

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



FMOS

THESE

Connaissances, attitudes et pratiques en  
matière de contraception chez les adolescentes  
en milieu scolaire cas du lycée  
BA AMINATA DIALLO.

Par

Mlle PENDA SANGARE



Jury

**Président :** Sékou Fantamady TRAORE

**Membre :** Mamadou BERTHE

**Co-directeur :** Lalla Fatoumata TRAORE

**Directeur :** Samba DIOP

## FICHE

Gloire à Dieu le Tout Puissant, le Clément, le Miséricordieux pour toutes ses bontés et pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

### DEDICACES

Je dédie ce travail,

**A mon père Satigui Sangaré**, tu as donné le meilleur de toi-même pour la réussite de tes enfants. Ton soutien et tes bénédictions m'ont accompagnée tout le long du cycle. Puis ALLAH le Tout Puissant te donner encore longue vie AMEN !

**A ma mère Kadiatou Sangaré**, Femme courageuse et exemplaire, tu t'es toujours investie pour assurer à tes enfants une éducation stricte et digne. Tes nombreux sacrifices m'ont permis d'être ce que je suis aujourd'hui. Je prie DIEU pour que tu puisses jouir du fruit de tes efforts.

**A mon père Malik Sangaré**, animé d'une simplicité extrême, trouves ici le témoignage de mon infinie gratitude et de mon profond respect.

**A ma Tante Kadiatou Traoré** merci pour tes encouragements et tes bénédictions.

**A mes sœurs : AICHA, NAHAWA, SITAN, MARIAM**, Pour votre soutien en toute occasion ; votre amour et votre attention pour ma personne sont un pilier de ma vie. Recevez l'expression de ma profonde gratitude.

**A mes frères :** MOHAMED, YACOUBA, MOUSSA, Pour l'esprit de famille que vous avez su privilégier en toute circonstance, vos encouragements et vos conseils, merci ; ce travail vous est dédié entièrement.

**A ma grand-mère Kèmè Sidibé,** tu as été une mère pour moi en me donnant des conseils, des encouragements, des bénédictions merci pour tout.

**A la mémoire de mon oncle Zoumana Sangaré,** les mots ne sauraient exprimer tout ce que j'ai sur le cœur aujourd'hui. Tu m'as soutenue et encouragée tout au long de mes études. Hélas, le destin t'a arraché à nous prématurément. Reposes en paix

**A mes oncles Seydou ET Kalifa Sangaré,** merci pour votre soutien ce travail vous est dédié.

## REMERCIEMENTS

**Aux docteurs Bourama Traoré, Moctar Tounkara, Atabieme Kodio, Sékou Traoré,** Vous avez été pour moi un guide. Je ne vous remercierai jamais assez de votre grande disponibilité. Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

**A Docteur Sorry Diawara,** soyez rassuré de ma profonde gratitude et de mes sincères remerciements pour le bon déroulement de ce travail.

**A tout le personnel du MRTC,** votre soutien ne m'a jamais manqué.

**Au Professeur Alhousseini AG MOHAMED** pour le soutien et les conseils prodigués tout le long de mon cycle.

**Aux professeurs Cheick Bougadari TRAORÉ et Youssouf SOW,** pour vos soutiens.

**A mes amies : Fanta Sow, Sophie Diamtènè, Fatoumata Coulibaly, Oumou Traoré, Hawa K Traoré,** l'heure est venue de vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi au moment opportun. Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

**A la famille de Seydou DIAKITE et de Madou Sangaré** au point G.

**A Mamady SISSOKO ET Moussa SOW,** recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

**A toutes les participantes à l'étude** Pour votre disponibilité.

**A tout le personnel enseignant de la FMPOS,** je suis heureuse de l'occasion qui m'est offerte de pouvoir vous exprimer mes sentiments de gratitude. L'enseignement que vous avez dispensé avec dévouement restera un précieux souvenir qui guidera ma vie professionnelle. Veuillez

mes chers maîtres, agréer l'expression de mes sentiments déferents et l'hommage de ma respectueuse reconnaissance.

**A tous ceux et à toutes celles que je n'ai pas pu citer, je ne pense pas moins à vous.**

## HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury : **Professeur Sékou Fantamady TRAORE**

- ★ Professeur titulaire en entomologie médicale,
- ★ Directeur du programme d'Entomologie au MRTC (Malaria Research and training center),
- ★ Co-directeur du MRTC (Malaria Research and training center),
- ★ Chargé de cours de biologie à la FMPOS.

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury. Nous vous remercions de votre accueil chaleureux, de votre abord facile et de votre humanisme.

Durant nos études nous avons apprécié la qualité de votre enseignement. Nous gardons de vous l'image d'un Maître simple, rigoureux et aimable. Votre compétence et votre rigueur scientifique font de vous un Maître admiré par tous les étudiants que nous sommes.

Veillez accepter l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et membre du jury : **Docteur Mamadou BERTHE**

★ Spécialiste en épidémiologie.

Cher maître,

Votre grande culture scientifique, votre simplicité, votre amour du travail ont forgé notre admiration. Soyez assuré de notre profond respect.

A notre maître et co-directrice de thèse : **Docteur Lalla Fatoumata TRAORE**

★ Spécialiste en santé publique.

Cher Maître,

Vous avez consenti pour la bonne réalisation de ce travail. Vous nous avez marquées par votre attention quotidienne, votre rigueur, votre honnêteté, votre discernement scientifique et votre souci du travail bien fait.

Trouvez ici dans ce modeste travail, le témoignage de notre profonde gratitude pour l'enseignement agréable et remarquable dont nous avons bénéficié auprès de vous.

Puisse le Seigneur nous permettre de vous rendre hommage en ayant la force, le courage et la chance de suivre vos pas. Amen

A notre maître et directeur de thèse : **Professeur Samba DIOP**

- ★ MSc, Ph-D. Ecologie humaine, Anthropologie et Etique Publique / Sociétale.
- ★ Assistant au DER de santé publique.
- ★ Membre du comité d'éthique de la FMPOS.
- ★ Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et étique de SEREFO/VIH/SIDA/FMPOS.

Cher maître,

Nous tenons à vous remercier pour votre grande bonté, la chaleur de votre accueil, et votre discrétion dans le travail. Comme tous ceux qui ont bénéficié de votre enseignement, nous avons été séduits par votre ouverture vers les étudiants. La clarté de votre enseignement, votre souci du travail bien accompli, votre simplicité et votre modestie font de vous un homme admirable. Que Dieu vous garde longtemps pour les générations futures.

Permettez- nous ici cher Maître, de vous réitérer nos sincères remerciements.

## SIGLES ET ABREVIATIONS

**AMPPF** : Association malienne pour la protection et la promotion de la famille.**DNSI** : Direction nationale de la statistique et de l'informatique.

**EDS**: Enquête démographique et de santé.

**EF**: Economie familiale.

**EM**: Enseignement ménagé.

**FMPOS** : faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

**ISF** : Indice synthétique de fécondité.

**IST** : Infection sexuellement transmissible.

**IVG** : Interruption volontaire de grossesse.

**OMS** : Organisation mondiale de la santé.

**ONG** : Organisation non gouvernementale.

**PF** : Planification familiale.

**UNESCO**:United Nations Educational Scientific and Cultural Organisation.**USAID**: United States Agency for International Development.

**VIH/SIDA**: Virus de l'immunodéficience acquise/ Syndrome ImmunodéficienceAcquise

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Le lycée BA AMINATA DIALLO dans la commune III (au centre commercial). .....33

## LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I</u> : Répartition des participantes en fonction de la commune.....	37
<u>Tableau II</u> : Répartition en fonction des tranches d'âges.....	37
<u>Tableau III</u> : Répartition des participantes en fonction de leur ethnie.....	38
<u>Tableau IV</u> : Répartition des participantes en fonction de leur statut matrimonial.....	38
<u>Tableau V</u> : Répartition des participantes en fonction de classes fréquentées.....	39
<u>Tableau VI</u> : Répartition des participantes en fonction de celles qui ont entendu parler de la contraception.....	39
<u>Tableau VII</u> : Répartition des participantes en fonction de la signification de la contraception.....	40
<u>Tableau VIII</u> : Répartition des participantes en fonction de la connaissance des différents types de contraceptifs.....	41
<u>Tableau IX</u> : Répartition des participantes en fonction de différentes sources d'information.....	42
<u>Tableau X</u> : Répartition des participantes selon qu'elles ont eu de rapport sexuel ou non.....	42
<u>Tableau XI</u> : Répartition des participantes en fonction du nombre de partenaire sexuel connu jusqu'à ce jour.....	43
<u>Tableau XII</u> : Répartition des participantes en fonction de l'utilisation de contraceptif.....	43
<u>Tableau XIII</u> : Répartition des participantes en fonction du type de contraceptif fréquemment utilisé.....	44
<u>Tableau XIV</u> : répartition des participantes selon l'utilisation de contraceptif et avoir entendu parlé de la contraception.....	44
<u>Tableau XV</u> : Répartition des participantes selon celles qui ont entendu parler de la contraception et le niveau d'instruction.....	45
<u>Tableau XVI</u> : Répartition des participantes selon celles qui ont fait un rapport sexuel et avoir entendus parler de la contraception.....	45
<u>Tableau XVII</u> : Répartition des participantes selon la classe fréquentée et nombre de sources d'information.....	46
<u>Tableau XVIII</u> : Répartition des participantes selon la classe fréquentée et nombre d'avantage cités.....	46
<u>Tableau XIX</u> : Répartition des participantes selon la connaissance de la contraception et le nombre de sources d'information.....	47
<u>Tableau XX</u> : Répartition des participantes selon celles qui ont eu à faire de rapport sexuel et la tranche d'âge.....	48

## TABLE DES MATIERES

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>II. CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>3</b>
A. SYNTHESE DE LA REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE .....	3
1. Définitions théoriques .....	3
2.Histoire de la contraception.....	4
3. Les méthodes de contraception modernes .....	6
4. Les autres méthodes modernes .....	12
5. Les méthodes naturelles : .....	16
6. Les méthodes de contraception traditionnelles .....	20
7. Aspects religieux et philosophiques.....	21
8. Etat de lieux de la recherche .....	23
B. HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	30
C. OBJECTIFS.....	30
1.Objectif général : .....	30
2.Objectifs spécifiques .....	30
D. JUSTIFICATIF DE L'ETUDE.....	31
<b>III. DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>32</b>
<b>IV. RESULTATS ET ANALYSES.....</b>	<b>37</b>
A. LES RESULTATS QUANTITATIFS .....	37
1. Caractéristiques sociodémographiques de la population.....	37
2. Connaissances de la contraception.....	39
3. Attitudes et pratiques de la contraception.....	42
B. LES RESULTATS QUALITATIFS.....	48
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....</b>	<b>52</b>
<b>VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>57</b>
CONCLUSION .....	57
RECOMMANDATIONS .....	58
<b>VII. LES REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIES .....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>67</b>
FICHE D'ENQUETE .....	67
FICHE SIGNALETIQUE .....	72
FICHE SIGNALETIQUE .....	73
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	75

## I. INTRODUCTION

Les adolescentes du monde entier et surtout des pays en développement sont exposées aux problèmes de santé de la reproduction et à leurs conséquences nuisibles[1]. De façon générale, l'âge auquel les femmes ont leur première naissance influence de manière importante sur leur descendance finale, en particulier dans les pays où la pratique contraceptive reste faible. En plus les conséquences sur le plan démographique, l'âge à la première naissance peut avoir des répercussions sur la santé des mères et des enfants en particulier quand il est précoce. Les conséquences négatives d'une telle situation sur le bien-être de la population ne peuvent être ignorés.

C'est pourquoi, une grossesse précoce chez une jeune femme mariée ou non, peut constituer un obstacle considérable à son évolution.

