grossesse dont 46,5 % une grossesse, 7,1 % 2 grossesses et 0,6 % 3 grossesses.

2°). Nombre d'enfants vivants**TABLEAU N° 16** : Répartition des adolescentes selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Effectif	Pourcentage
Sans enfant	115	74,2
1 Vivant	35	22,6
2 Vivants	5	3,2
3 Vivants	0	0
TOTAL	155	100

- 74,2 % des adolescentes n'avaient aucun enfant vivant, 22,6 % 1 enfant vivant, 3,2 % ont 2 enfants vivants.

3°) Nombre d'enfants décédés**TABLEAU N° 17** : Répartition des adolescentes selon le nombre d'enfants décédés

Nombre d'enfants décédés	Effectif	Pourcentage
Aucun décès	141	91
1	14	9
TOTAL	155	100

91 % des adolescentes n'avaient aucun enfant décédé au moment de l'enquête.

4°) Nombre d'avortement provoqués**Tableau N° 18** : Répartition des adolescentes selon le nombre d'avortements provoqués

Nombre d'avortements provoqués	Effectif	Pourcentage
Aucun avortement	125	80,6
1 ^{er} avortement	30	19,4
TOTAL	155	100

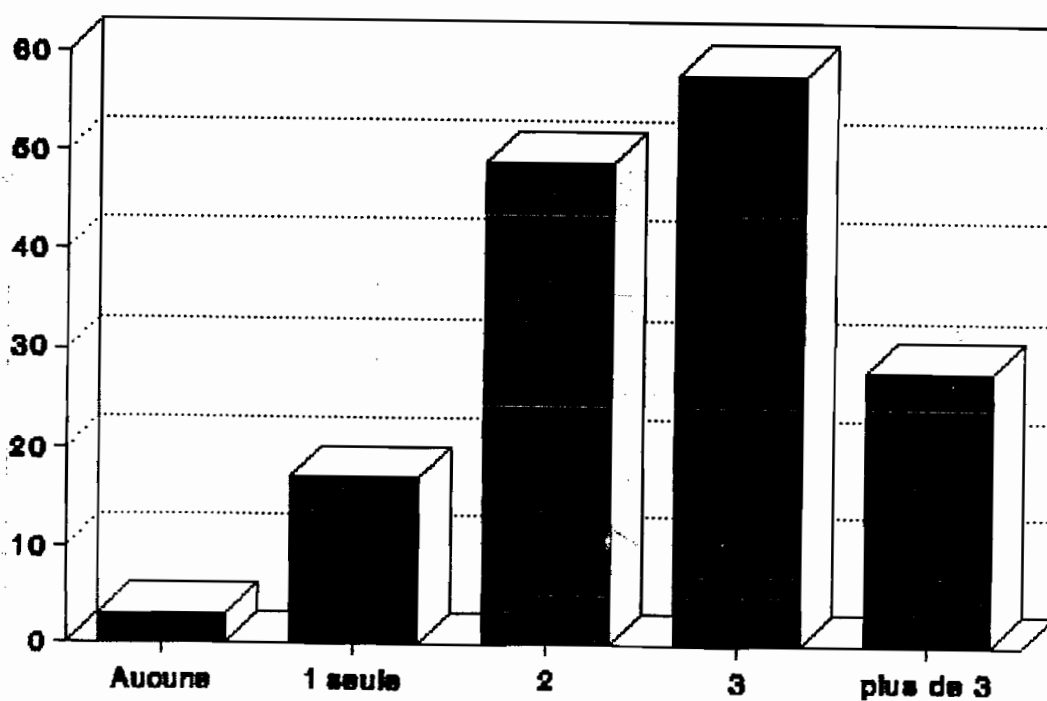
19,4 % des adolescentes qui fréquentaient le centre ont eu à faire un avortement provoqué.

V. CONTRACEPTION

1°) Connaissance des méthodes contraceptives

TABLEAU N° 19 : Répartition des adolescentes selon la méthode connue

Méthodes connues	Effectif	Pourcentage
Aucune	3	2
Une	17	11
Deux	49	31,6
Trois	58	37,4
Plus que trois	28	18
TOTAL	155	100



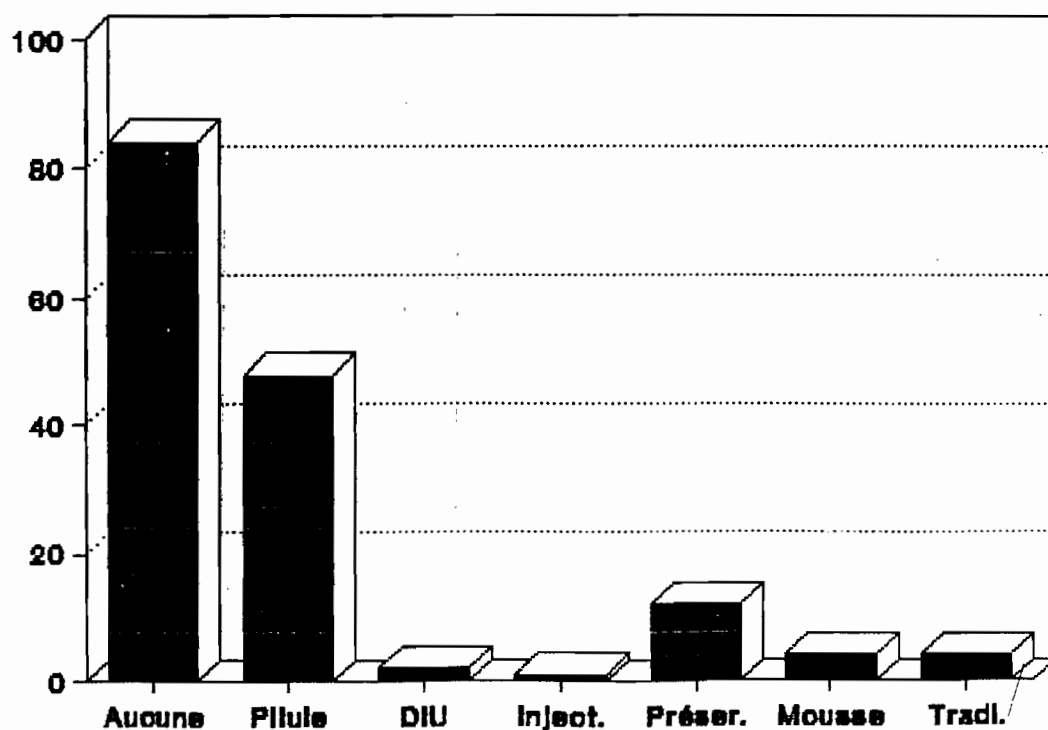
GRAPHIQUE N° 5 : REPARTITION DES ADOLESCENTES SELON LES METHODES CONNUES

Elles étaient 98 % à connaître au moins une méthode de contraception au moment de l'enquête.

Utilisation de méthodes

Tableau N° 20 : Répartition des adolescentes selon l'utilisation des méthodes de contraception

Méthodes déjà utilisées	Effectif	Pourcentage
Aucune	84	54,2
Pilule	48	31
DIU	2	1,3
Injectable	1	0,6
Préservatifs	12	7,7
Mousse	4	2,6
traditionnelles	4	2,6
TOTAL	155	100



GRAPHIQUE N° 6 : REPARTITION DES ADOLESCENTES SELON L'UTILISATION DES METHODES DE CONTRACEPTION

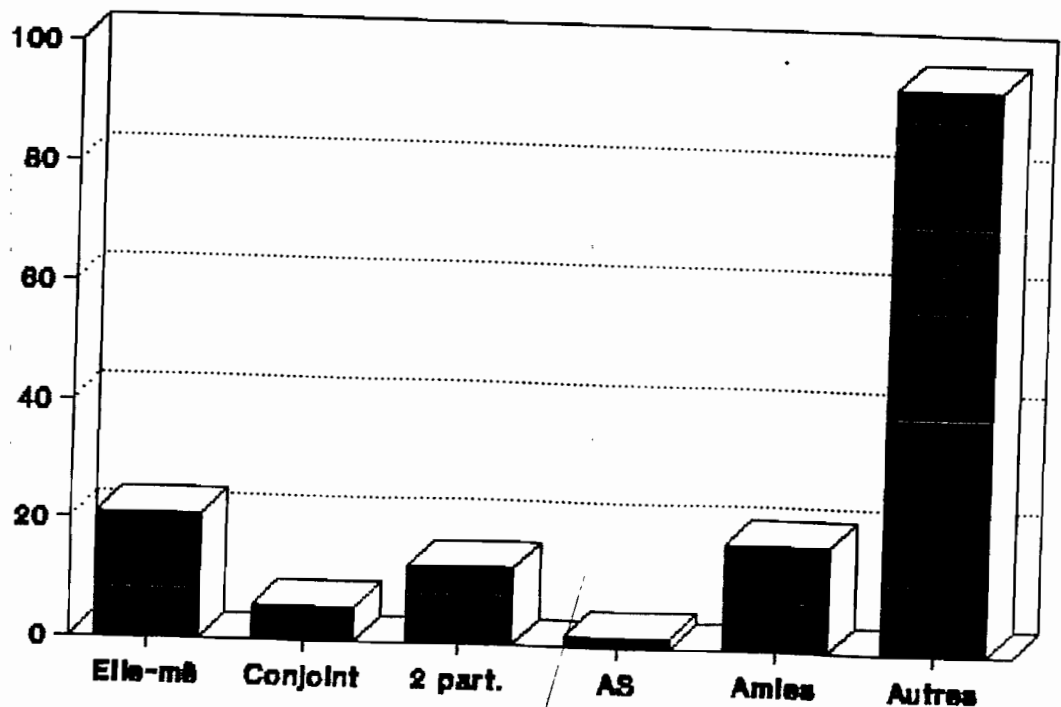
Inject. = Injectable
 Présér. = Préservatifs
 Tradi. = Traditionnelle

54,2 % des adolescentes étaient à leur 1ère visite au moment de l'enquête dont n'avaient pas encore utilisé de méthodes. La pilule est la méthode la plus utilisée avec 31 % ensuite viennent les préservatifs avec 7,7 % Les 2,6 % les méthodes traditionnelles.

3. L'orientation vers le centre de planning

Tableau N° 21 : Répartition des adolescentes selon l'orientation vers le centre de planning.

Qui vous a orienté vers la contraception	Effectif	Pourcentage
Elle même	21	13,5
Conjoint	6	3,9
Les 2 partenaires (décision couple)	13	8,4
Agent de santé	2	1,2
Amies	18	11,6
Mère - Tante ou sœur	95	61,3
TOTAL	155	100



GRAPHIQUE N° 7 : REPARTITION DES ADOLESCENTES SELON L'ORIENTATION VERS LES CENTRE DE PLANNING

Elle-me.= elle-même
 2 part. = les 2 partenaires
 A.S = agent de santé
 Autres (Mère - Tante ou sœur)

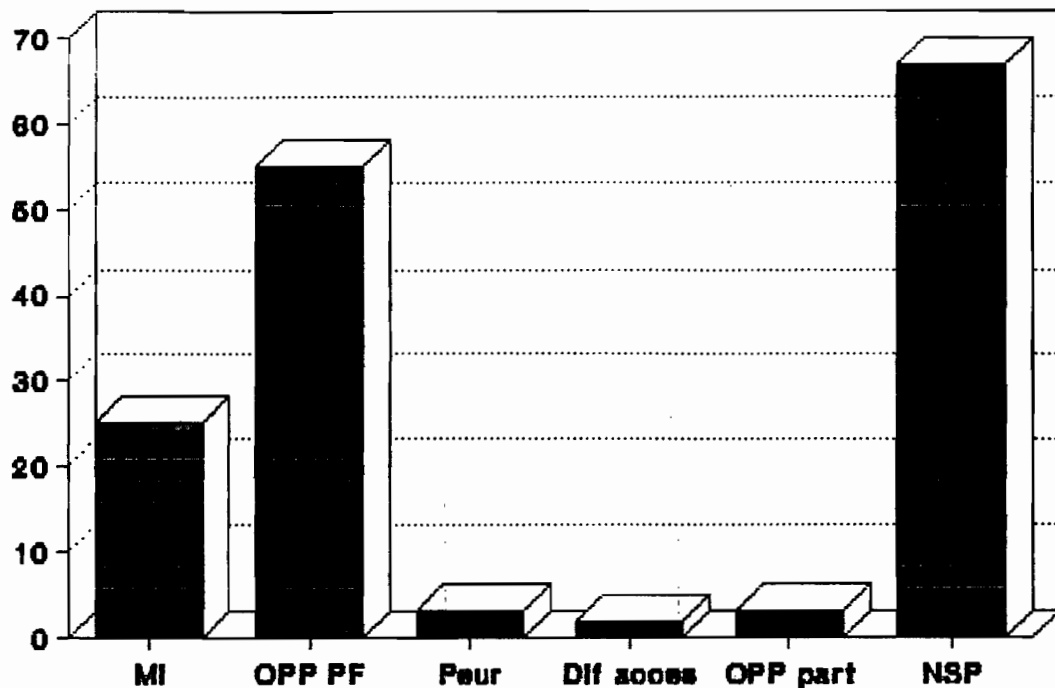
Il ressort de ce tableau que 61,3 % de ces adolescentes, la sœur, la mère ou la tante est à l'origine de l'orientation vers le centre de planning. Cette décision est prise par l'adolescente elle-même dans 13,5 % des cas alors que les conseils par les amies pour l'orientation vers le centre ne représentent que 11,6 %.

