

ADN : acide désoxyribonucléique

AOF : Afrique Occidentale Française

ATCD : antécédent

CCV : contraception chirurgicale volontaire

CDC : Centre of disease control des USA

CETFOP : Centre d'enseignement technique et de la formation professionnelle de Baguineda.

COC : contraceptifs oraux combinés

COL : collaborateurs

COP : contraceptifs oraux progestatifs

DIU : dispositif intra-utérin

DSF : division de la santé familiale

DSFC : division de la santé familiale et commentaire

EDS : Enquête démographique et de santé du Mali

FMPOS: faculté, de médecine, de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

FNUAP : fond des nations unies pour population

IST : infection sexuellement transmissible

IVG : interruption volontaire de la grossesse

LBSB : Lycée Basil Sow de Baguineda.

LPB : Lycée privé de Baguineda.

LRT : ligature et résection des trompes

MAMA : Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.

OMS : organisation mondiale de la santé

ONG : Organisations non gouvernementales

PF : planning familial

PP : pilules progestatifs

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise

SMI : Santé maternelle et infantile

TC: technique comptabilité

URSS : Union des Républiques Socialistes Soviétiques

VIH : virus de l'immunodéficience acquise

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| Introduction..... | 4 |
| A. Enoncé du problème..... | 5 |
| B. Approche conceptuelle..... | 6 |
| .Revue littéraire..... | 6 |
| .Hypothèse de la recherche..... | 15 |
| .Objectifs..... | 16 |
| I. Généralités..... | 17 |
| Définition..... | 17 |
| Situation de l'enfant..... | 19 |
| Notion d'attitude et de comportement..... | 20 |
| Planification familiale..... | 21 |
| II. méthodologie..... | 32 |
| III. Résultats..... | 37 |
| IV. Commentaires et discussions..... | 56 |
| V. Conclusions et recommandations..... | 63 |
| VI. Références bibliographiques..... | 66 |
| VII. Annexes..... | 70 |

Introduction

L'adolescence est l'âge de changement entre l'enfance et l'adulte mais sans appartenir ni à l'un, ni à l'autre. Selon l'**OMS** est considéré comme adolescent tout individu se situant dans la tranche d'âge

10-19 ans [5 ; 7].

A l'heure actuelle, les questions de morbidité et de mortalité des adolescents s'inscrivent de plus en plus au cœur des initiatives de recherche et de politique dans les pays en voie de développement.

Si les adolescents ont des problèmes qu'ils partagent avec les adultes plus âgés, par contre ceux qui leur sont spécifiques, doivent être pris en compte par les différents acteurs sociodémographiques dont les actions ou décisions peuvent influencer sur la santé.

L'adolescence est d'une grande actualité comme le sont les problèmes qui lui sont spécifiques, problèmes surtout de santé étant donné qu'il s'agit d'une période d'immaturité physique, d'activité intense durant laquelle l'adolescent a surtout tendance à adopter un modèle adulte et ceci est prédominant sur le plan comportemental.

Etant donné la vulnérabilité des adolescents aux infections il est important d'analyser les informations disponibles sur la connaissance et les sources d'information des adolescents de même, réfléchir sur les méthodes de prévention et les barrières au traitement.

Au milieu des années 1970, l'**OMS** s'est activement engagée dans la promotion de la santé des adolescents et notamment en matière de

Sexualité et de procréation des adolescents, avec l'appui du Fond des Nation Unies pour Population (**F.N.U.A.P**) [3].

Depuis la création de la santé des adolescents en 1990 [4], une approche intégrée de la promotion de la santé a été appliquée à tous les domaines de la santé et du développement des adolescents.

A. Enoncé du problème :

Les femmes (adolescentes) représentant la couche la plus importante dans le monde en général et en Afrique en particulier ; sont souvent exposées à de nombreux problèmes tels que : les grossesses à haut risque, les grossesses non désirées, les avortements pratiqués dans des mauvaises conditions. Les adolescentes surtout celles qui vivent en milieu rural n'ont pas toutes les informations nécessaires à la santé familiale ou ont des préjugés sur les différents problèmes liés à la grossesse.

Conscient de tous les dangers liés à la méconnaissance des méthodes contraceptives (grossesses non désirées avortement, hémorragies pouvant conduire à la mort) et conscient de la place qu'occupe la santé de reproduction pour le bon développement d'un pays. Le but de cette étude est d'évaluer les connaissances ,attitudes et pratiques comportementales des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception dans la commune rurale de Baguineda afin d'attirer l'attention des autorités (sanitaire, de l'éducation, et politico administratives) pour ensuite faire des recommandations dans l'optique d'améliorer le taux d'utilisation des contraceptifs, le niveau d'information des adolescentes sur les méthodes

contraceptives chose qui à son tour les permettra d'informer, d'éduquer et de sensibiliser la population de façon générale.

B. Approche conceptuelle :

.Revue littéraire

La promotion de la planification familiale dans les pays où le taux de fécondité est élevé peut réduire la pauvreté et la famine, concourir à éviter 32% de décès maternels et 10% de décès de nouveau-nés, améliorer l'autonomie des femmes et leur permettre de poursuivre leur scolarité.

Dans les pays en développement, la volonté d'espacer les naissances est la raison principale de recours aux services de planification familiale. Les jeunes femmes de 15-19 ans qui n'ont pas encore eu d'enfant sont également en demande de méthode contraceptive dans le but de post-poser leur première grossesse. Cette demande ne semble pas assez bien prise en considération par les services existant qui sont encore trop peu accessibles à ces jeunes femmes. L'accès à ces services est également plus difficile pour les plus pauvres.

Ces femmes sont donc plus susceptibles d'avoir une grande famille, de vivre des grossesses non désirées et d'avoir recours aux avortements illégaux. Les adolescentes issues des milieux les plus pauvres ont moins d'accès non seulement aux services de planification familiale mais également aux diverses sources, comme les écoles ou les médias, qui pourraient leur fournir une information sur la santé de la reproduction. Des stratégies originales, comme les

antennes dans la communauté, ou l'information par les pairs devraient donc être mis en œuvre afin d'atteindre ces jeunes filles, Des études ont révélé que les campagnes médiatiques d'information ont un effet positif sur l'utilisation de la contraception. Un meilleur accès à une plus grande diversité de méthodes, laissant un meilleur choix aux personnes ou aux familles de décider la méthode qui leur convient le mieux, est également un facteur favorisant le recours à la contraception lorsqu'on consulte la littérature sur la santé reproductive des « adolescents », on note très vite une profusion d'analyses épidémiologiques et démographiques, principalement basées sur des enquêtes quantitatives, des analyses effectuées à partir des résultats d'enquête démographiques de Santé (EDS) ou des questionnaires conçue et administrée dans le but de comprendre un aspect particulier de la sexualité des adolescents. On note aussi des travaux de type qualitatif, construits à partir des discussions de groupes et d'interviews approfondies. Ici, la littérature des pays anglophones d'Afrique est riche d'une réflexion qui se propose de « contextualiser » le comportement sexuel des adolescents à partir de l'hypothèse que les relations sexuelles ont lieu dans un contexte rempli de valeurs, d'attitudes et de croyances, et la connaissance de ce contexte est nécessaire pour l'appréhender. Dans toutes ces études, les sujets les plus traités sont : la fréquence et l'âge aux premiers rapports sexuels, les connaissances-attitudes relatives à la contraception, l'utilisation des méthodes contraceptives et du préservatif, les valeurs en rapport avec la permissivité. Cependant, de plus en plus et provenant surtout

d'Afrique australe, on note des travaux traitant de l'impact des relations de pouvoir et de genre sur la sexualité des adolescents, avec pour l'ensemble de ces travaux, une focalisation sur les jeunes des zones urbaines et rurales. En quoi les adolescents sont-ils différents pour qu'on ait besoin de programmes d'études et de politiques de santé qui leurs soient spécialement destinés, de paradigmes spécifiques à l'étude de leur sexualité ?

La sexualité des adolescents est perçue avec beaucoup d'ambiguïté dans plusieurs parties du monde. La sociologie et la psychologie la situent dans l'ensemble des « comportements déviants » et dans les discussions publiques, on la juge problématique. Or il n'y a pas d'indications sur ce que pourrait être le comportement ou le développement sexuel « normal » de l'adolescent.

On se focalise sur les conséquences des rapports sexuels, en occultant l'expérience même de la sexualité (expérimentation de l'émergence du désir, stratégies pour le gérer, le contrôler, négociation des rapports sexuels) et l'épidémie de VIH/sida est venue renforcer

L'association : sexualité-danger/risque.

L'adolescence est une période de transition, de maturation physique, de formation de l'identité, acquisition des rôles sociaux. Elle est associée à l'émergence d'une conscience de la sexualité et le désir de l'expérimenter. C'est une phase importante dans le développement de l'identité sexuelle des femmes. C'est à ce moment qu'elles expérimentent et développent les moyens de répondre à leurs désirs sexuels. C'est aussi à cette période que se met-en

Place le processus de « desempowerment ». En effet, sous la pression de devenir « nice girls », « good women », beaucoup de filles perdent à ce stade la capacité d'exprimer leurs désirs, sentiments, émotions, choses pourtant évidentes dans l'enfance.

Alors qu'elles incorporent les normes sociales (principalement dans les sociétés patriarcales), elles perdent toute connexion avec leurs propres désirs sexuels, apprennent à reconnaître et à satisfaire ceux des garçons en faisant fi ou en occultant les leurs. Puis, dans plusieurs pays en voie de développement, jusqu'à une époque récente, l'adolescence était inexistante. On devenait adulte en passant au travers de rites de passage ; on quittait alors l'enfance pour le statut d'adulte, épouse et mère pour les filles. Aujourd'hui les jeunes vivent dans un contexte marqué par l'effritement des valeurs « traditionnelles » ; l'exposition à d'autres cultures ; la scolarisation crée une phase de transition plus ou moins longue entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle l'enfant, l'adolescent et plus tard le jeune adulte acquièrent les aptitudes qui leur permettront d'accéder à une certaine indépendance, à « réussir » dans la vie/leur vie. Ceci a entre autres eu comme conséquence une augmentation de l'activité sexuelle pré maritale, dans un contexte de restrictions légales et sociales, d'absence de dialogue, de conflits intergénérationnels, de pauvreté, d'inégalité de genre et parfois de guerre. Si donc la sexualité est commune aux adultes et adolescents ceux-ci feront face à des dilemmes, difficultés et obstacles plus importants.



