

Ministère de l'Enseignement Supérieur et  
de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI  
*Un Peuple- Un But- Une Foi*

Université des Sciences, des Techniques  
et des Technologies de Bamako



*Faculté de Pharmacie*

**FAPH**

**THESE**

Connaissances, attitudes et pratiques des  
élèves du Lycée Askia Mohamed de la  
Commune III de Bamako en matière de  
contraception en 2019

Présentée et soutenue publiquement le \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2020 devant la  
Faculté de Pharmacie par :

**M. Togni René DJOSSOU**

Pour obtenir le grade de **Docteur en Pharmacie (DIPLOME D'ETAT)**

**JURY**

**Président :** Pr Ababacar MAIGA  
**Membres :** Dr TRAORE Aminata CISSE  
Dr Fatoumata KONATE  
**Co-directeur:** Dr Bakary DIARRA  
**Directeur de thèse :** Pr Akory Ag IKNANE

## Liste des enseignants de la faculté de Pharmacie 2019-2020

### FACULTE DE PHARMACIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

#### ADMINISTRATION

**DOYEN :** M. Boubacar TRAORE -Professeur  
**VICE-DOYEN :** M. Sekou BAH - Professeur  
**SECRETAIRE PRINCIPAL :** M. Seydou COULIBALY Administrateur principal  
**AGENT COMPTABLE :** M. Famalé DIONSAN, inspecteur des finances

#### PROFESSEURS HONORAIRES

M. Boubacar Sidiki	CISSE	Toxicologie
M. Mahamadou	CISSE	Biologie
M. Daouda	DIALLO	Chimie générale & minérale
M. Souleymane	DIALLO	Bactériologie- Virologie
M. Kaourou	DOUCOURE	Physiologie
M. Ousmane	DOUMBIA	Chimie thérapeutique
M. Boulkassoum	HADARA	Législation
M. Moussa	HARAMA	Chimie organique (décédé)
M. Gaoussou	KANOUTE	Chimie analytique
M. Alou A	KEITA	Galénique
M. Mamadou	KONE	Physiologie
M. Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
M. Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
M. Abdourahamane S.	MAIGA	Parasitologie
M. Elimane	MARIKO	Pharmacologie

#### DER DES SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES

##### 1. PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE

M. Mounirou	BABY	Hématologie
M. Bakary M.	CISSE	Biochimie
M. Abdoulaye	DABO	Biologie/parasitologie
M. Mahamadou	DIKITE	Immunologie-Génétique
M. Alassane	DICKO	Santé Publique
M. Amagana	DOLO	Parasitologie-Mycologie
M. Akory Ag	IKNANE	Santé Publique/Nutrition

M. Ousmane	KOITA	Biologie-Moléculaire
M. Boubacar	TRAORE	Parasitologie-Mycologie

##### 2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHE

M. Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
M. Abdoulaye	DJIMDE	Parasitologie-Mycologie
M. Aldjouma	GUINDO	Hématologie
M. Bourèma	KOURIBA	Immunologie <b>Chef de DER</b>
M. Ousmane	TOURE	Santé Publique/Santé environnement

##### 3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

M. Mohamed	AG BARAIKA	Bactériologie-virologie
M. Charles	ARAMA	Immunologie

M. Boubacar Tiétiè	BISSAN	Biologie clinique
M. Djibril Mamadou	COULIBALY	Biochimie clinique
M. Seydou Sassou	COULIBALY	Biochimie clinique
M. Antoine	DARA	Biologie Moléculaire
M. Souleymane	DAMA	Parasitologie-Mycologie
Mme Djénéba Koumba	DABITAO	Biologie moléculaire
M. Laurent	DEMBELE	Biotechnologie Microbienne
M. Klétigui Casimir	DEMBELE	Biochimie Clinique
M. Seydina S. A.	DIAKITE	Immunologie
M. Yaya	GOITA	Biochimie clinique
M. Ibrehima	GUINDO	Bactériologie virologie
Mme Aminatou	KONE	Biologie moléculaire
M. Kassoum	KAENTAO	Santé Publique/Bio statistiques
M. Birama Apho	LY	Santé publique
Mme. Dinkorma	OUOLOGUEM	Biologie Cellulaire
M. Issaka	SAGARA	Santé Publique/Bio statistiques
M. Samba Adama	SANGARE	Bactériologie
Mme Fanta	SANGHO	Santé Publique/Santé communautaire
M. Mahamadou Soumana	SISSOKO	Santé Publique/Bio statistiques

#### **4. ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

Mme Djénéba	COULIBALY	Nutrition/Diététique
M. Issa	DIARRA	Immunologie
M. Mamadou Lamine	DIARRA	Botanique-Biologie végétale
Mme Fatou	DIAWARA	Epidémiologie
Mme Merepen dit Agnes	GUINDO	Immunologie
M. Oumar	GUINDO	Epidémiologie
M. Falaye	KEITA	Santé publique/Santé environnement
Mme.N'Deye Lallah Nina	KOITA	Nutrition
M. yacouba	MAIGA	Bio statistique
M. Amadou Birama	NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
M. Oumar	SANGHO	Epidémiologie
M. Djakaridia	TRAORE	Hématologie

### **DER DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

#### **1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE**

M. Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
M. Saibou	MAIGA	Législation
Mme Rokia	SANOGO	Pharmacognosie <b>Chef de DER</b>

#### **2. MAITRE DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE**

Néant - -

#### **3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE**

M. Loséni	BENGALY	Pharmacie Hospitalière
M. Bakary Moussa	CISSE	Galénique
M. Yaya	COULIBALY	Législation
M. Issa	COULIBALY	Gestion
M. Balla Fatogoma	COULIBALY	Pharmacie hospitalière
M. Hamma Boubacar	MAIGA	Galénique

M. Moussa	SANOGO	Gestion
Mme Adiaratou	TOGOLA	Pharmacognosie
<b>4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE</b>		
M. Seydou Lahaye	COULIBALY	Gestion pharmaceutique
M. Antoine	DARA	Sciences pharmaceutiques
M. Daouda Lassine	DEMBELE	Pharmacognosie
M. Adama	DENOU	Pharmacognosie
M. Sekou	DOUMBIA	Pharmacognosie
M. Mahamane	H Aidara	Pharmacognosie
Mme. Assitan	KALOGA	Législation
M. Ahmed	MAIGA	Législation
Mme. Aichata Ben Adam	MARIKO	Galénique
M. Aboubacar	SANGHO	Législation
M. Bourama	TRAORE	Législation
M. Karim	TRAORE	Sciences pharmaceutiques
M. Sylvestre	TRAORE	Gestion pharmaceutique
Mme. Aminata Tiéba	TRAORE	Pharmacie hospitalière
M. Mohamed dit Sarmoye	TRAORE	Pharmacie hospitalière

### DER DES SCIENCES DU MEDICAMENT

#### 1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

M. Benoît Yaranga	KOUMARE	Chimie Analytique
M. Ababacar I.	MAIGA	Toxicologie

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

M. Sékou	BAH	Pharmacologie <b>Chef de DER</b>
----------	-----	----------------------------------

#### 3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

M. Dominique Patomo	ARAMA	Pharmacie chimique
M. Mody	CISSE	Chimie thérapeutique
M. Ousmane	DEMBELE	Chimie thérapeutique
M. Tidiane	DIALLO	Toxicologie
M. Hamadoun Abba	TOURE	Bromatologie

#### 4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

M. Mahamadou	BALLO	Pharmacologie
M. Dalaye Bernadette	COULIBALY	Chimie analytique
M. Blaise	DACKOUCO	Chimie Analytique
Mme. Fatoumata	DAOU	Pharmacologie
M. Ousmane	DEMBELE	Chimie thérapeutique
M. Abdourahamane	DIARA	Toxicologie
M. Aiguerou dit Abdoulaye	GUINDO	Pharmacologie
M. Madani	MARIKO	Chimie Analytique
M. Mohamed El Béchir	NACO	Chimie Analytique
M. Mahamadou	TANDIA	Chimie Analytique
M. Dougoutigui	TANGARA	Chimie Analytique

### DER SCIENCES FONDAMENTALES

#### 1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

M. Mouctar	DIALLO	Biologie/ <b>Chef de DER</b>
M. Cheik F.	TRAORE	Biologie/Entomologie

M. Mahamadou	TRAORE	Génétique
<b>2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE</b>		
M. Lassana	DOUMBIA	Chimie appliquée
<b>3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE</b>		
M. Abdoulaye	KANTE	Anatomie
M. Boureima	KELLY	Physiologie médicale
<b>4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE</b>		
M. Seydou Simbo	DIAKITE	Chimie organique
M. Modibo	DIALLO	Génétique
M. Moussa	KONE	Chimie Organique
M. Massiriba	KONE	Biologie Entomologie
<b>CHARGES DE COURS (VACATAIRES)</b>		
M. Cheik Oumar	BAGAYOKO	Informatique
M. Babou	BAH	Anatomie
M. Abdourahamane	COULIBALY	Anthropologie médicale
M. Souleymane	COULIBALY	Psychologie
M. Bouba	DIARRA	Bactériologie
M. Modibo	DIARRA	Nutrition
M. Moussa I	DIARRA	Biophysique
M. Babacar	DIOP	Chimie
M. Atimé	DJIMDE	Bromatologie
M. Yaya	KANE	Galénique
M. Boubacar	KANTE	Galénique
M. Aboubacary	MAIGA	Chimie organique
M. Massambou	SACKO	SCMP/SIM
M. Modibo	SANGARE	Anglais
M. Sidi Boula	SISSOKO	Histologie-embryologie
Mme. Fatoumata	SOKONA	Hygiène du milieu
M. Fana	TANGARA	Maths
M. Abdel Kader	TRAORE	Pathologie médicales
Mme. Djénébou	TRAORE	Sémiologie et Pathologie médicale
M. Boubacar	ZIBEÏROU	Physique

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **Dédicaces**

### **A Dieu le père tout puissant**

Vous nous avez accompagné durant tout le parcours ayant abouti à la réalisation de ce travail. Aucun mot ne saurait exprimer notre profonde gratitude.

### **A mon père DJOSSOU Sègla Charles**

Tu m'as toujours montré le sens du travail bien fait. Tu m'as inculqué le sens de l'honneur, du devoir, de la dignité et tu n'as jamais cessé de me rappeler que les attributs d'un homme sont :la connaissance, la culture et que le plus bel des héritages reste et demeure la bonne éducation.

Ce travail est le fruit de tes lourds sacrifices, de tes bénédictions et de tes différentes prières que tu as consenties à mon endroit. Retrouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Puisse le tout puissant t'accorder longue vie pour que tu puisses bénéficier du fruit de tes efforts.

### **A ma mère HOUNKLIN Akouèmaho Pierrette**

Tu n'as jamais cessé de me rappeler que tu as toujours été en union de prière avec moi. Tu as toujours été là en ces moments où j'avais le plus besoin de toi. Ta présence à mes côtés a été comme l'accompagnement d'une bergère à côté de son berger. Puisse le tout puissant t'accorder longue vie à mes côtés pour que tu puisses bénéficier au quotidien du fruit de tes enfants.

### **A ma défunte sœur DJOSSOU Ahouéfa Angele**

Mon choix d'opter pour les études pharmaceutiques était une décision pour toi. Aucun mot ne saurait exprimer ton soutien pour moi quand tu étais de passage sur cette terre. Puisse Dieu t'accueillir dans son paradis et t'accorder le repos éternel.

### **A ma sœur DJOSSOU Wangninan Fortune**

Tu as été d'un gros soutien pour moi tout au long de mon parcours. Je te remercie pour ton assistance et surtout ta prière au quotidien pour ma personne. Dieu, dans sa miséricorde nous donnera longue vie pour que nous puissions s'aider et faire profiter nos parents.

#### **A mes frères et sœurs**

**DJOSSOU Brigitte, Amédée, Aristide**, je vous remercie pour votre soutien et vos différentes prières pour moi. Longue vie à nous cher frère et chères sœurs.

#### **A mon fils**

**DJOSSOU Bidossessi Ange**, ta venue en ce monde a été d'une bénédiction énorme pour moi. Longue vie à toi et que le seigneur puisse t'aider à vaincre les obstacles de cette vie.

#### **A ma femme**

**GBESSEMEHLAN Jeanine Damienne**, tu as été d'un soutien énorme pour moi tout au long de ma formation. Tu es la femme que n'importe quel homme au monde aimerait avoir à ses côtés. Puisse le tout puissant nous aider à grandir dans la sagesse.

#### **A mes beaux parents**

**ADDA S. Sabine et GBESSEMEHLAN M. Jonas**, vous m'avez accueilli à bras ouvert dans votre famille.

**En** témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que je porte pour vous. Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de longévité.

#### **A vous mes amis**

**Dr Christophe AKOTEGNON, Dr Ghislain AHOANSOU, futurs (es) Dr Adriel YEKPOGNI, Borel HOUETO, Alain Jonathan MAIGA, Odjo Anna**

Au-delà de votre contribution dans l'élaboration de ce document, vous avez toujours été présent quand j'en avais le plus besoin ; recevez ici l'expression de mes sincères remerciements.

## Remerciements

A ce beau pays le **Mali** et à toutes les autorités et structures compétentes qui ont veillé à nous assurer une excellente formation. Le Mali m'a permis de faire mon envol dans les études de mes rêves. En plus il m'a formé sur le plan social et humain.

**Au peuple malien**, pour l'hospitalité, malgré les dures épreuves que le pays traverse cette hospitalité n'a pas changé.

**A mes chers enseignants** de la 1<sup>ère</sup> année à la 6<sup>ème</sup> année qui m'ont bien formé, en signe de remerciement je m'engage à rester fidèle à vos enseignements.

**A l'Association des Elèves Etudiants Stagiaires Béninois au Mali (AEESBM)**, grâce à vous j'ai appris à m'intéresser à la chose commune. Vous m'aviez accepté tel que je suis, sachez que vous comptez pour moi peu importe la distance, sincères remerciements à vous.

### **Au Pr Akory Ag IKNANE**

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Je m'incline respectueusement devant votre personnalité. Vous êtes un excellent homme de science aux qualités humaines incontestées.

### **Au Dr Bakary DIARRA**

Merci de m'avoir accepté comme étudiant. Ce travail est le vôtre, vous avez toujours été disponible pour qu'il voit le jour. J'avoue que j'ai eu le meilleur encadreur de thèse qui puisse exister, merci cher maitre, malgré vos multiples occupations vous avez été pour moi plus qu'un enseignant, pour moi vous êtes à la fois un modèle à suivre.

**A Monsieur le proviseur du Lycée ASKIA MOHAMED** et à tout le personnel de l'administration merci de nous avoir accepté pour notre introduction dans

votre école dans le but de mes enquêtes. Retrouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

### **Professeur Ababacar MAIGA**

- Professeur titulaire de toxicologie à la faculté de pharmacie[FAPH] ;
- Ancien vice doyen de la faculté de pharmacie ;
- Ancien directeur adjoint de la direction de la pharmacie et du médicament ;
- Directeur général adjoint de l'Institut National de Santé Publique[INSP].

Cher maitre,

- ☞ Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations ;
- ☞ Cher maitre, tout au long de ce travail, nous avons été touchés par votre simplicité et votre disponibilité pour la formation des étudiants ;
- ☞ Votre amabilité pour le travail simple et bien fait impose respect et considérations scientifique ;
- ☞ Puisse DIEU vous assister dans toutes vos entreprises.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

### **Docteur TRAORE Aminata CISSE**

- ✓ Médecin Gynécologue Obstétricienne ;
- ✓ Spécialiste en santé publique ;
- ✓ Sous Directrice de la Santé de la Reproduction à la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Cher Maître,

- ☞ Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail ;
- ☞ Votre courtoisie, votre rigueur pour le travail bien fait et votre disponibilité à servir autant que possible font de vous un exemple à suivre ;
- ☞ Soyez en rassuré de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

## A NOTRE MAITRE ET JUGE

### Docteur Fatoumata KONATE BAGAYOKO

- ✓ Médecin Santé Publique-Nutrition ;
- ✓ Assistante Nutrition-Diététique à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie(FMOS) ;
- ✓ Chercheur à l'Institut National de Santé Publique.