L'orientation par la tante, mère ou grande sœur est probablement due au fait que ces dernières fréquentent les centres de santé ou elles assistent aux causeries sur le planning familial aussi bien lors des consultations prénatales, post natales ou gynécologiques ou ont déjà subi les inconvénients d'une grossesse indésirée.

4. Raisons de non utilisation de la contraception

Tableau N° 22: Répartition des adolescentes selon les raisons qui font que leur copine n'utilisent pas de méthodes de contraception

Raisons	Effectif	Pourcentage
Manque d'information	25	16,1
Opposition à la P.F	55	35,5
Peut d'être mal jugé	3	1,9
Difficultés d'accès au centre	2	1,3
Opposition du partenaire	3	1,9
Ne sait pas	67	43,2
TOTAL	155	100



GRAPHIQUE N° 8 : REPARTITION DES ADOLESCENTES SELON LES RAISONS DE LA NON UTILISATION DE LA CONTRACEPTION PAR LEURS COPINES

MI = Manque d'Information
 Opp.PF = Opposition à la Plan Familiale
 Peur = Peur d'être mal jugé
 dif. accès = difficultés d'accès du centre
 Opp. part = Opposition du partenaire
 NSP = Ne sait pas.

16,1 % des consultantes à l'AMPPF pensent que c'est le manque d'information qui fait que beaucoup d'adolescentes n'utilisent pas de méthode de contraception. 35,5 % pensent que c'est une opposition à la P.F.

La peur d'être mal jugé 1,9 %, difficulté d'accès 1,3 %, opposition du partenaire 1,9 %, 43,2 % ne savent rien.

5. La préférence pour un centre de planning

Tableau N° 23 : Répartition des adolescentes suivant la préférence pour un centre de Planning Familial

Préférence	Effectif	Pourcentage
Jeunes + Adultes	90	58
Jeunes filles uniquement	65	42
TOTAL	155	100

42 % pensent que le mieux serait d'ouvrir un centre de planning familial réservé uniquement aux jeunes filles et 58 % pensent que le mieux serait pour les adultes et les jeunes.

6 L'avis du personnel de la santé

Cinq personnes ont été interrogées sur leur avis face à la contraception de l'adolescente .

Deux personnes pensent que dès qu'elles se présentent c'est qu'il y a un besoin et le mieux serait de les planifier

Les autres pensent qu'à leur avis il faudrait attendre au moins 16 ans pour les planifier pour s'assurer de leur maturité biologique et surtout responsabiliser les parents qui par une meilleure éducation pourront retarder l'activité sexuelle précoce des jeunes

B. BANCONI**Profil démographique de l'échantillon****1°) Situation matrimoniale****TABLEAU N° 24 : Répartition des adolescentes selon la situation matrimoniale**

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Célibataires	154	77,8
Mariées	44	22,2
TOTAL	198	100

L'analyse de ce tableau révèle que 77,8 % des adolescentes étaient célibataires contre 22,2 % de mariées.

2°) Niveau de scolarisation**TABLEAU N° 25 : Répartition des adolescentes selon le niveau de scolarisation**

Niveau de scolarisation	Effectif	Pourcentage
Aucune scolarité	124	62,6
Primaire	71	35,9
Secondaire et plus	3	1,5
TOTAL	198	100

Les adolescentes interrogées étaient pour la majorité non scolarisées 62,6 %, 35,9 % avaient un niveau primaire et 1,5 % le niveau secondaire ou plus.

3°) Occupation de l'adolescente**Tableau N° 26 : Répartition des adolescentes selon leur occupation**

Occupations de l'adolescente	Effectif	Pourcentage
Elèves	21	10,6
Ménagères	113	57,1
Petites commerçantes	44	22,2
Coiffeuses	5	2,5
Autres	15	7,6
TOTAL	198	100

57,1 % des adolescentes étaient des ménagères, 22,2 % des commerçantes, 10,6 % des élèves, 7,6 % avaient d'autres occupations.

Tableau N° 27 : Répartition des adolescentes selon l'occupation du partenaire

Occupations du partenaire	Effectif	Pourcentage
Elèves	53	26,8
Petits commerçants	45	22,7
Fonctionnaires	15	7,6
Autres	85	42,9
TOTAL	198	100

La majorité des partenaires ont comme occupation l'école soit 26,8 %, 22,7 % font le commerce. Les autres représentant 42,9 % avec des proportions minimes de menuisiers, tailleurs, chauffeurs mécaniciens, autres.

II. CARACTERISTIQUES DES PARENTS

1°) Situation matrimoniale

Tableau N° 28 : Répartition des adolescentes selon la situation matrimoniale des parents

Situation matrimoniale des parents	Effectif	Pourcentage
Mariés monogames	62	31,3
Mariés polygames	102	51,5
Divorcés	2	1
Veufs	29	14,6
Séparés	3	1,5
TOTAL	198	100

51,5 % des parents des adolescentes sont polygames et 31,3 % des monogames.

2°) Niveau de scolarisation des parents

TABLEAU N° 29 : Répartition des adolescentes selon le niveau de scolarisation des parents

Niveau de scolarisation des parents	Effectif		Pourcentage	
	Père	Mère	Père	Mère
Aucune scolarité	117	172	59	86,9
Primaire	70	22	35,4	11,1
Secondaire ou plus	11	4	5,6	2
TOTAL	198	198	100	100

59 % des parents du sexe masculin n'ont aucune scolarité, 35,4 % le niveau primaire et 5,6 % le niveau secondaire ou plus.

86,9 % des mères n'ont aucune scolarité et seules les 13,1 % avaient un niveau.

3°) Profession des parents

Tableau N° 30 : Répartition des adolescentes suivant la catégorie professionnelle des parents

Catégorie professionnelle des parents	Effectif		Pourcentage	
	Père	Mère	Père	Mère
A	0	0	0	0
B	11	1	5,5	0,5
C	59	5	29,8	2,5
Autres	128	192	64,6	97
TOTAL	198	198	100	100

Les parents avaient comme catégorie B ou C dans les 2 cas avec 5,5 % pour les pères et 0,5 % pour les mères catégorie B, 29,8 % pour les pères et 2,5 % des mères la catégorie C.

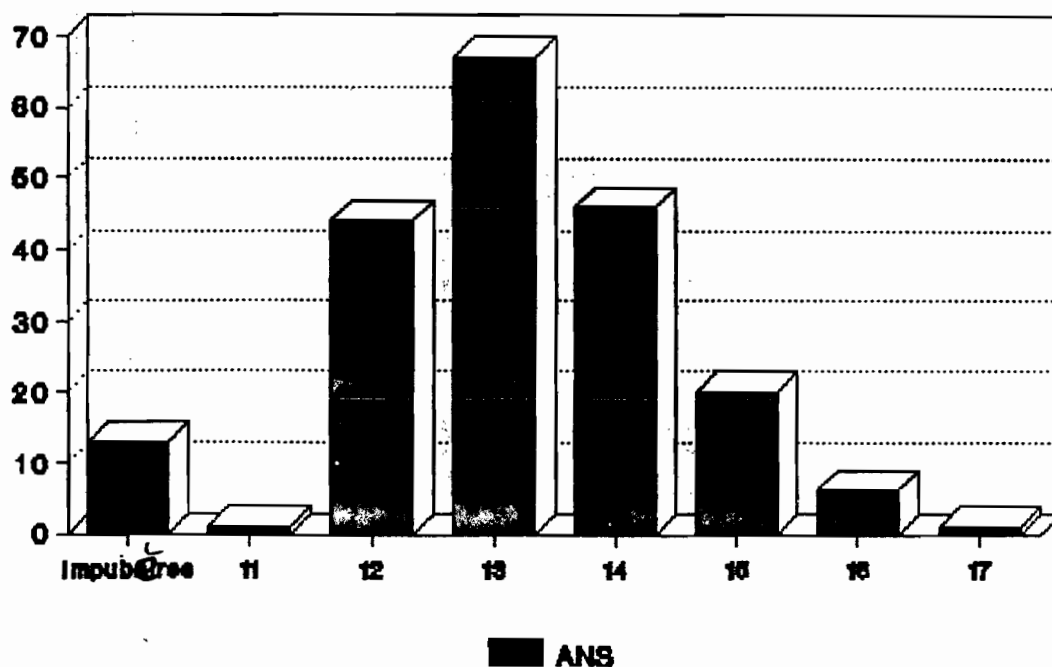
Les autres catégories professionnelles représentent 64,6 pour les pères et 97 % pour les mères.

III. LA SEXUALITE

1°) L'âge de la puberté

Tableau N° 31 : Répartition des adolescentes suivant l'âge de la puberté

Age de la puberté	Effectif	Pourcentage
Impubères	13	6,6
11	1	0,5
12	44	22,2
13	67	33,8
14	46	23,2
15	20	10,1
16	6	3
17	1	0,5
TOTAL	198	100



GRAPHIQUE N° 9 : REPARTITION DES ADOLESCENTES SELON L'AGE DE LA PUBERTE

L'âge moyen de la puberté se situe à 13-14 ans avec 62,9 %.

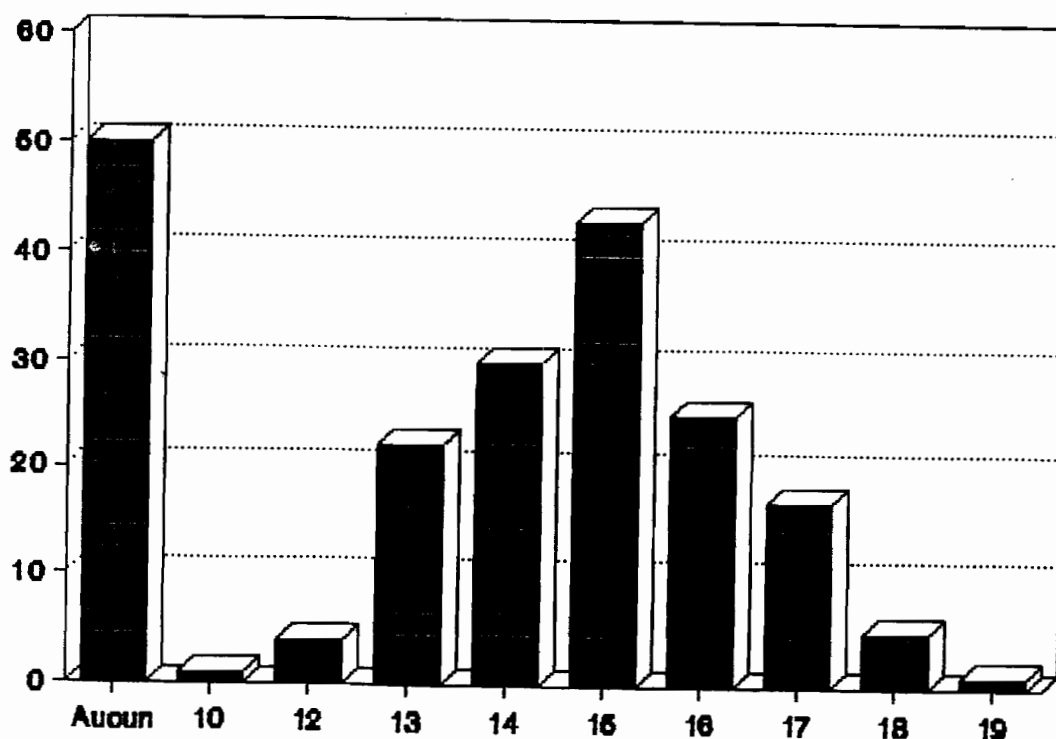
Avant l'âge de 13 ans, 29,3 % étaient pubères ; une proportion de 6,6 % de l'échantillon étaient impubères.