Au Mali les adolescentes de 13 à 19 ans occupent près de 15% de la fécondité totale[1]. Cette grossesse précoce, comporte des risques de santé pour la mère et le fœtus pendant l'accouchement. Ces risques liés à la grossesse constituent l'une des premières causes de mortalité chez les adolescentes[2]. En plus des risques sanitaires il y a les problèmes psychologiques, socio-économiques compromettant l'avenir des jeunes filles [3].

L'activité sexuelle précoce est à la base d'une morbidité et une mortalité maternelle et infantile non négligeable au niveau national [3], ces problèmes ne peuvent pas être négligés au sein de la population. La maîtrise progressive de la fécondité et la sauvegarde de la famille sont incontournables[1].

En tenant compte, d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de la

planification familiale en matière de la contraception moderne, représente environ 9,9% chez les femmes mariées. Cette demande est loin d'être satisfaite selon les données de EDSM - V2012-2013[4]. Plusieurs études se sont intéressées aux différents problèmes liés à la grossesse chez l'adolescente. Compte tenu des spécificités socioculturelle et géographique l'étude similaire s'est déroulée dans plusieurs lycées de Bamako (thèse de Diawara Halima en 2008 dans le district de Bamako, thèse de Sacko Djeneba en 2006 au lycée Mabilé de Bamako, thèse de Sidibé Abdoulaye en 2011 dans la commune IV de Bamako). Nous notons une insuffisance d'informations sur les connaissances, attitudes et pratiques chez les adolescentes vis-à-vis de la planification familiale. La santé de la reproduction des adolescentes est une préoccupation en santé publique. Notre objectif est de contribuer à améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques de la contraception chez les adolescentes scolarisées, afin que la prévalence contraceptive soit augmentée.

## II. CADRE THEORIQUE

### A. SYNTHESE DE LA REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE

#### 1. Définitions théoriques

**L'adolescence** :constitue la période de transition entre l'enfance et l'adulte, elle commence par la puberté avec l'apparition des caractères sexuels secondaires et se termine avec la fin de la croissance :il s'agit d'intervalle de temps évoluant entre 10 et 18ans [31].

C'est une période très délicate car beaucoup de changements aussi bien physiques, physiologiques et hormonaux surviennent.

Ces changements corporels et la curiosité de leur propre découverte entraînent ainsi de nouveaux comportements chez les adolescents qui les poussent vers des expériences nouvelles telles que la consommation de la cigarette ; des drogues parfois mais aussi le vagabondage sexuel.

Ainsi on observe une sexualité de plus en plus précoce chez les adolescents [2] avec son lot de conséquences comme les infections sexuellement transmissibles (IST) sida, les grossesses non désirées etc.

En effet, chaque année on enregistre dans le monde 75millions de grossesses non désirées dues à des causes suivantes : soit le couple n'utilisait pas la contraception, soit la méthode utilisée a échoué et le taux estimatif de prévalence de la contraception est de 5,5 % chezles 15 - 49ans [5].

Ces grossesses non désirées auxquelles est confrontées la jeunesse, peuvent être cause de déséquilibre psychosocial et ou sanitaire. Pourtant, une panoplie de produits contraceptifs existe dans les formations sanitaires et en pharmacie pour prévenir les grossesses.

## **1.1 La contraception**

C'est défini 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 [6]. En général le contrôle des naissances ou la contraception est une méthode qui empêche une femme de devenir enceinte [7].

Les méthodes scientifiques de contraception apparaissent à la courdu XIX<sup>ème</sup> siècle et surtout dans sa seconde moitié. La contraception n'est pas une question nouvelle mais s'accompagne toujours de débat [8].

## **1.2 Planification familiale**

Elle est définie comme l'ensemble des moyens et méthodes qui permettent de conformer à la volonté des parents le nombre et l'espacement des naissances dans une famille [9].

## **2. Histoire de la contraception**

### **2.1 Dans le monde**

Selon Serfaty [8], la limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances. La contraception était pratiquée dans l'antiquité, elle le fut ensuite et l'est encore de nos jours dans les proportions respectives extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle [8].

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 [8]. 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 [8]. Autrement, si l'homme tend en général à vouloir modifier son être, non pas pour le sens d'un artifice destructeur, mais pour son bien actuel et futur, le contrôle de sa reproduction fait partie de ce souci d'une vision large de son avenir.

## 2.2 Au Mali

Les sociétés traditionnelles ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique culturel, économique et spirituel. Une nombreuse progéniture est source à la fois de richesse (maximum de bras travailleurs pour augmenter la production) et de bénédiction divine [10].

La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme [11].

Une femme doit avoir des enfants, mais il demeure également vrai que la survenue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) serait sujet de moqueries. Cependant, avoir des enfants hors – mariage ou adultérins renvoie à un signe de mauvaise éducation et d'immoralité et la femme y paie plus que l'homme [10].

Malgré le comportement pro-nataliste, les maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances : c'est ainsi qu'après un accouchement, il était de coutume de séparer le couple pendant deux à trois ans. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement [10].

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 tâfo. La fréquence de ces pratiques serait en diminution notamment dans le milieu urbain [10]. 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 socialiste des années 1962 [10].

### **3. Les méthodes de contraception modernes**

#### **3.1 Les contraceptifs oraux ou pilules :**

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

**Mode d'action :** La pilule oestro-progestative agit principalement en bloquant l'ovulation, en modifiant l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf et en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col.

La micropilule (micro dose de progestatif) agit uniquement en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col sauf Cerazette qui supprime aussi l'ovulation.

**Les différentes pilules contraceptives :** Il existe:

- Différents dosages même si l'œstrogène utilisé est toujours le même : 50 - 35 - 30 - 20 et 15 microgrammes.
- Différents types de progestatifs.
- Des variations de dosages des œstrogènes et des progestatifs sur la plaquette pour les différentes pilules déterminent les diphasiques et les triphasiques. Les pilules sans variations sont les monophasiques.
- Il y a des pilules de 21 ou 28 comprimés.

**Les avantages :** C'est une méthode contraceptive très efficace, très bien tolérée, efficace dès le 1er comprimé, réversible dès l'arrêt. Elle permet d'avoir des cycles réguliers et les règles sont moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

**Les inconvénients :** Il peut y avoir des petits saignements (spotting) en dehors des règles surtout lors des premières plaquettes, un peu de nausées, quelques douleurs et des gonflements des seins. La prise de poids, exceptionnelle, est toujours modérée.

**Les contre-indications :** Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thrombo-embolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [12].

### **3.2 Les contraceptifs injectables :**

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

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

Les contraceptifs injectables progestatifs (tels le Dépo-Provera et le Noristérat) ne contiennent pas d'œstrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite tous les deux ou trois mois, selon le type de contraceptif injectable choisi [13].

**Mode d'action :** Les contraceptifs agissent principalement en bloquant l'ovulation, en modifiant l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf et en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col.

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

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

**Les contre-indications** : L'existence d'une grossesse ou soupçonnée, les cancers du sein, du col, de l'endomètre ou soupçonné, des saignements vaginaux inexplicables

### **3.3 La contraception mécanique**

#### **3.3.1 Les préservatifs**

La meilleure des protections contre les IST / VIH/ SIDA

##### **a) Le préservatif masculin**

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

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

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

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

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

#### **b) Le préservatif féminin**

Femidon C'est une gaine cylindrique pré-lubrifiée en polyuréthane. Un anneau interne facilite l'introduction dans le vagin et son maintien pendant le rapport, un anneau externe repose sur la vulve pour permettre de retenir le préservatif pendant le rapport.

Le mode d'emploi Peut être mis à n'importe quel moment avant le rapport sexuel.

L'efficacité : Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

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

#### **3.3.2 Le diaphragme et cape cervicale**

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

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

**Le mode d'emploi :** Ils sont à utiliser avec des spermicides. Ils empêchent le sperme de pénétrer dans le col de l'utérus. Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape. L'utilisation des capes cervicales est à rapprocher de celle du diaphragme : Le choix de la taille est évalué par le médecin qui aide la femme à savoir placer le diaphragme ou la cape cervicale.

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

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

**Les inconvénients :** Le taux d'échec est élevé si mal utilisé. La mise en place nécessite un apprentissage avec un médecin entraîné, le spermicide peut couler de façon excessive. Ils sont encombrants [12].

### 3.3.3 Les dispositifs intra-utérins (stérilet)

**Mode d'action :** Plusieurs modes d'action sont avancés :

- ✓ Une altération des spermatozoïdes par l'action du cuivre qui empêche la fécondation
- ✓ Une modification de l'endomètre qui empêche la nidation de l'œuf
- ✓ Une modification de la glaire cervicale pour les stérilets au progestatif ce qui empêche les spermatozoïdes de franchir le col.

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

- Au cuivre

- Au progestatif

**Le mode d'emploi :** Posé par le médecin ou la sage-femme formée, en principe à la fin des règles ou n'importe quel jour du cycle. Sans anesthésie, il est introduit par le col, placé au fond de l'utérus, les fils du stérilet dépassant le col pour permettre le contrôle du stérilet (par le médecin et par la femme) et pour permettre le retrait.

En cas de contraception d'urgence à poser dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé éventuellement. Durée : 3 à 5 ans selon les stérilets avec une surveillance médicale régulière, 1 à 2 fois par an. Le retrait se fait pendant ou après les règles : indolore et simple.

**L'efficacité :** Il est efficace dès la pose.

**Les avantages :** Méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée, réversible dès le retrait.

**Les inconvénients :** Les règles peuvent être abondantes et longues avec certains stérilets, possibilité de douleurs et saignements en dehors des règles, risques d'infection en cas de partenaires multiples. Dans certains cas, peu conseillé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants en raison du risque de stérilité en cas d'infection, moins de risque d'infection avec le stérilet au progestatif. Risque de grossesse, de grossesse extra-utérine et d'expulsion.

**Les contre-indications :** Infection récente de l'utérus ou des trompes, antécédent de grossesse extra-utérine (dans certains cas), les malformations utérines importantes, les maladies hémorragiques (sauf stérilet au progestatif) certains fibromes, les femmes n'ayant jamais eu d'enfant [12].

#### 4. Les autres méthodes modernes

##### 4.1 L'implant "Implanon"

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

**Mode d'action :** Il agit en empêchant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

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

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

**L'efficacité :** Elle est très efficace dès la pose.

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

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

**Les contre-indications :** Thrombose évolutive, affection hépatique sévère.

##### 4.2 Le patch "EVRA"

C'est un patch de 20 cm<sup>2</sup> qui délivre une association oestro- progestative, comme une pilule à 20 microgrammes.

**Mode d'action :** Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

**Le mode d'emploi** : Utiliser un patch par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch). Les 4 sites d'application possibles sont : la face externe du bras, le bas ventre, le tronc, les fesses. Attention: ne pas appliquer sur les seins

**L'efficacité** : Très efficace à condition d'être bien utilisé.

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

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

**Les contre-indications** : Comme la pilule oestro-progestative :

- Hypercholestérolémie,
- Hypertension artérielle,
- Antécédent d'accident thromboembolique,
- Certains cancers,
- Le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans.

### 4.3L'anneau vaginal "Nuvaring"

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

**Mode d'action** : Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

**Le mode d'emploi** : Utiliser un anneau par cycle, trois semaines avec anneau, une semaine sans anneau. Les règles auront lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule. L'insertion et le retrait sont simples.

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

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

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

**Les contre - indications** : Comme la pilule oestro-progestative :

- Hypercholestérolémie,
- Hypertension artérielle,
- Antécédent d'accident thrombose- embolique,
- Certains cancers,

Le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [12].

#### 4.4 La contraception d'urgence

C'est une contraception d'exception à utiliser en cas de rapport sexuel non ou mal protégé et quel que soit le moment du cycle. A prendre si possible dans les 12h et au plus tard jusqu'à 5 jours pour le stérilet.