Grossesses, avortements, IST4/sida, le trio menaçant

Les grossesses d'adolescentes

Dans le monde environ 14 millions d'adolescentes deviennent mère chaque année et près de 90% de celles-ci vivent dans les pays en voie de développement. Les pays d'Afrique subsaharienne ont les taux de fécondité d'adolescentes les plus élevés au monde. Les chercheurs suggèrent plusieurs explications à cela : les mariages précoces, le besoin de prouver sa fertilité, l'ignorance, l'acceptation réduite des méthodes contraceptives « modernes », la rareté des Services de planning familial, la séduction des « sugar-daddies » L'évolution de l'âge au mariage. Ces grossesses chez des filles qui n'ont pas achevé leur développement physiologique et physique sont qualifiées de « grossesses à risque » ou « précoces » ; elles ont des répercussions sur la santé de la mère et de l'enfant. Elles ont aussi des conséquences sociales : si elle est scolarisée, l'adolescente est parfois obligée d'interrompre son cursus scolaire, ce qui réduit considérablement ses perspectives d'avenir, notamment celle de trouver un emploi stable. N'étant de façon générale pas planifiées, elles sont à l'origine de déception, conflits familiaux et/ou matrimoniaux. Perçue comme une source de honte, la jeune mère s'expose à l'opprobre, sa réputation est ternie, elle court le risque de rester célibataire, ou d'être obligée d'épouser l'auteur de sa grossesse, ne pas avoir l'opportunité de développer sa propre identité, dépendre de la société et de sa famille.

Des efforts sont faits pour prévenir les grossesses à l'adolescence, cependant, elles surviennent toujours ; il est par ailleurs prouvé

qu'une adolescente convenablement nourrie, soutenue et prise en charge par des services de santé efficaces, mènera à bien sa grossesse.

Pourquoi donc seulement se focaliser sur la prévention ?

Les grossesses d'adolescentes sont « construites » comme un problème social, à cause de leur association avec la pauvreté, association attribuée à la déscolarisation qui accompagne

Potentiellement la grossesse et les limitations d'opportunités de carrière qui en résultent.

L'adolescente enceinte est présentée comme une menace pour la sécurité économique, la production d'un « homo oeconomicus » pleinement autonome, ceci est discutable. Parlant des USA, elle souligne que de façon générale, les adolescentes mères viennent de familles défavorisées, appartiennent à des groupes minoritaires, ont été élevées dans les banlieues ou les communautés rurales

Extrêmement isolées. Elles appartiennent donc à des groupes ou habitent des régions qui sont sur les plans scolaire et sanitaire mal ou non desservis et dont les membres ont les opportunités les plus réduites d'accéder à une certaine aisance matérielle. Doit-on dès lors attribuer le statut socioéconomique ou la mauvaise santé, à l'âge à la première grossesse ?

Ne seraient-ce pas les conséquences de la pauvreté et des autres désavantages qui précèdent les grossesses ? Sachant que les adolescentes mères sont souvent des femmes qui, pour des raisons autres que leur âge, courent le risque d'abandonner leur scolarité,

D'avoir des suites d'accouchements problématiques ou de devenir pauvres et dépendantes de la solidarité, à quel point la maternité est-elle véritablement à l'origine des problèmes aux quels elle est associée? Est-ce que la promotion de la vision suivant laquelle les grossesses d'adolescentes sont un « acte antisocial » ne pourrait pas être perçue comme un engagement de la culture dominante à promouvoir ses valeurs ? En effet, l'idéal familial des Blancs américains exigent que les parents biologiques soient autosuffisants. Or les grossesses précoces menacent la scolarité, limitant par là même les opportunités à venir de carrière. Ceci pousse les Blancs américains en tant qu'aînés et parents à employer les espaces publiques à travers le contrôle des médias, des associations militantes, les campagnes politiques, les processus législatifs ; les programmes scolaires, le financement de la recherche scientifique et les publications, pour diffuser le message destiné à leurs enfants suivant lequel les grossesses d'adolescentes ont des conséquences désastreuses.

Or, les études sur la mortalité infantile ont montré que les Noires américaines primipares de plus de 23 ans avaient des taux de mortalité néonatale supérieurs à la plupart des mères adolescentes noires et blanches, suggérant que la santé des africaines américaines pauvres se détériore assez vite après l'adolescence, conséquence des processus liés au racisme et à la pauvreté.

Les grossesses d'adolescentes sont aussi dites précoces ou involontaires ; or, en Australie quelquefois, les adolescentes planifient activement la grossesse ; Par la maternité, elles désirent

accéder au statut d'adulte et à un certain sens d'accomplissement. Un nombre significatif de femmes estime qu'avoir un enfant a donné un sens à leur vie, leur a conféré beaucoup de détermination. Il faut quand même noter que ce sont des commentaires rétrospectifs et elles auraient fourni une interprétation différente si elles avaient reporté leur première grossesse. Des recherches en Afrique ont aussi montré que certaines adolescentes ne répondaient pas de façon négative aux questions portant sur l'éventualité d'une grossesse mais s'interrogeaient sur le moment propice. Ailleurs on a relevé que les hommes estimaient qu'une femme pouvait avoir un enfant dès que son développement physiologique le permettait et que de toutes les façons, c'était à Dieu de décider. Des adolescentes qui donnent naissance à des enfants en bonne santé, retournent à l'école, parviennent à un statut social et économique respectable, se marient et ont d'autres enfants, on ne parle guère. Tout l'intérêt semble porté sur celles-là pour qui la grossesse ne sera que le début d'une suite de difficultés. Par ailleurs les politiques et programmes destinés à prévenir les grossesses chez les adolescentes, semblent surtout orientées sur celles-ci, on n'oublie complètement les hommes, renforçant la représentation suivant laquelle, si les grossesses d'adolescentes surviennent, cela n'est que la faute des filles, ce qui, on le sait bien est complètement faux. Devant les risques réels ou présumés qu'elles encourent, les jeunes adolescentes enceintes mettent souvent un terme à leurs grossesses.

L'avortement : pratique illégale, clandestine, dangereuse mais courante

Il n'y a pas de données officielles sur l'avortement en Afrique subsaharienne.

Les taux semblent cependant très élevés et continuent de progresser, surtout parmi les jeunes filles célibataires. Les raisons évoquées pour se faire avorter sont : le désir de finir ses études, le caractère instable de la relation, le déni de la paternité, le Sentiment d'être très jeune pour avoir un enfant, la pauvreté, la peur de la réaction des parents.

Interdits par la loi, les avortements sont réalisés « clandestinement » par des médecins ou infirmières, des étudiants en médecine, des sages-femmes etc., à domicile, dans les structures sanitaires privées ou publics, ou par une variété de praticiens sans formation Précise. Parfois, les filles n'ont pas besoin de recourir aux «spécialistes » ; elles utilisent diverses substances pour expulser le fœtus, malgré les risques et conséquences sanitaires qui pourraient en découler. Quelques-unes perçoivent l'avortement comme un fait de la vie comportant des risques inévitables.

En dehors du risque de grossesse qui peut donner lieu à un avortement, mettant la vie et la fertilité de la jeune mère en danger, les adolescents courent aussi le risque de contracter une IST ou le VIH.

IST/VIH/sida

Les IST étant généralement considérées comme des maladies honteuses, il est difficile d'appréhender avec exactitude leur

ampleur. La majorité des adolescents sexuellement actifs, indique qu'ils n'ont jamais eu d'IST. Des études montrent qu'environ 1/3 des adolescents au Cameroun a eu une IST. Les connaissances relatives aux IST semblent particulièrement limitées. Au Ghana, on a relevé deux IST principalement connues des adolescents : la blennorragie et le VIH/Sida.

. **Hypothèses de recherche** : Les adolescentes qui sont la cible prioritaire de notre enquête, connaissent de nombreux problèmes dans le domaine de la santé reproductive. Parmi ces problèmes, viennent en bonne place ceux qui sont du domaine des méthodes de contraception. Au nombre de ceux-ci on peut citer la faible accessibilité socioculturelle et financière aux différentes méthodes contraceptives. Cependant même lorsque l'accessibilité aux méthodes contraceptives peut être relativement bonne, le niveau de connaissance des adolescentes sur la contraception et sur ses différentes méthodes peut constituer un frein à l'accès des jeunes adolescentes à ces méthodes de contraception. De même le faible niveau de connaissance peut entraîner la mauvaise utilisation de méthodes contraceptives, ou le choix de méthodes non adaptées, toutes choses qui peuvent avoir des conséquences pouvant se révéler dramatiques.

Objectifs

➤ **Objectif général**

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

➤ **Objectif spécifique**

- Evaluer le degré de connaissance des adolescentes sur la contraception.
- Identifier les attitudes des adolescentes sur la contraception
- Déterminer les pratiques des adolescentes scolarisée en matière de contraception

I. Généralité

L'Adolescence

1 DEFINITION

Selon l'**OMS** l'adolescence est la période comprise entre 10-19 ans. Elle commence avec l'apparition des caractères sexuels secondaires et se termine avec la fin de la croissance [5].

Cette période d'adolescence se caractérise par certaines étapes :

- Une croissance et un développement physique rapide ;
- Une maturité physique, sociale et psychologique mais pas de façon simultanée ;
- Les premières expériences de la vie (attraction par le tabac, l'alcool, les vices de la vie) ;
- Un manque fréquent de connaissance et de capacité pour faire des choix sains ;
- Des modes de pensées tendant à faire passer les besoins immédiats avant les besoins à long termes ;
- L'instauration de comportements qui pourraient rester ancrés toute la vie et provoquer des maladies à long terme.

La puberté est définie étymologiquement comme étant l'apparition de la pilosité pubienne.