Cher Maitre,

- ☞ Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger à ce jury ;
- ☞ Votre abord facile, votre grande simplicité et surtout votre abnégation font de vous un modèle pour nous les étudiants ;
- ☞ Vos remarques et suggestions ont beaucoup contribué à l'amélioration de la qualité de ce travail ;
- ☞ Veuillez accepter cher maitre, nos sentiments d'estime et de profond respect.

## **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

### **Docteur Bakary DIARRA**

- Médecin de santé publique, spécialiste en Assurance Qualité des Soins et Gestion des Services de Santé ;
- Maître-Assistant en Santé Publique au DER –Santé Publique FMOS/USTTB ;
- Chef du Département Nutrition et Sécurité Sanitaire des Aliments de l'Institut National de Santé Publique ;
- Ancien Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
- Ancien Directeur Général de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH) ;
- Médaille du Mérite National avec effigie Abeille.

Cher Maître,

- ☞ C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous acceptant comme élève. Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que par vos multiples qualités humaines ;
- ☞ Votre sens aigu du travail bien accompli, du respect et de la discipline font de vous un modèle ;
- ☞ Recevez ici, Cher Maître, l'expression de nos salutations les plus respectueuses et de nos sincères remerciements ;
- ☞ Puisse le bon Dieu vous accorder toujours sa grâce.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **Professeur Akory AG IKNANE**

- Professeur Titulaire en Santé Publique /Nutrition à la Faculté de Pharmacie (FAPH) ;
- Directeur Général de l'Institut National en Santé Publique (INSP) ;
- Ancien Conseiller Technique à la Division de Suivi de la Situation Alimentaire et Nutritionnelle à Koulouba (DSSAN) ;
- Président du Réseau Malien de Nutrition (REMANUT) ;
- Ancien Directeur Général de l'Agence Nationale d'Investissement aux Collectivités Territoriales (ANICT) ;
- Ancien Directeur Général de l'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA) ;
- Premier Médecin Directeur de l'Association de Santé Communautaire de Banconi (ASACOBA).

Cher Maître,

- ☞ Nous vous serons éternellement reconnaissant d'avoir accepté de diriger notre thèse ;
- ☞ Votre cordialité, votre compétence technique et votre pragmatisme nous ont inspiré et nous resterons toujours en mémoire ;
- ☞ Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude ;
- ☞ Puisse le bon Dieu vous accorder santé et longévité.

# **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

## Liste des sigles et abréviations

<b>AMPPF</b>	Association malienne pour la protection et la Promotion de la famille
<b>COC</b>	Contraceptifs oraux combinés
<b>DIU</b>	Dispositif intra utérin
<b>EDS</b>	Enquête démographique et de santé
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse
<b>LAM</b>	Lycée Askia Mohamed
<b>LRT</b>	Ligature et résection des trompes
<b>MAMA</b>	Méthodes de l'allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PF</b>	Planification familiale
<b>PP</b>	Pilules progestatives
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>VIH/SIDA</b>	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome Immunodéficience acquise

**Liste des tableaux**

<i>Tableau I : Répartition des enquêtés selon l'âge, le sexe</i>	37
<i>Tableau II : Répartition des enquêtés en fonction de leur âge au premier rapport sexuel</i>	39
<i>Tableau III : Répartition des enquêtés de sexe féminin en fonction de l'antécédent de grossesse</i>	40
<i>Tableau IV : Répartition des enquêtés en fonction de celles qui ont déjà pratiqué l'avortement</i>	40
<i>Tableau V : Répartition des enquêtés sur la connaissance du planning familial.</i>	41
<i>Tableau VI : Répartition des enquêtés en fonction de la connaissance des méthodes contraceptives</i>	41
<i>Tableau VII : Répartition des enquêtés en fonction de la connaissance des avantages liés aux méthodes contraceptives.</i>	42
<i>Tableau VIII : Répartition des enquêtés en fonction de la connaissance des inconvénients liés aux méthodes contraceptives</i>	42
<i>Tableau IX : Répartition en fonction des sources d'information des enquêtés sur le planning familial.</i>	43
<i>Tableau X : Répartition des enquêtés en fonction de ceux ayant déjà utilisé une méthode contraceptive.</i>	44
<i>Tableau XI : Répartition des enquêtés sur l'utilisation du préservatif.</i>	44
<i>Tableau XII : Répartition des enquêtés en fonction des raisons les amenant à utiliser le préservatif</i>	44
<i>Tableau XIII : Répartition des enquêtés en fonction de la raison de la non utilisation du préservatif</i>	45
<i>Tableau XV : Répartition des enquêtés en fonction de la raison qui les a fait abandonner la méthode de contraception.</i>	45
<i>Tableau XV : Répartition des enquêtés selon les raisons de la non utilisation des méthodes de contraception</i>	46
<i>Tableau XVI : Approbation du partenaire avant l'utilisation du préservatif.</i>	46
<i>Tableau XVII : Répartition des enquêtés selon la connaissance de la définition du planning familial en fonction de l'âge.</i>	47
<i>Tableau XVIII : Répartition des enquêtés selon le sexe et la connaissance de la définition du planning familial.</i>	47
<i>Tableau XIX : Répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale et la connaissance de la définition du planning familial.</i>	48
<i>Tableau XX : Répartition des enquêtés en fonction de l'antécédent d'avortement et de la bonne connaissance de la contraception.</i>	48
<i>Tableau XXI : répartition des enquêtés en fonction de la bonne attitude et de la bonne connaissance des méthodes contraceptives</i>	49
<i>Tableau XXII : Répartition des enquêtés en fonction de l'âge et des bonnes attitudes face à la contraception.</i>	49
<i>Tableau XXIII : Répartition des enquêtés en fonction du sexe et des attitudes face à la contraception</i>	50
<i>Tableau XXIV : Répartition des enquêtés en fonction du statut matrimonial et des bonnes attitudes face à la contraception.</i>	50

<i>Tableau XXV : répartition des enquêtés en fonction de la pratique et la connaissance des méthodes contraceptives</i>	<i>51</i>
<i>Tableau XXVI : répartition des enquêtés en fonction de la bonne attitude et de la bonne pratique des méthodes contraceptives.</i>	<i>51</i>
<i>Tableau XXVII : Répartition des enquêtés en fonction du sexe et de la bonne pratique des méthodes contraceptives.</i>	<i>52</i>
<i>Tableau XXVIII : Répartition des enquêtés en fonction de l'âge et de la bonne pratique des méthodes contraceptives</i>	<i>52</i>
<i>Tableau XXIX : Répartition des enquêtés en fonction de la situation matrimoniale et de la bonne pratique des méthodes contraceptives.</i>	<i>53</i>

### **Listes des figures**

<i>Figure 1: Répartition des enquêtés selon l'ethnie</i>	<i>37</i>
<i>Figure 2: Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial</i>	<i>38</i>
<i>Figure 3: Répartition des enquêtés selon leur attitude favorable ou non à l'utilisation des méthodes contraceptives</i>	<i>43</i>

## Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>2</b>
<b>1. Enoncé du problème.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Objectifs.....</b>	<b>13</b>
2.1. Objectif général.....	13
2.2. Objectifs spécifiques.....	13
<b>3. Généralités.....</b>	<b>15</b>
3.1. Définitions des termes et concepts.....	15
3.2. Historique de la contraception.....	16
3.2.1. Dans le monde.....	16
3.2.2. Au Mali.....	17
3.3. Méthodes contraceptives.....	18
3.3.1. Abstinence.....	18
3.3.2. Méthodes Naturelles.....	18
3.3.3. Méthodes de barrière.....	19
3.3.4. Les contraceptifs.....	20
3.3.5. Les injectables.....	21
3.3.6. Les implants : (IMPLANT, JADELLE).....	21
3.3.7. Le Dispositif intra -utérin.....	21
3.3.8. Les méthodes chirurgicales :.....	22
3.3.9. Méthodes traditionnelles.....	22
3.4. La classification des méthodes contraceptives.....	23
3.4.1. Méthodes temporaires.....	23
3.4.2. Méthodes permanentes.....	24
3.4.3. La place de la vulgarisation des médias.....	24
3.5. La revue de la littérature.....	25
<b>4. Méthodologie.....</b>	<b>31</b>
4.1. Lieu et cadre d'étude.....	31
4.2. Type et période d'étude.....	32
4.3. Population d'étude.....	32

4.4.	<b>Echantillonnage</b> .....	32
4.4.1.	<b>Méthode et technique d'échantillonnage</b> .....	32
4.4.2.	<b>Taille de l'échantillon</b> .....	33
4.5.	<b>Critères d'inclusion</b> .....	33
4.6.	<b>Critères de non inclusion</b> .....	33
4.7.	<b>Collecte et saisie des données</b> .....	33
4.8.	<b>Variables de l'étude</b> .....	34
4.8.1.	<b>Variables dépendantes</b> .....	34
4.8.2.	<b>Variables indépendantes</b> .....	34
4.9.	<b>Considérations éthiques</b> ..... Erreur ! Signet non défini.	
5.	<b>Résultats</b> .....	37
5.1.	<b>Résultats descriptifs</b> .....	37
5.1.1.	<b>Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés</b> .....	37
5.1.2.	<b>Antécédents des enquêtés</b> .....	39
5.1.3.	<b>Connaissance des enquêtés</b> .....	41
5.1.4.	<b>Attitudes face à la contraception</b> .....	43
5.1.5.	<b>Pratiques des élèves en matière de contraception</b> .....	44
5.1.6.	<b>Facteurs associés</b> .....	47
5.1.7.	<b>Connaissance de la définition du planning familial</b> .....	47
5.1.8.	<b>Attitudes des enquêtés face à la contraception</b> .....	49
5.1.9.	<b>Pratiques des élèves du LAM en matière de contraception</b> .....	51
6.	<b>Commentaires et discussions</b> .....	55
7.	<b>Conclusion et Recommandations</b> .....	62
8.	<b>Références</b> .....	<i>I</i>
9.	<b>Annexes</b> .....	<i>II</i>
9.1.	<b>Annexes 1 : outils de collecte de données</b> .....	<i>II</i>
9.2.	<b>Annexe2 : Fiche signalétique</b> .....	<i>VI</i>
9.3.	<b>Annexe 3 : Résumé de la thèse</b> .....	<i>VI</i>
9.4.	<b>Annexe 4 : Serment de Galien</b> .....	<i>IX</i>

# INTRODUCTION

## Introduction

La contraception est l'ensemble des méthodes utilisées par une femme pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport non protégé. Elle contribue aussi de façon notoire à la réduction de la mortalité maternelle et infantile en permettant l'espacement des naissances [1].

Dans le monde ,842 millions de femmes utilisent des méthodes modernes de contraception et 80 millions utilisent des méthodes traditionnelles de contraception. De plus 76% des femmes sont satisfaites des méthodes de contraception [1]. Au Mali, le taux de mortalité maternelle est de 325 femmes pour 100000 naissances vivantes, ce qui est très élevé en 2018[2]. Le Mali fait partie des pays où les services de Planification Familiale sont faiblement utilisés par les adolescents et jeunes. Les adolescentes de 15 à 19 ans contribuent pour 12% à la fécondité totale du milieu urbain et 15% celle en milieu rural. En moyenne 16% de femmes en union utilisent les méthodes modernes. Les demandes totales en planification familiale pour les femmes de 15 à 49 ans en union s'élèvent à 41%, ce besoin est de 24% chez les femmes en unions [2].

L'intérêt accru que suscite la jeunesse est dû en partie à l'importance de la population jeune. La population mondiale actuelle est très nombreuse et a moins de 25 ans [3].

Face à cette situation marquée par la fréquence élevée des avortements, l'OMS a suggéré l'usage de la pilule de contraception d'urgence (PCU) et son intégration dans les programmes nationaux de santé. Il s'agit d'une méthode de rattrapage utilisée pour éviter les grossesses non désirées suite aux rapports sexuels non protégés ou à la rupture accidentelle des préservatifs ou encore suite à l'oubli des pilules chez la femme [4,5].

En fait, il existe un ensemble de méthodes contraceptives (méthode hormonale ou mécanique...) qu'une femme peut utiliser dans les cinq premiers jours

suivant un rapport non protégé pour prévenir une grossesse non désirée [6,7]. Cette possibilité est à la portée des jeunes filles actives sexuellement surtout en milieu universitaire afin de les aider à éviter les complications des interruptions volontaires de grossesses non désirées. Mais peu de données sont disponibles pour envisager une prise de décision par les autorités sanitaires sur la promotion de ces moyens en cas d'urgence. C'est pourquoi la présente étude exploratoire, se propose de déterminer les connaissances, attitudes et pratiques de la contraception en milieu scolaire.

# **Enoncé du problème**

## 1. Enoncé du problème

A travers le monde, des efforts conséquents ont été consentis pour améliorer la connaissance sur la fécondité précoce et ses conséquences. Ces études ne se sont pas limitées à la mesure démographique du phénomène mais se sont étendues à l'étude qualitative des aspirations des jeunes [8].

En taux de croissance annuelle (hors migration), la moyenne africaine est actuellement deux fois plus forte que la moyenne mondiale : 2,5 % contre 1,2 %. Onze pays affichent une croissance dépassant 3 %, le Niger détenant encore le record avec 3,8 %. Certes les taux sont appelés à baisser au cours des prochaines décennies, mais la croissance pourrait encore dépasser 3 % en 2050 au Niger, et 2 % dans dix autres pays [9]. Ces taux de croissance élevés résultent d'une très forte fécondité. La moyenne en Afrique subsaharienne se situe aujourd'hui à 5,4 enfants par femme, contre 2,5 en moyenne mondiale. Avec 2,5 enfants on est au niveau de remplacement des générations en Afrique (compte tenu de la mortalité actuelle), ce qui entraîne à terme une population stationnaire, mais avec 5,4 on en est encore très loin. Le Niger se distingue toujours avec 7,6 enfants actuellement, devant la Somalie (7,1) puis le Mali et le Tchad (6,8). Six autres pays sont au-dessus de 6 enfants [9].

L'évolution de la fécondité est restée très faible en Afrique subsaharienne dans les dernières décennies, quand elle n'a pas été quasi nulle comme au Mali, au Niger ou au Nigéria. Là où elle est amorcée, la baisse reste souvent inférieure à un enfant par femme, avec quelques exceptions, notamment au Kenya (passé de 8,1 enfants par femme en 1965-70 à 4,8 en 2005-2010), au Zimbabwe (de 7,4 à 3,9) ou en Afrique du sud (de 5,7 à 2,5) ; en Afrique occidentale, la baisse est surtout sensible en Côte d'Ivoire, au Ghana et au Togo (une réduction de 2 à 3 enfants par femme). Mais globalement, la fécondité n'est passée que de 6,7 à 5,4 en quarante ans en Afrique subsaharienne, contre 4,8 à 2,5 en moyenne mondiale [9]. Pour évoquer les aspects de la contraception, la situation est

franchement mauvaise dans de nombreux pays africains. Alors qu'en 2013, à l'échelle mondiale, 63 % des femmes de 15-49 ans vivant en couple utilisaient une méthode de contraception et 57 % une méthode moderne (par ordre décroissant : stérilisation féminine, stérilet et pilule), les proportions tombent à 25 % et 20 % respectivement pour l'Afrique subsaharienne [9]. La situation est pire encore en Afrique centrale (21 et 9 %) et occidentale (15 et 11 %). Notons que l'Algérie, l'Égypte, le Maroc et la Tunisie ont tous des proportions d'utilisatrices comprises entre 60 et 68 % (avec 52 à 58 % d'utilisatrices de méthodes modernes), se situant ainsi dans la moyenne mondiale. En Afrique sub-saharienne, l'Afrique du Sud atteint les mêmes niveaux (60 %, quasiment toutes en méthodes modernes), et le Kenya comme le Malawi s'en approchent avec 46 % d'utilisatrices : convaincre les populations africaines d'utiliser la contraception et de limiter leur descendance n'est donc pas une tâche impossible. Les faibles taux d'utilisation observés au Tchad (5 %), en Guinée (6%), au Mali ou en Érythrée (8%) sont sans doute révélateurs de l'indifférence totale des responsables politiques et sanitaires de ces pays quant à la contraception et la fécondité de leurs populations, quand ils ne sont pas carrément favorables à une forte fécondité [10]. L'une des raisons à cette faible pratique est que le nombre d'enfants souhaité reste très élevé.