L'âge tardif d'apparition de la puberté se situe à 17 ans.

2°) L'âge des premiers rapports sexuels

Tableau N° 32 : Répartition des adolescentes selon l'âge aux premiers rapports sexuels

Age aux premiers rapports sexuels	Effectif	Pourcentage
n'avaient eu aucun rapport	50	25,3
10	1	0,5
12	4	2
13	22	11,1
14	30	15,2
15	43	21,7
16	25	12,6
17	17	8,6
18	5	2,5
19	1	0,5
TOTAL	198	100



GRAPHIQUE N° 10 : REPARTITION DES ADOLESCENTES SELON L'AGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS

74,7 % des adolescentes avaient une activité sexuelle. Seules 25,3 % déclaraient n'avoir jamais entretenu des relations sexuelles.

Avant l'âge de 15 ans, 28,8 % étaient actives sexuellement.

L'âge des premiers rapports sexuels varie entre 10 à 19 ans avec une fréquence élevée à 15 ans : 21,7 %.

3°) Connaissance des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)

Tableau N° 33 : Répartition des adolescentes suivant la connaissance des MST

connaissance des MST	Effectif	Pourcentage
Oui	178	89
Non	20	10,1
TOTAL	198	100

89,9 % des adolescentes ont affirmé connaître les MST. Seulement 10,1 % ne savent rien sur les MST.

4°) Maladies Sexuellement Transmissibles

36,4 % des adolescentes ont eu au moins une fois les MST.

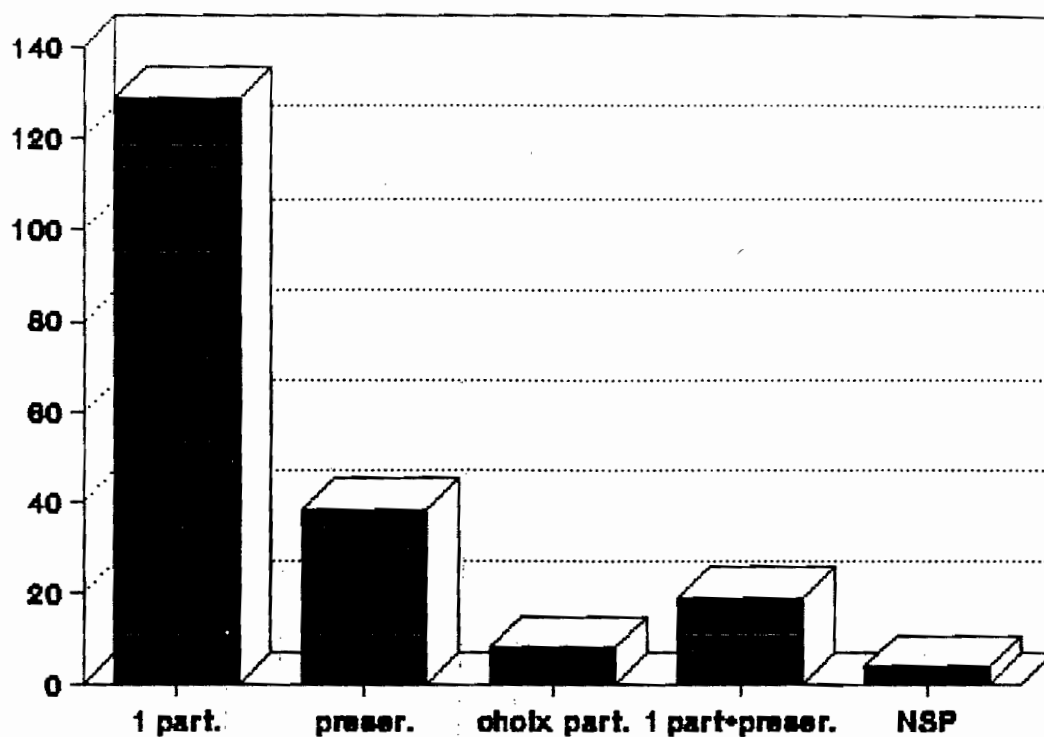
5°) Connaissance du SIDA

Elles connaissent toutes le SIDA.

6°) Connaissance des méthodes préventives contre le SIDA

Tableau N° 34 : Répartition des adolescentes selon la connaissance des méthodes préventives contre le SIDA

Connaissance des méthodes préventives contre le SIDA	Effectif	Pourcentage
In seul partenaire	129	65,2
Utilisation de préservatifs	38	19,2
Choix du partenaire	8	4
Seul partenaire + utilisat. Préservatifs	19	9,6
Ne sait pas	4	2
TOTAL	198	100



GRAPHIQUE N° 11 : REPARTITION DES ADOLESCENTES SELON LA CONNAISSANCE DES MOYENS DE PREVENTION CONTRE LE SIDA

1 part. = 1 partenaire
 preser. = préservatifs
 NSP = Ne sait pas

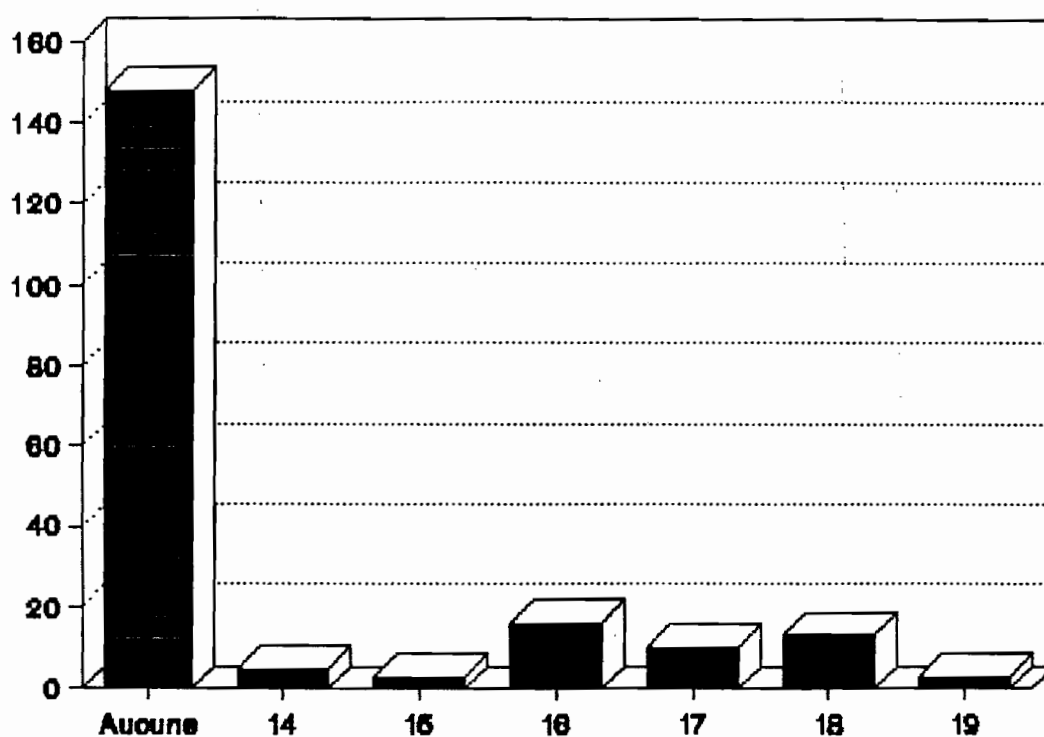
65,2 % pensent que le meilleur moyen est d'avoir un seul partenaire sexuel, l'utilisation du préservatif vient en 2e position avec 19,2 %.

IV. FECONDITE

1°) Age à la première grossesse

Tableau N° 35 : Répartition des adolescentes selon leur âge à la première grossesse

Age à la première grossesse	Aucune grossesse	14	15	16	17	18	19
Effectif	148	5	3	16	10	13	3
Pourcentage	74,8	2,5	1,5	8	5	6,6	1,5

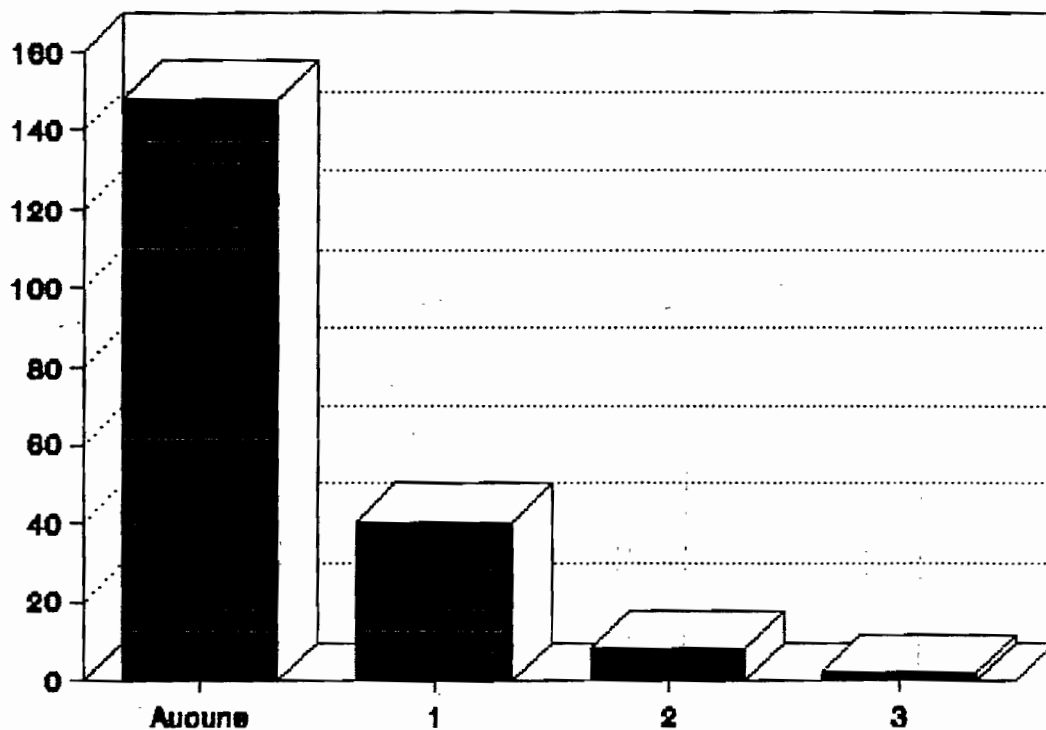


GRAPHIQUE N° 12 : REPARTITION DES ADOLESCENTES SELON LEUR AGE A LA PREMIERE GROSSESSE

L'enquête a montré que sur 198 adolescentes interrogées sur leurs premières grossesses, 74,7 % affirmaient n'avoir eu aucune grossesse antérieure. Seules 25,3 % avaient reconnu avoir eu une grossesse. A 14 ans = 2,5 %, 15 ans = 1,5 %, 16 ans = 8 %, 17 ans = 5 %, 18 ans = 6,6 %, 19 ans = 1,5 %.