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

Les différents types de contraception d'urgence :

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

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

**L'efficacité** : Elle varie avec la méthode.

**Les inconvénients** : En général, elle est bien tolérée ; Possibilité de vomissements ou de nausées.

**Les contre- indications** : Le Norlevo aucune, le Stérilet ne peut pas, dans certains cas, être posé chez des femmes n'ayant pas eu d'enfant [12].

#### 4.5 Les spermicides

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

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

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

#### 4.6 La stérilisation à visée contraceptive

Elle est régie par des lois dans plusieurs pays [12]

a. La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes

- ❖ **Méthode par cœlioscopie et laparotomie** : Elle se pratique sous anesthésie générale (avec hospitalisation), elle consiste soit à : sectionner et électrocoaguler les trompes ; poser des anneaux de Yoon (clips) sur les trompes. Cette méthode est en principe irréversible.

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

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

b. La stérilisation masculine : la vasectomie

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

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

## **5. Les méthodes naturelles :**

Les moins efficaces des contraceptions.

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

### **5.1 Le retrait ou coït interrompu**

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

## 5.2L'abstinence périodique

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

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

### a. La méthode Ogino et Knauss

C'est la plus largement connue et pourtant la moins efficace. Elle est basée sur le calcul de la période fertile (ovulation), considérant les autres périodes du cycle comme non à risque de grossesse.

Cette méthode est peu fiable car la date de l'ovulation n'est jamais prévisible, elle peut être décalée même si les cycles sont réguliers et de nombreux facteurs peuvent perturber le cycle. Tout rapport sexuel présente un risque de grossesse, quel que soit le jour du cycle.

### b. La méthode des températures

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

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



c. La méthode de la glaire ou Billings

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

Au moment de l'ovulation et juste avant, la glaire cervicale est plus abondante et a une consistance comparable à celle du blanc d'œuf. L'abstinence doit se faire à partir de cette modification et jusqu'à 3 jours après qu'elle ait disparu. Cette méthode demande un apprentissage et est réservée aux initiées motivées, elle est source de nombreuses erreurs.

d. Les tests d'ovulation : Persona

Ce sont des tests qui permettent de détecter le début et la fin de l'ovulation par la mesure des variations hormonales dans les urines, si les cycles sont réguliers. Ils ont une efficacité légèrement supérieure aux méthodes précédentes toutefois leur coût reste très élevé [12].

### **5.3L'allaitement maternel**

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est le recours à l'allaitement comme méthode temporaire de planification familiale.

La MAMA est efficace à 98% environ contre la grossesse si les critères suivants sont remplis : la mère n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement ; elle nourrit son enfant au sein, exclusivement ou presque exclusivement ; le bébé a moins de 6 mois.

Outre son effet contraceptif temporaire, l'allaitement protège le nourrisson contre les maladies infectieuses, lesquelles peuvent être mortelles. Toutefois, dans le cas des femmes séropositives pour le VIH, il convient de peser soigneusement le

risque de transmission de ce virus de la mère à l'enfant contre les avantages bien connus de l'allaitement [14].

#### **5.4 La méthode de collier du cycle**

Le collier du cycle est un collier avec des perles de différentes couleurs et un anneau mobile qui sert à indiquer les différentes phases du cycle. L'anneau est placé sur la perle rouge le premier jour des règles et progresse d'une perle par jour. Les couleurs des perles aident les utilisatrices à connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. C'est une méthode très efficace si elle est correctement utilisée. Le collier fonctionne bien si le cycle dure entre 26 et 32 jours.

### **6. Les méthodes de contraception traditionnelles**

Au Mali Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples [15]. On peut citer :

- **Le Tâfo** : 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.

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

### **Morale et éthique de la reproduction**

Dans l'antiquité L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle ou collective, institutionnelle ou non, mais ne trouvant une opposition que dans une structure morale d'essence religieuse, philosophique ou politique [16].

### **7. Aspects religieux et philosophiques**

#### **☞ Le christianisme et la contraception :**

La contraception n'est pas une question nouvelle selon L'archet [15], mais l'expansion et la banalisation de cette pratique dans les sociétés modernes par la mise à disposition des moyens plus nombreux et plus sûrs, a suscité des réactions aiguës et accentué le débat du côté des confessions chrétiennes traditionnellement réservées vis à vis de la contraception.

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

L'abstention de rapports sexuels durant la menstruation, durant la grossesse, mais également lors des jours et des périodes de carême (qui totalisent la moitié des jours d'une année), ainsi que les jours précédant la communion et la pratique de l'allaitement maternel. Le nombre de jours fertiles se trouvait ainsi considérablement réduit [8].

### ↳ **L'islam et la contraception :**

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 [17] est la suivante : « la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture ». La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas [17]. Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, alors les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite, ce qui n'est pas le cas. Le mariage est une association de deux libertés ; la femme n'est ni un objet sexuel, ni une machine à reproduire, c'est la volonté du couple librement qui décide de la progéniture comme de l'harmonie sexuelle et la contraception reste libre s'il le souhaite. Aucun texte de l'islam n'interdit la

régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement [8].

## 8. Etat de lieux de la recherche

### 8.1 Dans le monde

En France, on estime environ à 10 000 le nombre d'adolescentes qui tombent enceintes chaque année et dont la moitié avorte [18]. Devant cette situation accablante le gouvernement français en novembre 1999 a annoncé l'autorisation permettant aux infirmières scolaires de délivrer la pilule du lendemain aux adolescentes « en situation de détresse ou d'extrême urgence » cette mesure a suscité un débat juridique avec les religieux. L'éducation sexuelle partie intégrante des programmes scolaires depuis 1973 a acquis une importance nouvelle en septembre 1999 par l'augmentation à 30 à 40 heures de cours pour les élèves de quatrième et de troisième. En janvier 2000, une grosse campagne d'information sur la contraception fut lancée par le gouvernement. En Angleterre et au pays de Galles les taux de grossesse chez l'adolescente de 15 à 19 ans sont les plus élevés d'Europe occidentale avec 65 pour mille ; devant cette situation tout le monde pense qu'il faut agir, mais les opinions divergent sur les moyens à employer. Le gouvernement s'est engagé à réduire de moitié le taux de grossesse chez les adolescentes d'ici 2010. Selon l'office britannique de la statistique, 35,5% de ces fœtus sont avortés. Comparativement les taux de grossesse chez l'adolescente de 15 à 19 ans sont 65 pour mille en Grande Bretagne contre 84 pour mille aux USA et 102 pour mille en Russie [18]. Le ministère de la santé a autorisé, à titre d'essai, certaines pharmacies à vendre sans ordonnance la pilule du lendemain aux jeunes filles de plus de 14 ans. En Afrique sub-saharienne, les adolescentes représentent plus de 50% des premières grossesses et elles donnent naissance à des bébés de petits poids de naissance le plus souvent que les femmes adultes [18,19]. Les

problèmes liés à la grossesse constituent l'une des premières causes de mortalité chez l'adolescente. Dans cette région, l'écart se creuse entre le début de l'activité sexuelle et le mariage car les femmes se marient plus tard. Chez les adolescentes le jeune âge ou le fait de ne pas être mariées peut constituer des obstacles à l'obtention de services de planning familial. La réussite scolaire des femmes a un effet important sur la fécondité, plus les femmes sont allées loin dans leur scolarisation, plus leur niveau de fécondité est faible.

Au Malawi, ISF varie de 7,3 pour les non-scolarisées et niveau primaire à 3 pour le niveau secondaire et plus. Cet ISF ne diffère que de 0,1 entre les zones urbaines et rurales ou il y a une augmentation. Au Bangladesh, au Népal et dans certaines régions d'Afrique, 70 à 80% des jeunes filles sont mariées à 15 ou 16 ans [18]. Dans ce cas la grossesse peut être désirée, mais elle peut être risquée, d'un point de vue sanitaire, scolaire ou économique. Hors mariage, elle n'est généralement pas désirée. La grossesse compromet l'avenir scolaire des adolescentes. Ce qui pousse certaines à l'avortement clandestin. Le fond des nations unies pour la population a beaucoup fait pour que la sexualité des adolescentes soit reconnue à travers le monde de même que leurs besoins spécifiques en matière d'éducation, d'information et d'accès aux services sociaux et médicaux. Mais les états sont lents à réagir. Ce sont les ONG qui sont très proactives dans ce domaine. Ainsi plusieurs enquêtes dans le monde montrent une baisse du taux de fécondité grâce à l'usage croissant et à un développement de la planification familiale [20]. Mais le taux de fécondité est plus élevé dans les pays en développement que dans les pays industrialisés malgré que les taux d'utilisation de la contraception soient plus élevés dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. Cela est lié à l'importance de la population dans ces pays. En général, la grossesse précoce chez les adolescentes pose les problèmes liés à l'importance de cette population et

aux risques sanitaires pour la mère et le fœtus. En Afrique, le taux de fécondité reste élevé et varie selon les régions et au sein d'une même région. Les taux les plus élevés sont enregistrés en Afrique sub-saharienne et dans les pays arabes [19].

## **8.2 Au Mali**

Le Mali est parmi les pays à fort taux d'accroissement dans le monde [21]. Ce niveau d'accroissement est le fruit d'une fécondité encore élevée ; l'ISF est passé de 6,9 en 1987 à 6,8 en 2001 et le taux de 2012-2013

Alors que les autres pays africains connaissent une baisse dans ce domaine, la fécondité au Mali n'a pas connu de changement notable. L'effectif de la population est passé d'environ 4 100 000 habitants en 1960 à 9 800 000 habitants en 1998. Au rythme auquel elle s'accroît, la population du Mali doublerait tous les 22 ans [1]. Comparé aux autres pays, le Mali aurait moins de temps que la moyenne africaine 27 ans pour se préparer au doublement de sa population, encore moins de temps que les pays d'Asie dans 50 ans et d'Amérique centrale dans 45 ans. Cette réalité pourrait compromettre le processus de développement du pays et interpelle les décideurs à tous les niveaux. En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation actuelle de la contraception moderne est de 5,7% pour les adolescentes et adulte jeune [20]. Cela contraste fortement avec les besoins non satisfaits en planification familiale qui sont de l'ordre de 28,5%. Les faibles progrès enregistrés au niveau de la prévalence contraceptive se traduisent par une fécondité constante depuis une quinzaine d'années au Mali. En matière de prévalence contraceptive, le Mali est en retard sur plusieurs pays africains dont le Ghana 13,4% en 1999, la Zambie 50,1% en 1999 et la Tunisie 66% en 2000. Dans le monde, 10 000 femmes meurent chaque semaine parce qu'elles n'ont pas eu accès à la planification familiale [1]. La faible prévalence contraceptive fragilise la santé de la femme et de l'enfant. La clé du développement du pays passe donc par

une meilleure maîtrise de la croissance démographique, à travers la promotion de la planification familiale. Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de planification familiale représente environ 20% de la demande potentielle au niveau du Mali. Même si le Mali ne répondait qu'aux 80% de besoins non satisfaits en planification familiale, cela contribuerait énormément à l'amélioration des conditions de vie des maliennes. La fécondité débute très précocement [23,22,11,24,1] à un niveau élevé à 15-19 ans, atteint son maximum à 20-24 ans, baisse à 40-44 ans.