Dans les enquêtes EDS on interroge les femmes mariées sur le nombre d'enfants qu'elles souhaiteraient avoir dans l'idéal [11]. En Afrique occidentale, les réponses vont, en moyenne nationale, de 4,6 à 9,1 (au Niger) ; elles sont un peu inférieures en Afrique orientale : 3,6 à 6,3. Le record est pour le Tchad, avec 9,2 enfants. De plus, si l'on prend en compte l'avis des hommes, là où ils ont été interrogés, on constate que leur nombre idéal est systématiquement plus élevé que celui des femmes, avec des moyennes atteignant 12,6 au Niger et 13,7 au Tchad... Selon les mêmes enquêtes, la proportion de naissances que les femmes déclarent ne pas avoir désirées est d'ailleurs le plus souvent très faible : entre 3 et 17 % en Afrique de l'Ouest et du centre, entre 8 et 46 % en Afrique du Sud et

de l'Est [11]. Les nombres idéaux sont nettement supérieurs à ceux que l'on avait pu mesurer dans des pays d'autres continents quand ils se trouvaient eux-mêmes en début de transition. Ils donnent un éventail d'idéaux allant de 5 à 8 enfants en début de transition en Afrique sub-saharienne, contre 3,5 à 5,5 en Asie et 3 à 4 en Amérique latine [12]. Un autre élément de nature à freiner le rythme de la baisse de la fécondité en Afrique : le fait que les intervalles entre naissances y sont déjà nettement plus longs que dans les autres pays quand ceux-ci affichaient encore une forte fécondité (d'un an environ), empêchant ainsi qu'une politique d'encouragement à un plus grand espacement des naissances puisse avoir un effet rapide sur le niveau de la fécondité [12]. L'une des raisons de cette fécondité élevée est que l'entrée en union est souvent très précoce. Un comparatif des Enquêtes sur la Démographie et la santé (DHS) antérieures à 2003 (USAID 2003) montrait qu'en Afrique subsaharienne la proportion de femmes de 20-24 ans qui s'étaient mariées avant 20 ans dépassait 80% au Mali, au Niger et au Tchad, et n'était que rarement inférieure à 45%. Dans les trois pays cités, les enquêtes plus récentes montrent une stabilité de la nuptialité, sauf un faible recul au Mali [9]. Les adolescents contribuent de plus en plus à la croissance de la population car la fécondité est de plus en plus précoce [13].

Au Mali les adolescentes de 15 à 19 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale [14]. Cette fécondité précoce comporte des risques de santé pour la mère et le fœtus pendant la grossesse et l'accouchement. Les problèmes liés à la grossesse constituent l'une des premières causes de mortalité chez les adolescentes [15]. Ainsi une grossesse précoce chez une jeune femme mariée ou non, peut constituer un obstacle considérable à l'amélioration de la qualité de vie. D'une manière générale les adolescentes du monde entier et particulièrement celles des pays en développement, sont exposées aux problèmes sanitaires de la reproduction et à leurs conséquences nuisibles. En plus des risques sanitaires il y a les problèmes psychologiques, socioéconomiques compromettant l'avenir scolaire des jeunes filles [14]. Outre

les risques au niveau de l'individu, l'activité sexuelle précoce est à la base d'une morbidité et mortalité maternelle, néonatale et infantile non négligeable au niveau national [14]. Les conséquences négatives d'une telle situation sur le bien-être de la population ne pouvant être ignorées, la maîtrise progressive de la fécondité et la sauvegarde de la famille sont apparues incontournables [13]. En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation actuelle de la contraception moderne est de 9.9% selon EDS V Mali en 2012 [16]. Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de la planification familiale représente environ 40% de la demande potentielle soit 25% de besoins non satisfaits [16].

Les services de planification familiale sont définis comme "des activités éducatives, médicales ou sociales complètes qui permettent aux individus, y compris les mineurs, de déterminer librement le nombre et l'espacement de leurs enfants et de sélectionner les moyens par lesquels cela peut être réalisé [17].

Dans de nombreux pays d'Afrique, les couples désirent encore avoir des familles nombreuses, en partie à cause de la forte inégalité de l'amélioration de la survie des enfants. Alors que la plupart des pays africains ont fait de grands progrès dans la survie des enfants au cours de la dernière décennie, parmi les ménages les plus pauvres, les taux de mortalité infantile sont encore près du double du taux de celui des ménages les plus aisés [18]. En conséquence, les taux de fécondité sont également deux fois plus élevés chez les ménages pauvres d'Afrique que chez les ménages riches [19]. La persistance de l'inégalité reflète la nécessité de faire en sorte que les pauvres aient accès à des interventions de survie des enfants ainsi qu'à des programmes de planification familiale qui aideraient à réduire le taux des naissances.

En 2010, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), estime à près de 600 000 le nombre de femmes qui meurent chaque année dans le monde à la suite des

causes liées à la grossesse et plus de 98% de ces décès surviennent dans les pays en voie de développement au niveau de la population [20].

La Planification Familiale (PF) constituerait donc l'une des méthodes modernes pour réduire la mortalité maternelle et infantile et prévenir les maladies courantes. Elle contribue ainsi à réduire les grossesses rapprochées et non désirées, les avortements provoqués qui menacent dangereusement la santé de la femme. Au Mali malgré les actions entreprises, le niveau de la fécondité reste parmi les plus élevés au monde. L'enquête Démographique de santé (EDS) VI de 2018 montre un indice synthétique de fécondité estimé à 6,3 enfants par femme au Mali. Chez les adolescentes, 36% ont déjà commencé leur vie féconde, 30% ont eu au moins un enfant et 6% sont enceintes du premier enfant [2].

Selon cette étude, la quasi-totalité des femmes et des hommes maliens ont entendu parler de la Planification Familiale. Cependant 15% des femmes pratiquaient une méthode contraceptive moderne (les implants sont les plus utilisés). En moyenne 24% des femmes actuellement en union ont un besoin non satisfait en PF. Dans l'ensemble 17 % des femmes de 15 à 49 ans en union utilisaient au moins une méthode contraceptive au moment de l'enquête dont 16 % une méthode moderne et 1 % une méthode traditionnelle. Cette prévalence de la contraception est de 17 % chez les femmes actuellement en union et de 36 % parmi celles qui sont sexuellement active. Parmi les méthodes modernes utilisées par les femmes, on constate que les implants (24% des femmes non en union sexuellement active et 7 % chez les femmes en union) et les injectables (8 % des femmes non en union sexuellement active, et 6 % chez les femmes en union) sont les plus utilisés [2]. Cette prévalence contraceptive au Mali paraît faible par rapport aux efforts fournis par le ministère de la santé publique, qui ne cesse de déployer d'énormes efforts pour l'utilisation des services de planification familiale. Il faut noter que ces efforts ont été pendant longtemps

dirigés vers les femmes, à cause du développement des méthodes contraceptives féminines, à savoir : les méthodes hormonales, le dispositif intra-utérin et la stérilisation chirurgicale féminine, et ce, très souvent à l'exclusion des hommes [21]. Il s'agissait de programme de promotion de l'utilisation des services de planification familiale (méthodes modernes contraceptives). Mais ces programmes n'ont pas permis une augmentation de la prévalence contraceptive aussi bien dans notre Pays qu'à travers le monde. Les limites de ces programmes ont été principalement l'exclusion de certains déterminants de l'utilisation des services de PF car au Mali comme dans bien de pays à travers le monde, l'homme reste encore le grand décideur au sein de la famille donc sa collaboration est gage de réussite pour toute activité au sein de la famille. Ainsi des études ont montré que l'opposition du partenaire est une des raisons les plus fréquentes données par les femmes pour ne pas adopter une méthode contraceptive ou pour arrêter l'utilisation. Par contre les hommes bien informés en matière de santé de la reproduction sont plus à même de soutenir la décision de leur partenaire et d'encourager une politique qui assure aux femmes les soins dont elles ont besoin en matière de reproduction [21]. Ainsi un projet mené en milieu rural au Mali poursuivait cet objectif en choisissant des hommes pour promouvoir la planification familiale dans les collectivités locales. Nombreuses sont les femmes qui disent que l'attitude de leur mari vis-à-vis de la planification familiale avait changé grâce aux prestataires masculins, et qu'entre époux ils en parlent plus ouvertement. Ainsi quand les hommes sont inclus dans les programmes de planification familiale et les décisions sont prises de concert par les partenaires, il est pratiquement assuré qu'elles seront suivies. Les hommes secondent leur partenaire en les aidant à trouver des services de santé reproductive quand elles en ont besoin et en leur procurant les ressources nécessaires à leur obtention [21].

Nous avons choisi ce thème compte tenu de l'insuffisance de données sur les connaissances, attitudes et pratiques au sujet de la contraception chez les jeunes

en général et les élèves du Lycée ASKIA MOHAMED en particulier. Aussi la majorité des études réalisées dans ce cadre a mis l'accent sur le planning familial ou sur une méthode précise plutôt que sur la contraception en général. Le choix de ce thème se justifie aussi par l'absence de programme spécifique visant à éduquer les lycéens sur la contraception. Etudier les connaissances attitudes et pratiques des lycéens nous permettra également de mieux explorer la place qu'occupe la contraception dans les lycées de Bamako.

# OBJECTIFS

## 2. Objectifs

### 2.1. Objectif général

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception des élèves du Lycée ASKIA MOHAMED de BAMAKO de décembre 2019 à février 2020.

### 2.2. Objectifs spécifiques

- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude
- ✓ Déterminer le niveau de connaissances des élèves du lycée ASKIA MOHAMED sur la contraception de décembre 2019 à février 2020.
- ✓ Décrire les pratiques et attitudes des élèves du lycée ASKIA MOHAMED en matière de contraception de décembre 2019 à février 2020.
- ✓ Identifier les facteurs qui influencent les connaissances et les pratiques des élèves du lycée ASKIA MOHAMED en matière de contraception de décembre 2019 à février 2020.

# GENERALITES

### 3. Généralités

#### 3.1. Définitions des termes et concepts

- La contraception : est définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé [14]. En général le contrôle des naissances ou la contraception est une méthode qui empêche une femme de devenir enceinte [15].
- La planification familiale : est l'ensemble des moyens qui concourent au contrôle des naissances, dans le but de permettre aux familles de choisir d'avoir un enfant [17].
- Les connaissances en matière de contraception : c'est la manière dont les individus apprennent les méthodes contraceptives, y compris leurs risques et avantages, ainsi que la façon de les utiliser, à partir d'une grande variété de sources : amis et famille, les médias électroniques et imprimés, les professionnels de la santé et le matériel éducatif qu'ils distribuent, des institutions telles que écoles et collèges et de nombreuses ressources communautaires [48].
- Les attitudes face à l'utilisation des méthodes de contraception : L'attitude fait référence aux sentiments ou tendances positifs ou négatifs d'un individu à l'égard d'une idée, d'un objet ou d'un symbole. Selon Bohner, l'attitude est tout ce qu'une personne possède réellement et qu'elle réalise plus tard. Selon Arkonaç, l'attitude, généralement attribuée à de nombreux universitaires, est une tendance qui est attribuée à une personne et qui crée ses sentiments et comportements liés à un objet psychologique de manière ordonnée. Les attitudes affectent naturellement aussi les croyances. La foi comprend des informations, opinions et croyances vraies ou fausses basées sur l'expérimentation personnelle ou

des sources externes. Toutes les variables affectant la planification familiale provoquent un comportement [49, 50].

- Pratiques contraceptives : il s'agit de la façon dont les individus procèdent pour utiliser une méthode contraceptive. Les méthodes de contraception les plus efficaces sont la stérilisation par vasectomie chez les hommes et la ligature des trompes chez les femmes, les dispositifs intra-utérins (DIU) et les contraceptifs implantables. Ceci est suivi d'un certain nombre de méthodes à base d'hormones, y compris les pilules orales, les patchs, les anneaux vaginaux et les injections. Les méthodes moins efficaces comprennent les barrières physiques telles que les préservatifs, les diaphragmes et les éponges contraceptives et méthodes de sensibilisation à la fertilité. Les méthodes les moins efficaces sont les spermicides et le sevrage par l'homme avant l'éjaculation. La stérilisation, bien que très efficace, n'est généralement pas réversible ; toutes les autres méthodes sont réversibles, le plus immédiatement après leur arrêt. Les pratiques sexuelles sans risque, comme l'utilisation de préservatifs masculins ou féminins, peuvent également aider à prévenir les infections sexuellement transmissibles [51].

### **3.2. Historique de la contraception**

#### **3.2.1. Dans le monde**

Selon Serfaty [10], la limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances. La contraception était pratiquée dans l'antiquité, elle fut ensuite et l'est encore de nos jours dans des proportions extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci nous montre la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle [16]. Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme

au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix. C'est le propre de la pensée religieuse [16].

L'histoire de la contraception n'est en dehors des moyens employés, qu'une illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée toujours présents dans la société ou chez l'individu lui-même : le conservatisme ou le changement ; la tradition ou le progrès ; la foi ou la raison [16]. Autrement, si l'homme tend en général à vouloir modifier son être, non pas pour le sens d'un artifice destructeur, mais pour son bien actuel et futur, le contrôle de sa reproduction fait partie de ce souci d'une vision large de son avenir.

### **3.2.2. Au Mali**

Les sociétés traditionnelles ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique culturel, économique et spirituel. Une nombreuse progéniture est source à la fois de richesse (maximum de bras valides pour augmenter la production) et de bénédiction divine [17]. La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme [18]. Une femme doit avoir des enfants, mais il demeure également vrai que la survenue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement serait sujette à de moqueries, appelée en langue Bambara « serrées ». Aussi, avoir des enfants « hors-mariage » ou adultérins en Bambara « Gnamoko den » renvoie à un signe de mauvaise éducation et d'immoralité et la femme y paie plus que l'homme [17]. Malgré le comportement pro-nataliste, les maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances : c'est ainsi qu'après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant un certain temps. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement [17]. On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs comme

le « tafo ». La fréquence de ces pratiques serait en diminution notamment dans le milieu urbain [17].

La société malienne contemporaine est prise en porte-à-faux entre les valeurs séculaires (culturelles, morales et religieuses) et les logiques postcoloniales d'une culture de la raison et de la liberté de l'individu selon le modèle d'humanisme progressiste hérité à la fois du colonialisme et de la révolution sociale des années 1962 [17].

### **3.3. Méthodes contraceptives**

#### **3.3.1. Abstinence**

C'est le meilleur moyen de prévenir la grossesse et les IST. L'abstinence ne nuit pas à la santé des jeunes hommes, ni à celle des jeunes femmes [19].

#### **3.3.2. Méthodes Naturelles**

- **Méthodes de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée**

Elle est efficace lorsque l'allaitement est fait exclusivement au sein et à tout moment. Elle est d'autant plus efficace lorsque la nourrice fait une aménorrhée pendant les six premiers mois. Elle procure au bébé des anticorps contre certaines maladies infectieuses, renforce les liens entre la mère et l'enfant, est économique, mais elle ne procure pas à la maman une protection contre les IST/SIDA.