Le point de départ de la puberté est hypothalamique bien que modulé par les hormones stéroïdiennes.

En effet, le développement des caractères sexuels primaires et secondaires marque le passage de l'enfance à l'adulte et il peut se faire selon une chronologie variable d'un enfant à l'autre. Les signes pubertaires progressent simultanément à un rythme variable et

aboutissent dans un délai de 2-4 ans et demi à un développement adulte [5].

La puberté se termine avec l'apparition de la fertilité c'est-à-dire la spermatogénèse chez l'homme et l'ovogenèse chez la femme.

Chez le garçon la date d'apparition du premier signe pubertaire est variable d'un enfant à l'autre et dépend de l'état physiologique. Dans ces variations interviennent des facteurs héréditaires, climatiques et socio-économiques. Chez le garçon la puberté débute en moyenne entre 12-13 ans mais les premiers signes peuvent apparaître à 10 ans ou seulement à 16 ans [19].

L'installation de la puberté nécessite en fait un certain niveau de maturation de l'organisme qui traduit la maturation osseuse (âge osseux de 13 ans chez le garçon).

Chez le garçon la pigmentation du scrotum précède légèrement l'augmentation du volume testiculaire qui est le premier signe de la puberté. Elle débute six mois avant les signes androgéniques proprement dits. Le développement s'accélère et se poursuit pendant les quatre prochaines années.

L'augmentation du volume de la verge se poursuit parallèlement. Vers 16-17 ans les organes génitaux externes ont atteint sensiblement leur aspect définitif. La pilosité axillaire se développe deux (2) ans après la pilosité pubienne.

La pilosité de la face, du tronc, des membres apparaît à peu près en même temps que la pilosité axillaire. La mue de la voie est à peu près contemporaine.

Ainsi ces différentes modifications font que le jeune garçon à tendance à se comparer au modèle adulte surtout sur le plan sexuel.

La période de la « crise d'adolescence » est un moment temporaire de déséquilibre de sa personnalité qui aboutit à une réorganisation, il s'agit d'une « seconde naissance » d'une « seconde marche d'individualisation » qui renvoie aux premières expériences de la vie, mais leur donnent une autre dimension. Cette dimension passe par des sentiments de négativité jusqu'aux sentiments de positivité (esprit d'indépendance, soif d'apprendre, confiance en soi, tendance à s'identifier aux autres).

2 SITUATION DES ADOLESCENTS

Dans nos pays depuis quelques années de nombreux facteurs socioculturels ont données lieu à de nouveaux schémas du mode de vie chez les adolescents et des jeunes. Parmi ces facteurs nous pouvons citer :

- L'accroissement rapide de la population ;
- L'urbanisation croissante et les déplacements des populations ;
- Les progrès rapides et notables de la technologie dans le domaine de l'information et de la communication qui font tomber les frontières culturelles ;
- L'augmentation de la courbe des adolescents et des jeunes célibataires ;
- L'apparition précoce des règles ;
- La fin de l'autorité familiale par suite de transformation des structures et de la fonction de la famille ;

- La précocité des rapports sexuels et sans protection ;
- Le faible pouvoir d'achat des adolescents et des jeunes à cause du chômage ;

Ces types de comportements étranges exposent les adolescents et les jeunes aux grossesses non désirées, aux accouchements prématurés avec leurs conséquences, aux avortements provoqués clandestinement dans des conditions dangereuses, aux **IST**

➤ **NOTION D'ATTITUDE ET LE COMPORTEMENT**

Tantôt, ce concept est utilisé pour exprimer la singularité d'une réaction (attitude d'un individu au cours de la discussion) tantôt, il exprime la réaction d'une collectivité. En fait il n'y a pas d'unanimité autour de la définition de la notion d'attitude.

➤ **ELEMENTS CARACTERISTIQUES**

On distingue un certain nombre d'éléments caractérisant des attitudes :

- L'aspect cognitif c'est à dire l'attitude vis à vis de quelques choses, ou d'un phénomène est fonction des connaissances et des informations qu'on a sur l'objet en question. C'est pourquoi l'attitude exprime en général des opinions individuelles ou
- collectives stéréotypées même figées (concept fixe). Par exemple un jeune peut refuser d'utiliser un préservatif parce qu'un autre a une idée négative sur le préservatif **[22]**.
- L'aspect affectif ou émotionnel qu'explique la direction de l'attitude (pour ou contre). Ainsi on peut affirmer que l'attitude est aussi fonction des sentiments qu'un sujet manifeste face à une situation ou à une personne. C'est alors qu'une personne affirme avoir une

haine contre quelque chose, il ne serait pas étonnant de voir ses proches refuser cette chose [5].

- Il va s'en dire que l'attitude, étant une prédisposition à agir, elle se caractérise par une tendance à action donc joue sur la conduite, le comportement général [5].

Ces différents aspects de l'attitude (le cognitif, l'affectif et la tendance à action) sont intimement liés et sont en interaction l'un et l'autre.

L'attitude est donc un produit de la socialisation, elle est acquise, apprise. Cette acquisition se fait sous diverses formes. On a ainsi l'intériorisation des attitudes issues du groupe d'appartenance (clan, famille, communauté).

PLANIFICATION FAMILIALE

Elle peut comporter un certain nombre d'activités allant de la planification des naissances et du traitement de la stérilité à l'éducation sexuelle, aux conseils matrimoniaux et même aux conseils génétiques.

- HISTORIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE [14]

Le 8 Mai 1991, le gouvernement Malien après l'analyse de la situation et de la dynamique démographique et économique du pays, a adopté une déclaration de politique nationale de population qui a pour but : l'amélioration des conditions de vie des Maliens à travers l'éducation, la santé, l'emploi, l'alimentation et le logement.

Dans le domaine spécifique de la santé reproductive jusqu'en 1972, la planification familiale étant régie par la loi Coloniale Française du

31 Juillet 1920, qui dans ses articles 3 et 4 édictait les déclarations suivantes :

Article 3 :

« Sera puni d'un mois de prison et une amende de 24.000 à 120.000 F qui conque dans un but de propagande anticonceptionnelle aura décrit ou divulgué ou offert de relever des procédés propres à prévenir la grossesse. Les mêmes peines seront applicables à quiconque qui se sera livré à une propagande anticonceptionnelle ou contre la mentalité soit par des discours, par des écrits, des placards ou des affiches exposées aux grands publics.

Article 4 :

« Seront puni des même peines la vente, la mise en vente ou l'offre publique des remèdes secrets jouissant des vertus spécifiques préventives de la grossesse ».

Et plus loin la loi ajoute que ces peines seront portées au double si le délit a été commis à un mineur. La France a adopté cette politique pro nataliste pour compenser ses pertes en vie humaine au lendemain de la 1ère guerre mondiale 1914 – 1918 (environ 1.000.000 de personnes).

Malgré l'existence de cette loi, il faut noter que face à une demande qui existait déjà à cette époque la planification familiale avait été introduite de façon clandestine au Mali vers 1960.

A La suite des rapports favorables des hauts fonctionnaires, le gouvernement accepte le projet de planification familiale en 1972.

-LES PRINCIPALES ETAPES

- Le 28 Juin 1972, le gouvernement Malien pour la 1^{ère} fois en Afrique Occidentale Française (**AOF**) adopta le projet d'ordonnance de la planification familiale dans un cadre strictement sanitaire lié à la protection maternelle et infantile.
- En Mars – Avril 1973 : le 1er séminaire inter – africain sur l'éducation sexuelle a été organisé à l'Ecole de Médecine de Bamako.
- En 1973 a eu lieu le 1er séminaire inter – syndical sur la planification familiale à Bamako.
- En 1973, le gouvernement décide d'étendre les activités du planning aux centres de Santé Maternelle et Infantile (**SMI**) de Bamako et des autres capitales régionales.
- En Novembre 1974, une requête du gouvernement fut adressée au Fond des Nations Unies pour Population (**FNUAP**) pour un projet de développement d'un programme national de santé familiale au Mali.
- En Décembre 1974, s'est tenu le congrès constitutif national des femmes du Mali qui a recommandé:
 - ❖ La diffusion de l'éducation sexuelle dans les écoles à partir de la 7^{ème} année,
 - ❖ L'extension de la planification familiale au Mali.
- Le Mali souscrit en 1978 à la déclaration d'Alma Ata (**URSS**) qui stipulait que la planification familiale est une composante des soins de santé primaires (**SSP**).
- La création de la division de la santé familiale (**DSF**) devient effective en 1980 en devenant la division de la santé familiale et

communautaire (**DSFC**). Elle abrite depuis 1981 le programme national materno-infantile et de la planification familiale.

METHODES CONTRACEPTIVES

1- Abstinence

C'est le meilleur moyen de prévenir la grossesse et les **IST**. L'abstinence ne nuit pas à la santé des jeunes hommes, ni à celle des jeunes femmes [12].

2- Méthodes Naturelles

- Méthodes de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

Elle est efficace lorsque l'allaitement est fait exclusivement au sein et à tout moment. Elle est d'autant plus efficace lorsque la nourrice fait une aménorrhée pendant les six premiers mois.

Elle procure au bébé des anticorps contre certaines maladies infectieuses, renforce les liens entre la mère et l'enfant, est économique, mais elle ne procure pas à la maman une protection contre les **IST/SIDA**.

- Le Coït interrompu

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

peur que l'homme ne se retire à temps. Praticué correctement elle assure une protection de 98 % contre les grossesses.

- La méthode de température :

Elle est basée sur l'hyperthermie provoquée par la progestérone sécrétée par le corps jaune.

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

- La méthode d'abstinence périodique

➤ **La méthode d'OGINO – KNAUS**

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

Cas d'un cycle irrégulier (Pro Fam version 2008)

Exemple : Cycle court : 28 jours

Cycle long : 32 jours

Ainsi on aura :

28 - 18 = 10 donc théoriquement le 10^{ème} jour correspond à l'ovulation dans le cycle court.

32 - 12 = 21 donc théoriquement le 21^{ème} jour correspond à l'ovulation dans le cycle long.