2°) Nombre de grossesses**Tableau N° 36 : Répartition des adolescentes selon le nombre de grossesses**

Nombre de grossesses	Effectif	Pourcentage
Aucune de grossesse	148	74,8
1	40	20,2
2	8	4
3	2	1
TOTAL	198	100

**GRAPHIQUE N° 13 : REPARTITION DES ADOLESCENTES SELON LE NOMBRE DE GROSSESSES**

74,8 % des adolescentes interrogées n'avaient eu aucune grossesse. Seules une proportion de 20,2 % avaient un enfant vivant, 4 % avaient 2 enfants vivants et 1 % avaient 3 enfants vivants.

3°) Nombre d'enfants décédés

Tableau N° 37 : Répartition des adolescentes selon le nombre d'enfants décédés

Nombre d'enfants décédés	Effectif	Pourcentage
Aucun décès	194	93,8
1	4	6,2
TOTAL	198	100

93,8 % des enquêtées n'avaient eu aucun enfant décédé. Elle étaient 6,2 % à avoir un enfant décédé.

4°) Nombre d'avortement provoqué

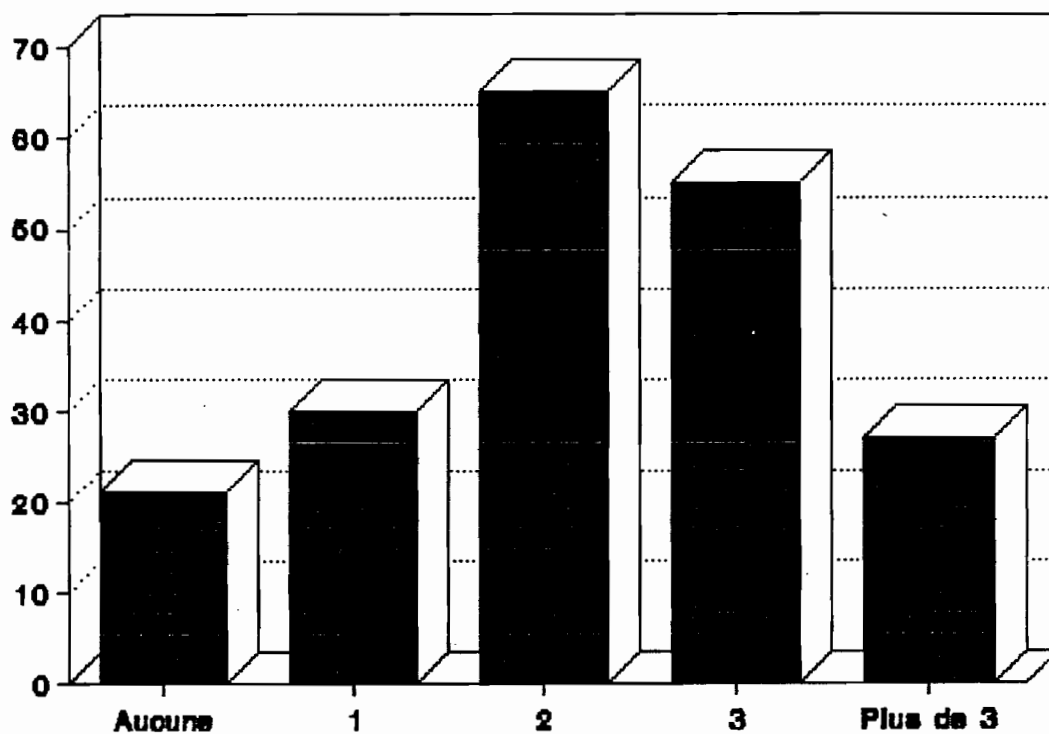
Seulement une seule adolescente a déclaré avoir fait un avortement provoqué soit 0,5 %.

V. CONTRACEPTION

1°) Connaissance des méthodes

Tableau N° 38 : Répartition des adolescentes selon les méthodes connues

méthodes connues	Effectif	Pourcentage
Aucune	21	10,6
Une	30	15,1
Deux	65	32,9
Trois	55	27,7
Trois et plus	27	13,7
TOTAL	198	100



GRAPHIQUE N° 14 : REPARTITION DES ADOLESCENTES SELON LES METHODES CONNUES

89,4 % des adolescentes connaissent au moins une méthode de contraception.
Seules 10,6 % ne savent rien sur les méthodes contraceptives.

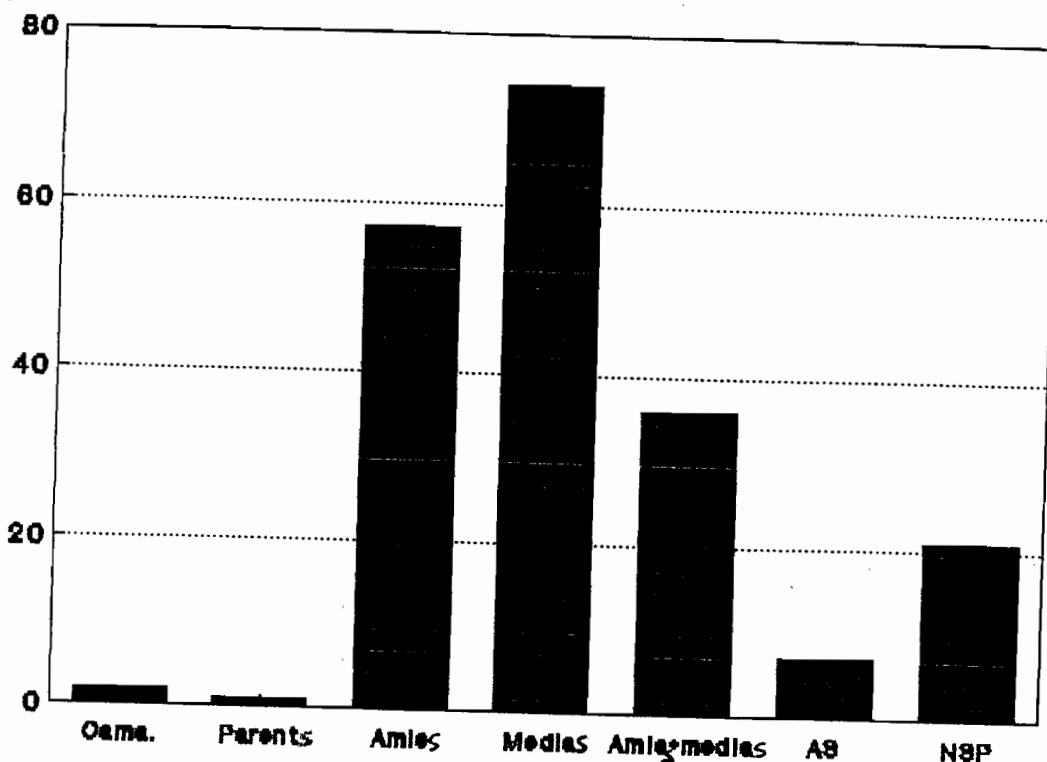
2°) Méthodes utilisées**Tableau N° 39 : Répartition des méthodes utilisées par les adolescentes**

Méthode déjà utilisée	Effectif	Pourcentage
Aucune	178	90
Pilule	12	6
DIU	1	0,5
Injectable	0	0
Préservatifs	0	0
Mousse	0	0
traditionnelles	7	2,7
TOTAL	198	100

Parmi les 89,4 % qui connaissent au moins une méthode de contraception seules 10 % ont eu à utiliser une méthode de contraception. La pilule est la méthode la plus utilisée avec 6 %, le DIU = 0,5 %, 2,7 % sont représentés par les méthodes traditionnelles. Les préservatifs n'ont pas été utilisés par les adolescentes.

4°) Les sources d'information sur la contraception**Tableau N° 40 : Répartition des adolescentes suivant les sources d'information sur la contraception**

Sources de la contraception	Effectif	Pourcentage
camarades	2	1
Parents	1	0,5
Amies	57	22,8
Médias	74	37,4
Amies + médias	36	18,2
Agents de santé	7	3,5
Ne sait pas	21	10,6
TOTAL	198	100



GRAPHIQUE N° 15 : REPARTITION DES ADOLESCENTES SELON LES SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

Cama. = Camarades
 AS = Agent de santé
 NSP = Ne sait pas

37,4 % des adolescentes ont comme sources d'information les médias, 22,8 % les amies, 18,2 % les amies plus les médias, 10,6 % n'ont pas d'information, 3,5 % par les agents de santé, les camarades et les parents sont faiblement représentés.

5°) L'information sur la contraception

75,8 % des adolescentes soit 150/198 présentent que l'information est insuffisante et 24,2 % soit 48/198 pensent qu'elle est suffisante.

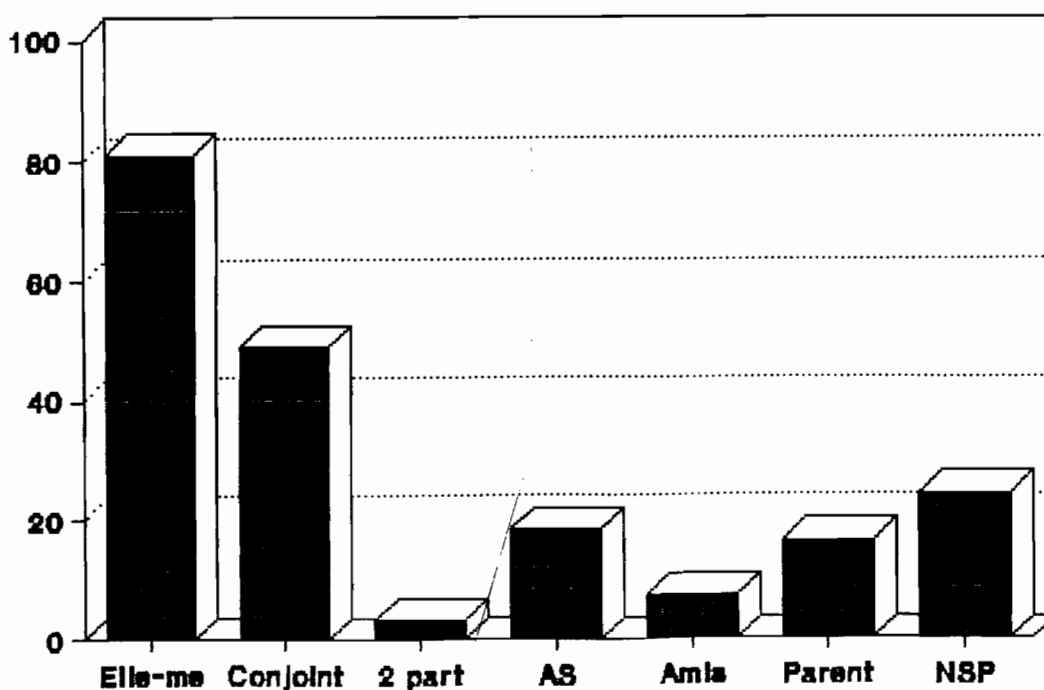
6°) L'avis des adolescentes sur la distribution des contraceptifs

51,5 % soit 102/198 préféraient aller vers un centre de santé en cas de besoin et 48,5 % soit 96/196 préféraient une distribution à domicile des produits contraceptifs.

7°) L'avis des adolescentes pour la personne qui doit les orienter vers la contraception

Tableau N° 41 : Répartition des adolescentes selon leur avis sur l'orientation vers la contraception

Qui doit vous orienté vers la contraception	Effectif	Pourcentage
Elles mêmes	81	40,9
Conjoint	49	24,7
Les 2 partenaires	3	1,5
Agents de santé	18	9,1
Amies	7	3,5
Parents	16	8,1
Ne sait pas	24	12,1
TOTAL	198	100



GRAPHIQUE N° 16 : REPARTITION DES ADOLESCENTES SELON LEUR AVIS SUR L'ORIENTATION VERS LA CONTRACEPTION

40,9 % pensent que c'est elles-mêmes qui doivent décider de la contraception.
24,7 % pensent que c'est le conjoint, 9,1 % pensent que c'est l'agent de santé,
8,1 % pensent que c'est les parents, 12,1 % ne savent rien.