A Bamako, le taux de fécondité des 15-19 ans est de l'ordre de 102 pour mille [1]. Il y a des différences de niveau de fécondité selon le lieu de résidence ; ainsi l'ISF de 6,8 enfants par femme pour le pays varie de 5,5 en milieu urbain à 7,3 en milieu rural. Ces différences s'observent à tout âge, mais l'écart relatif à la résidence est important aux très jeunes âges : ainsi à 15-19 ans, le taux est de 129 pour mille en milieu urbain contre 218 pour mille en milieu rural. Les études mettent en évidence une diminution de la fécondité avec l'augmentation du niveau d'instruction ; ainsi l'ISF varie de 7,1 pour les femmes sans instruction à 6,6 pour les femmes d'instruction primaire et 4,1 pour le niveau secondaire et plus [1]. Cette influence de l'instruction sur la fécondité est surtout sensible après le niveau primaire. Les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale des femmes, 40% d'entre elles ont commencé leur vie féconde, 34% ont déjà eu un enfant et 7% sont enceintes pour la première fois. La précocité est accentuée en milieu rural 49% contre 20% en milieu urbain. A Bamako, 23% sont fécondes, 15% déjà mères et 5% sont enceintes [1]. Ainsi le Mali a un taux de fécondité parmi les plus élevés du monde malgré les progrès réalisés dans le domaine de la planification. Les enquêtes ont montré que cette fécondité commence très précocement à des taux élevés chez les adolescentes de 15 à 19 ans et pose des

problèmes qui sont également rencontrés dans beaucoup de pays à travers le monde qu'il soit industrialisé ou en développement.

### **8.3L'accès aux structures de santé reproductive :**

Chaque année on enregistre dans le monde 75 millions de grossesses non désirées dues à deux causes principales : soit le couple n'utilisait pas la contraception soit la méthode utilisée a échoué [25]. Le manque d'accès à l'information et aux services de planification familiale est une des nombreuses raisons pour lesquelles la contraception n'est pas utilisée pour éviter une grossesse non-désirée.

Les moyens contraceptifs sont de plus en plus disponibles mais hors de la portée pour beaucoup de gens. Près de 60% des femmes et des hommes utilisent aujourd'hui dans le monde des méthodes contraceptives modernes, mais environ 350 millions de couples ne sont pas informés dans ce domaine et n'ont pas accès à différentes méthodes et prestations [25]. La planification familiale est reconnue depuis plusieurs années comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien être des femmes et de leurs familles [26]. Au Mali, beaucoup d'efforts ont été consentis dans ce cadre à travers les différents programmes de santé de la reproduction. Cependant la prévalence contraceptive reste l'une des plus faibles de la sous-région africaine[26].

### **8.4Approche conceptuelle**

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

reconnue par le père et un mariage suivra. Ailleurs dans certaines sociétés d'Afrique subsahariennes notamment forestières, la hantise de la stérilité est tellement présente que l'on souhaite que la femme fasse preuve de sa fertilité avant que le mariage ne soit définitivement conclu. Une grossesse d'adolescente, mariée ou non est donc dans ce contexte bien acceptée. Par contre dans d'autres milieux séculaires (Bambana) comme dans le milieu islamisé où toute relation sexuelle avant le mariage est réprouvée, les familles sont favorables au mariage très précoce pour éviter toute grossesse hors-mariage. Actuellement, dans notre monde de transition entre valeurs culturelles (morales, éthiques et religieuses) séculaires et pro-occidentales contemporains, la grossesse est perçue plus comme un risque d'interruption des études de la jeune fille que comme un problème moral ou spirituel.

Cependant, il s'est tout de même développé dans le milieu aussi bien familial qu'officiel mais également dans celui des mouvements de jeunes, un discours réprobateur et moraliste qui stigmatise de plus en plus le dévergondage des jeunes filles. Ici, on incrimine peu des adolescents ou jeunes adultes masculins ou encore des hommes qui profitent de leur statut social favorisé pour entraîner les adolescentes à des relations sexuelles précoces ou à risque. Mais avant tout, la fécondité pré maritale traduit une modification du cycle de vie des jeunes femmes. Le retard de l'entrée en union, en raison de la scolarisation notamment, a introduit une période plus longue qu'auparavant, entre puberté et mariage, qui augmente. De l'approche de la fécondité des adolescentes comme transgression d'une norme, on passe progressivement à une approche plus objective prenant en compte les implications sanitaires et sociales de la maternité précoce. Les études sur la santé en montrent bien des dangers pour les adolescentes (n'ayant pas achevé leur propre croissance) ainsi que les risques liés aux avortements clandestins, de plus en plus

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

## **B. HYPOTHESES DE RECHERCHE.**

Les adolescentes du lycée Ba Aminata Diallo devraient utiliser les méthodes de contraception moderne pour éviter les grossesses non désirées, les avortements à risque et les IST en milieu scolaire.

Les adolescentes du lycée Ba Aminata Diallo devraient avoir des connaissances et des bonnes attitudes en matière de contraception moderne.

Les objectifs suivants sont visés :

## **C. OBJECTIFS**

### **1.Objectif général :**

Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescentes du lycée Ba Aminata Diallo en matière de contraception.

### **2.Objectifs spécifiques**

- ✓ Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des adolescentes du lycée Ba Aminata Diallo.
- ✓ Déterminer le niveau de connaissance des adolescentes du lycée Ba Aminata Diallo en matière de contraception.
- ✓ Déterminer le taux d'utilisation des méthodes de contraception moderne par les scolaires du lycée Ba Aminata Diallo.
- ✓ Identifier les attitudes des adolescentes du lycée Ba Aminata Diallo face à la contraception.
- ✓ Identifier les attitudes des adolescentes du lycée Ba Aminata Diallo face à la contraception.

## **D. JUSTIFICATIF DE L'ETUDE**

Les différentes études évoquées permettent de voir une vue globale sur la santé sexuelle et reproductive des adolescentes en milieu scolaire. Les adolescents de 13 à 19 ans contribuent près de 15% à la fécondité au Mali. En revanche les adolescentes du monde entier et surtout des pays endéveloppement sont exposées aux problèmes sanitaires de la reproduction et à leurs conséquences nuisibles.

C'est ainsi, que nous nous proposons de mener une étude chez les adolescentes d'un lycée pour filles afin de connaître leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques en matière de contraception moderne et voir si elles échappent aux risques d'un lycée mixte. Le but est l'intégration de l'éducation sexuelle et la santé de la reproduction en milieu scolaire afin de prévenir les avortements à risque résultant des grossesses non désirées, la mort maternelle et les IST/VIH/SIDA

### III. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

#### 1. Type d'étude

Nous avons réalisé d'une part une étude transversale. D'autre part une enquête qualitative.

#### 2. Période d'étude

Le recueil des informations s'est étalé sur une période allant de janvier 2016 à Mars 2016.

#### 3. Cadre de l'étude

Notre choix s'est porté sur le lycée BA AMINATA DIALLO.

Le lycée BA AMINATA DIALLO est situé dans la commune III, au quartier Commercial de Bamako dans l'académie de la rive gauche. Ce lycée est limité:

- Au sud par l'ECICA et le stade Ouezzin Coulibaly,
- Au nord par l'école Alfred Garçon,
- A l'est par la maison de lapresse,
- A l'ouest par le ministère du développement rural.

Le lycée BA AMINATA DIALLO est un lycée ayant comme scolaire uniquement des filles mais le corps professoral est mixte. Il compte 29 classes ; dont 8 classes terminales, 8 classes 11<sup>èmes</sup> et 13 classes de 10<sup>èmes</sup>. Il ya un effectif de 1.226 élèves soit 43 élèves en moyenne par classes.



Figure 1 : Le lycée BA AMINATA DIALLO dans la commune III (au centre commercial).

#### 4. Population d'étude

Toutes les élèves du lycée BA AMINATA DIALLO âgées 15 à 19 ans.

##### ★ Critères d'inclusion

Toute adolescente du lycée dont l'âge est compris entre 15 et 19 ans et ayant donné son accord (consentement) de participer à notre étude.

##### ★ Critères de non inclusion

Toute adolescente refusant de participer à l'étude et qui n'est pas dans la tranche d'âge.

#### 5. Echantillonnage (population d'étude + calcul de l'échantillon)

##### Taille de l'échantillon :

Pour l'échantillonnage nous avons adopté la méthode probabiliste avec la formule de SCHWARTZ qui permet de calculer le nombre minimal de sujets nécessaires pour notre étude :

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

n = taille minimum de l'échantillon.

$$Z = 1.96$$

P = prévalence contraceptive est de 5,8% des adolescentes entre 15 - 19ansutilisent n'importequelle méthode moderne selon(EDS - Mali 2012-2013)

$$Q = 1 - P.$$

I= précision de la prévalence p.  $i = 0.05$

La taille minimum s'élève à  $n=84$ , pour une grande représentabilité nous avons pris 240 pour notre échantillon.

### **Processus dynamique de sélection des participantes**

Le recrutement s'est fait grâce à la collaboration de la direction du lycée, de la Direction nationale de la Santé, des enseignants, basé sur le consentement éclairé et de la disponibilité des élèves.

## **6. Recueil des données**

### **Données quantitatives**

Elles ont été collectées à l'aide d'un questionnaire individuel semi directif sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception chez les adolescentes pour 240 participantes.

### **Données qualitatives (uniquement focus)**

Elles ont été collectées grâce à un dictaphone à partir d'entretien de groupe focalisé (transcrit à l'aide d'un guide des entretiens individuels approfondis) sur 10 participantes et comprenaient 10 questionnaires. On était deux à faire L'entretiente groupe focalisé, parfois considéré comme groupe de discussion dirigé par moi et aidé par une étudiante de 4<sup>ème</sup> année médecine.

Toutes nos participantes ont eu à répondre à chacune de nos questions sur la contraception avec toutes les classes et d'âges confondus pendant une durée d'une

heure de temps dans une des salles de l'établissement afin de connaître leurs attitudes, opinions, impressions et les valeurs d'un groupe ciblé.

## 7. Analyses des données

Pour l'analyse, les logiciels suivants ont été utilisés pour la saisie du rapport et à l'exploitation des données :

- Word 2007 : pour le traitement de texte et pour la saisie,
- Spss 16.0 : pour la saisie et l'analyse des données,
- Excel 2007 : pour les figures et les tableaux.
- Le test statistique Khi2 a été utilisé pour la comparaison des variables et le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

## 8. Biais et difficultés de l'étude :

### - Biais

Il y'a eu des questions non répondues et des refus.

Certaines questions n'étaient pas bien répondues comme sur l'utilisation de contraceptifs et la question sur le pourquoi d'utilisation de contraceptif.

D'autres questions n'ont pas été répondues peut-être jugées intimes comme les questions sur le rapport sexuel.

### - Difficultés de l'étude

- Pour les moyens financiers il s'agit entre autres :
  - ✓ Des moyens de mobilisation,
  - ✓ Des moyens de déplacement jusqu' à l'établissement,
- Le refus de répondre à des questions
- Des moyens d'enregistrement des fiches.
- De la confection des fiches d'enquêtes et leur saisie.
- Du traitement des données informatisées.

## 9. Considération éthique

Le consentement volontaire verbal de la direction du Lycée Ba Aminata Diallo, des enseignants, ainsi que des participantes a été d'abord obtenu avant l'adhésion à l'étude.

Toutes les bonnes pratiques d'enquête et d'éthique ont été respectées durant toutes les phases de cette étude à savoir :

- Consentement éclairé de personnes enquêtées ;
- L'anonymat des participantes était gardé, aucun nom, ni prénom était mentionné sur les fiches d'enquête ;  
Les enquêtées avaient le droit de refuser ou de participer à l'étude.
- Le respect de la déontologie médicale faisait partie intégrante de la présente étude qui était évertuée au respect des aspects suivants :
- Respect de la personne humaine dans ses opinions, de ces décisions avec une information éclairé et adoptée.

## IV. RESULTATS ET ANALYSES

### A. LES RESULTATS QUANTITATIFS

#### 1. Caractéristiques sociodémographiques de la population.

**Tableau I** : Répartition des participantes en fonction de la commune

Communes	Effectifs	Pourcentages
Commune I	30	12,5
Commune II	66	27,5
<b>Commune III</b>	<b>124</b>	<b>51,7</b>
Commune IV	19	7,9
Commune V	1	0,4
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>

La commune III était la plus représentée de notre échantillon avec 51,7% par rapport aux autres communes.