Ainsi la période féconde sera du 10^{ème} jour ou 21^{ème} jour.

➤ **La méthode de la glaire cervical ou méthode de BILLINGS**

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

3- Méthodes de barrière

- Le préservatif : (Condom)

Très ancien, il existe de nos jours sous la forme de plastic (Latex). D'une longueur de 18 cm son utilisation nécessite des règles précises : le placer sur le pénis en érection et le dérouler, laisser un espace, entre le gland et le fond du préservatif afin de recueillir le sperme, utiliser un préservatif pour un rapport sexuel.

Il a un taux d'efficacité de 98% environ. Il est très efficace dans les préventions des **IST/SIDA**. Mais il peut glisser ou se détériorer pendant l'acte sexuel.

- Le Diaphragme et le cap cervical

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

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

- Les spermicides vaginaux et les mousses spermicides :

Ce sont des produits chimiques qu'associent un agent tensio-actif à un agent bactéricide. Ils sont placés 10 mn avant les rapports sexuels dans le vagin. Chaque nouvel acte nécessite l'utilisation d'un autre spermicide, la durée de leur action est de 3heures.

Il est inadéquat de faire une toilette vaginale à l'eau savonneuse surtout dans les 3heures qui suivent l'acte sexuel. Pendant l'utilisation d'un spermicide, éviter l'utilisation concomitante d'autres ovules.

Les spermicides contribuent à la protection contre les **IST/SIDA** et le cancer du col de l'utérus. En cas d'utilisation correcte, leur taux d'efficacité est de 79 – 100%.

Les méthodes de barrières peuvent être utilisées combinées ou elles seules ou associées avec un contraceptif autre qu'une méthode de barrière (pilule).

4- Les contraceptifs oraux :

- Les contraceptifs oraux combinés (COC)

Ils sont très efficaces en cas d'utilisation correcte, leur taux d'efficacité est de

88 à 99%. Ils atténuent aussi la dysménorrhée et entraînent des cycles réguliers. Ils diminuent l'abondance des menstruations, fournissent une protection contre les maladies inflammatoires du pelvis, leurs effets secondaires mineurs sont peu courant, mais ne protègent pas contre les **IST/SIDA**.

L'utilisation précoce de progestatif entraîne une atrophie de la muqueuse utérine et une incapacité à la nidation. C'est la pilule de choix pour les jeunes filles, sauf si elles allaitent parce que, l'œstrogène pourrait affecter la lactation.

- Les pilules progestatives (PP)

Leur taux d'efficacité est de 83 à 99 % lorsqu'elles sont prises correctement. Elles ont certains avantages tels que : atténuent les

douleurs menstruelles, diminuent l'abondance des saignements menstruels et par conséquent l'anémie, n'interfèrent pas sur l'allaitement maternel, elles fournissent une protection contre les maladies inflammatoires du pelvis mais ne protègent pas contre les **IST/SIDA**, elles entraînent aussi des troubles du cycle comme l'aménorrhée, l'irrégularité des règles, le spotting.

5- Les injectables et les implants :

- Les injectables :

Leur mécanisme d'action est le suivant :

- Inhibition partielle de l'ovulation
- Epaississement de la glaire cervicale
- Atrophie de l'endomètre.

Ils sont très efficaces (99 % d'efficacité) avec 2 ou 3 mois de durée d'action. Ils ne protègent malheureusement pas contre les **IST/SIDA** et ont des effets secondaires (métrorragie, dysménorrhée, spotting).

- Les implants : (Norplant)

C'est une méthode hormonale de longue durée d'action (5 ans) et efficace. Elle est réversible et utilise un progestatif retard (lévonorgestrel), inséré en sous cutané à la face interne d'un bras diffusant à travers 2 capsules en sil-astic.

Son action commence dans les 24 heures après l'insertion. Il n'affecte pas l'allaitement et a peu d'effets secondaires dont les plus fréquents sont le spotting, l'aménorrhée ou le saignement prolongé, mais ils ne protègent pas contre les **IST/SIDA**.

6- Le Dispositif intra -utérin (DIU)

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

Les effets contraceptifs du **DIU** sont :

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

En plus du cuivre contenu dans le **DIU**, il a une action sur la glaire cervicale en le rendant hostile à l'ascension des spermatozoïdes, son taux d'efficacité est de 94-99%(2)

Les contres indications sont : infection de l'appareil génital (vaginite, cervicite), l'existence de fibrome, de cardiopathie, de polypes endocavitaires, de malformations, sensibilité au cuivre.

Il présente également de nombreux inconvénients parmi les quels la non protection contre les **IST/SIDA**.

7- Les méthodes chirurgicales :

- **Contraception chirurgicales volontaire (CCV) LRT; Vasectomie**

Ce sont des méthodes irréversibles, définitives, peu coûteuses et très appropriées pour les couples qui ont déjà le nombre d'enfant qu'ils désirent.

Son taux d'efficacité est supérieur à 99 % mais ne protège pas contre les **IST/SIDA**.



Ces méthodes nécessitent des conseils approfondis et aussi le consentement éclairé des bénéficiaires.

8-Méthodes traditionnelles

Leurs efficacités n'ont pas été prouvées. Elles ont surtout une importance psychologique, on peut citer entre autre les gris-gris, les cordelettes "**tafos**", les incantations magiques, la toile d'araignée [9].

CLASSIFICATION

La classification suivante est adoptée au Mali.

a-Méthodes temporaires

- De courte durée :

- Les méthodes naturelles
- La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.
- Les condoms
- Les spermicides
- Les diaphragmes
- Les caps cervicaux
- Les contraceptifs oraux combinés (**COC**)
- Les contraceptifs oraux progestatifs (**COP**)
- Les injectables

- De longue durée

- Les implants
- Les **DIU** actifs

b- Méthodes permanentes

- Ligature et résection des trompes(**LRT**)
- 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 autoconservation du sperme au préalable dans les banques de sperme.

II. Méthodologie :

1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans 3 établissements secondaires de la commune de Baguineda. Les établissements secondaires ont été choisis en fonction de leur effectif constitué en majorité d'adolescents.

HISTORIQUE

La loi n°96-059 du 04 novembre 1996 portant création des communes, a scindé l'ex arrondissement de Baguineda en quatre (4) communes : Baguineda-camp, Mountougoula, N'gouraba et Tiélé. La commune rurale de Baguineda-camp a son chef de commune dans le village de Baguineda-camp. Elle est située à peu près à 57km de sa tutelle(Kati).

SITUATION GEOGRAPHIQUE

La commune rurale de Baguineda-camp avec une superficie de 987, 04km² est limitée au nord par les communes de tienfala et de Koulikoro, au sud par les communes de mountougoula et de n'gouraba, à l'est par la commune rural de binko, à l'ouest par la commune de kalaban-Coro et la commune IV du district de Bamako. Son relief est accidenté et le climat est de type soudano sahelien, les sols sont à majorité sablo-argileux et sa végétation est moins dense. La commune est situé le long du fleuve Niger avec une ressource halieutique assez importante.

INFRASTRUCTURE SANITAIRES ET SCOLAIRES

(Établissements secondaires)

La commune de Baguineda dispose de deux (2) cscom et 4 établissements secondaires.

POPULATION

Selon le recensement administratif à caractère électoral (race) de 2001 la population de la commune de Baguineda à vingt six mille neuf cent quatre vingt quinze(26.995) habitants repartis entre 13.863 hommes et 13.127 femmes. La population active représente 70% de la population totale. La religion dominante est l'islam, d'autre s'y ajoutent : christianisme protestantisme et animisme.

Le taux d'accroissement est 2,6%. Le taux de mortalité est 0,04% et le taux de natalité est de 62%. Les différents groupes ethniques de la commune sont composés de bambara (ethnie dominante), peulhs, bobos, sénoufos et Miyankas. Quelques bozos venus de la région de Mopti s'y ajoutent.

➤ ACTIVITE SOCIO-ECONOMIQUES ET CULTURELLES

Est basée sur l'agriculture, l'élevage, la pêche et le commerce

2 POPULATION D'ETUDE

La population visée est l'ensemble des adolescentes des 3 établissements secondaires de Baguineda à savoir LPB, CETFOP, LBSB.

3 CRITERES D'ETUDE

-Critères d'inclusion

Toute adolescente de l'établissement concerné âgé de 14 à 19 ans résidant dans la dite localité ayant accepté de répondre avec volonté au questionnaire utilisé.

-Critères de non inclusion

Toute adolescente ayant refusé de donner son consentement.

4 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive.

5 ASPECTS ETHIQUES

Des notre arrivé à Baguineda nous avons procédé d'abord par la rencontre des autorités administratives et coutumières à savoir le sous préfet, le maire, les chefs de village et les responsables d'écoles dans le but de les expliqué notre cadre d'étude à savoir les inconvénients et les avantages, la nécessité de l'étude. Au terme de nos différentes rencontres nous avons bénéficié de leur approbation c'est-à-dire leur consentement éclairé sans avoir influence sur leur décision.

Le consentement verbal éclairé de la personne était requis avant son inclusion dans l'étude.

Ces personnes étaient entendues, totalement libres de participer ou non et sans que dans ce dernier cas il n'y ait de quelconque préjudice pour la personne. La confidentialité des personnes était garantie. Les entretiens se déroulaient par ailleurs sans la présence d'une tierce personne. Les fiches d'enquête ne comprenaient pas de

données nominatives à recueillir ni de moyen d'identification individuelle de la personne.

6 PERIODE D'ETUDE

L'étude a été effectuée de decembre 2009 à fevrier 2010, soit une période de 3 mois.

7 ECHANTILLONNAGE

-Echantillon

L'échantillon est constitué de toutes les adolescentes des établissements concernés de la commune de Baguineda et qui ont accepté de participer à l'étude.

-Technique d'échantillonnage

Nous avons utilisé un échantillonnage non aléatoire, toutes les personnes remplissant les critères d'inclusion ont été systématiquement prises dans l'étude

8 TECHNIQUES ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNEES

-Techniques

Nous avons utilisé la technique de l'interview avec remplissage d'un questionnaire.