- **Le Coït interrompu (technique de retrait)**

C'est l'interruption du rapport avant l'éjaculation. Son efficacité est liée à la maîtrise du partenaire, chaque nouveau rapport sexuel nécessite un nettoyage préalable. Elle peut être frustrante pour la femme et l'homme qu'elle oblige à se retirer au moment de l'orgasme. C'est une méthode inadéquate pour les éjaculateurs précoces et les femmes anxieuses qui ne peuvent se détendre de peur que l'homme ne se retire à temps. Pratiqué correctement elle assure une protection de 98 % contre les grossesses.

- **La méthode de température**

Elle est basée sur l'hyperthermie provoquée par la progestérone sécrétée par le corps jaune. Elle suppose qu'il n'y a qu'une seule ovulation par cycle et que la courbe thermique soit bien précise et interprétable. Certaines femmes, telles que celles ayant une ovulation irrégulière, une maladie métabolique ou qui travaillent la nuit ne peuvent l'utiliser.

- **La méthode d'OGINO-KNAUS**

Elle se base sur la connaissance du cycle et suppose que l'ovulation se passe au 14ème jour après l'apparition des règles. Ainsi quatre (4) jours avant l'ovulation et quatre (4) jours après l'ovulation constitue théoriquement la période féconde.

- **La méthode de la glaire cervicale ou méthode de BILLINGS**

Elle est basée sur les modifications cycliques de la glaire cervicale. Au voisinage de l'ovulation, elle est abondante, filante et favorable au rapport fécond. Le taux d'échec de cette méthode est de 22 %.

### **3.3.3. Méthodes de barrière**

- **Le préservatif (Condom)**

Très ancien, il existe de nos jours sous la forme de plastic (Latex). D'une longueur de 18 cm son utilisation nécessite des règles précises : le placer sur le pénis en érection et le dérouler, laisser un espace, entre le gland et le fond du préservatif afin de recueillir le sperme, utiliser un préservatif pour un rapport sexuel. Il a un taux d'efficacité de 98% environ. Il est très efficace dans les préventions des IST/SIDA. Mais il peut glisser ou se détériorer pendant l'acte sexuel.

- **Le Diaphragme et le cap cervical**

Son efficacité augmente lorsque son utilisation va de pair avec un programme d'instruction (utilisation d'une crème spermicide à l'intérieur du diaphragme),

un ajustement soigneux. Pour une efficacité maximale, il est recommandé d'utiliser un agent spermicide à l'intérieur du diaphragme. Ils ne doivent pas être retirés 8H après le rapport sexuel, ne doivent pas être utilisés en cas de collapsus, le taux d'efficacité est de 5 à 7 %.

- **Les spermicides vaginaux et les mousses spermicides**

Ce sont des produits chimiques qu'associent un agent tensio-actif à un agent bactéricide. Ils sont placés 10 minutes avant les rapports sexuels dans le vagin. Chaque nouvel acte nécessite l'utilisation d'un autre spermicide, la durée de leur action est de 3heures. Il est inadéquat de faire une toilette vaginale à l'eau savonneuse surtout dans les 3heures qui suivent l'acte sexuel. Pendant l'utilisation d'un spermicide, éviter l'utilisation concomitante d'autres ovules. Les spermicides contribuent à la protection contre les IST/SIDA et le cancer du col de l'utérus. En cas d'utilisation correcte, leur taux d'efficacité est de 79 – 100%. Les méthodes de barrières peuvent être utilisées combinées ou elles seules ou associées avec un contraceptif autre qu'une méthode de barrière (pilule).

### 3.3.4. Les contraceptifs

- **Les contraceptifs oraux combinés**

Ils sont très efficaces en cas d'utilisation correcte, leur taux d'efficacité est de 88 à 99%. Ils atténuent aussi la dysménorrhée et entraînent des cycles réguliers. Ils diminuent l'abondance des menstruations, fournissent une protection contre les maladies inflammatoires du pelvis, leurs effets secondaires mineurs sont peu courant, mais ne protègent pas contre les IST/SIDA. L'utilisation précoce de progestatif entraîne une atrophie de la muqueuse utérine et une incapacité à la nidation. C'est la pilule de choix pour les jeunes filles, sauf si elles allaitent parce que, l'œstrogène pourrait affecter la lactation.

- **Les pilules progestatives**

Leur taux d'efficacité est de 83 à 99% lorsqu'elles sont prises correctement. Elles ont certains avantages tels que : atténuent les douleurs menstruelles, diminuent l'abondance des saignements menstruels et par conséquent l'anémie, n'interfèrent pas sur l'allaitement maternel, elles fournissent une protection contre les maladies inflammatoires du pelvis mais ne protègent pas contre les IST/SIDA, elles entraînent aussi des troubles du cycle comme l'aménorrhée, l'irrégularité des règles, le spotting.

### **3.3.5. Les injectables**

Leur mécanisme d'action est le suivant :

- Inhibition partielle de l'ovulation
- Epaissement de la glaire cervicale
- Atrophie de l'endomètre.
- Ils sont très efficaces (99 % d'efficacité) avec 2 ou 3 mois de durée d'action. Ils ne protègent malheureusement pas contre les IST/SIDA et ont des effets secondaires (métrorragie, dysménorrhée, spotting).

### **3.3.6. Les implants : (IMPLANT, JADELLE)**

C'est une méthode hormonale de longue durée d'action (5 ans) et efficace. Elle est réversible et utilise un progestatif retard (lévonorgestrel), inséré en sous cutané à la face interne d'un bras diffusant à travers 2 capsules en sil-astic. Son action commence dans les 24 heures après l'insertion. Il n'affecte pas l'allaitement et à peu d'effets secondaires dont les plus fréquents sont le spotting, l'aménorrhée ou le saignement prolongé, mais ils ne protègent pas contre les IST/SIDA.

### **3.3.7. Le Dispositif intra -utérin**

C'est une méthode très ancienne. Les DIU sont très variables dans leurs formes et leurs compositions faite de cuivre ou de progestérone. Les effets contraceptifs du DIU sont :

- Accélération du péristaltisme tubaire
- Le stérilet en contact avec la muqueuse utérine favorise la libération de la prostaglandine, elle a une action inhibitrice sur le corps jaune et elle est indispensable au développement de l'œuf.

En plus du cuivre contenu dans le DIU, il a une action sur la glaire cervicale en le rendant hostile à l'ascension des spermatozoïdes, son taux d'efficacité est de 94-99%. Les contres indications sont : infection de l'appareil génital (vaginite, cervicite), l'existence de fibrome, de cardiopathie, de polypes endocavitaires, de malformations, sensibilité au cuivre. Il présente également de nombreux inconvénients parmi lesquels la non protection contre les IST/SIDA.

### **3.3.8. Les méthodes chirurgicales :**

- ✓ Contraception chirurgicale volontaire (CCV) : deux techniques sont couramment utilisés, la ligature Résection des Trompes, la vasectomie.

Ce sont des méthodes irréversibles, définitives, peu coûteuses et très appropriées pour les couples qui ont déjà le nombre d'enfant qu'ils désirent. Son taux d'efficacité est supérieur à 99 % mais ne protège pas contre les IST/SIDA. Ces méthodes nécessitent des conseils approfondis et aussi le consentement éclairé des bénéficiaires.

### **3.3.9. Méthodes traditionnelles**

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples [11]. On peut citer :

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

- **La toile d'araignée** : Se place dans le vagin de façon à obstruer l'orifice externe du col, empêchant donc la montée des spermatozoïdes, donc méthode de barrière.
- **Le miel et le jus de citron** : On les place dans le vagin avant les rapports ; ils entraînent soit une immobilisation des spermatozoïdes (miel), soit une destruction des spermatozoïdes (citron) agissant comme des spermicides.
- **Les solutions à boire** : Il peut s'agir : d'écorces d'arbres ou de plantes, des graines à avaler ou de « nasi » solution préparée par les marabouts ou des charlatans.
- **La séparation du couple après accouchement** : Après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant 40 jours. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement.

Certaines de ces méthodes seraient à la base d'infection à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tel que l'infertilité, des algies pelviennes. Leurs efficacités n'ont pas été prouvées, elles ont surtout une importance psychologique [18].

### 3.4. La classification des méthodes contraceptives

La classification suivante est adoptée :

#### 3.4.1. Méthodes temporaires

- **De courte durée**
  - Les méthodes naturelles
  - La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.
  - Les condoms
  - Les spermicides
  - Les diaphragmes
  - Les caps cervicaux

- Les contraceptifs oraux combinés
- Les contraceptifs oraux progestatifs
- Les injectables
  - **De longue durée**
- Les implants
- Les DIU actifs

### 3.4.2. Méthodes permanentes

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

### 3.4.3. La place de la vulgarisation des médias

Auparavant la principale éducation sexuelle des jeunes se faisait généralement après le mariage ou se limitait uniquement à ce qu'elles se disaient entre eux ou entendait par les aînés mais actuellement avec la prolifération de la technologie (la télévision, internet), les jeunes ont accès à de nombreuses données et informations qui sont le plus souvent inadéquates pour leur âge entraînant une mauvaise orientation sexuelle des jeunes qui la plupart du temps n'ont pas vraiment conscience de la gravité de leurs actes.

### 3.5. La revue de la littérature

En Afrique, des auteurs, dont les œuvres méritent une attention ont abordé la question. Il s'agit de :

- TOLOMEZ G. [37], au Burkina- Faso en 1996 lors d'une évaluation du projet de PF BKF/GTZ stipule que les difficultés liées à l'approvisionnement, à la gestion des produits contraceptifs et à la disponibilité des outils de gestion sont observées à tous les niveaux. Cet ensemble de facteurs occasionne des ruptures fréquentes de stock, toute chose pouvant nuire à la qualité d'un programme de planification familiale.
- Sepous A, Enza J, Nali M N. [38] dans une enquête réalisée en Centrafrique (1997), sur les difficultés liées à l'expansion de la contraception en zones urbaine et semi urbaine ont montré que la réticence du mari exprimé par 23,3% des personnes enquêtées, suivi de la position intransigeante de la religion (9,6%), l'analphabétisme, la désinformation, le mauvais accueil sont les raisons freinant l'expansion de la contraception.
- Diakité H [39], dans l'étude sur la qualité des soins curatifs à Tori-Bossito a conclu à une efficacité des utilisateurs des services (84,6%), mais à une inefficacité du processus des soins.
- KAMISSOKO M [40], dans une étude réalisée en 1996 sur l'utilisation des contraceptifs modernes par les communautés de Ouidah et de Kpomassé, six ans après un programme de distribution à base communautaire de contraceptifs modernes a montré l'existence d'une association significative entre la distribution à base communautaire et l'attitude favorable à l'utilisation des contraceptifs modernes ( $p = 0,005$ ).
- Au Sénégal l'Enquête démographique de Santé (EDS) de 2005 [18], montre une amélioration du niveau de connaissance des femmes par rapport à 1997. La proportion des femmes ayant déclaré connaître une méthode contraceptive est passée de 85% à 92%. Chez les femmes ayant un partenaire,

cette proportion est passée de 86% en 1997 à 94% à l'enquête actuelle. Cette amélioration est due en grande partie à une amélioration de la connaissance des méthodes modernes : de 82% en 1997, la proportion est passée en 2005 à 91%. En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, on constate la tendance inverse. La proportion des femmes ayant déclaré connaître ce type de méthode est passé de 42% à 56% entre 1997 et 2005.

- Denis S., [41] sur les déterminants de l'utilisation des services de Planification Familiale dans la zone sanitaire d'Aplahoué en 2002 au Bénin, a montré que les facteurs qui freinent l'utilisation des services de Planification Familiale sont :

- le refus des maris ;
- les effets secondaires des produits contraceptifs ;
- l'insuffisance d'information sur la planification familiale ;
- la non-implication des maris ;

- NDIAYE M D., [42] dans une étude sur la pauvreté, les attitudes et pratiques des hommes en matière de PF dans une collectivité du Sénégal (Thiès), évoque le domaine socioculturel (culture de forte fécondité), la sphère économique, la faible implication des hommes dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de planification familiale comme les raisons de la faible prévalence contraceptive.

- Le rapport national sur l'état et le devenir de la population au Mali en 2002 montre que la société malienne confère à l'homme un statut de supériorité par rapport à la femme. En effet, c'est à lui que revient en premier le rôle de nourrir sa famille, de définir ses orientations, d'assurer son épanouissement et même de prendre des décisions qui intéressent sa femme dans son rôle procréateur. Il en résulte une influence des hommes sur la santé reproductive des femmes qui sont souvent obligées de demander leur autorisation pour avoir

accès aux soins reproductifs : consultation prénatale, contraception, désir de grossesse et nombre d'enfants.

- TAMBOURA Fatoumata, [43] dans une étude sur les préférences des adolescentes et jeunes adultes en matière de contraception à la clinique de l'AMPPF de Bamako (MALI) en 2008 évoque qu'il y a une forte adhésion des adolescentes âgées de 16-18ans à la contraception. Les élèves et étudiantes représentaient la majorité des clientes et les célibataires les 2/3 de l'échantillon.

- DIAWARA Halimatou, [44] dans une étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des méthodes contraceptives des élèves et étudiants du district de Bamako (Mali) en 2008 a montré que près de la moitié (41.2%) ne connaissent pas de source d'approvisionnement des méthodes contraceptives et 39.9% ne connaissent pas les avantages de la contraception, 29.4% l'associent à la prévention des grossesses non désirés. Comme inconvénient à la contraception, 23.9% ont cité la stérilité 56.1% ne connaissent pas la contraception d'urgence. Par ailleurs le pourcentage de communication mère enfant est bas. Pour la pratique de la contraception, 12.2% ont utilisé une méthode contraceptive au moins une fois. La méthode la plus utilisée est le préservatif, suivi de la pilule. Les difficultés d'accès ont été citées par 31.1%, parmi lesquelles l'indiscrétion du centre et le prix élevé des prestations sont les plus cités. Les adolescents et les jeunes ont un comportement à risque très élevé.

En effet, 3 /4 des enquêtés sont sexuellement actifs. Le taux d'avortement est de 88.3% sur l'ensemble de ces grossesses, et la presque totalité de ces avortements étaient provoqués.

- N'DIAYE Sané., [45] dans une étude épidémiologique et clinique des implants de type norplant à la clinique de l'AMPPF (Mali en 2008), affirme que durant ces trois années, il y a eu une augmentation régulière des utilisatrices de norplant. Ces utilisatrices se situaient dans la tranche d'âge de 20 à 29ans et mariées dans 66,1% des cas. Elles avaient fréquenté l'école conventionnelle

jusqu'au niveau secondaire dans 34% des cas. Il s'agissait d'utilisatrices multipares et multi gestes et l'insertion avait été faite surtout par des infirmières. Des effets secondaires divers ont été observés pour 37,9% des utilisatrices ce qui a entraîné parfois l'abandon de la méthode. Abandon d'autant plus fréquent qu'apparaissent le désir de grossesse ultérieure et la pression du conjoint ou des parents.

- KOUMA Makan., [46] dans une étude sur les Connaissances, attitudes et Pratiques des adolescents du Lycée Mamadou SARR relative à la planification familiale infection sexuellement transmissible et SIDA, atteste que par rapport à la PF :

- 95% des élèves associent à la PF l'espace des naissances et à la santé de la mère dans 78% des cas.
- Les méthodes de PF connues par les adolescents de cet établissement sont les contraceptifs oraux dans 96% et les méthodes de barrière (préservatifs) dans 93%.
- 70% des adolescents interrogés ont reçu les informations sur la PF à partir des médias. La part des parents est négligeable, ce qui montre le tabou sur le sexe en famille.