C. CARACTERISTIQUES DES UTILISATRICES D'UNE METHODE DE PLANNING FAMILIAL AU BANCONI

1). Caractéristiques socio-démographiques des adolescentes utilisant une méthode de PF au quartier Banconi

Tableau N° 42 : Caractéristiques socio démographique des adolescentes utilisant une méthode de P.F. au Banconi

Age	Méthode moderne		Méthode traditionnelle		TOTAL	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
14	-	-	2	28,6	2	10
15	1	7,7	-	-	1	5
16	1	7,7	-	-	1	5
17	4	30,8	-	-	4	20
18	5	38,5	2	28,6	7	35
19	2	15,3	3	43	5	25
<u>Situation matrimoniale</u>						
Célibataires						
Mariées	11	84,6	3	43	14	70
	2	15,4	4	57	6	30
<u>Profession</u>						
Menagères	7	53,9	4	57	11	55
Commerçantes	1	7,7	2	28,6	3	15
Elèves	3	23	-	-	3	15
Coiffeuses	1	7,7	1	14,3	2	10
Autres	1	7,7	-	-	1	5
<u>Profession du partenaire</u>						
Fonctionnaires	4	30,8	-	-	4	20
Elèves	1	7,7	-	-	1	5
Commerçants	3	23	-4	57-	7	35
Autres	5	38,5	3	43	8	40
<u>Naissances vivantes</u>						
0	5	38,5	3	43	8	40
1	5	38,5	3	43	8	40
2	1	7,7	1	14,3	2	10
<u>Enfants décédés</u>						
1	1	7,7	-	-	1	5
<u>Avortement provoqué</u>						
1	1	7,7	-	-	1	5
<u>Niveau de scolarisation</u>						
Aucune scolarité	8	61,6	5	71,4	13	65
Primaire	3	23	2	28,6	5	25
Secondaire ou plus	2	15,3	-	-	2	10

L'analyse de ce tableau révèle que les adolescentes utilisant une méthode de planning familial au quartier Banconi représentaient 10 % de l'échantillon de l'étude.

Leur âge varie de 14 à 19 ans. 80 % ont 17 ans ou plus avec un maximum à 18 ans soit 35 %.

La majorité de ces adolescentes étaient célibataires 70 %. Cependant : 30 % vivaient en union.

55 % de ces adolescentes étaient des ménagères, 15 % dont le commerce 15 % étaient élèves, 10 % coiffeuses et 5 % sans profession déclarée.

L'occupation du partenaire déclarée est constituée par 35 %, le commerce, 5 % élèves, 20 % sont des fonctionnaires et les autres 40 %.

La majorité de ces adolescentes avaient eu une grossesse soit 60 % dont 40 % avaient un enfant vivant, 10 % 2 enfants vivants, 5 % un enfant décédé et 5 % un avortement provoqué.

Le niveau d'éducation de ces adolescentes est hétérogène : 65 % n'ont eu aucune scolarité, 25 % avaient un niveau primaire, 10 % avaient un niveau secondaire.

2°) Connaissance et utilisation des méthodes de planning familial par les adolescentes au quartier Banconi

Tableau N° 43 : Répartition des adolescentes selon la méthode de contraception moderne utilisée au quartier Banconi

Utilisation des méthodes	Effectif	Pourcentage
Pilule	12	92,3
Sterilet	1	7,7
TOTAL	13	100

Parmi ces adolescentes qui utilisaient une méthode moderne, 92,3 % prenaient la pilule et 7,7 % le stérilet. La pilule est donc la méthode la plus utilisée. Toutes les adolescentes qui utilisaient une méthode de planning familial soit moderne ou traditionnelle connaissent au moins une méthode moderne de planification familiale dont la pilule est la plus connue.

Parmi celles qui utilisaient une méthode traditionnelle, 71,4 % n'ont eu aucune scolarité et les 28,6 % avaient le niveau primaire.

CHAPITRE V

**COMMENTAIRES
ET DISCUSSIONS**

L'étude en milieu urbain sur le comportement sexuel et la fécondité chez les adolescentes a montré des résultats pertinents qui constituent des facteurs qui nous interpellent à prendre un peu plus au sérieux le problème de la contraception chez l'adolescente.

1. L'âge

La majorité des adolescentes qui fréquentaient le centre de planning (AMPPF) 81,3 % avaient un âge compris entre 17-19 ans.

Seulement 18,7 % avaient un âge inférieur à 17 ans. Or notre étude a montré que sur les 74,7 % des adolescentes qui avaient une activité sexuelle, les 88,4 % les avaient avant l'âge de 17 ans. Ce retard de recours à la contraception peut s'expliquer par le manque d'éducation sexuelle et d'informations nécessaires sur le planning familial ou elles pensent ne pas être fécondes à cet âge ou bien alors, elles ont peur d'être critiquées par l'entourage.

Le délai entre le besoin et la pratique de la contraception est long, ce qui a pour conséquences les grossesses indésirées, les avortements clandestins sources de stérilité définitive et de décès.

80 % de celles qui avaient utilisé une méthode de planning familial avaient également un âge compris entre 17-19 ans.

2°) Situation matrimoniale

86,4 % des adolescentes enquêtées étaient célibataires dans notre étude (AMPPF et Banconi). La maturité sexuelle se produit plus tôt et l'âge au mariage recule les adolescentes sont donc confrontées aux problèmes d'avortements, de naissances hors mariage.

Les filles en milieu urbain se marient plus tard du fait de la scolarisation, de relâchement des traditions et coutumes concernant le mariage qui se faisait aussitôt que la fille devenait pubère.

La situation économique en milieu urbain, défavorable pour la plupart des familles et des adolescentes n'incite pas le mariage pour bon nombre de jeunes adolescents.

3°) Niveau de scolarisation

71,6 % des adolescentes fréquentant le centre de planning ont été scolarisées bien que 66,5 % avaient un niveau primaire. Au Banconi, 62,6 % n'ont pas été scolarisées. La population au Banconi étant moins nantie, les parents ne doivent pas accorder beaucoup d'importance à l'éducation de leurs enfants. La scolarisation favorise l'utilisation de la contraception (EDS).

4°) Occupation de l'adolescente

33,5 % des adolescentes fréquentant l'AMPPF étaient des élèves du primaire c'est-à-dire le niveau fondamental (de la 1ère année en 9e année), par contre on retrouve plus de ménagères au Banconi 57,1 % ou la pratique de la contraception n'existe presque pas. Les élèves sont mieux informées sur la contraception que les ménagères ce qui est confirmé par (EDS).

5°) Occupation du partenaire

La plupart des partenaires des adolescentes avaient comme occupation les emplois de menuisiers, les tailleurs, les ouvriers autres, en tout cas qui ont un peu de revenu . Dans les groupes étudiés il n'existe pas de différence statistique. On peut en déduire que la plupart des adolescentes préfèrent des partenaires qui ont un peu de revenu vue les difficultés économiques actuelles.

6°) Les parents

La majorité des 353 adolescentes interrogées vivent avec les parents polygames 48,8 %. Cela ne nous étonne pas car l'enquête EDS situe les ménages les polygamiques à 45 % au Mali.

La majorité des mères n'ont aucune scolarité 76,2 % de l'ensemble des enquêtées cela est dû au fait que le taux de scolarisation des filles reste très bas au Mali 8 % (47). La crise économique contribue à amplifier le phénomène. Les parents n'arrivant pas toujours à satisfaire les besoins matériels de leurs filles, perdent non seulement de leur autorité mais assistent passivement à leur recours à la prostitution et à la dépravation. Viennent s'ajouter à ces différents facteurs, la migration et l'exode rurale, conduisant les filles des villages (en quête d'emploi) en villes comme "bonnes" ou "servantes" faisant accroître ainsi le nombre de filles mères.

7°) L'âge de la puberté

L'âge de la puberté dans notre étude en milieu urbain varie de 10 -17 ans. 22 % les avaient avant l'âge de 13 ans. Il semble que l'avancement de l'âge de la puberté soit un phénomène universel bien qu'il paraisse stationnaire dans quelques pays développés (76).

En Europe, par exemple, l'âge moyen des ménarches s'est abaissé d'environ 10 mois pendant chaque génération (59) une diminution analogue a été constatée aux Etats-Unis et au Japon.

Selon Parkes, 50 % les avaient à 12 ans (76).

La génétique, la santé et leurs facteurs sociaux-économiques exercent une influence sur les grandes variations de l'âge des ménarches que l'on observe dans différentes cultures. Les jeunes ont un développement physiologique rapide en raison des modifications de régimes alimentaires. (76) (47).

8°) Age aux premiers rapports sexuels

74,7 des adolescentes enquêtées au Banconi étaient sexuellement actives. L'âge des rapports sexuels varie de 10-18 ans. Ces faits reflètent de nouveaux comportements sexuels des jeunes dans le milieu urbain malien à savoir une activité sexuelle répandue et à un âge relativement jeune entre 13 et 15 ans 48 % au Banconi.

Une étude faite au Mali en 1988 à Bamako et Tombouctou a montré que 45,9% des adolescentes enquêtées déclaraient entretenir des relations (47).

Plusieurs sondages réalisées dans les zones urbaines africaines révèlent des niveaux semblables d'activité sexuelle parmi les jeunes adolescentes non mariées. Une recherche menée en 1982 sur 1.800 jeunes femmes âgées de 14 -25 ans à Ibadan, au Nigéria à 92 % des jeunes femmes qui n'étaient plus scolarisées avaient eu des relations sexuelles (23).

Une étude réalisée aux Etats-Unis entre 1971 et 1982 sur des jeunes filles non mariées âgées de 15 à 19 ans ayant eu des relations sexuelles a montré une augmentation de proportion de 28 à 43 % aux Etats-Unis (27).

Selon les estimations des Nations-unis, plus de la moitié des 21 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans aux Etats-Unis ont été sexuellement actives (45).

Au Québec, les études faites auprès des adolescentes fréquentant un établissement scolaire nous indiquent qu'environ 50 % d'entre elles ont eu une relation sexuelle complète avant d'atteindre l'âge de 17 ans (45).

Comment expliquer ces changements d'activité sexuelle parmi les jeunes ?

A travers le monde et surtout là où l'urbanisation et la modernisation sont rapides, les jeunes échappent aux contraintes imposées par leurs familles et leurs collectivités. Les médias, les pairs et les autres sources d'information rivalisent d'influence sur les jeunes contre celle des parents (76).

9°) SIDA et MST

Toutes les adolescentes de l'étude ont entendu parler du SIDA ; et 92 % connaissent les MST. Ce qui est frappant c'est que l'information sur le SIDA en milieu urbain a été efficace.

Les mesures de prévention spécifique du SIDA par un seul partenaire sexuel est très répandu 63,7 % contrairement à l'usage de préservatifs 19,8 %.

Cette discordance entre la connaissance du SIDA et celle des méthodes préventives pourrait s'expliquer par le fait que le message est mal transmis quant à l'utilisation du préservatif comme premier moyen de prévention.

38,8 % des adolescentes de l'étude ont eu des MST au moins une fois.

Une enquête similaire faite dans la région de Yaoundé, au Cameroun qui a montré qu'un cinquième des élèves étaient atteintes de blénorrhagie.(45)

En grande Bretagne dans la plupart des cliniques qui assurent le traitement des MST, 40 et 50 % des femmes qui viennent se faire soigner ont moins de 20 ans (45).

Entre 1970 et 1979, aux Etats-Unis, les taux d'incidence de gonorrhée ont triplé par les filles de 10 à 14 ans et quadruplé parmi celles de 15 à 19 ans (76).

10°) La fécondité des adolescentes en milieu urbain

Notre étude a montré que 48 % des adolescentes ont eu au moins une grossesse à cause de la précocité des relations sexuelles et au non recours à la contraception.

En Afrique, les grossesses d'adolescentes sont fréquentes et atteignent les proportions <<d'une épidémie>> (45).

Le niveau de la fécondité des adolescentes est quatre fois plus élevé en Afrique qu'en Europe et en Amérique du Nord. L'Afrique occupe la <<tête de peleton>> (15).

En Afrique, le taux de fécondité pour 1000 femmes de 15 à 19 ans atteignent 173 et 189 au Nigéria et au Sénégal (76).