-Instruments de collecte des données

Un seul instrument de collecte des données sera utilisé. Il s'agit d'un questionnaire adapté en bambara, élaboré préalablement et testé.

Une salle était à notre disposition bien éclairée et aérée avec des tables banc.

Ce questionnaire semi-structuré a été administré à toute adolescente incluse dans l'étude suivant son consentement.

9 TRAITEMENT ET INFORMATIQUE

L'analyse des données a été faite sur SPSS (version 10.0fr).

La saisie sur le logiciel Microsoft Word 2007.

III. Résultats

A- Renseignements généraux

1- Les classes d'âge

Tableau I : Répartition des adolescentes selon l'âge

| Age | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|------------|--------------|
| 14-16ans | 161 | 32,2 |
| 17-19ans | 339 | 67,8 |
| Total | 500 | 100,0 |

La tranche d'âge 17-19 ans était la plus représentée soit 67,8% des cas.

Tableau II : Répartition de l'échantillon selon l'établissement fréquenté

| Nom de l'établissement | Effectif | Pourcentage |
|------------------------|------------|--------------|
| LPB | 161 | 32,2 |
| LBSB | 157 | 31,4 |
| CETFOP | 182 | 36,4 |
| Total | 500 | 100,0 |

CETFOP était plus représenté dans 36,4% des cas

Tableau III : Répartition de l'échantillon selon le quartier de résidence

| Fréquence | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------|------------|--------------|
| SOUNDOUGOUBA COURA | 61 | 12,2 |
| BAGUINEDA CAMP | 225 | 45,0 |
| KOBALACORO | 156 | 31,2 |
| YAYABOUGOU | 11 | 2,2 |
| KOBALACOURA | 8 | 1,6 |
| KOGNIBA | 39 | 7,8 |
| TOTAL | 500 | 100,0 |

Les élèves résidants au Camp étaient les plus représentés dans 225 cas soit 45%.

Tableau IV : Répartition des élèves selon l'ethnie

| Fréquence | Effectif | Pourcentage |
|--------------|------------|--------------|
| BAMBARA | 235 | 47 |
| MAURE | 13 | 2,6 |
| BOZO | 22 | 4,4 |
| WOLOF | 2 | 0,4 |
| BOBO | 1 | 0,2 |
| SENOUFO | 6 | 1,2 |
| SARAKOLE | 38 | 7,6 |
| MINYANKA | 8 | 1,6 |
| MALINKE | 65 | 13,0 |
| KASOKE | 2 | 0,4 |
| PEULH | 46 | 9,2 |
| DOGON | 25 | 5,0 |
| SONRHAI | 37 | 7,4 |
| TOTAL | 500 | 100,0 |

L'ethnie Bambara était la plus représentée dans 235 cas soit 47%.



Tableau V : Répartition des adolescentes selon le statut matrimonial

| Statut matrimonial | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------|------------|--------------|
| Mariées | 45 | 9,0 |
| Fiancées | 62 | 12,4 |
| Célibataires | 393 | 78,6 |
| Total | 500 | 100,0 |

Les célibataires étaient majoritaires.

Tableau VI : Répartition des adolescentes selon la filière d'étude

| Niveau d'instruction | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| TC | 95 | 19 |
| SD | 91 | 18,2 |
| SCIENCE | 100 | 20 |
| LETTRE | 214 | 42,8 |
| TOTAL | 500 | 100,0 |

La filière la plus représentée était la série lettre dans 214 cas soit 42,8%.

Tableau VII : Répartition des adolescentes selon la durée de séjour à Baguineda

| Durée de séjour à Baguineda | Séjour | Pourcentage |
|------------------------------------|---------------|--------------------|
| moins de 10ans | 209 | 41,8 |
| plus de 10ans | 291 | 58,2 |
| Total | 500 | 100,0 |

La majorité des adolescentes résidait à Baguineda pendant plus de 10 ans.

B- Connaissances, attitudes et pratiques

Tableau VIII: Répartition des adolescentes selon leurs connaissances des méthodes contraceptives

| Réponses | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------|------------------|--------------------|
| Abstention | 1 | 0,2 |
| Oui | 484 | 96,8 |
| Non | 15 | 3,0 |
| Total | 500 | 100,0 |

La majorité des adolescentes soit 96,8% des cas avaient une connaissance de la contraception.

1- Signification de la contraception

Tableau IX : Répartition des adolescentes selon la signification qu'elles donnent à la contraception.

| Sens donnés à la P.F | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------------|------------------|--------------------|
| Abstention | 3 | 0,6 |
| Espacement des naissances | 419 | 83,8 |
| Moins de naissance | 2 | 0,4 |
| Santé de la mère et de l'enfant | 70 | 14,0 |
| Moins de dépense | 3 | 0,6 |
| Confiance | 2 | 0,4 |
| Ne sais pas | 1 | 0,2 |
| Total | 500 | 100 |

La majorité des adolescentes ont donné comme signification de la contraception l'espacement de naissance.

Tableau X: Répartition des adolescentes selon leur niveau de connaissance des moyens de contraception

| Moyens de contraception | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------------|------------------|--------------------|
| Abstention | 14 | 2,8 |
| Pilule | 86 | 17,2 |
| Préservatif | 42 | 8,4 |
| Spermicide | 75 | 15,0 |
| Dispositif intra utérin | 56 | 11,2 |
| Contraceptif injectable | 118 | 23,6 |
| Méthode traditionnelle | 37 | 7,4 |
| Collier | 20 | 4,0 |
| Norplant | 52 | 10,4 |
| Total | 500 | 100,0 |

La méthode contraceptive injectable était la plus connue dans 23,6% des cas.

Tableau XI : Répartition des adolescentes selon les sources d’approvisionnement en méthodes contraceptives

| Source d'approvisionnement | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------------|------------------|--------------------|
| Abstention | 3 | 0,6 |
| Centre de santé /hôpital | 282 | 56,4 |
| Pharmacie | 168 | 33,6 |
| Boutique | 22 | 4,4 |
| Ne sait pas | 25 | 5,0 |
| Total | 500 | 100,0 |

Le centre de santé/hôpital était la source d’approvisionnement en méthode contraceptive la plus connue dans 56,4% des cas.

Tableau XII: Répartition des adolescentes selon qu’elles aient ou pas utilisées une méthode contraceptive.

| Réponse | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|------------------|--------------------|
| Oui | 82 | 16,4 |
| Non | 418 | 83,6 |
| Total | 500 | 100 |

La majeure partie de notre échantillon affirmait n’avoir pas utilisé les méthodes contraceptives dans 83,6%.

Tableau XIII: Répartition des élèves utilisant les contraceptifs selon la méthode de contraception

| Méthode de contraception | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------------|------------------|--------------------|
| Pullule | 38 | 46,34 |
| Contraceptif injectable | 44 | 53,66 |
| TOTAL | 82 | 16,4 |

Dans l'échantillon 16,4% ont utilisé les méthodes contraceptives dont 53,66% en forme injectable.

Tableau XIV : Répartition des adolescentes selon les principales sources d'information sur la contraception.

| Sources d'information | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------|------------------|--------------------|
| Abstention | 2 | 0,4 |
| Ecole | 56 | 11,2 |
| Medias | 413 | 82,6 |
| Frère/sœur | 29 | 5,8 |
| Total | 500 | 100,0 |

Les médias étaient la source d'information la plus représentée dans 82,6% des cas.

Tableau XV : Répartition des adolescentes selon la connaissance de services de PF.

| Réponse | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|------------------|--------------------|
| Oui | 385 | 77,0 |
| Non | 115 | 23,0 |
| Total | 500 | 100,0 |

La majeure partie de notre échantillon connaissait l'existence des services de PF soit 77% des cas.

Tableau XVI : Répartition des adolescentes selon la fréquentation des services de PF.

| Réponse | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|------------------|--------------------|
| Oui | 80 | 16 |
| Non | 305 | 84 |
| Totale | 485 | 16 ,4 |

Dans notre étude, 84% de notre échantillon ne fréquentaient pas les services de PF.

Tableau XVII: Répartition des adolescentes selon les raisons de la non fréquentation des services de PF.

| Réponse | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|------------|--------------|
| Abstention | 180 | 36,0 |
| Coutume | 12 | 2,4 |
| Religion | 45 | 9,0 |
| Pas besoin | 263 | 52,6 |
| Total | 500 | 100,0 |

La majorité des adolescentes pensaient qu'elles n'en avaient pas besoin soit 52,6% des cas

Tableau XVIII : Répartition selon l'avis des adolescentes sur le temps qui doit exister entre deux maternités

| Réponse | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|------------|--------------|
| 1ans | 4 | 0,8 |
| 2ans | 240 | 48,0 |
| 3ans | 136 | 27,2 |
| 4ans | 50 | 10,0 |
| 5ans | 70 | 14,0 |
| Total | 500 | 100,0 |

Dans notre étude 48% des cas pensaient qu' il doit exister deux ans entre deux maternités.

Tableau XIX: Répartition des adolescentes selon la connaissance des risques encourus par l'avortement provoqué.

| Réponse | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|------------------|--------------------|
| Oui | 393 | 78,6 |
| Non | 107 | 21,4 |
| Total | 500 | 100,0 |

Dans notre étude 78,6% de l'échantillon ont exprimé d'avoir des connaissances sur les risques encourus par l'avortement provoqué.

Tableau XX : Répartition selon la connaissance de ces risques

| Réponse | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------|------------------|--------------------|
| Aucune | 107 | 21,4 |
| Stérilités | 231 | 46,2 |
| Décès | 47 | 9,4 |
| Hémorragies | 41 | 8,2 |
| Douleur abdominale | 74 | 14,8 |
| Totale | 500 | 100,0 |

La stérilité était le risque le plus connus par les adolescentes soit 46,2 % des cas.