- TOUNKARA Maurice, [47] dans son étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de Kalaban-coro, a tiré les conclusions suivantes :

- La majorité des hommes enquêtés déclarait avoir entendu parler de méthodes modernes de contraception, soit : 87,9%, donc avait une certaine connaissance sur les méthodes modernes de contraception (M.M.C),

- Seulement près d'un tiers des hommes enquêtés approuvait l'utilisation des méthodes modernes de contraception et était impliqué dans la Planification familiale. L'implication des hommes dépendait principalement du niveau l'instruction, de l'âge et du statut matrimonial.
- En dépit du niveau de connaissance acceptable des hommes par rapport à la Planification Familiale, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes restait encore faible dans la commune rurale de Kalabancoro.
- Les hommes de 14 à 45 ans utilisaient plus les MMC que les hommes âgés ; les hommes instruits plus que ceux qui ne le sont pas.
- La faible implication des hommes dans les programmes de santé de la reproduction influence aussi la faible fréquentation des centres de santé par les femmes et le taux encore faible de prévalence contraceptive. En 2006, le taux de pratique contraceptive moderne chez les femmes est de 7% selon EDS IV.

# **METHODOLOGIE**

## 4. Méthodologie

### 4.1. Lieu et cadre d'étude :

Notre étude a eu comme cadre le Lycée ASKIA MOHAMED de Bamako.

Description de la commune III de BAMAKO.

Le district de BAMAKO compte six (6) communes cependant c'est la commune III qui a constitué notre cadre d'étude.

La commune III est limitée au nord par le cercle de KATI, à l'est par le boulevard du peuple qui la sépare de la commune II, au sud par la portion du fleuve Niger, comprise entre le pont des martyrs et le Motel de BAMAKO, et à l'ouest, par la rivière Farako à partir du Lido, l'Avenue Cheick El Mahyan Ben Sultan et route ACI 2000, couvrant une superficie de 23 km<sup>2</sup>. Sa population est de 119287 habitants. La commune III est le centre administratif et commercial de BAMAKO. Elle accueille notamment les deux plus grands marchés de la capitale, le grand marché Dabanani et Dibida. Vingt quartiers composent cette commune et les villages de Koulouninko et Sirakorodounfing ont été rattachés à la commune III. Notre choix du lieu d'étude a été porté sur le lycée ASKIA MOHAMED compte tenu de son ancienneté et de sa localisation en plein centre-ville.

### **Historique du LYCEE ASKIA MOHAMED**

Le Lycée Askia Mohamed est situé dans la rue de l'Avenue de la Liberté porte 528 Darsalam dans la commune III du district de BAMAKO.

20 août 1915 : l'Ecole des fils de Chefs de Kayes est transférée à BAMAKO sous le nom de l'Ecole Professionnelle Centrale de Bamako.

1923 : L'Ecole Professionnelle Centrale de BAMAKO devient l'Ecole Primaire Supérieure (EPS).

1946 : L'Ecole Primaire Supérieure prend le nom de Collège Classique et Moderne Terrassons De Fougère devient le lycée Terrassons De Fougères.

20 Mai 1950 : Le Collège Classique et Moderne Terrassons De Fougères.

1962 : Le Lycée Terrassons De Fougères prend le nom de Lycée Askia Mohamed.

Au cours de notre étude, nous avons dénombré 56 salles de classe avec un effectif de 1459 élèves dont 967 garçons et 492 filles.

Le personnel de l'administration du lycée Askia Mohamed se compose de :

- Directeur
- Censeur
- Surveillant général
- Chef comptable.

## **4.2. Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale de décembre 2019 à février 2020. Elle a consisté à recueillir toutes les informations liées aux connaissances, attitudes et pratiques des élèves du Lycée Askia Mohamed de la Commune III du District de Bamako.

## **4.3. Population d'étude**

L'étude avait comme cible les élèves du lycée ASKIA MOHAMED de la commune III de Bamako.

## **4.4. Echantillonnage**

### **4.4.1. Méthode et technique d'échantillonnage**

La méthode probabiliste et la technique de sondage aléatoire simple ont été utilisées pour identifier les enquêtés de l'étude.

Dans notre étude, la liste de tous les élèves du lycée ASKIA MOHAMED de la 10<sup>ème</sup> à la 12<sup>ème</sup> année inscrite a constitué notre base de sondage pour bien identifier la cible. La taille de l'échantillon calculée a été répartie équitablement entre les trois niveaux et chaque filière et chaque section a été représentée. Un tirage au sort sans remise sur la base des numéros d'inscription a permis d'identifier les éléments de l'échantillon.

#### 4.4.2. Taille de l'échantillon

La formule de Schwartz a été utilisée pour calculer la taille de l'échantillon.

$$n = Z\alpha^2 pq / i^2$$

Où  $Z\alpha = 1,96$  : écart réduit correspondant au risque  $\alpha$  consenti (avec un seuil de signification = 0,05)

$P$  = Prévalence de l'utilisation de la contraception dans la population générale, qui est de 23,1% [2] selon l'EDSM VI au Mali en 2018.

$$q = 1 - p = 1 - 0,231 = 0,769.$$

$n$  étant la taille de l'échantillon.

$i$  = précision ( $\alpha = 5\%$ )

La taille de l'échantillon calculée  $n = 273$  a été majorée de 10% en prévision d'éventuels problèmes liés à la collecte des données. La taille de l'échantillon de notre cible est alors 300 élèves.

#### 4.5. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude tous les élèves du lycée ASKIA MOHAMED identifiés, par la technique d'échantillonnage et ayant accepté de participer à l'étude.

#### 4.6. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- ❖ Les élèves des classes de 10<sup>ème</sup> à 12<sup>ème</sup> année n'ayant pas accepté de prendre part à l'étude
- ❖ Les élèves qui étaient absents.
- ❖ Les élèves qui étaient réticents.

#### 4.7. Collecte et saisie des données

Les données collectées sur une fiche d'enquête ont été analysées avec le logiciel SPSS. La saisie des données a été faite à l'aide de world 2019 et Excel 2019. Le test de Khi- deux de Pearson ou le test exact de Fisher ont été utilisés pour la comparaison des variables. Un risque alpha de 5% est choisi pour la marge

d'erreur. Nos résultats sont présentés sous forme narrative, graphiques et tableaux.

## **4.8. Variables de l'étude**

### **4.8.1. Variables dépendantes**

Les variables dépendantes de cette étude étaient : les niveaux de connaissances, les attitudes et les pratiques.

- **Les connaissances** ont été appréciées à travers :
  - la définition de la contraception,
  - la connaissance des méthodes,
  - la connaissance des avantages,
  - la connaissance des effets secondaires liés à certaines de ces méthodes
- **Les attitudes** ont été appréciées à travers :
  - lorsque l'élève sait qu'il doit utiliser un moyen de contraception pour se protéger ;
  - lorsque l'élève est favorable ou non à la contraception
- **Les pratiques** sont jugées à travers :
  - lorsque l'élève sexuellement actif utilise ou non une méthode contraceptive.

### **4.8.2. Variables indépendantes**

- Age
- Sexe
- Ethnie
- Classe fréquentée
- Série fréquentée
- Religion
- Situation matrimoniale
- Age du premier rapport
- Fréquence des rapports sexuels
- Nombre de grossesses
- Nombre d'avortement
- Parité

- Nombre d'enfants
- Sources d'information sur le planning familial
- Antécédents d'avortement.

#### **4.9. Considérations éthiques**

Pour des raisons éthiques, les contours de l'étude ont été expliqué aux concernés afin qu'ils répondent librement aux questionnaires. Chaque élève enquêté a eu l'assurance de la confidentialité, l'utilisation strictement anonyme et scientifique des données.

# RESULTATS

## 5. Résultats

### 5.1. Résultats descriptifs

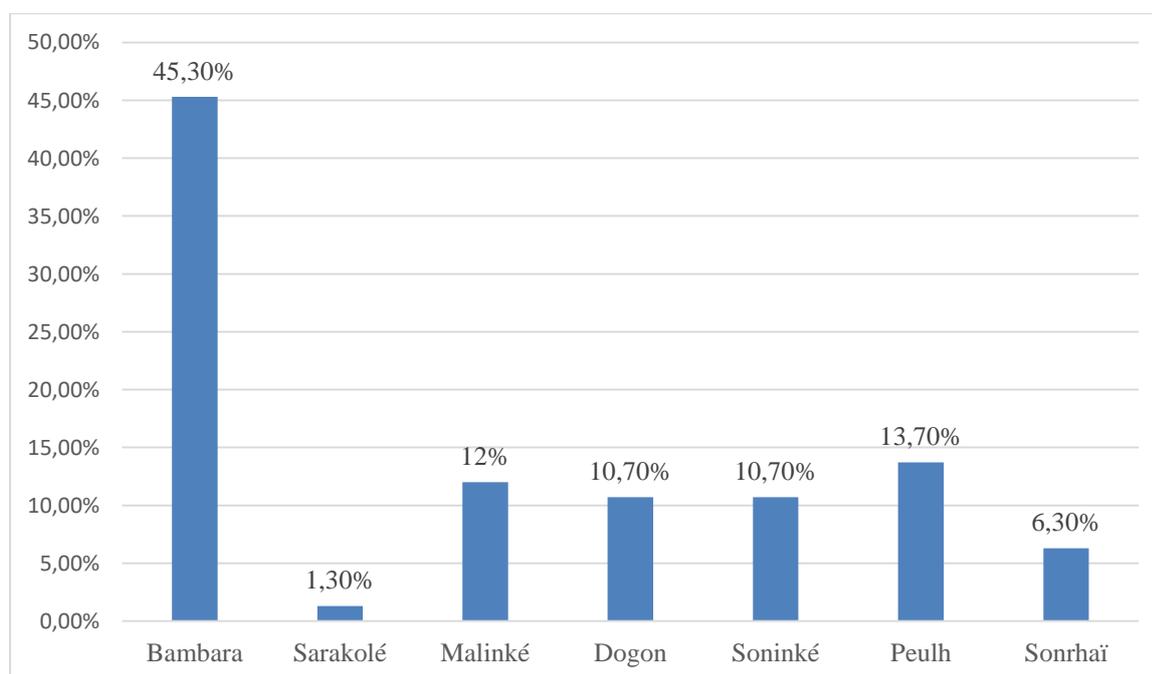
#### 5.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

**Tableau I: Répartition des enquêtés selon l'âge, le sexe**

Variables	Modalités	Effectif	Pourcentage
Age	15-17	176	58,6
	18-20	124	41,4
Sexe	Masculin	165	55
	Féminin	135	45

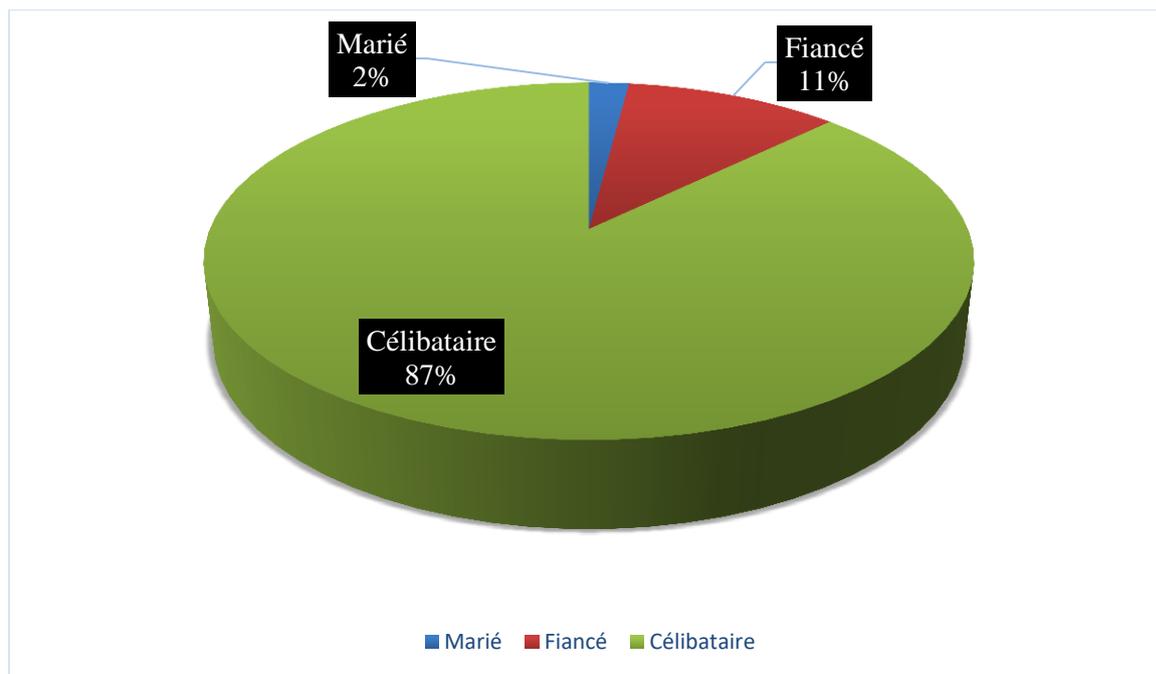
Dans notre étude, les moins de 17 ans étaient la plus représentée avec 58,6%. La moyenne d'âge était de 17,19 ans avec un écart type de 1,24 et des extrêmes de 15 et 20 ans.

Le sexe masculin était majoritaire avec un pourcentage de 55%.



**Figure 1: Répartition des enquêtés selon l'ethnie**

Les bambaras étaient les plus représentés avec un taux de 45,3%.



**Figure 2: Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial**

Avec 87,3%, la majorité d'entre eux était des célibataires.

### 5.1.2. Antécédents des enquêtés

#### Age au premier rapport sexuel

*Tableau II : Répartition des enquêtés en fonction de leur âge au premier rapport sexuel*

Age	Effectifs	Pourcentage
≤15 ans	38	12,7
16 ans	31	10,3
<b>&gt;16 ans</b>	<b>46</b>	<b>15,3</b>
Aucune réponse	185	61,7
Total	300	100

15,3% des enquêtés ont eu leur premier rapport au-delà de 16 ans. A noter que 61,7% des enquêtés ne se sont pas prononcés.

### Nombre de grossesses

*Tableau III : Répartition des enquêtés de sexe féminin en fonction de l'antécédent de grossesse*

ATCD de grossesse	Effectif	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>7</b>	<b>5,1</b>
Non	102	75,6
Aucune réponse	26	19,3
Total	135	100

Sur un effectif de 135 participants de sexe féminin, 5,1% avaient au moins une fois été enceinte soit 7 cas d'entre elles.

### Avortement

*Tableau IV : Répartition des enquêtés en fonction de celles qui ont déjà pratiqué l'avortement*

ATCD d'avortement	Effectif	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>1</b>	<b>0,7</b>
Non	107	79,3
Aucune réponse	27	20
Total	135	100

Une adolescente reconnaissait avoir déjà fait l'avortement une fois.

### 5.1.3. Connaissance des enquêtés

- *Connaissance du planning familial*

*Tableau V : Répartition des enquêtés sur la connaissance du planning familial.*

Connaissance du planning familial	effectif	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>166</b>	<b>55,3</b>
Non	101	33,7
Aucune réponse	33	11
Total	300	100

55,3% de nos enquêtés avait une bonne connaissance du planning familial.

- *Connaissance des méthodes contraceptives*

*Tableau VI : Répartition des enquêtés en fonction de la connaissance des méthodes contraceptives*

Méthode contraceptive	Fréquence des réponses	Pourcentage
<b>Préservatif</b>	<b>226</b>	<b>41,9</b>
Pilule	136	25,2
Injectable	78	14,4
DIU	4	0,7
Implant jabelle	8	1,5
Traditionnels	32	5,9
Aucune réponse	56	10,4
Total	540	100

La méthode de contraception utilisée par les enquêtés est le préservatif (41,9%)

- *Connaissance des avantages liés aux méthodes contraceptives*

**Tableau VII : Répartition des enquêtés en fonction de la connaissance des avantages liés aux méthodes contraceptives.**

Avantages des méthodes contraceptives cités	Fréquences des réponses	Pourcentages
Maîtrise des pulsions sexuelles	90	23,9
<b>Contrôle des naissances</b>	<b>119</b>	<b>31,6</b>
Eviction des grossesses non désirées	88	23,4
Aucune connaissance	16	4,3
Protection contre les IST	59	15,7
Aucun avantage	4	1,1
Total	376	100

31,6% de nos enquêtés trouvait que le contrôle des naissances était le meilleur avantage des méthodes contraceptives.