Au Togo, le taux de fécondité à 15-19 ans est de 140 ‰ et les résultats de l'enquête démographique et de santé de 1988 montrent une légère baisse récente de ce taux sans doute explicable par un relèvement de l'âge au mariage.

Les grossesses d'adolescentes ne représentent pas un phénomène unique aux pays en développement. L'incidence des grossesses d'adolescentes a été qualifiée de grand problème de santé publique aux Etat-Unis (45). Selon les estimations, plus de la moitié des 21 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans aux Etat-Unis ont été sexuellement actives et plus d'un million d'adolescentes tombent enceintes chaque année, les deux tiers au moins sans avoir planifier leur grossesse et la plupart sans être mariées (45).

L'avortement

19,4 % des adolescentes venant se planifier à l'AMPPF ont eu à faire un avortement provoqué au moins une fois. Ceci semble être en dessous de la réalité quand on sait le nombre croissant d'avortement provoqué dans les zones urbaines.

Une enquête réalisée dans le district de Bamako a montré que parmi les 335 femmes qui avaient fait un avortement 14 % étaient des femmes âgées de moins de 18 ans (16).

Une autres enquête à Bamako a montré une moyenne de 4 avortements par jour dans les centres hospitaliers. Cela concerne surtout les cas d'avortements spontanés ou provoqués terminés par des complications (47).

Au Zaïre : 14.000 avortements par an à l'hôpital Mama Yémo presque tous compliqués 45 % environ concernaient à des adolescentes (53).

Au Congo, les études ont montré que 8 à 30 % des adolescentes notamment en milieu scolaire ont un antécédent d'interruption volontaire de grossesse.(58)

11°) Contraception des adolescentes

Les jeunes utilisent peu les méthodes contraceptives 90 % des adolescentes enquêtées au Banconi n'avaient jamais utilisé de méthodes de contraception bien que les 89,4 % connaissaient au moins une méthode. Le manque d'utilisation peut être dû au manque d'information de connaissance sur des méthodes contraceptives

En effet le manque d'information est la principale raison de la non utilisation de la contraception au Mali 40 % : (enquête EDS) ce qui n'est pas le cas dans notre étude au niveau de l'AMPPF où parmi celles qui fréquentaient le centre 35,5 % de ces adolescentes pensent que c'est dû à une opposition à la Planification Familiale. Mais le manque d'information vient en 2e position avec 16,1 %.

Beaucoup d'autres facteurs également influencent négativement l'utilisation des méthodes contraceptives chez les adolescentes.

- Un bas niveau socio-économique tel que nous l'avons constaté au Banconi.
- Le jugement négatif des amies à l'égard de la contraception parce que pour l'orientation au niveau de l'AMPPF 61,3 % des adolescentes avaient été guidées soit par la tante, la mère ou la sœur.
- La relation de la prostitution et planification familiale ce qui est confirmé que 35,5 % des adolescentes déclaraient une opposition à la Plannification Familiale.
- Le jeune âge lors de la première menstruation et lors des premières relations sexuelles où dans notre étude sur le Banconi où parmi les 50,5% des adolescentes de moins de 16 ans qui étaient sexuellement actives seulement 3/20 (15 %) des utilisatrices d'une méthodes avaient moins de 16 ans.

Un autre sondage réalisé en Gambie rapporte peu de recours à la contraception par les adolescentes. En effet en 1988, l'association Gambienne de planification familiale et FHI montré que la moitié des jeunes sexuellement actifs n'ont jamais utilisé de contraceptifs ne serait ce qu'une fois faute de connaissances relatives aux méthodes de Planning Familial ou de moyens pour les obtenir (27).

Au delà de ces résultats nous pouvons affirmer que la contraception des adolescentes devrait être actuellement un sujet de préoccupation par les services de santé.

Au Mali dans un passé récent, pour qu'une adolescente se planifie il fallait l'autorisation de ses parents, les services actuels de planification familiale sont ouverts à ce groupe.

CHAPITRE VI

**CONCLUSION
RECOMMANDATIONS**

Il ressort de notre étude que :

les adolescentes fréquentent le centre de planning à partir de 16 ans (89,7 %). Quelqu'en soit le milieu où les adolescentes se retrouvent, elles ont pratiquement les mêmes besoins de contraception car :

- La sexualité est précoce chez elles 74,7 % au Banconi ont déjà une expérience sexuelle et certaines d'entre elles avant 13 ans.

- La puberté est précoce, 52,3 % des adolescentes sont pubères à un âge \leq 13 ans

- L'entrée en union se fait tard. Seulement 13,6 % des adolescentes enquêtées sont mariées. Il y a donc un recul de l'âge au mariage malgré la sexualité précoce.

- Le phénomène des grossesses indésirées s'accroît et augmente le nombre de filles mères. 48 % des adolescentes enquêtées avaient eu au moins une grossesse.

- Les adolescentes sont informées sur des maladies sexuellement transmissibles 92 % -100 % ont entendu parler du SIDA, mais elles ne sont pas mieux informées sur les mesures préventives 63,7 % pensent que le mieux serait d'avoir un seul partenaire sexuel.

- L'ampleur du phénomène de l'avortement chez les adolescentes prend des proportions plus importantes : 19,4 % des adolescentes fréquentant l'AMPPF ont fait un avortement provoqué.

90 % des adolescentes connaissent mais 10 % utilisent les méthodes contraceptives au Banconi.

- Les médias sont très importants pour la diffusion des informations sur la contraception (37,4 %)

Les 75,8 % des enquêtées au Banconi pensent jusqu'à présent que l'information est insuffisante.

La plupart des adolescentes enquêtées à l'AMPPF pensent que la non utilisation est souvent due à une opposition à la Planification Familiale 35,5 %.

Elles étaient 90 % au Banconi à n'avoir utilisé aucune méthode de contraception.

La pilule est la méthode la plus utilisée. La connaissance des méthodes est en relation avec l'âge et le niveau de scolarisation des adolescentes. (EDS).

Le recours à la contraception pour beaucoup d'adolescentes est pour éviter une deuxième grossesse (54,2 %).

Face à ces problèmes et vue l'importance de la population adolescente ,nous avons juger utile de faire ces recommandations suivantes.

1. Education et information sur la sexualité

La maturation sexuelle précoce des jeunes et la sexualité active des adolescents sont autant de raisons qui font valoir la nécessité d'une éducation et d'une information sur la sexualité. Comment aborder ces problèmes et surtout comment les résoudre sont de grands sujets d'inquiétude et de débats parmi les parents et à tous les niveaux de la collectivité. Pour remédier à cet état de choses nous recommandons que soient organisé divers services pour aider les jeunes à améliorer leur vie familiale et à leur assurer une vie procréative saine. Il s'agit programmes à l'intention des parents : les parents devraient discuter avec eux de la réalité biologique et des normes morales du comportement sexuel.

- Education pour la vie familiale dans les écoles en donnant aux jeunes une éducation de vie familiale et de sexualité.
- Education de la jeunesse en dehors de l'école en organisant des causeries d'information dans les langues nationales devant des groupes de jeunes réunis par la collectivité ou sur les lieux de travail, conseils donnés dans les centres de planning familial, programmes d'animation communautaires et campagnes d'information par les médias.
- Organiser des programmes de jeunes à jeunes

2. La contraception

Beaucoup d'adolescents n'utilisent pas de méthodes contraceptives . La non contraception est due à plusieurs facteurs. Certains de ceux-ci sont du ressort de l'individu (relation prostitution et planning familial, religion, méconnaissance, etc...), et d'autres sont extérieurs à l'individu et touchent principalement l'accessibilité géographique, organisationnelle et économique. A cet effet, nous recommandons :

- que chaque centre de santé soit doté d'un service de contraception adapté aux jeunes, les services existant étant inadaptés.
- Améliorer l'accueil des adolescents dans les centres de santé et de planning familial.
- Créer des centres de planning familial dans les centres médico-scolaires, les maisons de jeunes, dans les quartiers où seront données les informations sur la contraception.

- Garantir l'accès à la contraception pour tous les adolescentes capables de discernement.
- Assurer la gratuité des méthodes contraceptives pour toutes les adolescentes.
- Encourager l'utilisation des préservatifs.
- Sensibiliser les parents à ce qu'ils ne refusent pas la contraception à leurs enfants quand ils constatent que ceux-ci ont une activité sexuelle.

3. La poursuite de la grossesse

Nous savons que la grossesse à l'adolescence entraîne souvent l'interruption des études. Or, à l'heure actuelle le milieu scolaire ne permet pas à l'adolescente de poursuivre ses études lors de la grossesse. De ce fait nous recommandons :

- de planifier les jeunes filles avant qu'elles n'aient une première grossesse en diffusant l'information sur les risques de MST et l'infidélité en leur expliquant que les MST à long terme risquent d'entraîner une stérilité définitive.
- une éducation sexuelle appropriée afin d'éviter les grossesses indésirées.

4. L'interruption volontaire de grossesse

L'avortement est source de préoccupation aussi bien sur le plan socio-sanitaire que religieux. A cet effet, nous recommandons une large diffusion sur les risques de l'avortement afin d'éviter les avortements clandestins.

5. MST et SIDA

Les MST ont un effet néfaste sur la fécondité future. En effet, nous recommandons que lorsque les jeunes demandent conseils en matière de planification familiale, le moment est particulièrement opportun pour les avertir des dangers des MST et leur indiquer comment ces maladies peuvent être évitées.

- Revoir les programmes de sensibilisation sur les MST et SIDA
- Sensibiliser les adolescentes par les affiches publicitaires

CHAPITRE VII

RESUME

Cette étude est une enquête épidémiologique et sociale.

Elle a touché un échantillon d'adolescentes âgées de 13-19 ans dont 155 à l'AMPPF et 198 au Banconi.

Il ressort de cette étude que :

- l'âge favorise l'utilisation de la contraception
- la sexualité est précoce et l'entrée en union se fait tard. Le délai entre le besoin et la pratique de la contraception est long.
- L'utilisation de la contraception dans la plupart des cas est la raison d'éviter une deuxième grossesse.
- Les méthodes contraceptives sont connues : 93,2 %, mais l'utilisation est faible ; ce qui a pour conséquences les grossesses indésirées, les avortements clandestins, les MST.
- La pilule est la méthode la plus utilisée.
- Les MST sont connus mais quand à la prévention du SIDA elles ignorent les mesures.
- La majorité des adolescentes ont été guidées vers la contraception par la mère, la sœur ou la tante.

L'opposition à la P.F est la principale raison de non utilisation de la contraception par les adolescentes.

- Le niveau de scolarisation a un effet positif sur l'utilisation de la contraception.
- L'information sur la contraception est insuffisante ce qui entraîne une opposition à la P.F.

CHAPITRE VIII
BIBLIOGRAPHIE

- 1• **ADOLESCENT FERTILITY RESSOURCE**
News letters, June 1985. p. 1-8
- 2• **AKIN BAA, J. B :**
Some Aspects of pregnancy and A bortion in some Nigerian Adolescents.
WHO organisation Meeting on Pregnancy and A bortion in Adolescence
Geneve June 24-28 197 A - J2
- 3• **BALAI SCH, J :**
La contraception chez la nullipare.
Contraception, Fertilité, Sexualité 2 (1) : 65 - 72 January 1974
- 4• **BENNETT, D.L :**
World wide problems in the delivery of adolescent health care.
Public Health 96 (6) : 334 - 340. November 1982
- 5• **BERAR DT et CII :**
La grossesse de l'adolescente
Ann. Fr : de pédiatrie, 1980, 37, 21 - 24
- 6• **BIHIMA (S) :**
Enquête sur l'interruption volontaire de la grossesse chez les filles à Bamako,
Mémoire de Biologie, ENSUP, Bamako 1983
- 7• **BOLOKO, A.M. and KOUAME, A. :**
Connaissance, Attitude et Pratique de la contraception : une enquête auprès
des élèves de Terminale (Lycée Classique d'Abidjan). Abidjan, Ivory Coast,
Ministère du Plan de l'Industrie, October 1981. Etudes et Recherches n° 4,
51 p.
- 8• **BOLTON, G.C :**
Adolescent contraception. Clinical obstetrics and Gynecology 24 (3) :
977 - 986. September 1981
- 9• **BOYCE, I. and BENOTT, C :**
Adolescent pregnancy. New York State Journal of Medecine 75 :
872 - 874. May 1975
- 10• **BRUN SWICK, A.F. :**
Adolescent health, Sex and Fertility
American Journal of Public Health 61 (4) ; 711 - 729. April 1971
- 11• **BOGUE, D.E.**
Adolescents sexuality, S.S. Ratman (éd.), APF Singapour, 1979
- 12• **BUSFIELD, J. :**
Age or marriage and Family size : social causation and social selection
hypothesis. journal of bio-social science 4 : 117 - 134. 1972.