Tableau XXI: Répartition des adolescentes selon l'opinion sur l'avortement provoqué

| Opinion | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|------------------|--------------------|
| Approuve | 1 | 0,2 |
| Désapprouvé | 497 | 99,4 |
| Aucune réponse | 2 | 0,4 |
| Total | 500 | 100,0 |

La majorité soit 99,4 de notre échantillon désapprouvait les IVG

Tableau XXII: Répartition des adolescentes selon leur appréciation sur la contraception

| Réponse | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|------------------|--------------------|
| Aucune réponse | 1 | 0,2 |
| Oui | 489 | 97,8 |
| Non | 10 | 2,0 |
| Total | 500 | 100 |

Les adolescentes approuvaient la contraception dans 97,8% des cas

Tableau XXIII: Répartition des adolescentes ayant au moins un partenaire

| Réponse | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|------------|--------------|
| Oui | 364 | 72,8 |
| Non | 133 | 26,6 |
| Pas de réponse | 3 | 0,6 |
| Total | 500 | 100,0 |

La majorité de notre échantillon soit 72,8 des adolescentes affirmaient avoir un partenaire.

Tableau XXIV : Répartition des adolescentes ayant discuté avec leur partenaire sur le sexe général

| Réponse | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|------------|-------------|
| Oui | 322 | 64,4 |
| Non | 40 | 8,0 |
| Pas de réponse | 2 | 0,4 |
| Total | 364 | 100 |

Les adolescentes avaient parlé de sexualité avec leur partenaire dans 64,4% des cas

Tableaux XXV: Répartition des adolescentes ayant discuté sur les méthodes de contraception avec leur partenaire

| Réponse | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|------------------|--------------------|
| Oui | 255 | 51,0 |
| Non | 107 | 21,4 |
| Pas de réponse | 2 | 0,4 |
| Total | 364 | 100,0 |

Dans notre étude 51% des adolescentes avaient déjà parlé de contraception avec leurs partenaires.

Tableau XXVI : Répartition des adolescentes ayant discuté sur les l'utilisation du préservatif

| Réponse | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|------------------|--------------------|
| Oui | 308 | 61,6 |
| Non | 54 | 10,8 |
| Pas de réponse | 2 | 0,4 |
| Total | 364 | 100,0 |

Plus de la moitié soit 61,6% des adolescentes avaient parlé de l'utilisation du préservatif avec leur partenaire.

Tableau XXVII: Répartition des adolescentes qui ont eu le rapport sexuel

| Réponses | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------|------------------|--------------------|
| Oui | 308 | 61,6 |
| Non | 191 | 38,2 |
| Pas de réponse | 1 | 0,2 |
| Total | 500 | 100,0 |

Les adolescentes avaient eu des rapports sexuels avec leurs partenaires dans 61,6%.

Tableau XXVIII: Répartition des adolescentes selon l'âge du premier rapport sexuel

| Réponses | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------|------------------|--------------------|
| Pas de rapport | 191 | 38,2 |
| 11 ans | 54 | 10,8 |
| 12 ans | 46 | 9,2 |
| 13 ans | 9 | 1,8 |
| 14 ans | 12 | 2,4 |
| 15 ans | 15 | 3,0 |
| 16 ans | 99 | 19,8 |
| 17 ans | 48 | 9,6 |
| 18 ans | 12 | 2,4 |
| 19 ans | 14 | 2,8 |
| Total | 500 | 100,0 |

L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 15 ans avec des extrêmes de 11 et 19 ans.

Tableau XXIX : Répartition des adolescentes selon l'utilisation du préservatif

| Réponse | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|------------------|--------------------|
| Pas de rapport | 191 | 38,0 |
| Oui | 149 | 29 ,8 |
| Non | 160 | 32,0 |
| Total | 500 | 100,0 |

Dans notre étude 29,8% des adolescentes avaient utilisé le préservatif au cours du rapport sexuel

Tableau XXX : Répartition selon la volonté de porté le préservatif même si le partenaire s'y oppose

| Réponse | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|------------------|--------------------|
| Oui | 406 | 81,2 |
| Non | 86 | 17,2 |
| Pas de réponse | 8 | 1,6 |
| Total | 500 | 100,0 |

Un grand nombre soit 81,2 % des adolescentes était prêt à utiliser un préservatif même si leurs partenaires s'y opposaient.

Tableau XXXI: Répartition des adolescentes selon la faisabilité des rapports occasionnels

| Réponses | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------|------------------|--------------------|
| Oui | 2 | 0,4 |
| Non | 498 | 99,6 |
| Total | 500 | 100,0 |

Les adolescentes n'ont pas eu des partenaires sexuels occasionnels dans 99,6% des cas.

Tableau XXXII: Répartition des adolescentes selon le nombre de partenaire

| Réponses | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------|-----------|-------------|
| Un partenaire | 359 | 72,2 |
| Deux partenaires | 14 | 2,8 |
| Trois partenaires | 2 | 0,4 |
| Pas de partenaire | 125 | 25,0 |
| Total | 500 | 100,0 |

Dans notre étude 72,2% des adolescentes avaient un partenaire sexuel.

IV .Commentaire et discussions

A- Données qualitatives

Pour mener à bien notre étude nous avons dégagé un certain nombre de problème, à savoir : quelles peuvent être les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescentes en matière de contraception ?

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

a- le manque d'éducation sexuelle se répercute sur le comportement des adolescentes.

b- plusieurs facteurs influencent la non-utilisation de la contraception.

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

Cette étude a été réalisé dans le but de prendre en compte toutes ces inquiétudes.

La plupart des adolescentes ont suggéré des campagnes de sensibilisations auprès des parents dans l'optiques de maitriser la sexualité en général et en particulier la contraception. Selon elles à l'heure actuelle cette question de sexualité ne doit plus être un sujet tabou.

La majorité des adolescentes estiment que la contraception permet de contrôler les naissances (espacement des naissances) et de maîtriser la fécondité par conséquent d'éviter les IST, les grossesses

non-désirées par conséquent, des dépenses inutiles. Elle apparaît ici comme une méthode fiable et sans inconvénient.

Données quantitatives

1- L'âge

Dans notre étude, les adolescentes de 17-19 ans représentent 67,8% de l'échantillon. Une différence statistiquement significative entre la classe d'âge et l'utilisation de contraceptif a été retrouvée.

L'âge moyen est de 16,16 ans avec des extrêmes de 11-19 ans. Ces chiffres sont voisins de ceux retrouvés chez Kane [16] où l'âge moyen était de 16,44 ans et 16,10 ans chez Diakité. [7]

45% élèves vivaient à Baguineda camp. Le lieu de résidence n'a pas eu d'influence significative sur l'utilisation de contraception

Les bambaras étaient majoritaires 45,2% ; ceci est lié à la constitution de la population. Sidibé avait trouvé 33,3% à Bamako et Kané [16] avait trouvé à Mopti 12,9% de bambara.

Un effectif de notre échantillon soit 78,6% était des célibataires cela peut s'expliquer par le fait que les filles qui vont à l'école envisagent en générale une longue étude qui ne va pas de pair avec les obligations du foyer. On a retrouvé une différence statistiquement significative entre le statut matrimonial et l'utilisation de contraceptif.

Les séries littéraires étaient plus représentées avec 42,8% de notre échantillon. Cela peut s'expliquer par le fait que les littéraires non seulement étaient plus intéressées par l'étude et avait plus de temps libre que les séries scientifiques et les séries du centre de formation

professionnel et une différence statistiquement significative a été retrouvé avec l'utilisation de contraceptif.

Là presque totalité des adolescentes avaient entendu parler de contraception soit 96,8%.

Ce taux est supérieur à celui d'Adom **[1]**, Kané **[16]** et Langille **[17]** qui ont trouvé respectivement 69,40%, 60% et 42% ,et inférieur à celui de Sidibé [13] qui à trouvé 100% à Bamako.

Notre taux supérieur peut s'expliquer par l'importance des campagnes d'informations sur la PF à Baguineda.

La méthode contraceptive injectable était la plus connue dans 23,6% des cas ce taux montre que la forme injectable était plus utiliser par les adolescentes

La majorité des adolescentes utilisatrices soit 8,8% avaient utilisé la méthode contraceptive injectable suivie par la pilule à 7,6%, l'utilisation élevée des méthodes injectable peut s'expliquer par la fiabilité de ce contraceptif

Le centre de santé /hôpital était la source d'approvisionnement en méthode contraceptive la plus connue dans 54,4% des cas. Cela peut s'expliquer par le fait que les adolescentes pensent que l'utilisation des méthodes contraceptive au niveau des centres de santé/hôpital est plus fiable et efficace qu'en achetant de façon ambulatoire Ce résultats est comparable à ceux de l'EDS IV qui avait trouvé 51,9% dans l'ensemble **(11)**

Les medias étaient la source la plus représentée dans 82,6% cas cela peut s'expliquer par une forte campagne de sensibilisation par les medias à travers la télévision et les antennes radio

Chez Kané [16] on retrouve un taux à 8,9% pour les médias.

Notre taux supérieur d'information place les medias au centre de la sensibilisation en matière de santé de la reproduction.

La majeure parties de notre échantillon connaissent l'existence des services PF dans 77% des cas.

Moins d'un quart des adolescentes soit 16% seulement ont fréquenté un service de PF contre 84% qui n'en ont jamais fréquenté.

Malgré les efforts consentis dans le domaine de la PF, le non besoin était la principale raison de non-fréquentation de ces services chez 52,6% des adolescentes ainsi que la religion chez 9% des adolescentes et la coutume chez 2,4% des adolescentes. par ailleurs 36% des adolescentes n'ont pas répondu à cette question.

La majeure partie des adolescentes pensaient qu'il faut espacer les naissances de deux ans.

Dans l'échantillon 78,6% ont exprimé avoir des connaissances sur les risques de L'IVG. Parmi ces risques la stérilité était la plus connue dans 46,2% des adolescentes et 21,4% ont affirmé n'avoir pas de connaissance sur les risques de L'IVG.

Les adolescentes désapprouvaient l'IVG dans 99,4% contre 0,2% qui l'approuvaient. Ce résultat est voisin de ceux de Sidibé qui avait trouvé respectivement 97,8% et 2,5% [23]

Beaucoup d'élèves ont affirmé que c'est la pesanteur sociale (économique et culturelle) qui pousse les filles à avorter et le plus souvent sous la direction de leur mère par crainte de divorce si leur mari venait à apprendre la grossesse de leur fille. Ce pendant la

connaissance des risques d'IVG n'a pas influer sur l'utilisation de contraception.