- *Connaissance des inconvénients liés aux méthodes contraceptives*

**Tableau VIII : Répartition des enquêtés en fonction de la connaissance des effets secondaires liés aux méthodes contraceptives**

Effets secondaires des méthodes contraceptives citées	Fréquence des réponses	Pourcentage
Irritation	46	11,9
Vertiges	67	17,4
Nausées	49	12,7
Prises de poids	23	6
<b>Aucun</b>	<b>159</b>	<b>41,3</b>
Non répondus	41	10,6
Total	385	100

41,3% de nos enquêtés ne trouvait aucun inconvénient à la suite de l'utilisation des méthodes contraceptives.

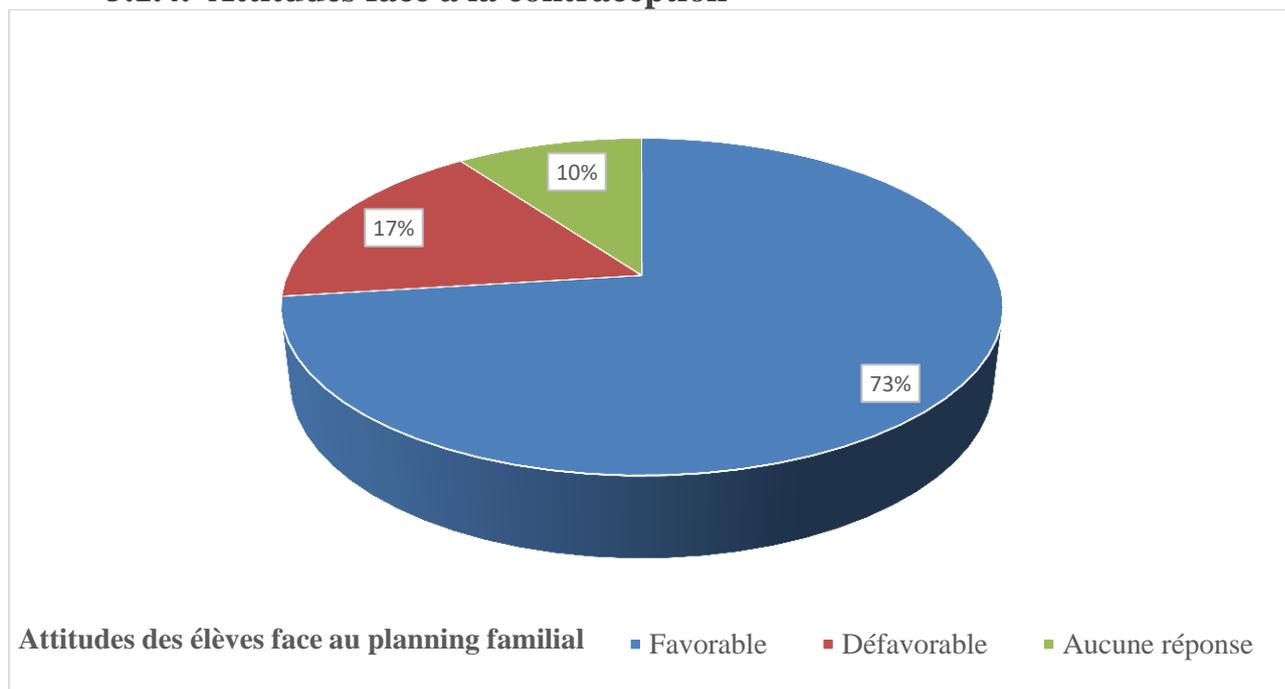
• *Sources d'information sur le planning familial*

**Tableau IX : Répartition en fonction des sources d'information des enquêtés sur le planning familial.**

Source d'information sur le planning familial	Fréquence des réponses	Pourcentage
Agent de santé	187	51,2
Camarade de classe	54	14,8
Média	93	25,6
Parents	14	3,8
Aucune réponse	17	4,6
Total	365	100

La principale source d'information de nos enquêtés sur le planning familial était les agents de santé dans 51,2% des cas.

**5.1.4. Attitudes face à la contraception**



**Figure 3: Répartition des enquêtés selon leur attitude favorable ou non à l'utilisation des méthodes contraceptives.**

73% de nos enquêtés étaient favorables à l'utilisation des méthodes contraceptives

### 5.1.5. Pratiques des élèves en matière de contraception

*Tableau X : Répartition des enquêtés en fonction de ceux ayant déjà utilisé une méthode contraceptive.*

Utilisation d'une méthode	Effectif	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>23</b>	<b>7,7</b>
Non	218	72,7
Aucune réponse	59	19,7
Total	300	100

Parmi nos enquêtés 7,7 % avaient déjà utilisé au moins une fois une méthode de contraception.

*Tableau XI : Répartition des enquêtés sur l'utilisation du préservatif.*

Utilisation du préservatif (nombre de répondants=23)	Effectif	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>20</b>	<b>6,7</b>
Non	163	54,3
Aucune réponse	117	39
Total	300	100

**6,7 %** de nos enquêtés ayant déjà eu des rapports sexuels, le préservatif est le contraceptif utilisé.

*Tableau XII : Répartition des enquêtés en fonction des raisons les amenant à utiliser le préservatif*

Raison d'utilisation du Préservatif	Effectif	Pourcentage
<b>Protection contre les maladies</b>	<b>12</b>	<b>60</b>
Eviter les grossesses non désirées	3	15
Plaisir sexuel	5	25
Total	20	100

Dans 60% des cas, la principale raison pour utiliser le préservatif est pour se protéger contre les maladies.

**Tableau XIII : Répartition des enquêtés en fonction de la raison de la non utilisation du préservatif**

Raison du non utilisation du préservatif	Effectif	Pourcentage
Diminution du plaisir sexuel	13	9,5
Coût	4	2,9
Irritation	2	1,4
Statut matrimonial (Marié)	1	0,7
Aucune raison	118	85,5
Total	138	100

85,5% de nos enquêtés n'ont aucune raison du non port du préservatif lors des rapports sexuels

**Tableau XIV : Répartition des enquêtés en fonction de la raison qui les a fait abandonner la méthode de contraception.**

Raison d'abandon (nombre de répondants=23)	Effectifs	Pourcentage
Partenaire / conseil	5	6,9
Parents / conseil	10	14
<b>Amis / conseil</b>	<b>52</b>	<b>72,2</b>
Aucune réponse	5	6,9
Total	72	100

Pour 72,2% d'entre eux, ce sont les amis qui les avaient poussés à arrêter d'utiliser les méthodes contraceptives.

**Tableau XV : Répartition des enquêtés selon les raisons de la non utilisation des méthodes de contraception**

Raison de non utilisation d'une méthode de contraception	Effectif	Pourcentage
Ignorance	47	15,7
Virginité	52	17,3
<b>Religions</b>	<b>68</b>	<b>22,7</b>
Parents	19	6,3
Partenaire	10	3,3
Ami	13	4,3
Aucune réponse	91	30,3
Total	300	100

La religion (22,7%) est l'une des raisons principales de la non utilisation des méthodes contraceptives.

**Tableau XVI : Avis du partenaire avant l'utilisation du préservatif.**

Avis du partenaire avant d'utiliser le préservatif	Effectif	Pourcentage
C'est obligatoire	60	20
C'est nécessaire	69	23
Je ne sais pas	127	42,3
Aucune réponse	44	14,7
Total	300	300

Pour **43%** de nos enquêtés, il est nécessaire voir obligatoire d'avoir l'accord de son partenaire avant l'utilisation du préservatif.

### 5.1.6. Facteurs associés

#### 5.1.7. Connaissance du planning familial

*Tableau XVII : Répartition des enquêtés selon la connaissance du planning familial en fonction de l'âge.*

Connaissance du planning familial	Age		
	15-17	18-20	TOTAL
Oui	94 (35,21%)	72 (26,97%)	166 (62,18%)
Non	63 (23,59%)	38 (14,23%)	101 (37,82%)
Total	157 (58,80%)	110 (41,20%)	267 (100%)

**P valeur =0,269 (khi deux) ddl=5 khi deux=3,159**

Avec un  $p = 0,269$  donc supérieur au seuil de 0,05 ; Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre la connaissance et l'âge des élèves du Lycée Askia Mohamed.

*Tableau XVIII : Répartition des enquêtés selon le sexe et la connaissance de la définition du planning familial.*

Connaissance du planning familial	Sexe		
	Féminin	Masculin	TOTAL
Oui	88 (32,96%)	78 (29,21%)	166 (62,17%)
Non	36 (13,48%)	65 (24,35%)	101(37,83%)
Total	124 (46,44%)	143 (53,56%)	267(100%)

**P valeur = 0,01(Khi deux) ddl=2 khi deux=4,509**

Il existe un lien statistiquement significatif entre le sexe et la connaissance du planning familial car **P < 0,05**

**Tableau XIX : Répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale et la connaissance du planning familial.**

Connaissance du planning familial	Situation matrimoniale			TOTAL
	Mariés (e)	Fiancés (e)	Célibataires	
Oui	5 (1,87%)	18 (6,74%)	143 (53,56%)	166 (62,17%)
Non	1(0,37%)	13 (4,87%)	87(32,58%)	101(37,83%)
Total	6 (2,25%)	31(11,61%)	230(86,14%)	267(100%)

P= 0,002 (test exact de Fisher)

Nous notons que 53,56% des célibataires avaient une bonne connaissance du planing famailial.

**Tableau XX : Répartition des enquêtés en fonction de l'antécédent d'avortement et de la bonne connaissance de la contraception.**

Connaissance de la contraception	Antécédent d'avortement		TOTAL
	Oui	Non	
Oui	0 (0%)	76 (73,79%)	76 (73,79%)
Non	1 (0,97%)	26 (25,24%)	27 (26,21%)
Total	1 (0,97%)	102 (99,02%)	103 (100%)

P=0,0001(test exact de Fisher).

La majorité de nos enquêtés soit 73,79% de ceux qui avaient connu un antécédent d'avortement n'avaient pas de connaissance de la contraception.

### 5.1.8. Attitudes des enquêtés face à la contraception

*Tableau XXI : répartition des enquêtés en fonction de la bonne attitude et de la bonne connaissance des méthodes contraceptives*

Connaissance du planning familial	Attitude favorable au planning familial			TOTAL
	Oui	Non	Aucune réponse	
<b>Oui</b>	<b>139 (52,06%)</b>	<b>19 (7,11%)</b>	<b>8 (3%)</b>	<b>166 (62,17%)</b>
Non	62 (23,22%)	31 (11,61%)	8 (3%)	101 (37,83%)
Total	<b>201 (75,28%)</b>	<b>50 (18,73%)</b>	<b>16 (5,99%)</b>	<b>267 (100%)</b>

**P = 0,001 (Khi deux) ddl=1 khi deux=4,508**

Avec un  $p = 0,001$  donc inférieur à 0,05, il existe un lien statistiquement significatif entre l'attitude et la connaissance. En effet les élèves qui ont une bonne connaissance sont ceux qui ont aussi une attitude favorable au planning familial.

*Tableau XXII : Répartition des enquêtés en fonction de l'âge et des bonnes attitudes face à la contraception.*

Age	Attitude favorable au planning familial			TOTAL
	Oui	Non	Aucune réponse	
<b>15-17</b>	<b>126 (42%)</b>	<b>31 (10,33%)</b>	<b>19 (6,33%)</b>	<b>176 (58,66%)</b>
18-20	91 (30,33%)	20 (6,67%)	13 (4,34%)	124 (41,34%)
Total	<b>217 (72,33%)</b>	<b>51 (17%)</b>	<b>32 (10,67 %)</b>	<b>300 (100 %)</b>

**P valeur = 0,813 ddl=1 khi deux=4,152**

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'âge et l'attitude favorable à la contraception car **P est supérieure à 0,05**.

**Tableau XXIII : Répartition des enquêtés en fonction du sexe et des attitudes face à la contraception**

Sexe	Attitude favorable au planning familial			TOTAL
	Oui	Non	Aucune réponse	
Féminin	100 (33,33%)	22 (7,33%)	13 (4,34%)	135(45%)
Masculin	<b>117 (39%)</b>	<b>29 (9,67%)</b>	<b>19 (6,33%)</b>	<b>165 (55%)</b>
Total	<b>217(72,33 %)</b>	<b>51 (17%)</b>	<b>32 (10,67%)</b>	<b>300 (100%)</b>

**P valeur = 0,57 ddl=3 khi deux=4,188**

Il n'a pas de lien statistiquement significatif entre le sexe et l'attitude favorable à la contraception car **P = 0,57 est supérieure 0,05.**

**Tableau XXIV : Répartition des enquêtés en fonction du statut matrimonial et des bonnes attitudes face à la contraception.**

Statut matrimonial	Attitude favorable à la contraception			TOTAL
	Oui	Non	Aucune réponse	
Marié	3 (1%)	3 (1%)	0	6 (2 %)
Fiancé	24 (8%)	7 (2,33%)	1 (0,34%)	32 (10,67%)
<b>Célibataire</b>	<b>190 (63,33%)</b>	<b>41(13,67%)</b>	<b>31 (10,33%)</b>	<b>262 (87,33%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>217 (72,33%)</b>	<b>51 (17%)</b>	<b>32 (10,67%)</b>	<b>300 (100%)</b>

P=0,532(test exact de Fisher)

Seulement 2% des mariés étaient favorables à l'adoption de la contraception.

### 5.1.9. Pratiques des élèves du LAM en matière de contraception

*Tableau XXV : répartition des enquêtés en fonction de la pratique et la connaissance des méthodes contraceptives*

Pratique	Connaissance des méthodes contraceptives		
	Oui	Non	Total
OUI	34 (15,31%)	24 (10,81%)	58 (26,12%)
NON	104 (46,85%)	60 (27,03%)	164 (73,88%)
<b>TOTAL</b>	<b>138 (62,16%)</b>	<b>84 (37,84%)</b>	<b>222 (100%)</b>

**P valeur = 0,032 ddl=1 khi deux=4,611**

Avec un  $p = 0,032$  donc inférieur à 0,05, il existe un lien statistiquement significatif entre la connaissance des méthodes contraceptives et la pratique de la contraception.

*Tableau XXVI : répartition des enquêtés en fonction de la bonne attitude et de la bonne pratique des méthodes contraceptives.*

Pratique	Attitude favorable à la contraception			TOTAL
	Oui	Non	Aucune réponse	
OUI	49 (20,16%)	12 (4,94%)	4 (1,65%)	65 (26,75%)
NON	135 (55,56%)	32 (13,17%)	11 (4,52%)	178 (73,25%)
<b>TOTAL</b>	<b>184 (75,72%)</b>	<b>44 (18,11%)</b>	<b>15 (6,17%)</b>	<b>243 (100%)</b>

**P=0,002(test exact de Fisher)**

Seulement 20,16% de nos enquêtés qui avaient une bonne pratique des méthodes contraceptives étaient favorables à l'utilisation des méthodes contraceptives.

**Tableau XXVII : Répartition des enquêtés en fonction du sexe et de la bonne pratique des méthodes contraceptives.**

Sexe	Pratique de la contraception		
	Oui	Non	Total
Féminin	22(9,05%)	90(37,04%)	112(46,09%)
Masculin	43(17,69%)	88(36,21%)	131(53,91%)
<b>TOTAL</b>	<b>65(26,74%)</b>	<b>178(73,25%)</b>	<b>243(100%)</b>

**P valeur = 0,435 ddl=2 khi deux=3,663**

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre le sexe et la pratique de la contraception car **P >0,05**

**Tableau XXVIII : Répartition des enquêtés en fonction de l'âge et de la bonne pratique des méthodes contraceptives**

Age	Pratique de la contraception		
	Oui	Non	Total
15-17 ans	36 (14,81%)	103 (42,39%)	139 (57,20%)
18-20 ans	29 (11,94%)	75 (30,86%)	104 (42,80%)
<b>TOTAL</b>	<b>65(26,75%)</b>	<b>178 (73,25%)</b>	<b>243 (100%)</b>

**P valeur = 0,752 ddl =1 khi deux=4,182**

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre l'âge et la pratique de la contraception car **P= 0,752** est supérieur à **0,05**

**Tableau XXIX :** Répartition des enquêtés en fonction de la situation matrimoniale et de la bonne pratique des méthodes contraceptives.