- 13• **CERNADA, E.C. :**
Family Planning for Adolescents in Taiïwan, personal communication to
W.B. Auint, 2 nd, March 12, 1976 2P.
- 14• **CERPOD. : CENTRE D'ETUDE ET DE RECHERCHE POUR LA POPULATION
ET LE DEVELOPPEMENT**
Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDS-Mali),
CILSS, Bamako, 1989, 187P.
- 15• **CERPOD.: CENTRE D'ETUDE ET DE RECHERCHE POUR LA POPULATION
ET LE DÉVELOPPEMENT**
Enquête Démographique et de Santé au Mali.
Haute vallée. Bamako. Nov.1990, 101P.
- 16• **CERPOD.: CENTRE D'ETUDE ET DE RECHERCHE POUR LA POPULATION
ET LE DEVELOPPEMENT**
Drame d'une maternité précoce. Population Sahel,N°13, Août 1998, 66 p.
- 17• **COLLECTE C., BUVARD. :**
La grossesse des adolescentes. Rev.Fr.Gyn ;
1979,74, 7 - 9, 515 - 518.
- 18• **COMMUNICATION DE LA DELEGATION MALIENNE A LA
CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LA POPULATION .:**
Mexico, Août 1984, UNITED Nations Fund for population
Activités, 1985 : 104.
- 19• **CONSEIL NATIONAL DE LA RECHERCHE :**
Contraception et Reproduction Juin 1991, . 166P.
- 20• **COSSEY, D. GRAPEWIPE :**
Planning contraceptive and counselling services - London, International
Planned Parenthood Fédération, Europe Région, 1985. p. 69-77.
- 21• **CHUI, J. W. :**
Polocies and Programms on Adolescent Fertility in developping countries : an
integrated approch
- Rapport à l'USAID, 1979.
- 22• **D. NICHOTS, ON LADIPO, JM PAXMAN**
Sexual Behavior, contraceptive Practice and Reproductive Health among
Nigerian Adolescents. Studies in Family Planning 17 (2) : 100, 1986.
- 23• **D. NICHOLS, ETWOODS, DS GATES, I S HERMAN :**
Sexual Behavior, contraceptive Praticce and Reproductive health among
Liberian adolescents. Studies in Family Planning 12 (3) : 169, 1987

- 24• DUNN, K.
An evaluation of contraceptive knowledge acquired by adolescents concern
(18) : 14 - 16 July September 1980
- 25• DESCHAMPS, J.P., LOCUTY - MICHEL, M.J. :
Aspects psycho sociaux actuels de la contraception dans l'adolescence.
Méd. et Hyg. 1983 ; 41 : 1193 - 1200
- 26• DESCHAMPS, J. P. :
La grossesse chez l'adolescente. L'enfant en milieu tropical, 1974, 93, 16 - 24
- 27• FAMILY HEALTH INTERNATIONAL :
Les adolescent, et la Fécondité Mai 1991. p. 16-19.
- 28• FARMAN - FARMAIAN, S. :
Early marriage and pregnancy in traditional Islamic society. Drapen world
Population Fund Report N° 1, Autum 1975. p. 6 - 9
- 29• FIEDLER, D.E. :
The adolescent. The gynecologist's dilemma. 1973, 5 p. (un published).
- 30• FORTUM, M.F., TAGGART, M.E., KEROUAC, S. :
La contraception chez les adolescents. Presse Medic, Mars 1988
- 31• FURSTENBERG, F. F. :
Birth control experience among pregnant adolescents : the process of un
planned parenthood. Social Problems (19) 192 - 203, 1971
- 32• GASPARD :
Le choix d'une contraception au cours de l'adolescence 1980 Rev. Med.
p. 377 - 390
- 33• GABRIELSON I. W., GOLDSMITH, S., POTTS, L., MATHWS, V. and
GABRIELSON, M.O. :
Adolescent attitudes toward abortion effects on contraceptive pratice.
American Journal of Public Health 61 (4) : 730 - 738 April 1971.
- 34• GYEPI - GARBRAH, B. :
Adolescent Fertility in Kenya. Chestnut Hill, Massachusetts, Pathfinder Fund,
1985. 62 p.
- 35• GYEPI - GARBRAH, B. :
Adolescent Fertility in Liberia. Chestnut Hill, Massachusetts, Pathfinder Fund,
1985. 55 p.
- 36• GYEPI - GARBRAH, B. :
Adolescent Fertility in Nigeria. Chestnut Hill, Massachusetts, Pathfinder
Fund, 1985. 69 p.

- 37• **GYEPI - GARBRAH, B. :**
Adolescent Fertility in Sierra Leone. Chestnut Hill, Massachusetts, Pathfinder Fund, 1985. 62 p.
- 38• **HALPERIN, DS. HALPERIN :**
L'adolescence et la contraception.
Réflexion sur la psychodynamique des désirs de grossesse et de maternité.
Revue cont. Fert. Sexualité 1982 vol. n° 10 p. 685 - 690
- 39• **HENRY, A., PIOTROW, P.T. :**
Age at marriage and Fertility Population Reports, November (M - 4) :
105 - 159, 1979.
- 40• **HOFMAN, A.D. :**
Contraception in adolescence : a review 2 : Biomedical aspects.
Bull. WHO 1984 ; 62 : 331 - 44.
- 41• **HOFMAN, A.D. :**
Contraception in adolescence : a review 1 : Psycho social aspects.
Bull. WHO 1984 ; 62 : 151 - 62.
- 42• **HUBINONT, P.O. :**
Problèmes liés à la sexualité et à la fécondité.
Flammarion Médecine Sciences. Presses de l'Université de Montréal.
Paris Montréal, 1983 : 203 - 214.
- 43• **I P P F : INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES**
Les services destinés aux adolescents. Initiative de quelques associations de
Planification familiale 1985. p. 40
- 44• **I P P F : INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES**
L'adolescence et la sexualité. 1978 p. 31
- 45• **I P P F : INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES**
La Fécondité des adolescentes, rapport sur une consultation internationale
(Jennifer Mackey), Londres, 1983, 66 p.
- 46• **ICAF : CENTRE INTERNATIONAL SUR LA FECONDITE DES**
ADOLESCENTS
Age transitoire ; Avril 1991, volume 10, Numéro 1.
- 47• **ISFRA : INSTITUT SUPERIEUR DE FORMATION ET DE RECHERCHE**
APPLIQUEE
Fécondité et comportements psycho-sociologiques des adolescents en milieu
urbain au Mali. Annexe 1988
- 48• **JEANNE RET O., SAND E. A., DESCHAMPS J.P., MANCIAUX M. :**
Les adolescents et leur santé. Flammarion Médecine Sciences.
Presses de l'Université de Montréal. Paris - Montréal, 1983 : 264 - 272

- 49• JEANNERET O., SAND E. A., DESCHAMPS J. P., MANCIAUX M. :
Découverte des relations sexuelles. Flammarion Médecine Sciences
Presses de l'Université de Montréal. Paris - Montréal, 1983 : 199 - 144
- 50• JEANNERET O., SAND E. A., DESCHAMPS J.P., MANCIAUX M. :
Adolescentes enceintes, Adolescents jeunes parents. Flammarion Médecine
Sciences. Presses de l'Université de Montréal. Paris - Montréal, 1983 : 264 - 272
- 51• KOLS, A., RINEHART, W., DIOTROW, P.T., DOUCETTE, L., and
QUILLIN W.I. :
Oral contraceptive in the 1980 S. Population Reports, Series A, N° 6.
Baltimore, Johns Hopkins University, January 1979. 34 p.
- 52• KOZAKIEWICZ, M. :
Sex education and adolescence in Europe. Sexuality marriage and the
family : London International Planned Parenthood Fédération, Europe
Région, May 1981. 118 p.
- 53• LALAB. :
Maladies sexuellement transmissibles : épidémiologie, prévention et
traitement. Document non publié. Bangui, République Centrafricaine.
- 54• LAMBO, T.A. :
Social and health problems of adolescents in transitional cultures of Africa.
Presented at the expert comity on health problems of adolescence, Geneva,
November 3-9, 1964 Geneva, WHO, 18 p.
- 55• LAMARRE, A. :
Grossesses des adolescentes à Dakar. Thèse Med. Paris IV, 1983.
- 56• LEKE I.I.R.:
Grossesse chez les adolescentes en Afrique au Sud du SAHARA.
Communication aux deuxièmes journées scientifiques du Réseau de
recherche en santé de la reproduction en Afrique : 16-17 Mai.
- 57• LILIANE, T. :
Grossesse et contraception chez l'adolescente la situation en Afrique
francophone journées d'étude de Gynécologie 1981 P. 44-46
- 58• MAD ZOUKA I. :
Avortements clandestins : le lot des adolescentes communication aux
deuxième journées scientifiques du réseau de recherche en santé de la
reproduction en Afrique : 16-17 Mai 1991.
- 59• MARINOF.S.G. and SCHONNOLZ.D.H. :
Adolescent pregnancy pediatrie clinics of North America 19 (3) 795-802
August 1972.

- 60• **MATI,J.K.:**
Adolescent marriage in Kenya. Personal communication, May 17, 1985.
University of Nairobi, Kenya.
- 61• **MCKAY, J.:**
Adolescent fertility : report of an international consultation, Bellagio 1983.
London, International planned parenthood federation, May 1984 59 p.
- 62• **MINISTERE DU PLAN ORGANISATION DES NATIONS-UNIS FNUAP,
INSTITUT DU SAHEL CILSS :**
Analyse du recensement de 1976, République du Mali ; perspectives de la
population résidente du Mali, de 1977 à 2007 : Avril 1985, P. 46.Tome VI.
- 63• **MOUNANGA,M. MOUELY,G. : ADZINSOU :**
La grossesse et l'accouchement de l'adolescente Rev. Fr. Gyn. Obst 1985. 298.
- 64• **NJOGU,W.:**
Social back ground of teenage mothers. Research report payer presented at the
IPPF émission on adolescent fertility management, Nairobi, Oct 1980.
- 65• **NATIONAL RESEARCH CONSIL / USA :**
Contraception and reproduction. Health consequences for wormen and
children in the developing world. National Academy press, Washington,
1989.
- 66• **OMS. : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**
Contribution de l'OMS au document de travail de l'UNESCO destiné au
congès mondial de la jeunesse. Barcelone, 1985.
- 67• **OMS : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**
La grossesse et l'avortement pendant l'adolescence. Série de rapport
techniques, N°583, 1975.
- 68• **OMS. : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**
Besoins sanitaires des adolescents . Série de rapports techniques N° 609,1977.
- 69• **OMS. : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**
Travaux de recherche sur les prestation d'assistance liée à la fécondité de
l'adolescence dans les parties en développement de la région, Compenhage,
rapports et études Euro N°1,1979.
- 70• **OMS. : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**
Application des résultats de la recherche à l'élaboration de programmes liés à
la fécondité de l'adolescence dans les parties en développement de la région,
compenhague, rapports et études Euro N°1, Annexe 1, 1979.
- 71• **OMS. : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**
Reproductive health of adolescents in some countries of south. East Asia
région,document non publié SEA/MCH :142, 1980.