Les adolescentes approuvaient la contraception dans 97,8% des cas. La majorité des élèves pensent qu'en utilisant la contraception on évitera la grossesse indésirée.

La connaissance des méthodes de contraceptions n'équivaut pas à leur utilisation chez les adolescentes, en effet 96,8% de l'échantillon connaissaient des méthodes de contraception et parmi elles, seules 16,4% avaient utilisé un contraceptif. Cela peut être lié au non besoin de la contraception.

Ces résultats sont voisins à ceux apportés par Camara **[3]** qui a trouvé 90% et 10%, le résultat qui était un peu proche a été trouvé en Tanzanie 80% et 10% **[9]**.

Notre bas taux d'utilisation s'observe chez Miller **[20]** ou 17% des élèves utilisaient une méthode de contraception. En revanche, Kamtchouing **[15]**, Duprez **[8]** et Daures **[6]** ont trouvé 41%.

Dans notre étude 72,8% des adolescentes affirmaient avoir un partenaire et cela avaient une influence sur l'utilisation de contraceptif. Cela peut s'expliquer par la prise de décision à prévenir la grossesse.

Plus de la moitié des adolescentes avaient discuté sur la sexualité, la contraception et l'utilisation de préservatif avec leur partenaire. Des adolescentes avaient eu des rapports sexuels avec leurs partenaires soit 61,6%. Ce taux explique la précocité des rapports sexuels et sont supérieurs à ceux apportés par Forguet **[13]**,

Kané [16] qui ont trouvé respectivement que 49,5% et 50,5% des adolescentes avaient eu des rapports sexuels.

La majorité des adolescentes affirmaient avoir eu leur premier rapport sexuel à l'âge de 16 ans.

Cet âge est voisin à ceux retrouvés au Ghana 16,8 ans Echange MAQ [21].EDS IV (11) avait trouvé 15 ans.

Chez Bilodeau [2], Forget [13], et Kané [16] avaient retrouvé les âges moyens du premier rapport sexuel qui sont respectivement 14 ans, 15,7 ans, 14,87 ans. Ces âges étaient comparables à nos résultats.

Moins de la moitié de celles qui ont eu des rapports sexuels soit 29,8% de l'échantillon avaient utilisé un préservatif à cette occasion. Cela peut être lié à une crainte des IST et des grossesses non désirées.

Un nombre soit 81,2%des adolescentes étaient prêt à utiliser le préservatif même si leur partenaire s'y oppose .Beaucoup d'élèves pensaient qu'en utilisant le préservatif on se protège contre plusieurs maladies.

Les adolescentes n'avaient pas eu des rapports occasionnels dans 99,6%.

Les adolescentes avaient un partenaire soit 72,2% des cas Nous n'avons pas trouvé d'explication.

Au cours de notre étude, certains facteurs pouvant influencés l'utilisation de la contraception chez les adolescentes ont été étudiés. Plusieurs facteurs (la classe d'âge, la filière d'étude, la connaissance de l'existence services PF, existence d'un partenaire, le statut matrimonial de l'adolescente, parler de sexualité avec le

partenaire, parler de méthode de contraception avec partenaire, avoir des rapports sexuels) ont une influence sur l'utilisation de la contraception.

V- Conclusion et recommandations

1-Conclusion

Notre travail est une étude transversale décrivant les connaissances, les attitudes et pratique comportementale des adolescentes dans les établissements (LPB, LBS, CETFOP).

La majorité des enquêtés déclarait connaître des méthodes de contraception et parmi elle une minorité l'utilisait (10,4%).Elles ont approuvé la contraception en grande partie.

-Par rapport à la signification de la contraception

Plus de la moitié ont donné comme signification à la contraception l'espacement des naissances dans 83,8% des cas.

- Par rapport aux facteurs qui influencent l'utilisation des méthodes contraceptives

La pesanteur socioculturelle et l'absence de programmes scolaires spécifiques rendent difficile l'éducation sexuelle, favorisant les mauvais comportements et la précocité des rapports sexuels.

Le sexe a une influence notable sur la méthode contraceptive utilisée.

La contraception n'est pas bien élucidée pour beaucoup d'adolescentes et ses effets secondaires mal acceptés, sont généralement liés à l'automédication et les mauvaises rumeurs(7).

Les facteurs du non utilisation des contraceptifs sont d'ordre économique, socioculturel et infrastructurel

-Les adolescentes étaient sexuellement actives et avaient des rapports sexuels de plus en plus précoces. Leur source d'information principale était les medias

2-RECOMMANDATIONS

Au terme de ce travail, nous faisons les recommandations suivantes :

-Aux autorités socio-sanitaires, politiques et les ONG

- Renforcer les campagnes de sensibilisation sur le **PF** organisées dans les écoles.
 - Continuer à renforcer les actions de **PF** dans la lutte contre les **IST/SIDA** ;
 - Créer des structures de prise en charge des adolescentes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
 - Renforcer les capacités des prestataires de santé dans le domaine de la santé de la reproduction ;
 - Renforcer les campagnes de sensibilisation à l'endroit des adolescentes
 - Accentuer les campagnes de sensibilisation sur la contraception dans les établissements en organisant des conférences débats.
- Crée un programme d'éducation sexuelle dans les établissements secondaire étatique et privé

-Aux parents

- Discuter des questions relatives à la sexualité, à la **PF** avec les adolescentes.
- Encourager les jeunes à fréquenter les centres déjà existants.

-Aux adolescentes

- Participer pleinement aux campagnes déjà existantes ;
- Fréquenter les centres de prise en charge des adolescentes en matière de santé de la reproduction :
 - Mise en œuvre des informations reçues
 - Eviter les comportements à risque.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Adom-Anoumatacky M.

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

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

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

3- Camara M.

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

4 - CATES W.MC PHEETERS, M.

Adolescents and sexually transmitted diseases, current risks and future consequences.
Washington 25 Mars 1997

5 - Cissé. H

Etude comparative des connaissances attitudes et pratiques des adolescents scolaires et non scolaires en matière d'IST/SIDA dans la commune de Sikasso. Thèse de médecine, Bamako 2002. 108p n 94

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

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

7- Diakité.S.M

Etude comparative des connaissances attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes de la région urbaine de Mopti en matière planning familial, d'IST/SIDA et de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine, Bamako 2010. 85p n°24

8- Duprez D., Viala M.

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

9-Echange MAQ.

Les adolescents,

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

10-Echange MAQ.

Les adolescents,

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

11 – EDS IV

Edition 2006

12 - FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, PROJET FOCUS ON YOUNG ADULT

Santé reproductive des jeunes adultes: contraception, grossesse et MST. Série de mise à jour de la technologie contraceptive, 1998, 4-5 : 44- 57.

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

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

14 - HERVE L.L, ELIE B.

Une revue du secteur adolescents et jeunes au Mali.

Population Council 1995: 3-10.

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

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

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

La contraception en milieu scolaire à Mopti.

IIIe Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006

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

18 - Maiga B

Etude épidémiologique-clinique du planning familial : Enquête auprès de 206 utilisatrices au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako d’Avril à Juin 2003.

Thèse de médecine, Bamako 2003.

19- MAIGA. O.L

Connaissances, attitudes et comportements sexuels en milieu scolaires, à l’RNS de Bougouni et au LMDS.

Thèse de médecine, Bamako 2001. n°79.

20- Miller W.B.

Sexuality, contraception and pregnancy in a high school population.

California Med 1973 ; 119, 2 : 14-21.

21- OMS : Organisation mondiale de la sante

Programme de sante des adolescents

Genève suisse 1993.

22- SACKO. D.

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du LBAD en matière de Planification familiale, de, MST et SIDA.

Thèse de médecine. Bamako 2002. n°62.

23- SIDIBE A.

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception

Thèse de médecine, Bamako 2006. 97p N° 301

Année de soutenance septembre 2010

Pays d'origine : Mali

Email : diall68fr@yahoo.fr

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Secteurs d'intérêt : Santé publique, Anthropologie médicale.

Résumé : Notre étude, de type transversal, portant sur 500 adolescentes âgées de 14 à 19 ans s'est réalisée de Décembre à Février 2009 dans la commune rural de Baguineda. Elle avait pour but d'étudier les connaissances, attitude, pratique comportementale des adolescentes face à la contraception afin de contribuer à l'amélioration de leur mode de vie.

Les adolescentes étaient sexuellement actifs seule 25% n'avaient pas de partenaire sexuel.

Les méthodes contraceptives les plus connues étaient la forme injectable 23,6% et la pilule 17,2%.

La principale source d'information a été le medias dans 82,6%.

La signification de la contraception donnée par les adolescentes était l'espacement de naissance dans 83,8%.

Les adolescentes avaient une connaissance de la contraception dans 96,8%.

L'âge minimum au premier rapport sexuel était de 11 ans.

Mots clés : connaissances, attitudes, pratiques, PF et contraception.

Xininkalisqbqn ka xqsin

bogotigninw ma

xqf\li ani yamaruya xinini

sqbqn nin kun ye,ka na se aw ma ka x\g\ n kumax\ nya
k'aw hakilinaw s\r\ bange kan mali la walasa a ko ka
taa xq.

Aw b'aw fo a ka dqmq la. Aw bq na kunnafoni min s\r\
aw fq ,m\g\ t\g\ tq da o kan wa u bq mara gundo la.

Xininkalisqbqn

/___ /___ /

Komini.....

kalansot\g\.....

.....

1. Kunnaf\ ni kunbabaw :

1) si hakq

/___ /___ /

2) u ka so bogotiginin ye a ba k\ n\ xq joli nan ye //ba
ni fa ka den hakq

ba ka /___ /___ /nan

fa ka /___ /___ /

ba ka den hakq /___ /___ /

fa ka den hakq /___ /___ /

3) sigida.....