Statut matrimonial	Pratique de la contraception		
	Oui	Non	Total
<b>Marié</b>	2 (0,82%)	3 (1,24%)	5 (2,06%)
<b>Fiancé</b>	7 (2,88%)	18 (7,41%)	25 (10,29%)
<b>Célibataire</b>	<b>56 (23,05%)</b>	<b>157 (64,60%)</b>	<b>213 (87,65%)</b>
<b>TOTAL</b>	65 (26,75%)	213 (73,25%)	243 (100%)

**P=0,001(test exact de Fisher)**

Seulement 87,65% des célibataires de nos enquêtés avaient une bonne pratique des méthodes contraceptives.

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

## 6. Commentaires et discussions

### 6.1. Atteinte des objectifs et difficultés rencontrées

L'objectif de notre étude était d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques des élèves du Lycée ASKIA MOHAMED en matière de contraception. Compte tenu de plusieurs facteurs entre autres la limitation de nos moyens matériels et financiers, nous avons choisi un échantillon d'élèves pour mener l'étude.

Les difficultés rencontrées sur le terrain étaient liées à la sexualité, qui étant un sujet très intime, souvent les jeunes n'adhéraient pas tout de suite. Nous avons été confronté à des difficultés telles que :

- le manque de moyens d'enregistrement des entretiens et des interviews individuelles avec les adolescentes,
- l'indisponibilité des élèves car le plus souvent ils étaient en classe pour les cours.

En dépit de ces difficultés, les objectifs fixés à cette étude ont été atteints.

La discussion des résultats a porté sur :

- les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés,
- l'état de connaissance des élèves en matière de la contraception,
- l'attitude des élèves face à la contraception,
- les pratiques des élèves en matière de contraception.

### 6.2. Discussion des principaux résultats obtenus

#### 6.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

- *L'âge*

Sur les 300 personnes de notre étude, la tranche d'âge 15-17 était la plus représentée avec un taux de 58,6% et un âge moyen de 17,19 ans. Cet âge moyen est comparable à celui retrouvé au GHANA 16,8ans dans le magazine Echange MAQ [28] et de Dembélé A. [29] qui trouve également 17 ans comme âge moyen dans son étude effectuée à BAMAKO en 2018

- *Le sexe*

Le sexe masculin était majoritairement représenté avec un pourcentage de 55%.

Ce taux pourrait être dû au fort taux de scolarisation des élèves du sexe masculin que les filles.

- *L'ethnie*

L'ethnie la plus dominante était des bambaras avec un taux de 45,3% de notre population d'étude ; ceci pourrait être lié à la situation géographique de la population de BAMAKO.

Alima D. [20] et Boite M. [33] rapportent respectivement 33,3% et 38,10% de bambaras à BAMAKO.

- *La situation matrimoniale*

Les célibataires étaient de 87,3%, ce qui s'expliquerait par la tranche d'âge ciblée par notre population d'étude.

COMPARD. M [34] trouvent en Corée du Sud et du 12ème arrondissement de Paris 76% de femmes célibataires et 15% de femmes mariées.

- *La classe fréquentée*

Quant au niveau d'étude, la répartition était équitable selon les trois niveaux d'étude.

## **6.2.2. Connaissance en matière de contraception.**

- *Connaissances du planning familial*

Dans notre étude, 55,3% des enquêtés avaient une bonne connaissance du planning familial. Ce taux était comparable à celui de Kane M. [30] qui trouve 60%. Ce taux est inférieur à celui d'Adom M. [31] et de Dembélé A. [29] qui trouvent respectivement 69,40% et 87%.

- *Sources d'informations des enquêtés en matière de contraception*

Dans notre étude, 51,2% des élèves avaient comme source d'information les agents de santé, d'autres avaient des informations par les médias soit 25,6% ; l'école 14,8% ainsi que les parents 3,8%. Notre taux d'information au niveau scolaire était inférieur à celui d'Adom M. [31] et Kamtchouing [32] qui trouvent respectivement 31,16% et 21%. La source d'information des jeunes sur la contraception dans le cadre de notre étude à l'école semblait être faible, cela pourrait être liée à l'absence de programme scolaire spécifique.

- ***Les différents types de méthodes contraceptives déjà utilisés par les élèves.***

Le préservatif était la méthode contraceptive la plus utilisée avec 41,9% suivi de la pilule 25,2% et des contraceptifs injectables 14,4%. Le taux d'utilisation élevé du préservatif peut s'expliquer par la disponibilité et la vente libre de ce type de contraceptif.

Ces résultats étaient comparables à ceux de Kane F. [30] et Dembélé A. [29] où le préservatif est utilisé respectivement dans 77,3% et 51,11% des cas, suivi par la pilule 8% et 21,60% et les injectables 12,7% et 13,63%.

Abouleth R. [33] avait trouvé 55,7% pour le préservatif ; 13,76% pour la pilule et 12,17% pour les injectables.

### **6.2.3. Attitudes face à l'utilisation des méthodes contraceptives**

- ***Raisons de la non- utilisation des méthodes de planification familiale***

Malgré les efforts consentis dans le domaine de la planification familiale, la religion et l'environnement socioculturel étaient les principales raisons de la non-utilisation de ces méthodes dans 22,7% des cas et le manque d'information pour 15,7%.

Nos résultats étaient comparables à ceux de Dembélé A. [29] et CISSE Y. [12] qui trouvent respectivement que la religion était la principale raison de la non

utilisation des méthodes contraceptives dans 42,45% et 46,10% suivi de l'ignorance 31,60% et 35,50%.

- ***Opinions sur l'utilisation des méthodes contraceptives***

Au cours de notre étude ; 72,6% de notre population d'étude étaient favorable à l'utilisation des moyens de contraception.

#### **6.2.4. Pratiques des méthodes de contraception**

- ***Utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel.***

Des 300 lycéens enquêtés 6,7% soit 20 élèves avaient utilisé le préservatif lors de leur premier acte sexuel comme un moyen contraceptif. Ce taux d'utilisation peut être dû à l'ignorance ou encore le manque d'information du contraceptif.

- ***Pratiques des jeunes en matière de planification familiale***

Par rapport à la bonne pratique des méthodes contraceptives ; 17,69% des garçons étaient d'accord contre la majorité des filles avec 37,04% n'étaient pas d'accord.

Concernant la bonne attitude face à l'utilisation des méthodes contraceptives, la 33,33% des filles étaient d'accord contre 7,33% qui n'étaient pas d'accord. Ces résultats sont différents de ceux de Makan K. [35] qui est respectivement de 19,47% de <Oui> contre 51,71% de <Non>.

En ce qui concerne la communication sur planning familial 32,96 % des filles interrogées avaient répondu **oui** pour avoir déjà parlé de contraception avec leur partenaire et 13,48% ayant répondu **non**, n'ont jamais échangé avec leur partenaire. Ces résultats sont semblables avec ceux Ibrahim D. [36] qui sont 51% de <Oui>, 21,4% de < Non>

A ce niveau on pourrait évoquer le poids de la culture et de la tradition qui peuvent être un aspect sur la communication en matière de sexualité. Le niveau d'éducation aussi pourrait peser sur la décision.

#### **6.2.5. Les facteurs pouvant influencer la contraception**

Au cours de notre étude, plusieurs facteurs ont été décrits et analysés pour comprendre le lien entre les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de contraception. Il s'agissait de l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le statut matrimonial, l'ethnie, les antécédents gynécologiques et obstétricaux des enquêtés.

Aussi la connaissance des différents aspects de la contraception a été analysés pour apprécier leur influence sur les attitudes et les pratiques.

Il ressort de nos résultats les situations suivantes statistiquement.

- Le sexe a un lien avec la connaissance. De façon générale les enquêtés de sexe féminin avaient une bonne connaissance. (**Pvaleur=0,01**).
- La *bonne connaissance* des différents aspects de la contraception conditionnait les *bonnes attitudes* en faveur de la contraception. (**Pvaleur=0,001**).
- Les élèves qui *pratiquaient* au moins une méthode contraceptive sont ceux qui ont une *bonne connaissance* des différents aspects de la contraception. (**Pvaleur=0,032**).

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## Conclusion

L'utilisation d'une méthode contraceptive est conditionnée à la connaissance des méthodes contraceptives. En effet, la majorité des élèves déclarant connaître la contraception, c'est une faible proportion qui utilisait un contraceptif. Les adolescents avaient plusieurs sources d'informations sur la contraception, dominées par les agents de santé, les médias et les camarades.

Les raisons de désapprobation de la contraception étaient respectivement la religion, les coutumes et la méconnaissance.

Les différentes solutions proposées par les adolescentes étaient l'introduction des cours structurés sur l'éducation sexuelle et une information plus large par les médias pour l'accès à la santé sexuelle

Malgré les efforts consentis il reste beaucoup à faire auprès des adolescents pour une meilleure compréhension de la sexualité et des méthodes contraceptives pour diminuer l'incidence des grossesses non désirées, des avortements clandestins et des IST- VIH/SIDA et de l'hépatites B.

## 7. Recommandations

- Renforcer l'information, l'éducation en faveur de la contraception chez les adolescents par :
  - Renforcer l'enseignement sexuel au niveau de l'enseignement fondamental et secondaire.
  - Dynamiser des centres agréés pour les jeunes aux niveaux national, régional et local afin de permettre aux adolescentes d'avoir accès aux informations sur la sexualité et la contraception.
- Promouvoir la scolarisation des filles.
- Promouvoir la santé sexuelle
- Chercher à comprendre leur cycle menstruel afin d'éviter les rapports sexuels à risque.
- Se rapprocher des personnes qualifiées en matière de contraception afin de mieux appréhender les méthodes contraceptives.
  - Être attentif et disponible à l'égard des adolescentes.
  - Mener un counseling initial spécifique et de suivi sur le planning familial
  - Créer des unités de santé sexuelle.
  - S'informer sur la sexualité pour mieux orienter les élèves.
  - Discuter avec les jeunes pour lever les tabous sexuels, socioculturels et religieux.

## 8. Références

- 1) **United Nations of Organization.** World contraceptive use by method 2019. Department of Economic and Social Affairs, Population Divisions; 2019.
- 2) **Institut National de la Statistique(INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF.** 2019.Enquete Démographique et de Santé au Mali 2018.Bamako, Mali et Rockville, Maryland USA: INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.
- 3) **World Health Organizations (WHO).** Unsafe abortion: global and regional estimate of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. 5th Edition. Genève: WHO; 2007;55.
- 4) **Fourn L, Fayomi EB, Zohoun T.** Prévalence des interruptions de grossesse et de la régulation des naissances au Bénin. J GynecolObstetBiolReprod (Paris). 1997 ; 26(8) :804-8.
- 5) **Hang B, Moneyham L.** Utilisation de la pilule d'urgence et du préservatif par les collégiens. Revue internat d'Études en Soins Infirmiers. 2008 ;45(5) :775-83.
- 6) **Goyaux N, Alihonou E, Diadhou F, Leke R, Thonneau PF.** Complications of induced abortion and miscarriage in three African countries: a hospital-based study among WHO collaborating centers. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001 ;80(6) :568-73.
- 7) **Bennia-bourai S, Asselin I, Vallee M.** Contraception et adolescence. Une enquête un jour donnée auprès de 232 lycéens (Caen). Médecine. 2006 ;2(2) :84-9.
- 8) **Barbara. S, Maryse. D :** Les cahiers dynamiques Aborder la sexualité à la Roche Brest ; 2011 ; 50
- 9) **BONGAARTS J. et CASTERLINE J.** Fertility transition : Is Sub-Saharan Africa différent, Population and Development Review, 2013 ; 38(1) :153–168.
- 10) **GUENGANT J P.** Comment bénéficier du dividende démographique ? Paris, IRD et AFD, 2011 : 19.
- 11) **CHESNAIS J C.** La transition démographique, Paris : Ined, 1986.

- 12) **CISSE Y A.** La contraception en milieu scolaire en commune urbaine de GAO [thèse]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2008.
- 13) **INFOSTAT ET CELULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE (CPS)** : Enquête démographique et de santé du Mali Planification familiale Mali, EDS M V. Mai 2014 ; 450 : 57-80.
- 14) **Berthe F.** Vulnérabilité des jeunes liées aux pratiques et aux comportements néfastes à la santé en milieu urbain et péri-urbain bamakois [thèse]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2004.
- 15) **UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID).** Desired number of children: 2000-2008, DHS Comparative Reports 25, Rockville (Md): ICF International, 2010.
- 16) **Sangaré A. K.** Connaissances, attitudes pratiques des adolescentes en matière des IST/SIDA et de planification familiale, comportement en matière de sexualité dans 3 lycées du district de Bamako [thèse]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2003.
- 17) **National Child Abuse and Neglect Data System Glossary.** Child Protective Services. Administration for Children & Families. Octobre 2019.
- 18) **FOND DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF).** Child info, Disparities in Child Survival New York : UNICEF, 2010, consulté à l'adresse [www.childinfo.org/mortality\\_disparities.html](http://www.childinfo.org/mortality_disparities.html) le 22 octobre 2013.
- 19) **Lule E, Susheela S, Sadia A C.** Fertility Regulation Behaviors and Their Consequences: Contraception and Unintended Pregnancies in Africa and Eastern Europe & Central Asia (Washington, DC: La Banque mondiale). 2007.
- 20) **Family Health international.** Planification familiale et IST : 2001 ; 20, (4) : 1 - 35
- 21) **Bilodeau A, Forget G, Tetrault J.** L'auto efficacité relative à la contraception chez les adolescents : validation de la version française de l'échelle de mesure de Levinson. Revue canadienne de santé publique 1994 ; 85, 2 : 115-20

- 22) **Ottesen S, Narring F, Renteria SC, Michaud PA.** Comment améliorer l'utilisation de la contraception d'urgence par les adolescentes. *J GynecolObstetBiolReprod.* 2002 ;31 :144-51.
- 23) **Ebuehi OM, Ekanem EE, Ebuehi OA.** Knowledge and practice of emergency contraception among female undergraduates in the University of Lagos, Nigeria *East Afr Med J.* 2006 ;83(3) :90-5.
- 24) **Serfaty D.** La contraception. Doin éditeurs, Paris. 1986
- 25) **Boubacar M.** Etude épidémioclinique du planning familial : Enquête auprès de 206 utilisatrices au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako d'avril à Juin 2003 [thèse]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2003.
- 26) **Nian M.** Approche épidémioclinique de la grossesse chez l'adolescente à l'hôpital régional de Kayes [thèse]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2000.
- 27). **Baiden, Awini E, Clerk C.** Perception of university students in Ghana about emergency contraception. *Contraception.* 2002 ;66(1) :23-6
- 28) **Nekan F.** Les facteurs de risque de la grossesse chez l'adolescente célibataire de la commune IV de Bamako [thèse]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 1995.
- 29) **DEMBELE A.** Connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relatives à la contraception en milieu scolaire dans la commune V du district de BAMAKO [thèse]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2018.
- 30) **Adom-Anoumatak M.** La contraception chez l'adolescente en milieu scolaire. IIIème Congrès de la SOMAGO. Du 3 au 5 avril 2006
- 31) **Fédération inteance.** Utilisation de la contraception chez l'adolescente. IIIème Congrès de la SOMAGO. Du 3 au 5 avril 2006