**Tableau II** : Répartition en fonction des tranches d'âges.

Âges	Effectifs	Pourcentages
<b>15-16 ans</b>	<b>130</b>	<b>54,2</b>
17-18 ans	83	34,6
19 et plus ans	27	11,3
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>

Tranche d'âge [15 – 16ans] dans notre étude était la plus représentée avec 54,2% de l'échantillon et la faible représentation [19 et plus] ne faisait que 11,3%.

**Tableau III : Répartition des participantes en fonction de leur ethnie.**

<b>Cultures</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
<b>Bambara</b>	<b>85</b>	<b>35,4</b>
Malinké	43	17,9
Peulh	38	15,8
Senoufo	14	5,8
Dogon	12	5,0
Sarakolé	11	4,6
Sonrhäï	8	3,3
Maures	4	1,7
Kassonkhé	2	0,8
Autre	23	9,6
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>

Parmi les cultures, la culture bambara était la plus représenté par rapport aux autres avec 35,4%.

**Tableau IV : Répartition des participantes en fonction de leur statut matrimonial.**

<b>Statuts</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
<b>Célibataires</b>	<b>194</b>	<b>80,8</b>
Fiancées	34	14,2
Mariées	12	5,0
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>

Les adolescentes célibataires représentaient la majorité avec 80,8%, les fiancées une moyenne de 14,2% et les mariées 5% de notre échantillon.

**Tableau V : Répartition des participantes en fonction de classes fréquentées.**

Classes fréquentées	Effectifs	Pourcentages
10ème année	102	42,5
11ème année	80	33,3
12ème année	58	24,2
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>

La classe la plus fréquentée par nos participantes soit 42,5% étaient de la 10ème année ; 33,3% pour la 11<sup>ème</sup> et 24,2% pour la terminale.

## 2. Connaissances de la contraception

**Tableau VI : Répartition des participantes en fonction de celles qui ont entendu parler de la contraception.**

Connaissances	Effectifs	Pourcentages
<b>Oui</b>	<b>227</b>	<b>94,6</b>
Non	13	5,4
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>

Parmi nos participantes 94,6% avaient entendu parler de la contraception par contre les 5,4% n'avaient jamais entendus parler de la contraception.

**Tableau VII : Répartition des participantes en fonction de la signification de la contraception.**

<b>Signification de la contraception</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
Espacement des naissances	24	10,0
Limitation des naissances	2	0,8
<b>Eviter les grossesses</b>	<b>115</b>	<b>47,9</b>
Protection contre les IST	2	0,8
Protection contre le VIH	84	35,0
Ne sait pas	13	5,4
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>

Parmi nos participantes, la majorité 47,9% pensent que la contraception permet d'éviter les grossesses, 35% la protection contre le VIH, 10% l'espacement des naissances et 0,8% pour la limitation des naissances et la protection contre les IST.

**Tableau VIII : Répartition des participantes en fonction de la connaissance des différents types de contraceptifs.**

Classes fréquentées	Effectifs (n=921)	Pourcentages
Pilule contraceptive	207	86,3
<b>Préservatif</b>	<b>211</b>	<b>87,9</b>
DIU	65	27,1
Injectable	92	38,3
Norplant	60	25,0
Spermicide	49	20,4
Allaitement maternel	61	25,4
Tafo	71	29,6
Abstinence	105	43,8

Parmi les différents contraceptifs cités : le préservatif est le plus connu avec 87,9% suivi de la pilule 86,3% par contre le spermicide était le moins connu 20,4%.

**Tableau IX : Répartition des participantes en fonction de différentes sources d'information.**

Sources information	Effectifs	Pourcentages
École	64	26.7
Media	44	18.3
Parents	37	15.4
Partenaires	38	15.8
Amies	38	15.8
Centre de santé	19	7.9
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>

La majorité de nos participantes tenaient leurs informations à l'école 26,7%, les média 18,3%, les partenaires et les amies 15,8% ; et 15,4% pour les parents, la faible représentation pour les centres de santé avec 7,9%.

### 3. Attitudes et pratiques de la contraception

**Tableau X : Répartition des participantes selon qu'elles ont eu de rapport sexuel ou non.**

Avez-vous déjà eu un rapport sexuel ?	Effectifs	Pourcentages
Oui	61	25,4
Non	179	74,6
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>

Dans notre étude il y a 25,4% qui ont dit oui pour avoir fait un rapport sexuel et les 74,6 % ont dit non.

**Tableau XI : Répartition des participantes en fonction du nombre de partenaires sexuels connus jusqu'à ce jour.**

<b>Combien de partenaires avez-vous connus dans votre vie sexuelle ?</b>	<b>Effectifs (n=65)</b>	<b>Pourcentages</b>
<b>Un</b>	<b>48</b>	<b>73,8</b>
Deux	9	13,9
Trois	3	4,6
Plus de trois	5	7,7

Dans notre étude 73,8% des adolescentes avaient un seul partenaire sexuel.

**Tableau XII: Répartition des participantes en fonction de l'utilisation de contraceptif.**

<b>Avez-vous déjà utilisé un contraceptif ?</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
Oui	47	19,6
Non	193	80,4
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>

Dans notre étude 19,6% des adolescentes avaient utilisé un contraceptif.

**Tableau XIII : Répartition des participantes en fonction du type de contraceptif fréquemment utilisé.**

<b>Quel type de contraceptifs avez-vous utilisé fréquemment ?</b>	<b>Effectifs (n=65)</b>	<b>Pourcentages</b>
Pilule contraceptive	17	35,4
<b>Préservatif</b>	<b>25</b>	<b>52,1</b>
Dispositif intra-utérin	1	2,1
Injectable	2	4,2
Norplant	3	6,3
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

Dans notre étude le préservatif était le plus utilisé des contraceptifs avec 52,1% suivi de la pilule 35,4%.

**Tableau XIV : répartition des participantes selon l'utilisation de contraceptif et avoir entendu parlé de la contraception.**

<b>Avez-vous déjà entendu parlé de la contraception ?</b>	<b>Déjà utilisé un contraceptif</b>		<b>Total</b>
	Oui (%)	Non (%)	
Oui	47 (100)	<b>180(93,3)</b>	<b>227</b>
Non	0 (0)	13(6,7)	<b>13</b>
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>193</b>	<b>240</b>

Parmi celles qui utilisaient un contraceptif 100% avaient déjà entendu parler de la contraception et pour celles qui n'utilisaient pas un contraceptif 93,3% avaient déjà entendu parler de la contraception.

**Tableau XV : Répartition des participantes selon celles qui ont entendu parler de la contraception et les classes fréquentées.**

Classe fréquentée	Avez-vous déjà entendu parler de la contraception ?		Total
	Oui (%)	Non (%)	
10 <sup>ème</sup> année	92 (90,2)	10 (9,8)	102
11 <sup>ème</sup> année	78 (97,5)	2 (2,5)	80
12 <sup>ème</sup> année	57 (98,28)	1 (1,72)	58
<b>Total</b>	<b>227 (94,58)</b>	<b>13 (5,42)</b>	<b>240</b>

Pour celles qui ont entendu parler de la contraception 90,20% des classes de 10<sup>ème</sup> ; 97,50% des classes de la 11<sup>ème</sup> et 98,28% de la terminale.

**Tableau XVI : Répartition des participantes selon qu'elles aient fait un rapport sexuel et avoir entendus parler de la contraception.**

Avez-vous déjà eu un rapport sexuel ?	Avez-vous déjà entendu parler de la contraception ?		Total
	Oui (%)	Non (%)	
Oui	61 (100)	0 (0)	61
Non	166 (92,74)	13 (7,26)	179
<b>Total</b>	<b>227 (94,58)</b>	<b>13 (5,42)</b>	<b>240</b>

Parmi celles qui ont eu de rapport sexuel 100% avaient entendu parler de la contraception.

**Tableau XVII : Répartition des participantes selon la classe fréquentée et nombre de sources d'information.**

Nombre de sources d'information	Classes fréquentées			Total
	10 <sup>ème</sup> année (%)	11 <sup>ème</sup> année (%)	12 <sup>ème</sup> année (%)	
Moins de 3 sources	63 (43,5)	45 (31)	37 (25,5)	145
Plus de 3 sources	39 (41,1)	35 (36,8)	21 (22,1)	95
<b>Total</b>	<b>102 (42,50)</b>	<b>80 (33,33)</b>	<b>58 (24,17)</b>	<b>240</b>

De nos élèves qui avaient moins de trois sources d'information 43,5% étaient de la 10<sup>ème</sup> année.

**Tableau XVIII : Répartition des participantes selon la classe fréquentée et nombre d'avantage cités.**

Nombre d'avantages cités	Classes fréquentées			Total
	10 <sup>ème</sup> année (%)	11 <sup>ème</sup> année (%)	12 <sup>ème</sup> année (%)	
Moins de 3	38 (42,7)	30 (33,7)	21 (26,6)	89
[4 à 6]	29 (40,3)	23 (31,9)	20 (27,8)	72
Plus, de 7	25 (36,2)	27 (39,1)	17 (24,7)	69
<b>Total</b>	<b>102 (42,50)</b>	<b>80 (33,33)</b>	<b>58 (24,17)</b>	<b>240</b>

De nos élèves qui connaissaient moins de trois avantages 42,7% étaient de la 10<sup>ème</sup> année

**Tableau XIX : Répartition des participantes selon la connaissance de la contraception et le nombre de sources d'information.**

Sources d'information	Avez-vous déjà entendu parler de la contraception ?		Total
	Oui (%)	Non (%)	
Moins de trois sources	132 (91)	13(9)	145
Plus, de quatre	95 (100)	0 (0)	95
<b>Total</b>	<b>227 (94,58)</b>	<b>13 (5,42)</b>	<b>240</b>

Parmi les participantes ceux qui avaient plus de quatre sources d'information 100% avaient déjà entendu parler de la contraception.

**Tableau XX : Répartition des participantes selon la tranche d'âge et le nombre de partenaires sexuels connus**

Nombre de partenaires sexuels connus	Tranche d'âge			Total
	15-16(%)	17 – 18(%)	19 et plus(%)	
Un	17(35,4)	19(39,6)	12(25)	48
Deux	2(22,2)	5(55,6)	2(22,2)	9
Trois	1 (33,3)	1(33,3)	1(33,3)	3
Plus de trois	3 (60)	1 (20)	1 (20)	5
<b>Total</b>	<b>23(35,4)</b>	<b>26(40,0)</b>	<b>16(24,6)</b>	<b>240</b>

Les participantes qui avaient eu un seul partenaire connu avaient l'effectif le plus élevé, et parmi elles la tranche d'âge 17-18 était la plus représentée avec 39,6%.

## **B. LES RESULTATS QUALITATIFS**

Nous sommes partis de la question de recherche suivante : quelles peuvent être les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescentes scolarisés en matière de contraception composé de dix participantes :

### **Connaissance de la contraception :**

Toutes nos participantes avaient entendu parler de contraception. Pour certaines cela est dû aux multiples sensibilisations faites sur la contraception à travers la télé et la radio qui sont bien appréciés par cette couche. D'autres ont entendus parlé avec les amis et la famille. Une ajouta que les cours de biologie dispensés à l'école ne sont autres que l'anatomie et la physiologie insuffisantes pour répondre à leurs attentes. Et l'absence de l'éducation sexuelle constitue un risque pour les adolescentes. Toutes les participantes réclamaient l'intégration de l'éducation sexuelle dans leurs programmes car représente une nécessité pour les adolescentes. Deux d'entre elles ont eu à solliciter les ONG et associations qui jouent un rôle important dans leur éducation.