4) siya

1. bamanan

2. manika

3. k\l\b\l\

4. sqnufo

5. maraka

6. fula

7. kasoke

8. suraka

9. boso

10. miyanka

11. d\g\n

12. d\ wqrq

5) bogotiginin ka furu ko

1. furu*1

2. furu*2

3. furu*3

4. furu*4

5. musoganan

6. furusalen

7. musomaminqlen 8. ka kq x\g\n fq kanu na

6) kalan kundama

10ieme science

11ieme science

12ieme science

10ieme lettre

11ieme lettre

12ieme lettre

7) sigi kun ta ka la

1. ka jigi san tan juk\l\

2. ka yqlq san tan sanfq

8) som\g\w ka furu ko

1. muso caman furu

2. furusa

3. ka kq x\g\n fq kanu na

3.furu

4.mamingq

5.cq sa muso

9)fa ka baara

1.saya 2.gofqrqnaman baarakqla

3.sqnqkqla

4.s\r\dasi

5.baganmarala

6.kqnyqrqye baarakqla

7.lekli karam\k\

8.kqnqya baarakqla

9.kqnqya

dqm q baara kqla

10.fere kqla

11.fura kqli kqla

12.baara dqmq la

13.alimami

14.d\

wqrq.....

10)fa ka kalan kundama

1.kalan kun fl\

2.kalan kun filanan

3.sanf q kalan

4.arabu kalan

11)ba ka baara

1.galad\inna

2.tobilikqla

3.a faatula

4.d\ wqrq

12)ba ka kanla kundama

13) s\r\ c\g\ya

1.kuran

2.mobili

3.farafixqqn

4.jabaaranin

5.tubabuxqqn

6.d\ wqrq

II.J\g\ ani kqwalew

14)aw delila ka bange,k\lsili ko kuma mqn.....

15)ni delila ka mqn a k\l\ ye munye

16) I be bange k\lsili fqqrq d\w d\ n wa

1.ayi

2.aw\:jumq?

1. Fura ksq

2.alimqtinin

3.mananni

4.lawa fakalan

5.ka da den w\lo nugu k\ n\

6.aw ta d\ n

7.d\ wqrq.....

17)n\l bq a s\l\ cogo min d\ n,l b\o f\

1.kqnqyaso

2.fura ferey\l\

3.boutigi

4.a ma jaabi di

5.d\ wqrq.....

18) aw delila ka bange k\lsili fqqrq d\w kq wa ?

1.ayi

2.aw\:jumqnw.....

19)I be bange k\lsili kunnaf\ ni s\l\ ka caya min

1.lekoli

2.jabaarani

3.korocq

4.koro muso

20)ya la I b\ a d\ n ko bange k\lsili cakq daw bq yen wa

1.aw\

2.ayi

21)ni aw\ i delila ka seyen wa ?

1.aw\

2.ayi:munna

1.ladak\r\w

2.diinq

3.a mago t'a la

22)I yqrq fq waati jumqn ka kan ka d\n bangew ni x\g\n cq

1.furancq kalo la:.....

23)aw bq xagata d\n musomanin ka k\n\ cixq la wa

1.ayi

2.aw\o xagata d\w

.....

.....

.....

24)aw hakilinataye jumqn ye k\n\ cixq kan.

1.n'bqs\n

2.n'tq s\n

3.a ma jaabi di

25)bange cq janyali ka di aw ye wa ?

1.aw\

2.ayi:munna?

1.Laadaw

2.diinq

3.k\\\\w

4. d\ wqrq.....

26)kafox\g\n b'aw fq sisan wa?

1.aw\

2.ayi

3.a ma jaabi di

27)ni aw\,l delila ka kuma fl a ye wa ?

.kafox\g\ya kan 1.aw\

2.ayi 3.a ma jaabi di

.bange cq janyali 1.aw\

2.ayi 3.a ma jaabi di

.fugula nafaman donni kan 1.aw\ 2.ayi

3.a ma jaabi di

28)l delila ka kafo x\g\nya kq wa?

1.aw\ 2.ayi

3.a ma jaabi di

29)ni aw\ ayi s\r\ san bq hakq jumqn na

1.si san 2.a ma jaabi

di 3.a hakili t'a la

30)o k\l\ na la i ye fugula nafaman d\l\ wa?

1.aw\ 2.ayi

3.a ma jaabi di

31)fugula nafaman donin ka di ye wa?ali ni kafox\g\l\ ma s\l\.

1.aw\ 2.ayi

3.a ma jaabi di

32)i delila ka kafox\g\nya kq tqmqsen na d\ fq ten wa ?

1.ayi 2.aw\ :a da hakq

fl.....

33)ni aw\ i ye fugula nafaman don o la wa ?

1.ayi

2.aw\ :a da hakq

f\ :

1_kumabq

2_kuma kelekele

3_a ma jaabi di

4_kumad\la

5_abada

34)kafox\g\ n joli b'i bolo fo ka se bima

IBRAHIM G DIALL ka xininkalisqbqn

Questionnaire à l'intention des adolescentes

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

Numéro du questionnaire

/___/___/___/___/

Commune.....

Nom de l'établissement.....

I - Renseignements généraux

codes

01) Age (en années révolues)

/___/___/

02) Rang de l'adolescent à la naissance / nombre d'enfants de la mère et du père

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

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

03) Lieu de vie

04) Ethnie

- | | | |
|--------------|--------------|---------------------|
| 1- Bambara | 5 - Malinké | 9 - Sonrhaï |
| 2 -Sénoufo | 6- Khassonké | 10 - Maures |
| 3 - Sarakolé | 7 - Peulh | 11- Bozo |
| 4 – Minyanka | 8 - Dogon | Autres (à préciser) |

05) Statut matrimonial de l'adolescente

- | | | |
|--------------|-----------------|-----------------|
| 1- Mariée x1 | 4 - Mariée x4 | 7 - Divorcée |
| 2 -Mariée x2 | 5 – Célibataire | 8 - Concubinage |
| 3 -Mariée x3 | 6- Fiancée | |

06) Niveau d'instruction

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 10 ^{ème} science | 10 ^{ème} lettre |
| 11 ^{ème} science | 11 ^{ème} lettre |
| 12 ^{ème} science | 12 ^{ème} lettre |

1- Inférieure de 10 ans

2- Supérieure ou égale à 10ans



07) Durée de séjour à baguinéda

08) Statut matrimonial des parents

- | | | |
|--------------|----------------|----------------|
| 1- polygames | 3 – Divorcé(e) | 4- Concubinage |
| 2-Marié(e) | 4- Fiancé(e) | Veuf (ve) |

09) Profession du père

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1-Décédé | 10- Médecin | 19-Mendiant |
| 2-Fonctionnaire | 11-Profession paramédicale | 20-Chômeur |
| 3-Cultivateur | 12- Commerçant | 21-Vendeur |
| 4- Homme en tenue | 13-Ouvrier | 22-Imam |
| 5- Eleveur | 14- Ingénieur | 23-Marabout |
| 6-Artisan | 15-Thérapeute | 24- Talibé |
| 7- Salarié du secteur privé | 15-Aide familial | 25- Artiste |
| 8-Salarié du secteur public | 17-Apprenti | Autres (à préciser)..... |
| 9- Enseignant | 18-Retraité | |

10) Niveau d'instruction du père

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

11) Profession de la mère

| | | |
|------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1-Décédée | 8- Médecin | 15-Retraitée |
| 2-Fonctionnaire | 9-Profession paramédicale | 16-Mendiant |
| 3-Femme en tenue | 10- Commerçant | 17-Ménagère |
| 4-Teinturière | 11-Ouvrière | 18-Vendeuse |
| 5- Salariée du secteur privé | 12- Ingénieur | 19- Artiste |
| 6-Salariée du secteur public | 13-Thérapeute | Autres (à préciser)..... |
| 7- Enseignante | 14-Aide ménagée | |

12) Niveau d'instruction de la mère

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

13) Niveau de vie des parents

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

II- Connaissances, attitudes et pratiques

14) Avez vous déjà entendu parler de contraception ?

- 2. Non
- 1. Oui

15) Si vous avez répondu Oui que signifie l'expression à votre entendement

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

16) Connaissez-vous des méthodes contraceptives ?

2. Non

1.Oui : lesquelles ?

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

17) Quelles sont les sources d'approvisionnement en méthode contraceptive que vous connaissez ?

1- Centre de santé/Hôpital

3- Boutique

9- Ne sait pas

2-Pharmacie

8- Non réponse

Autres (à préciser).....

18) Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive ?

2. Non

1. Oui : lesquelles ?

19) Quelles sont vos principales sources d'information sur la contraception ?

1- Ecole

4- Médias

7-Frère/sœurs

2- Centre de santé/hôpital

5- Père

8- Ami(es)

3- Conférence

6- Mère

9- Ne sait pas

Autres (à préciser).....

20) Savez-vous qu'il existe des services de prestation de planification familiale ?

Oui =1 Non = 2

21) Si vous avez répondu oui : avez vous déjà fréquenté ces services ?

1. Oui

2. Non : pourquoi ?

1- Coutume

2- Religion

3- Pas besoin

Autres (à préciser).....

22) Selon vous quel est le temps qui doit exister entre deux maternités ?

Intervalle en mois :

23) Connaissez-vous les risques encourus par les filles qui pratiquent les avortements ?

2-Non

1-Oui : quels sont ces risques ?

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

24) Quelle est votre opinion sur les avortements provoqués ?

1- Approuve

2-Désapprouve

8-Pas de réponse

25) Appréciez-vous la contraception ?

1. Oui

2- Non : pour quelle raison principalement?

1- Coutume

2- Religion

3- Effets
secondaires

Autres (à préciser).....

.....
.....

26) Avez-vous présentement/un partenaire ?

1- Oui

2- Non

8- Pas de réponse

27) Si vous avez répondu oui, vous est-il arrivé de parler avec votre partenaire de ?

-Sexualité en général

1- Oui

2- Non

8- Pas de réponse

-Méthodes de contraception

1- Oui

2- Non

8- Pas de réponse

-Utilisation du préservatif

1- Oui

2- Non

8- Pas de réponse