- 32) **Abouleth R, Koffi A, Adjoby R, Mian B, Angoi V.** Connaissances et utilisations de la contraception chez l'adolescente. IIIème Congrès de la SOMAGO. Du 3 au 5 Avril 2006.
- 33) **BOITE M.** Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception des grains, 2010.
- 34) **COMPARD M.** comment améliorer l'accès à la contraception hormonale d'urgence : la pilule de demain [thèse]. Paris : Université Paris VI Pierre et Marie Curie, 2013.
- 35) **Kouma MM.** Connaissance attitude et pratiques des adolescents du lycée Mamadou sarr relative à la planification familiale, ST et SIDA [thèse]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2008.
- 36) **Gagna Diall I.** Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception dans la commune rurale de Baguineda [thèse]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2010.
- 37) **Tolomez G.** Etude sur les statistiques de Planification familiale : L'approvisionnement et la vente des produits contraceptifs. Burkina Faso : SPF, 1996.
- 38) **Sepou A, Enza J, Nalim N.** Les difficultés liées à l'expansion de la contraception en zones urbaine et semi urbaine de la République Centrafricaine. Médecine d'Afrique Noire 2000 ; 47(2) : 73-77
- 39) **Diakité H.** Etude de la qualité des soins curatifs au centre de santé du chef-lieu de la sous-préfecture de Tori-Bossito. Mém : Santé Publique : IRSP : Cotonou, 1999.
- 40) **Kamissoko M.** Utilisation de la contraception moderne par les communautés de Ouidah et Kpomassé, six ans après un programme de distribution à base communautaire. Mém : Santé Publique : IRSP : Cotonou, 1996.
- 41) **Dénis S.** Etude des déterminants de l'utilisation des services de Planification Familiale dans la zone sanitaire D'Aplahoué. Mém : Santé publique : IRSP : Cotonou, 2002.
- 42) **Ndiaye MD.** Pauvreté, attitudes et pratiques des hommes en matière de Planification Familiale : cas du quartier de Randoulène Nord. [En ligne]. Disponible sur : URL

:<<http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/PAUVRETE/ACTES/Ndiaye.PDF>>

- 43) **TAMBOURA F.** : étude sur les préférences des adolescentes et jeunes adultes en matière de contraception à la clinique de l'AMPPF de Bamako [thèse]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2008.
- 44) **DIAWARA H.** : les connaissances, attitudes et pratiques des méthodes contraceptives des élèves et étudiants du district de Bamako [thèse]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2008.
- 45) **N'DIAYE S.** : étude épidémiologique et clinique des implants de type norplant à la clinique de l'AMPPF de Bamako [thèse]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2008.
- 46) **KOUMA M.** : les Connaissances, attitudes et Pratiques des adolescents du Lycée Mamadou SARR relative à la planification familiale infection sexuellement transmissible et SIDA [thèse]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2008.
- 47) **Toukara M.** Les connaissances attitudes pratique des hommes par rapport aux méthodes modernes contraceptives dans la commune rurale de Kalabancoro [thèse]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, juin 2008.
- 48) **Tanfer K.** Déterminants of Contraceptive Use: A Review. Document préparé pour le Comité sur la grossesse non désirée, Institute of Medicine. Washington DC ; 1994.
- 49) **Bohner G, Wanke M.** Attitudes and Attitude Change (Social Psychology: A Modular Course). 1st ed. NY: Psychology Press; 2002; 3-15. ISBN-13 :978-0863777790
- 50) **Arkonaç, SA.** Social Psychology (Sosyal Psikoloji). 3rd ed. Istanbul: Alfa Press; 2005.
- 51) **World Health Organization.** Family planning: A global handbook for providers: Evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, Department of Reproductive Health and Research, 21 Septembre 2013.

# ANNEXES

## 9. Annexes

### 9.1. Annexes 1 : outils de collecte de données

#### Fiche d'enquête pour les établissements scolaires

Date de l'enquête...../...../...../ Questionnaire  
N° .....

#### I. Identification et caractéristiques socio démographiques

Q1-Age : .....

Q2- Sexe.....

Q3-Ethnie.....

Q4-Quartier .....

Q5- Etablissement.....

Q6- Série : .....

Q7- Classe fréquentée : 10<sup>ème</sup> /\_\_\_/ 11<sup>ème</sup> /\_\_\_/12<sup>ème</sup> /\_\_\_/

Q8- Statut matrimoniale : Marié(e) /\_\_\_/ fiancé(e) /\_\_\_/ célibataire /\_\_\_/

#### II. Antécédents gynéco obstétriques et comportements sexuels

Q9- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/ si  
Oui

- Age du premier rapport sexuel : < 15ans /\_\_\_/ 16ans /\_\_\_/ > 16ans  
/\_\_\_/

Q10- Connaissez-vous le préservatif au premier rapport sexuel ? Oui /\_\_\_/ Non  
/\_\_\_/

Q11-Avez-vous utilisé le préservatif lors de ce premier rapport ? Oui /\_\_\_/ Non  
/\_\_\_/

Q12- Qui a pris la décision ? Vous-même /\_\_\_/ Votre partenaire /\_\_\_/ Vous  
deux /\_\_\_/

Q13- Et lors des rapports suivants, utilisez-vous le préservatif ?

- Toujours /\_\_\_/ De temps en temps /\_\_\_/ Jamais /\_\_\_/ Pourquoi  
?.....

Q14- Avez-vous déjà eu une grossesse ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/

**Q15-** Avez-vous déjà fait un avortement ? Oui /\_\_/ Non /\_\_/ Pourquoi ?.....

**Q16-** Combien d'enfants avez-vous ? 1 /\_\_/, 2 /\_\_/, plus de 2 /\_\_/

### III. Connaissance sur la contraception

**Q17-** Savez-vous qu'on peut prévenir les grossesses non désirées ? Oui /\_\_/ Non /\_\_/

**Q18-** Avez-vous déjà entendu parler du planning familial ? Oui /\_\_/ Non /\_\_/ ;

- Si Oui, à quoi ça sert ?.....

**Q19-** Quelles sont vos principales sources d'information sur le planning familial ?

- Agent de santé /\_\_/, Camarades de classe /\_\_/ Parents /\_\_/ Médias /\_\_/

**Q20-** Quelles sont les catégories de personnes visées par le Planning Familial ?

- Tout le monde /\_\_/ les célibataires /\_\_/ les marié(e)s /\_\_/

**Q21-** Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ?

- Préservatif /\_\_/ Pilules /\_\_/ Injectables /\_\_/ DIU /\_\_/ Norplant /\_\_/ Traditionnelles /\_\_/ Autres à préciser /\_\_/ .....  
.....

**Q22-** Quelles sont les conséquences liées à la sexualité sans protection chez les jeunes ?

- Grossesses /\_\_/ Infections /\_\_/ Avortements /\_\_/ Décès /\_\_/  
Autres.....

**Q23-** Connaissez-vous les risques pour les filles qui pratiquent l'avortement ?

Oui/\_\_/ Non/\_\_,

- Si Oui, pouvez-vous citer quelques-uns de ces risques ?  
.....

### IV. Attitudes face à la contraception

**Q24-** Pensez-vous qu'il faut discuter de contraception ? Oui /\_\_/ Non /\_\_/ Si Oui, avec qui ?

- Amis /\_\_/ parents /\_\_/ enseignants /\_\_/

**Q25-** Vos parents vous donnent-ils des conseils sur la sexualité ? Oui /\_\_/ Non /\_\_/

**Q26-** Une personne ne devrait pas avoir de rapports jusqu'à quel âge ?

- Avant 15 ans /\_/ Avant 18 ans /\_/ Avant 21 ans /\_/

**Q27-** Une personne ne devrait-elle pas avoir des rapports sexuels avant le mariage ?

- Oui /\_\_/ Non /\_\_/ ; Donnez vos raisons

.....

**Q28-** Est-il important qu'une fille reste vierge jusqu'au mariage ? Oui /\_\_/ Non /\_\_/

- Pourquoi ?

.....

**Q29-** Pensez-vous qu'il est nécessaire d'avoir toujours l'approbation de votre partenaire avant l'utilisation du préservatif ? C'est obligatoire /\_/ C'est nécessaire /\_/ Je ne sais pas /\_/

**Q30-** Quelle est votre opinion sur les avortements provoqués ? Favorable /\_/ défavorable /\_/

## V. Pratique de la contraception

**Q31-** Avez-vous déjà discuté de contraception ? Oui /\_\_/ Non /\_/ Si Oui, avec qui

- Votre partenaire/\_/ vos parents/\_/ des amis/\_/ à l'école/\_, Agent de santé /\_/

**Q32-** A votre avis qui doit décider de la contraception ?

- Vous-même/\_/ Votre partenaire/\_/ Votre partenaire et vous/\_  
Vos parents/\_  
- Je ne sais pas /\_/

**Q33-** Avez-vous utilisée une méthode de contraception dans le passé ? Oui /\_\_/ Non /\_/

- Si Oui, laquelle.....
- Pendant combien de temps : < 1an /\_\_/ ; 1 an/\_\_/ ; 2 ans/\_\_/ ; > 2 ans /\_\_/

**Q34-** Continuez-vous encore cette méthode ? Oui /\_\_/ Non /\_/ Si Non,

- Qu'est-ce qui vous a fait abandonner cette méthode ?
- Partenaire/\_/ Parents/\_/ Ami(e)s/\_/ Autres à préciser.....

**Q35-** Utilisez-vous une méthode de contraception maintenant ?

Oui/\_/ Non/\_/ si Oui

- Laquelle ? Préservatifs/\_/ Pilule/\_/ Implants/\_/ Traditionnels/\_/Autres à préciser.....
- Pourquoi ? Efficacité /\_/ Conseils /\_/ Autres à préciser.....

**Q36-** Depuis combien de temps utilisez-vous cette méthode ?

- Moins d'1 an /\_/ 1 an /\_/ 2ans /\_/ plus de 2ans /\_/

**Q37-** Qui vous a conseillé d'utiliser une méthode de contraception ?

- Parents /\_/ Ami(e)s /\_/ Partenaire /\_/ autres à préciser.....

**Q38-** Avez-vous ressenti des effets secondaires (troubles) pendant l'application de cette méthode ? Oui/\_/ Non/\_/ si Oui lesquelles ?

- Irritation/\_/ Vertiges/\_/ Nausées/\_/ Prises de poids/\_/ Aucun/\_/ Autres.....

**Q39-** Avez-vous fait une consultation avant l'utilisation de cette méthode ? Oui /\_/ Non /\_/

**Q40-** Donnez- les raisons pour lesquelles vous n'utilisez pas de méthodes de contraception

- Ignorance /\_/ Virginité /\_/ Coutumes/traditions /\_/ Religion /\_/ Parents /\_/ Partenaire ami(e)s /\_/

**Q41-** Etes-vous favorable à l'utilisation de la contraception en milieu scolaire ?

Oui /\_/ Non /\_/

**Q42-** Qu'est-ce-que vous préconisez pour promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives en milieu scolaire ?

- Cours structurés /\_/ Information plus larges par les médias /\_/ Sketchs à la télé /\_/ Autres (à préciser) .....

## 9.2. Annexe2 : Fiche signalétique

**Nom :** DJOSSOU

**Prénom :** René Togni

**Date et lieu de naissance :** 20 octobre 1992 à Ouando

**Titre de la thèse :** Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception au Lycée Askia Mohamed de la Commune III de Bamako.

**Année académique :** 2019 – 2020

**Nationalité :** Béninoise

**Ville de soutenance :** Bamako

**Lieu de dépôt :** bibliothèque de la faculté de pharmacie (FAPH)

**Secteur d'intérêt :** santé publique et santé de la reproduction

**E-mail/N° de téléphone :** [tjossou507@yahoo.fr](mailto:tjossou507@yahoo.fr) / 00223 70 02 08 35

## 9.3. Annexe 3 : Résumé de la thèse

**Définition :** La contraception est l'ensemble des méthodes utilisées par une femme pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport non protégé. Elle contribue aussi de façon notoire à la réduction de la mortalité maternelle et infantile en permettant l'espacement des naissances. Il existe un ensemble de méthodes contraceptives occasionnelles (méthode hormonale ou mécanique...) qu'une femme peut utiliser dans les cinq premiers jours suivant un rapport non protégé pour prévenir une grossesse non désirée. Les objectifs de notre étude étaient : Décrire les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude. Déterminer le niveau de connaissances des élèves du lycée ASKIA MOHAMED sur la contraception de décembre 2019 à février 2020. Décrire les pratiques et attitudes des élèves du lycée ASKIA MOHAMED en matière de contraception de décembre 2019 à février 2020. Identifier les facteurs qui influencent la connaissance et les pratiques.

**Méthodes :** Nous avons réalisé une étude descriptive et transversale qui s'étendait de décembre 2019 à février 2020 au lycée ASKIA MOHAMED de Bamako. Nous avons rempli la fiche d'enquête de chaque élève en se basant sur

toutes les informations liées aux connaissances, attitudes et pratiques de la contraception.

**Résultats :** Au total, nous avons enregistré 300 élèves en s'intéressant à leurs connaissances sur la contraception. La population masculine était majoritaire avec un pourcentage de 55% sur la population féminine avec un pourcentage estimé à 45%. Au sein de notre population d'étude l'ethnie bambara était la plus représentative avec un taux estimé à 45,3%. La méthode de contraception utilisée la plus connue par les enquêtés est le préservatif (41,9%). Parmi nos enquêtés 7,7 % ont déjà utilisé au moins une fois une méthode de contraception. L'environnement socioreligieux (22,7%) et le manque d'information (15,7%) sur les méthodes contraceptives étaient les principales raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives.

**Conclusion :** La connaissance de la contraception n'équivaut pas à son utilisation pratique chez les élèves. L'enjeu reste de taille pour aider les adolescents à mieux appréhender la sexualité ainsi que la contraception afin de prévenir les problèmes qui en découlent notamment les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles.

**Mots clés :** Contraception, Grossesse, Mortalité maternelle et infantile, élèves, connaissance, Attitudes et Pratiques.

### **Summary of the thesis**

**Definition:** Contraception is the set of methods used by a woman to prevent pregnancy after unprotected intercourse. It also contributes significantly to the reduction of maternal and infant mortality by allowing birth spacing. There is a set of occasional contraceptive methods (hormonal or mechanical method ...) that a woman can use in the first five days after unprotected intercourse to

prevent an unwanted pregnancy. The objectives of our study were: To describe the socio-demographic characteristics of the study population. Describe the level of knowledge of ASKIA MOHAMED high school students on contraception from December 2019 to February 2020. Describe the practices and attitudes of ASKIA MOHAMED high school students in contraception from December 2019 to February 2020. Identify the factors that influence knowledge and practices.

**Methods:** We carried out a descriptive and transversal study which extended from December 2019 to February 2020 at the ASKIA MOHAMED high school in Bamako. We filled out the survey form for each student based on all the information related to contraceptive knowledge, attitudes and practices.

**Results:** In total, we enrolled 300 students looking at their knowledge of contraception. The male population was in the majority with a percentage of 55% over the female population with an estimated percentage of 45%. Within our study population, the Bambara ethnic group was the most representative with an estimated rate of 45.3%. The method of contraception used the most known by the respondents is the condom (41.9%). Among our respondents 7.7% have already used a contraceptive method at least once. The socio-religious environment (22.7%) and the lack of information (15.7%) on contraceptive methods were the main reasons for not using contraceptive methods.

**Conclusion:** Knowledge of contraception is not equivalent to its practical use among students. The stakes remain high to help adolescents better understand sexuality and contraception in order to prevent the problems that result from it, in particular unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases.

**Keywords :** Contraception, Pregnancy, Maternal and infant mortality, pupils, knowledge, Attitudes and Practices.

#### **9.4. Annexe 4 : Serment de Galien**

*Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des*

*pharmaciens et de mes condisciples :*

*D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur*

*témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;*

*D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et*

*de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de*

*l'honneur, de la probité et du désintéressement.*

*De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa*

*dignité humaine.*

*En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour*

*corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.*

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

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

**Je le jure**