### **Attitudes en matière de contraception :**

La majorité des participantes 7/10 avaient une bonne attitude en matière de contraception mais une minorité au contraire. Cette bonne attitude est dû à l'existence des cadres approprié pour s'informer sur la contraception lié sexualité :

- Les médias (la radio, la télévision, les panneaux publicitaires).
- Les ONG (par la sensibilisation).
- Mais également la prise de conscience de l'importance de l'éducation sexuelle dans certaines familles.

La mauvaise attitude des 3 participantes restant est dû au manque d'information sur leur propre développement d'où l'intérêt de l'éducation sexuelle. Une pensa que l'éducation sexuelle doit se faire dans les familles

d'abord, mais beaucoup de familles Maliens le considère comme un interdit avec les adolescentes sauf les parents qui mènent une vie occidentale pour certaines. Une disait que les informations mal structurés des médias peuvent mettre en erreur beaucoup d'adolescents un laissé aller sous prétexte de civilisation d'où la mauvaise attitude.

### **Perception de la contraception et leur typologie**

La majorité des participantes pense que la contraception est une bonne chose et les enquêtes comme celle-ci. Pour 3 participantes la contraception permet de contrôler les naissances et de maîtriser la fécondité par conséquent éviter les MST. Pour 3 autres sa permet d'éviter les grossesses non désirées, de diminuer les dépenses de la famille. Elle apparaît comme une méthode fiable sans inconvénient pour la majorité. En revanche mal informer certaines adolescentes considèrent sa pratique comme un acte lié à l'ignorance, car elle entraîne la stérilité chez la femme. Donc la sensibilisation de la contraception doit continuer et se faire dans toute l'étendue du territoire enfin qu'elle soit bien expliquée car reste confuse pour de nombreux d'adolescente et adulte.

### **Les contraceptifs connus par les scolaires :**

Le préservatif était connu par toutes les participantes. La majorité de nos participantes disait connaître le préservatif et la pilule du lendemain par les ONG et les associations qui ont eu à sensibiliser les différents établissements scolaires. Deux personnes ont parlé des injectables. Une participante a dit que la sensibilisation contre les IST-sida a beaucoup sollicité le préservatif.

### **Sexualité active :**

Dans notre entretien 6 de nos participantes ont affirmé avoir fait de rapport sexuel. Certaines avaient honte de répondre cette question s'est intime disait une participante. Les 4 participantes restant ont affirmé n'avoir jamais eu de rapport sexuel. Deux affirmaient qu'attendre le mariage pour les rapports sexuels est mieux surtout avec les risques (grossesses, l'avortement et les IST-sida). Deux aussi ont dit qu'elles n'ont pas l'âge de faire les rapports sexuels.

### **Multiplicité des partenaires sexuels :**

La majorité a dit un seul partenaire 4/10 des participantes. Deux d'entre elles avaient 2 partenaires. Par contre les 4 participantes restantes n'ont pas commencé à sortir avec les garçons d'abord. Pour eux attendre le bon garçon d'où le mariage.

### **Utilisation de la contraception :**

Quatre des participantes ont affirmé avoir utilisé un contraceptif. Elles disaient à la volonté du partenaire pour deux participantes. Deux autres participantes pour leur santé. Pour les deux participantes, la non utilisation est dû à la conséquence comme la stérilité aussi l'interdiction par la religion. Par contre les 4 restants la non utilisation est dû au fait qu'elles n'étaient pas sexuellement actives.

### **Types de contraception utilisé :**

La majorité des participantes qui utilisaient un contraceptif trois participantes ont parlé du Préservatif. Et une a parlé de la pilule. Pour celles qui utilisaient le préservatif, elles ont dit que c'est le moins cher, facile à se procurer d'utilisation facile et permet de se protéger contre IST- sida et les grossesses pour eux. Pour la pilule c'est la pilule du lendemain. On peut dire que ces contraceptifs sont les plus qu'on a parlé.

**Sources d'information :**

Beaucoup de nos participantes se sont informées surtout à l'école et les media. L'école est le lieu de sensibilisation et d'information pour les ONG et les associations. Les médias surtout avec la radio et la télé appréciés par les adolescentes et les panneaux publicitaires. Certaines se sont informées avec les amies, car la communication plus facile entre amies. Aucune n'a parlé de centre de santé. Par contre une a parlé de la famille. Les parents le considèrent comme un sujet tabou et interdit avec les enfants pour certaines familles maliens.

**Avantageset inconvénients perçus :**

Quand on a posé cette question toutes les participantes ont dit santé de la mère et de l'enfant. Quatre des participantes ajoutaient l'harmonie du couple et aussi une a parlé de diminuer les dépenses de la famille.

Par contre certaines pensent que la contraception peut entrainer des inconvénients chez la femme. Deux ont parlé de la stérilité, et une a parlé des saignements abondants et des douleurs abdominales chez la femme. Donc on peut dire que la sensibilisation et l'information doit continuer pour bien éclairer la jeunesse sur la contraception.

## V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception chez les adolescentes devrait être élargie dans plusieurs lycées, sur toute l'étendue du territoire pour prévenir les adolescentes des conséquences liées à une activité sexuelle et à une fécondité précoce capables de nuire à leurs avenir.

Pour recevoir leurs opinions nous avons collecté à l'aide d'un questionnaire individuel sur la contraception.

### **Lieu de vie des participantes :**

La majorité des participantes de notre étude était de la commune III qui représentait 51,7%, cela est dû au fait que le lycée Ba Aminata Diallo est situé en Commune III autrement au centre commercial.

### **L'âge des participantes :**

Dans notre étude la tranche d'âge de 15-16ans représentait 54,2% dont la majorité de notre échantillon, 34,6% pour la tranche de 17-18 ans et 11,3% pour les 19ans et plus, parce que les classes les plus disponibles en ce moment étaient de la 10<sup>ème</sup> donc les plus jeunes.

### **La culture : ethnies des participantes**

La majorité des participantes de notre étude appartenait à la culture bambara avec un pourcentage de 35,4% de notre échantillon, cela est dus au fait que l'ethnie bambara est majoritaire à Bamako par rapport aux autres ethnies représentés.

### **Statut matrimonial des participantes :**

Les adolescentescélibatairesreprésentaient la majorité de notre population d'étude avec un pourcentage 80,8%, le lycée est le stade de l'adolescence et les filles se marient rarement à ce stade, envisage de carrière universitaire en générale.

### **Classes fréquentées par les participantes :**

Les 10<sup>ème</sup> années étaient la plus fréquentées de notre population d'étude avec 42,5% ; les moins fréquentées étaient de la 11<sup>ème</sup> année et la faible représentation était de la terminale. Parce que les 10<sup>èmes</sup> étaient disponibles au moment de notre étude donc les plus nombreux.

### **Pour la connaissance de la contraception :**

Dans notre étude 94,6% les participantes avaient une connaissance sur la contraception. Ceci peut s'expliquer par les nombreuses campagnes de sensibilisation faites sur la contraception.

Notre pourcentage est respectivement supérieur à celui de Berthé C qui a eu 79,4% en milieu scolaire de Mopti et celle de Diawara H 85,1% chez les élèves et étudiants dans le district de Bamako, par contre Sidibé A a eu 100% chez les adolescentes scolarisées de 19 établissements dans le district de Bamako.

### **Pour la signification de la contraception :**

Toutes nos participantes connaissaient au moins une signification de la contraception. Cela pourrait s'expliquer par des multiples sensibilisations faites par les Médias et les ONG qui passent dans les différents établissements. Parmi les différentes significations de la contraception : pour 47,9% des participantes affirmaient éviter une grossesse, pour les 35% des participantes, protection contre le VIH et pour 10% des participantes espacements des naissances. Les autres significations étaient à faible représentation.

### **Connaissances des différents types de contraceptifs :**

Parmi les différents contraceptifs connus par les participantes le préservatif vient au premier rang avec 87,9% suivi de la pilule 86,3%, ceci s'explique par le fait que ses contraceptifs sont les plus qu'on en parle dans les campagnes de sensibilisation en générale. Comparable avec Konaté M et Sacko Djeneba qui ont respectivement

eu 53,6% pour le préservatif suivi 28,4% pour la pilule et 96,9% pour le préservatif suivi de la pilule avec 91,6%.

### **Sources d'information des participantes sur la contraception :**

Les adolescentes de notre étude tenaient la majorité de leur information à l'école 26,7% dû au fait que l'école est le vecteur social de transmission de message et d'informations relatives à la sexualité des adolescentes. Les Médias 18,3% surtout avec la télé et les radios appréciées par cette couche. Pour le partenaire et amis 15,8% par ce que la communication plus facile entre amis, ou entre partenaire. Pour les parents 15,4% car beaucoup de parents discutent rarement de contraception qui est lié à la sexualité dans les familles maliennes, sauf les parents qui ont fait des études.

### **Les adolescentes qui ont eu à faire de rapport sexuel :**

Dans notre étude, seulement 25,4% des participantes ont affirmé avoir fait de rapport sexuel. Cela serait lié au fait qu'on avait plus d'élèves de 10<sup>ème</sup> année dans notre étude aussi il y a plus d'adolescentes actuellement au lycée. Ce pourcentage est inférieur à celui de Berthé C qui a eu 47,1% chez les adolescentes scolarisées de 4 établissements de Mopti.

### **Nombres de partenaires sexuels des participantes jusqu'à ce jour :**

Dans notre échantillon, c'est 73,8% des adolescentes qui avaient un seul partenaire sexuel. Cela peut s'expliquer comme signe de stabilité chez ces adolescentes. Comparé à celle de Sountouba Fatoumata Fquia eu 38% au lycée Hammadoun Dicko de Sevaré supérieur au nôtre.

### **Utilisation de contraceptif par les participantes :**

Dans notre population d'étude 19,6% des adolescentes avaient utilisé un contraceptif. Cela peut s'expliquer par le fait que la majorité de nos participantes n'avaient pas commencée la sexualité pour certaines et pour d'autres les effets

secondaires de la contraception. Notre pourcentage est inférieur à CisséYoussof qui a eu 22,20% dans 3 lycées de la commune urbaine de Gao à effectif majoritairement adolescentes.

### **Contraceptif utilisé fréquemment par les participantes :**

Le préservatif était le plus utilisé fréquemment par les adolescentes avec 52,1% suivi de la pilule 35,4% dans notre étude. Ce pourcentage élevé de préservatif s'explique par la disponibilité, la vente libre et l'utilisation facile de ce contraceptif par les adolescentes.

Ce résultat est proche de ceux de Sidibé A et de Berthé C qui ont respectivement eu pour le préservatif 72,13% ; et de 62%.

Parmi celles qui utilisaient un contraceptif 100% avaient entendu parler de la contraception et pour celles qui n'utilisaient pas 93,3% avaient entendus parler de la contraception donc la connaissance de la contraception n'est pas liée à son utilisation.

Plus le niveau de la classe fréquentée augmente plus les différentes méthodes de contraceptions modernes sont connues.

Toutes les élèves qui ont eu à faire de rapport sexuel avaient déjà entendu parler de la contraception.

Plus le niveau d'instruction augmente plus les sources d'information sur la contraception sont connues.

La connaissance des avantages de la contraception augmente en fonction du niveau d'instruction.

Plus le nombre de sources d'information augmentent plus la connaissance de la contraception est élevée.

Les adolescentes sexuellement actives avaient en majorité un seul partenaire sexuel peut être signe de stabilité chez ses adolescentes. La tranche d'âge 17-18 ans était la plus représentée.

## VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### CONCLUSION

La majorité de nos participantes déclarait connaître des méthodes de contraception et parmi elles une minorité utilisait la contraception 19,6%des participantes. Les adolescentes avaient plusieurs sources d'information sur la contraception, mais seulement 7,6% des adolescentes avaient eu leurs informations au niveau des structures sanitaires, les Media et à l'école étaient les plus représentés.