- 72• OMS. : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Working group on adolescent fertility management (document non publié)
ICP/MCH/005,1980.
- 73• OMS. : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Working group on the research needs and approaches in adolescent
reproductive health in developing countries of the European région,
document non publié ICP /MCH /023,1980.
- 74 PLANIFICATION FAMILIALE . :
Méthodes et pratiques pour l'Afrique.
- 75• PO. HUBINONT. :
Problématique de la contraception chez les adolescentes Rev. contra. Fertilité
sexualité Vol.10 N° 4 P. 217-222 1982.
- 76• POPULATION REPORT. :
Série I, Numéro 10, Août 1976.
- 77• PORAPAKHAM, Y., VORAPONSATHORN, I., PRA MANPOL, S.,
BHIROMRAT, P., AND GRIFFIN, R.S. :
Review of litterative and programs related to adolescent fertility in thaïland
with recommendations to the NFPP for a strategy to approach adolescent
problems April 1985. 59 p (unpublished).
- 78• RAPPORT AMPPF 1989
- 79• RAMIALISON L. :
Problématique de la grossesse pendant l'adolescence. Document non publié.
- 80• REQUILLART, M.A. :
Une enquête sur le recours des adolescents à la contraception. Revue française
de sociologie 24 (1) : 81-95 January - March 1983.
- 81• SABAH, TARIK . :
Contraception et planification familiale au Maroc. Enquête à Fès , sur les
problèmes liés à la contraception. Thèse Pharmacie ; Dakar, 1983 N°120.
- 82• SECRETARIAT A LA JEUNESSE . :
L'adolescent et la sexualité.
- 83• SIDIBE - KANTE (K) . :
Le problème de la délinquance juvénile et de la réinsertion des mineurs dans
la vie socio-économique Mémoire CNDC, Bamako, 1983-84.
- 84• STROBINO,D.M. :
The health and medical consequences of adolescent sexuality and pregnancy :
a review of the litterature. Cité par Haaga, J.G. (1989).

- 85• **SENDEROWITZ, J. AND PAXAMAN, J.M. :**
Adolescent fertility : world wide concerns, population bulletin vol. 40, N° 2, April 1985.
- 86• **TAYLOR, A.P. :**
Repôrt at the adolescent health and counselling project. Monrovia, Libéria, Family planning / Association of Liberia, June 30, 1985. 35 P.
- 87• **TESSIER, M. :**
L'intervention auprès d'adolescents : un lien favorable au développement de la prévention primaire, Sciences sociales vol. 35, n° 3, 1986, p 304-315.
- 88• **THERESE, L. :**
Obstacles à l'acceptation de la planification familiale en Afrique de l'Ouest. Societal Influences on Family Planning Program performance Jamaïque 10-13 Avril 1985.
- 89• **TIETZE, C., S.K. HENSHAW :**
Induced A bortion ; A world Review, ed. New York, Population Council, 1986.
- 90• **TORRES, A., :**
Does your Mother know ? Family Planning perspective vol. 10, n° 5, Septembre/Octobre 1978, p. 280-282.
- 91• **UNITED NATIONS :**
The situation of youth in the 1980 s and Propects and Challenges for the year 2000, New York, 1986. 1989.
- 92• **UNITED NATIONS :**
Adolescent reproductive Behavior Evidence from developing countries. Volume II, New York 1989.
- 93• **UNFM : UNION NATIONALE DES FEMMES DU MALI**
Seminaire sur le problème des filles mères et leur insertion socio-économique, FNUAP, Bamako, Mopti 1986. 73 p.
- 94• **UNFM. :**
Femmes et populations, programme de recherche.
Education et information, projet FNUAP- UNESCO, MLI 78-PG 1, Octobre 1984, 98 p.
- 95• **URBAIN AFFAIRES CORPORATION :**
Adolescent Primary health care center : report of activités .June 1984- 21 p. (Unpublished)
- 96• **VILLAR, J AND BELIZAN, J.M :**
The relative contribution of maturity and foetal growth retardation to low birth weight in developing countries and developed societies.
American journal of obstetrical gynecology, 143 (7), p 793, 1982.

- 97• VINATIER ET COLL.
Généralités sur la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente.
EMC obstétrique, 1987,I ; 5016 D 10
- 98• ZEIDENSTEIN, G. :
Adolescent fertility and the health and status of women, bull, vol 6, N°10 ;
October 1989, 5P.
- 99• WEINSTEIN, A. J. :
Sexually transmittable diseases and other genital infections during
adolescence. Journal of reproductive Medecine 29 (6) : 411-415. June 1984.
- 100• ZELNIK, M. AND KANTER, J. F. :
Sexual activity, contraceptive use and pregnancy among metropolitan area
teenagers : 1971-1979. Family planning perspectives 12 (5) 230-237.
September- October 1980.
- 101• ENQUETE EDS (ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE)
Mali 1987

CHAPITRE IX

A N N E X E S

QUESTIONNAIRE 1 : ADOLESCENTES ENQUETEES A L'AMPPF

1. N° DE LA FICHE : _____
2. NOM _____ PRENOM : _____
3. QUARTIER _____
4. AGE DE LA CLIENTE (Années révolues)
5. SITUATION MATRIMONIALE
 - 1 Célibataire
 2. Mariée
 3. Séparé
 4. Divorcée
 5. Veuve
 6. Autres (Préciser)
6. Niveau de scolarisation (dernier cycle terminé)
 1. Aucune scolarité
 2. Primaire
 3. Secondaire ou plus
7. Occupation journalière de la cliente
8. Occupation journalière du partenaire
9. Catégorie socio-professionnelle des parents

	Père	Mère
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Situation matrimoniale des parents
 1. Marié (Monogame)
 2. Polygame
 3. Séparé
 4. Divorcé
 5. Veuf (ve)
 6. Autres (Préciser)
11. Niveau de scolarisation des parents

	Père	Mère
1. Aucune scolarité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Secondaire ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Age de la puberté (Années révolues)
13. Age aux premiers rapports sexuels
14. Nombre d'enfants vivants
15. Nombre d'enfants décédés
16. Antécédents obstétricaux
 - a) Grossesse
 - b) Accouchements
 - c) Avortement provoqué
 - d) Avortement spontané
17. Connaissance des méthodes de planification familiale (cercler plus d'une si nécessaire)
 1. Aucune
 2. Stérilet
 3. Pilule
 4. Condom
 5. Injectable
 6. Mousse
 - 7 Retrait
 8. Traditionnelle

18. Dernière méthode utilisée

(cercler plus d'une si nécessaire)

1. Aucune

4. Condom

7 Retrait

2. Stérilet

5. Injectable

8. Autres (Préciser)

3. Pilule

6. Mousse

19. Qui vous a orienté vers la contraception ?

1) Lui-même

2) Conjoint

3) Les 2 partenaires

4) Agent de santé

5) Autre

6) Autres (Mère, tante ou, Sœur)

20. Avez-vous déjà entendu parler des MST ?

Oui Non

21. Avez-vous déjà contracté des MST ?

Oui Non

22. Avez-vous déjà entendu parler du SIDA ?

Oui Non

23. D'après vous quelles sont les précautions à prendre ?

1. Un seul partenaire

2. Utilisation de préservatifs

3. Choix du partenaire

4. Choix du partenaire + utilisation de préservatifs

5. Seul partenaire + utilisation de préservatifs

6. Seul partenaire + choix partenaire

24. Les raisons de la non contraception par vos copines qui ne sont pas planifiées

1. Manque d'information

2. Opposition à la planning familiale

3. Peur d'être mal jugé

4. Difficulté d'accès

5. Opposition du partenaire

6 Ne sait pas

25. Comment percevez-vous un centre de planning familial pour les jeunes

- Centre de P.F comme l'AMPPF ouvert aux jeunes et aux adultes

- Centre de PF pour les jeunes filles uniquement

26. La perception du personnel de santé face à la contraception de l'adolescente

QUESTIONNAIRE 2 : ADOLESCENTES ENQUETEES AU BANCONI

1. N° DE LA FICHE : _____

2. QUARTIER _____

3. AGE DE LA CLIENTE (Années révolues)

4. SITUATION MATRIMONIALE

1. Célibataire

3. Séparé

5. Veuve

2. Mariée

4. Divorcée

6. Autres (Préciser)

5. Niveau de scolarisation (dernier cycle terminé)

1. Aucune scolarité

2. Primaire

3. Secondaire ou plus

6. Occupation journalière de la cliente

7. Occupation journalière du partenaire

8. Catégorie socio-professionnelle des parents

Père

Mère

A

B

C

Autres

9. Situation matrimoniale des parents

1. Marié (Monogame)

4. Divorcé

2. Polygame

5. Veuf (ve)

3. Séparé

6. Autres (Préciser)

10. Niveau de scolarisation des parents

1. Aucune scolarité

Père

Mère

2. Primaire

3. Secondaire ou plus

11. Age de la puberté (Années révolues)

12. Age aux premiers rapports sexuels

13. Nombre d'enfants vivants

14. Nombre d'enfants décédés

15. Antécédents obstétricaux

a) Grossesse

b) Accouchements

c) Avortement provoqué

d) Avortement spontané

16. Connaissance des méthodes de planification familiale
(cercler plus d'une si nécessaire)

- | | | |
|-------------|---------------|-------------------|
| 1. Aucune | 4. Condom | 7 Retrait |
| 2. Stérilet | 5. Injectable | 8. Traditionnelle |
| 3. Pilule | 6. Mousse | |

17. De quelles sources d'information de la contraception ?

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. Camarade | 4. Amies |
| 2. Parents | 5. Médias |
| 3. Camarade d'école | 6. Service de santé |

18. Avez-vous déjà utilisé une méthode de contraception ?

Oui Non

19. Si oui : laquelle ?

- | | | |
|-------------|-------------------|----------------------|
| 1. Pilule | 4. Injectable | 8. Autres (Préciser) |
| 2. Stérilet | 5. Mousse | |
| 3. Condom | 6. Traditionnelle | |

20. Avez-vous déjà entendu parler des MST ?

Oui Non

21. Avez-vous contracté des MST ?

Oui Non

22. Avez-vous déjà entendu parler du SIDA ?

Oui Non

23. D'après vous quelles sont les précautions à prendre ?

1. Un seul partenaire
2. Utilisation de préservatif
3. Choix du partenaire
4. Choix du partenaire + utilisation de préservatifs
5. Seul partenaire + utilisation de préservatifs
6. Seul partenaire + choix partenaire

24. A votre avis, l'information sur la contraception est-elle suffisante ?

Oui Non

25. Que pensez-vous de la distribution des produits contraceptifs

1. Distribution à domicile
2. Distribution dans un centre de santé

26. A votre avis qui doit décider de la contraception

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| 1) moi-même | 5) Amies |
| 2) Conjoint | 6) Parents |
| 3) Les deux (2) partenaires | 7) Autres (Mère - Tante ou Sœur) |
| 4) Agent de santé | |

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes 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 dans 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 Humaines respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père 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.

NOM : CAMARA

PRENOMS : MATATA

TITRE DE LA THESE : La contraception chez l'adolescente

ANNEE : 1992 - 1993

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : **BIBLIOTHEQUE** Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

SECTEUR D'INTERET : AMPPF

RESUME : Cette étude est une enquête épidémiologique et sociale.

Elle a touché un échantillon d'adolescentes âgées de 13-19 ans dont 155 à l'AMPPF et 198 au Banconi.

Il ressort de cette étude que :

- l'âge favorise l'utilisation de la contraception
- la sexualité est précoce et l'entrée en union se fait tard. Le délai entre le besoin et la pratique de la contraception est long.
- L'utilisation de la contraception dans la plupart des cas est la raison d'éviter une deuxième grossesse.
- Les méthodes contraceptives sont connues : 93,2 %, mais l'utilisation est faible ; ce qui a pour conséquence les grossesses indésirées, les avortements clandestins, les MST.
- La pilule est la méthode la plus utilisée.
- Les MST sont connus mais quand à la prévention du SIDA elles ignorent les mesures.
- La majorité des adolescentes ont été guidé vers la contraception par la mère, la sœur ou la tante.

L'opposition à la P.F est la principale raison de non utilisation de la contraception par les adolescentes.

- Le niveau de scolarisation a un effet positif sur l'utilisation de la contraception.
- L'information sur la contraception est insuffisante ce qui entraîne une opposition à la P.F.

(6) MOTS-CLÉS :