Les raisons de non utilisation de la contraception étaient : dû au fait que la majorité de nos participantes n'était pas sexuellement active, les effets secondaires et le manque d'information.

Seulement 25,4% des adolescentes ont affirmé en avoir eu de rapport sexuel.

Les contraceptifs les plus utilisés et les plus connus étaient le préservatif suivi de la pilule, et le spermicideétait le moins connu et le moins utilisé par les participantes.

Les enquêtes qualitatives nous ont révélé que, l'absence de programmes scolaires spécifiques rendent difficile l'éducation sexuelle, favorisentla mauvaise attitude et la précocité des rapports sexuels chez les adolescentes.Il faudra continuer la sensibilisation de la contraception surtout envers les parents de discuter avec les enfants pour cela avant l'apparition des caractères sexuelles secondaires chez la fille.

## RECOMMANDATIONS

### ❖ **Auministère de l'éducation de base et de l'alphabétisation :**

- ✓ Intégrer dans le programme d'enseignement, à partir du niveau primaire jusqu'au lycée les cours de l'éducation sexuelle et de santé de la reproduction.
- ✓ Créer des services de distribution de contraceptifs ne nécessitant pas de pratique médicale en mettant un accent sur la gratuité, dans les écoles et les lycées avec des prestataires scolaires pour faciliter l'accessibilité des contraceptifs aux adolescentes et jeunes.
- ✓ Mener des campagnes d'information et de sensibilisation (média) pour combler l'ignorance des adolescentes tout en respectant leurs découvertes personnelles, les aider à faire le lien entre l'acte sexuel et les conséquences nuisibles à leur épanouissement.
- ✓ Promouvoir la pratique de la contraception à travers les structures spécialisées en levant les incompréhensions sociales, culturelles et religieuses pour améliorer la prévalence contraceptive chez les adolescentes et jeunes.

### ❖ **Au personnel médical et paramédical :**

- ✓ Ils doivent être attentifs et disponibles,
- ✓ Maîtriser les différentes méthodes contraceptives,
- ✓ Mener un counseling initial spécifique et de suivi (la consultation médicale ne doit pas être de type demande de contraception, ni fourniture d'ordonnance) mais nécessiter un dialogue personnalisé avec la jeune fille.
- ✓ Souligner en outre qu'une information physiologique bien faite, préviendra sûrement plus d'accidents qu'une ordonnance correcte mais sèche.

- ✓ Dans tous les cas, comprendre le monde psychoaffectif des adolescents, s'y adapter, parler et agir en conséquence constituent les clés d'une meilleure réussite.
- ✓ Dans les centres de santé scolaire et universitaire, l'infirmier se doit d'être accessible pour permettre une meilleure vulgarisation des méthodes contraceptives auprès des scolaires.

❖ **Aux parents :**

- ✓ Discuter avec les enfants pour cela dès le début de la puberté afin de donner les informations utiles et nécessaires pour les préparer à assurer au mieux leurs activités sexuelles.
- ✓ Dépasser les tabous sexuels, religieux, socioculturels pour permettre aux adolescentes d'affronter leur sexualité de manière responsable.

❖ **Aux élèves :**

- ✓ Communiquer le plus possible avec les parents et les agents de santé sur la santé de la reproduction en allant à leur rencontre, en posant des questions de manière polie, ceci pour éviter les erreurs comme les grossesses non désirés, les avortements et les IST/VIH/sida, tout en bénéficiant de leurs savoir.
- ✓ S'organiser en groupes et inviter des professionnels de santé pour échanger et recevoir des connaissances appropriées sur la sexualité et la contraception.

❖ **Aux éducateurs (enseignants) :**

- ✓ Maitriser les techniques d'animation de groupe (communication inter personnelle).
- ✓ S'informer pour mieux orienter les élèves.

## VII. LES REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIES

1. Ministère de la Santé Enquête démographique et de santé du Mali. Planification familiale. Bamako, Mali, EDS M III juin 2002 ; 450- 57-80.
2. L'éducation sexuelle en ballottage. [www.uia.org/uiademo](http://www.uia.org/uiademo) Juillet /Aout 2000 courrier de l'UNESCO. Consulté le 15 Avril 2014 sur [www.uia.org/uiademo](http://www.uia.org/uiademo).
3. BERTHE F. Vulnérabilité des jeunes liées aux pratiques et aux comportements néfastes à la santé en milieu urbain et péri- urbain bamakois. Thèse Médecine, Bamako 2004.
4. Ministère de la santé –EDSM-v 2012- 2013- Bamako 12 /03 /2016.
5. Pro Fam/USAID/PSI Mali : technologies de la contraception/PF clinique Manuel de référence janvier 2007.
6. Larousse médical /Larousse paris 1995-1203p ,28cm(03LAR)
7. Bilodeau A ; Forget G ; Tetrault J. l'autoefficacité relative à la contraception chez les adolescents validation de la version Française de l'échelle de mesure de levinsion. Revue canadienne de publique 1994 .85 ; 2 :115-20
8. Serfaty D. la contraception. Doin éditeurs, paris. 1986
9. Fondation genevoise pour la formation et la recherche médicales. Planification familiale, [www/gfmer.ch/cours/planification familiale. Html](http://www.gfmer.ch/cours/planification_familiale.html).
10. Boubacar M. Etude épidémio-clinique du planning familiale ; enquête auprès de 206 utilisatrices au centre de santé de référence de la commune I

du district de Bamakod'avrilà juin 2003. Thèse de médecine, Bamako 2005 ; 78p : 183 (06M 183)

11.Nian. M Approche épidemio-clinique de la grossesse chez les adolescentes à L'Hôpital régional de Kayes. Thèse de médecine(Bamako) 2000. (00M99)

12.La contraception ; <http://www.contractions.org/html/03/04/2016>.

13.Les contraceptifs injectables [http/ search fhi. Org / sitesearch asp](http://search.fhi.org/sitesearch.asp), query : injectables et progestatif 20/ 03 /2016.

14.L'allaitement maternel [http/w.fhi.org/FR /topics/Breastfeeding.htm](http://w.fhi.org/FR/topics/Breastfeeding.htm) 15/03/2016.

15.International développement research centre planning traditionnel au Mali éducation sexuelle en Afrique tropicale : Article ;1973 : P54.

16.Jean Claude L. pour une éthique de procréation. Paris, éditions du cerf 1998 ; 2 :31.

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

18.L'éducation sexuelle en ballottage.[www.uia.org/uiademo](http://www.uia.org/uiademo) 12/03/2016.

19.Polanec :Ky M, O. comor. Prénancy in the adolescent patient. Pédiatrie clinique north am 1999 ,46 :649-70.

20.Tamboura. F. Préférence des adolescentes et jeunes Adultes en matière de contraception à la clinique de l'A.M.P.P. F de Bamako. Thèse de Med. Bamako 2008 2

21. Ministère de la santé USAID 2003. Population développement et qualité de la vie au Mali le 20/02/2016.
22. Nékan F. Les facteurs de risque de la grossesse chez l'adolescente célibataire de la commune IV. Thèse de médecine, Bamako 1995. (95M39).
23. Camara M. Lacontraception chez l'adolescente thèse de médecine ; BAMA KO 1992- (92M44)
24. Sangaré. A. Kconnaissances, attitudes pratiques des adolescentes en matière des IST/Sida et de planification familiale, comportement en matière de sexualité dans 3 Lycées du district d Bamako thèse de méd., Bamako 2003. (03M6).
25. Journée Mondiale Maternité sans risque. Eviter les grossesses non désirées : Article :7 avril 1998.
26. Ordre des sages-femmes du Mali. Bulletin semestriel de l'ordre des sages du MALI. Aout 2005 –numéro au 002.
27. Berthé Clément : Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescentes en milieu scolaires de Mopti sur la contraception. Thèse de médecine, Bamako 2009.
28. Alima Sidibé : Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception. Thèse de médecine 24/07/2006.
29. Halima Diawara : Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des Méthodes de contraception par les élèves et Etudiants dans le district de Bamako. Thèse de médecine 2008.

- 30.**Sidi Coulibaly : étude des connaissances, des attitudes et pratiques comportementales des adolescentes du lycée Mamadou Abdoulaye Bah et de l'institut de formation professionnel de Macina sur la contraception, thèse de médecine Bamako 2014.
- 31.**WIKIPEDIA.com (consulté le 18 / 01 / 2016).
- 32.**MOUSSA KONATE :Connaissances, attitudes et pratiques sur la santé de la reproduction en milieu scolaire (centred'enseignement professionnel et lycée)A KALABAN CORO. Thèse de Médecine, Bamako 2010.
- 33.**ANNALS MEDICO-PSYCHOLOGIQUES 164 (2006)
- 34.**SEDDI ; F. SMAOUI ; W. ABDELMAKSoud ; T. J. MEZIOU ; S. BOUDAYA ; S BOUASSIDA ; H TURKI : Sexualité des adolescents lycéens en milieu rural en Tunisie, ANN DERMATOL VENEREOL 2007.
- 35.**Cadre conceptuel pour l'intégration de la sante de la reproduction en milieu scolaire : expérience au Sénégal, le 6 Aout 2009.
- 36.**Dispositifs Intra-utérins(Contraception) ; Elsevier Masson 2011.
- 37.**Les missions de l'infirmière en milieu scolaire ; Elsevier Masson, 2012
- 38.**Connaissances attitudes et pratiques des adolescents en matière de planification familiale : cas de la commune Rurale de Niogho au BURKINA FASO. Thèse de Médecine 2010.
- 39.**KADIATOU ADISSA COULIBALY : Connaissances ; Altitudes et Pratiques des Adolescentes au Lycée Monseigneur Didier de Mont clos de

Sikasso en Matière de contraception ; des infections sexuellement transmissibles et du VIH-SIDA ; Thèse de Médecine ; Bamako 2009.

**40.** VALERIE NOVES : Sexualité et Contraception : le point de vue des adolescents étude qualitative auprès de collégiens et de lycéens en région TOULOUSAINNE, Thèse de Médecine, France 2012.

**41.** IBRAHIM GYAGNA DIALL : Connaissances Attitudes et pratiques comportementales des adolescentes en milieu scolaire sur La contraception dans la commune rurale de Baguineda ; Thèse de Médecine, Bamako 2010.

**42.** ABDOULAYE SIDIBE : LA Planification Familiale dans quates Etablissements d'enseignement secondaire de la commune IV du district de Bamako ; Thèse de Médecine, Bamako 2011.

**43.** FATOUMATA FABE : Etude des connaissances ; des attitudes et des pratiques des adolescentes sur la contraception à MOPTI : cas du lycée HAMMADOUN DICKO De SEVARE ; Thèse de Pharmacie, Bamako 2011.

**44.** ADAMA LAMINE COULIBALY : Etude des connaissances attitudes et pratiques de la contraception en milieu scolaire dans La commune urbaine de Ségou; Thèse de Médecine, Bamako 2014.

**45.** YASMIN SANDRINE CHANOU : Logiques d'utilisation de la contraception d'urgence chez les Etudiantes (le cas de la faculté de médecine et d'odontostomatologies de la faculté de pharmacie au MALI et de la faculté des sciences et de santé au BENIN ; Thèse de Médecine, Bamako 2014.

- 46.** Moussa Sounkoutoun Dembélé : problématique de la planification familiale en commune V du district de Bamako à propos de 199cas, thèse de médecine en 2009.
- 47.** Nangazanga Dao : étude des effets secondaires de la contraception injectable au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, thèse de médecine 2008.
- 48.** Moustapha Faye : connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé de la reproduction des adolescentes du centre de dépistage volontaire anonyme et gratuit, thèse de médecine de Dakar année 2004/2005.
- 49.** Youssouf Amadou Cissé : connaissances attitudes et pratiques de la contraception en milieu scolaire dans la commune urbaine de Gao, thèse de médecine année 2010.
- 50.** Planification familiale et IST/VIH : connaissances et pratiques des adolescents du lycée Monseigneur Luc Sangaré de Bamako, Article Original de l'année 2014.

## ANNEXES

### FICHE D'ENQUETE

Questionnaire à l'intention des adolescentes : introduction (information et consentement volontaire), ce questionnaire a pour but de recueillir vos impressions, connaissances et perceptions sur la contraception au Mali enfin d'améliorer l'offre de cette population en matière de contraception. Nous vous remercions d'avance de votre participation. Les informations recueillies sont anonymes et confidentielles.

#### *Numéro du questionnaire I.....I*

#### **I – RENSEIGNEMENTS SOCIODEMOGRAPHIQUES :**

**Q1- Commune/...../ ; Q2-Quartier/...../ ; Q3-Site/...../**

**Q4-Age :** 15 à 16ans/...../ ; 17à18ans/...../ ; 19ans et plus/.../

**Q5-Culture :** 1-Bambara/.../ ; 2-Peulh/.../ ; 3-Sarakolé/.../ ; 4-

Malinké /...../ ; 5-Sarakolé/.../ ; 6-Dogon/.../ ; 7-Sonrhaï/.../ ; 8-Kassonkhé/.../ ;

9-Senoufo/...../ ; 10-Maures /...../ ; 99-Autres à

préciser/...../

**Q6-Statut matrimonial :** 1-Célibataire/.../ ; 2-Fiancée/...../ ; 3- Mariée/.../ ; 4-

Divorcée/.../ ; 5- Veuve/...../

**Q7-Niveau d'instruction :** 10<sup>ème</sup> année/...../ ; 11<sup>ème</sup> année/...../ ; 12<sup>ème</sup> année/..../

#### **II-CONNAISSANCES DE LA CONTRACEPTION :**

**Q8-Avez-vous déjà attendus parler de la contraception ?**

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

***Q9-Si vous répondez oui, que signifie la contraception ?***

1-Espacement des naissances : Oui/...../ou Non/...../

2-Limitation des naissances : Oui/...../ ou Non/...../

3-Eviter les grossesses : Oui/...../ ou Non/...../

4-Protection contre les IST : Oui/...../ou Non/...../

5-Protection contre le VIH-sida : Oui/...../ou Non/...../

88-Ne sait pas : Oui/...../ou Non/...../

99-Autres (à préciser) /...../

***Q10-Quels sont les avantages de la contraception ?***

1-Santé de la mère : Oui/...../ou Non/...../

2-Santé de l'enfant : Oui/...../ou Non/...../

3-Avantage économique : Oui/...../ou Non/...../

4-Harmonie du couple:Oui/...../ ou Non/...../

88-Ne sait pas: Oui/...../ou Non/...../

99-Autres (à préciser) /...../

***Q11-Quelles sont les types de contraceptifs que vous connaissez ?***

1- Pilule :Oui/...../ ou Non/...../

2- Préservatif :Oui/...../ ou Non/...../

3- Dispositif intra-utérin : Oui/...../ ou Non/...../

4- Injectable : Oui/...../ ou Non/...../

5- Norplant : Oui/...../ ou Non/...../

6- Spermicide : Oui/...../ ou Non/...../

7- Allaitement maternel : Oui/...../ ou Non/...../

- 8- Tâfo : Oui/...../ou Non/...../  
9- Abstinence : Oui/...../ ou Non/...../  
88- Ne sait pas :Oui/...../ ou Non/...../  
99- Autre (préciser) /...../

**Q12-Quelles sont les sources d'information sur la contraception ?**

- 1-Ecole : Oui/...../ou Non/...../  
2-Média/Conférence : Oui/...../ ou Non/...../  
3-Parents : Oui/...../ ou Non/...../  
4-Conjoints/Partenaire : Oui/...../ ou Non/...../  
5-Ami(e)s : Oui/...../ ou Non/...../  
6-Centre de sante : Oui/...../ ou Non/...../  
88- Ne sait pas : Oui/...../ ou Non/...../  
99- Autre  
(préciser) /...../

**III- ATTITUDES ET PRATIQUES DE LA CONTRCEPTION**

**Q13-Avez-vous déjà fait de rapport sexuel ?** 1- Oui/...../ ; 2-Non/...../

**Q14- Combien de partenaires avez-vous connus dans votre vie sexuelle ?**

1-Un/...../ ; 2- deux/...../ ; 3- trois/...../ ; 4- plus de trois/...../

**Q15- A quand remonte votredernier rapportsexuel ?**

1- un jour/...../ ; 2-deux jours ou plus/...../ ; 3-une semaine ou plus/...../ ; 4- un mois ou plus/...../ ; 5- autre (à préciser) /...../

**Q16-Avez-vous déjà utilisé un contraceptif ?** 1-Oui/...../ ; 2-Non/...../

**Q17-Si oui ? Quel type de contraceptifs avez-vous utilisé fréquemment ?**

1- pilule/...../ ; 2-préservatif/...../ ; 3-dispositif intra-utérin/...../ ; 4- injectable/...../ ; 5-norplant/...../ ; 6-spermicide/...../ ; 7- allaitement/...../ ; 8- tâfo/...../ ; 99-autre à préciser/...../

***Q18-Quel est le dernier type de contraceptif que vous avez utilisé ?***

1- Pilule/...../ ;2- Préservatif/...../ ; 3-Dispositif intra-utérin/...../ ;4- Injectable/...../ ;5-Norplant/...../ ; 6-Spermicide/...../ ; 7- allaitement/...../ ; 8- tâfo/...../ ; 99-autre à préciser/...../

***Q19-Pourquoi avez-vous utilisé un contraceptif ?***

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

## **GUIDE DES ENTRETIENS DE FOCUS GROUP**

Introduction (information et consentement volontaire)

Ce questionnaire a pour but de recueillir vos impressions sur la contraception : attitudes et pratiques en milieu scolaire

1. Avez-vous une connaissance de la contraception ?
2. Quels sont leurs attitudes en matière de contraception ?
3. Quels sont leur perception de la contraception et typologie ?
4. Quels sont le contraceptifs connus par les scolaires ?
5. Quels sont les adolescentes sexuellement actives ?
6. Combien de partenaires sexuels avez- vous connus dans votre vie sexuelle ?
7. Avez-vous déjà utilisé un contraceptif ?
8. Quels types de contraceptifs utilisez-vous fréquemment ?
9. Commentêtes-vous informé sur la contraception ?
10. Citer les avantages et inconvénients dela contraception ?

Nous vous remercions d'avance de votre participation. Les informations recueillies sont anonymes et confidentielles.

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

---

**Nom** : SANGARE

**Prénom** : Penda

**Tel** : 00 (223) 61 35 58 69

**E-mail** : pendasangare52@yahoo.fr

**Titre de la thèse** : Connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception chez les adolescentes en milieu scolaire cas du lycée BA AMINATA DIALLO.

**Période d'étude** : de juin 2015 à août 2016.

**Année universitaire** : 2016-2017

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie

**Secteurs d'intérêt** : Santé publique

### **RESUME**

Les adolescentes du monde entier et surtout des pays en développement sont exposées aux problèmes sanitaires de la reproduction et à leurs conséquences nuisibles. Aux MALI les adolescentes de 13 à 19 ans occupent près de 15% de la fécondité totale. La santé de la reproduction des adolescentes est une préoccupation de santé publique. Le but de notre étude est l'intégration de l'éducation sexuelle et la santé de la reproduction en milieu scolaire enfin de prévenir les conséquences liées à une activité sexuelle et à une fécondité précoce.

Notre étude transversale quantitative et qualitative s'est déroulée à Bamako de janvier 2016 à mars 2016. L'objectif consistait à étudier les connaissances attitudes et pratiques des adolescentes en milieu scolaire face à la contraception. La majorité des élèves soit 94,6% déclaraient connaître des méthodes de contraceptions et parmi elles seulement 19,6% utilisaient un contraceptif. La principale raison de non utilisation de la contraception par la majorité de nos participantes est dû au fait qu'elles n'étaient pas sexuellement actives. La tranche d'âge 15-16 était la plus représentée. Le préservatif était le plus connu et le plus utilisé par nos participantes. La majorité tenaient leurs informations de l'école et à travers les médias. Les données qualitatives nous ont révélées que la mauvaise attitude est dû au manque d'information sur leur propre développement.

**Mots Clefs** : **Connaissances-Attitudes-Pratiques-contraception-adolescentes-scolaire.**

## FICHE SIGNALETIQUE

---

**Nom** : SANGARE

**Prénom** : Penda

**Tel** : 61 35 58 69

**E-mail** : pendasangare52@yahoo.fr

**Titre de la thèse** : Connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception chez les adolescentes en milieu scolaire cas du lycée BA AMINATA DIALLO.

**Période d'étude** : de juin 2015 à aout 2016.

**Année universitaire** : 2016-2017

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie

**Secteurs d'intérêt** : Santé publique

### RESUME EN BAMANAN :

Diñefunankeninwkerenkerennenyajamanaminnubebonogolasira kan funenkeninwlabilalen do bangekeneyakon n'a kololon la. Mali konobangeko la funenkeninwminnu si besan tan ni saba (13ans) fo ka taa bila san tan ni konoton la (19 ans) hakeye tan ni duuryekemesira la (15%). Bangekeneyakoyejoronankobayejama ka keneyakola. A kunye ka bangekene n'a korosilyjensenkalanyoron la walasa ka jepogonya ni densorojoonakunbe. An ka kalan n'a behake ni jookankera Bamako janwiyekalo 2016 ka taa bila marisikalo 2016 la. Kalan ni kuntun ka famuyalisorofunankeninn ka dontaw, ni jugowaniketan ka pesinyeretanga ma jepogonyakow la Lakolidenufanba n'o ye 94% (bi konoton ni naaniyekemesara la) y'a fokubeyeretangafereдон. Nka o kemesarakelelenna 19 (tan ni konoton) doron de yeyeretangalankalanyorakon. matarafa. Maasegesegelenwfanba ko olu ma matarafa ka da a kan u si ma kafogonyadamine. Minnu si besan 15 ni san 16 de tun ka ca. Mununiw de tundonnenbematarafalanw na o yekapotiye. Jamafanbayekunnafoniwsorolakolisokono o ni kunnafonidilawfe. Jatemenen y'a yira ko kewalejugunsabutunyekunnafonisorobaliya de ye u yere ka tapék'an.

## **IDENTITY SHEET**

---

**Name:** SANGARE

**First name:** Penda

**Tel:** 61 35 58 69

**Mail:** pendasangare52@yahoo.fr

**title of the thesis:** Knowledge, attitudes and practices in the field of contraception in teenage girls in the school setting BA AMINATA DIALLO.

**Study period:** from June 2015 to August

**City of defense:** 2016-2017

**Country of origin:** Bamako

**Country of origin:** Mali

**Place of deposition:** Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology

**Sector of interest:** public health

### **Summary:**

Teenagers worldwide especially in developing countries are exposed to reproductive health issues and their harmful consequences. In MALI, adolescents between 13 and 19 years of age account for almost 15% of total fertility. Teenager's reproductive health is a public health problem. The aim of our study is to integrate sexuality education in schools and to prevent the consequences of early sexual activity and fertility.

Our quantitative and qualitative cross-sectional study was carried out in Bamako from January 2016 to March 2016. The objective was to study the attitudes and practices of adolescent girls in schools when it comes to contraception. The majority of students 94.6% new about different contraceptive methods and only 19.6% used contraceptives. The main reason for non-use of contraception by the majority of our participants was because they were not sexually active. The 15-16 age group was the most represented. The condom was the best known and most used contraceptive method by our participants. The majority held their information from the school and through the media. The qualitative data revealed that the poor attitude is due to the lack of information about their own development.

**Keys words:** Knowledge-Attitudes-Practices-contraception-teen-school

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Je le jure!**