

Liste des Abréviations et Sigles

µg : Microgramme

% : Pourcentage

PF : Planification familiale

MST : Maladies sexuellement transmissibles

IVG : Interruption volontaire de la grossesse

OMS : Organisation mondiale de la santé

IEC : Information- Education- Communication

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience acquise

CAP : connaissance, attitude et pratique

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Norp : Norplant

DIU : Dispositif Intra- uterins

FNUAP : Fond des Nations unies pour la population

Transf : Transfusion sanguine

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CIV : Commune IV

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

DNS : Direction National de la Santé

CCO : Contraceptifs Oraux Combinés

CCV : Contraception Chirurgicale Volontaire

EDS : Enquête Démographique et de Santé

PRODEC : Programme de Développement Décennal de L'éducation

PTF : Partenaires Techniques et Financiers

PISE : Programme D'investissement Sectoriel de L'éducation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

CENOU : Centre National des Œuvres Universitaire

FAST : Faculté des Sciences et Techniques

ITG : Infection du Tractus Génital

LH : Hormone Lutéinisante

IMC : Indice de Masse Corporelle

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX :

Tableau I : Les contraceptifs utilisés en contraception d'urgence et leur posologie.....42

Tableau II : Les avantages, inconvénients, et effets secondaires des différentes méthodes de barrière.....47

FIGURE:

Figure 1 : La carte du Mali.....67

Figure 2 : Répartition de l'échantillon selon le sexe.....75

Figure 3 : Répartition de l'échantillon selon la faculté de l'étudiant.....75

Figure 4 : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'étude de l'étudiant...76

Figure 5 : Répartition de l'échantillon selon statut marital.....76

Figure 6 : Répartition de l'échantillon selon le lieu d'obtention du bac.....77

Figure 7 : Répartition de l'échantillon selon la localité de résidence des parents de l'étudiant.....77

Figure 8 : Répartition de l'échantillon selon l'ethnie.....78

Figure 9 : Répartition de l'échantillon selon ceux qui ont déjà entendu parler de la pf.....79

Figure 10 : Répartition de l'échantillon selon la connaissance des différentes méthodes de contraception chez l'homme.....79

Figure 11 : Répartition de l'échantillon selon la connaissance des différentes méthodes de contraception chez la femme.....	80
Figure 12 : Répartition de l'échantillon selon les méthodes contraception citée chez l'homme.....	80
Figure 13 : Répartition de l'échantillon selon les méthodes de contraception citée chez la femme.....	81
Figure 14 : Répartition de l'échantillon selon la perception étudiants sur la pf..	81
Figure 15 : Répartition de l'échantillon selon l'utilisation antérieure d'une méthode de contraception.....	82
Figure 16 : Répartition de l'échantillon selon les méthodes antérieurement utilisées.....	82
Figure 17 : Répartition de l'échantillon selon leur raison de non utilisation des méthodes contraceptives.....	83
Figure 18 : Répartition de l'échantillon selon leur utilisation actuelle de la contraception.....	84
Figure 19 : Répartition de l'échantillon selon les méthodes de contraception utilisées actuellement.....	84
Figure 20 : Répartition de l'échantillon selon leur avis sur les femmes marées qui utilisent les méthodes contraceptives.....	85
Figure 21 : Répartition selon leur avis sur les jeunes célibataires qui utilisent les méthodes contraceptives.....	85
Figure 22 : Répartition selon de l'étude selon leur recommandation pour le changement de comportement des femmes face au refus de nombre d'entre elles d'utiliser la contraception.....	86

Figure 23 : Répartition de l'échantillon selon ceux qui encouragent partenaire à utiliser une méthode de contraception.....	86
Figure 24 : Répartition des étudiants selon leur pensée sur les femmes qui n'utilisent pas les méthodes contraceptives modernes.....	87
Figure 25 : Répartition de l'échantillon selon la connaissance sur la disponibilité des services de pf au niveau des CSCOM.....	87
Figure 26 : Répartition de l'échantillon selon leur pensée sur la qualité de prestation aux services de pf au niveau des structures de santé.....	88
Figure 27 : Répartition de l'échantillon selon ceux qui discutent de la contraception leur conjoint ou partenaire sexuel.....	88
Figure 28 : Répartition de l'échantillon selon celui qui choisit ou décide l'utilisation de la méthode contraceptive.....	89

TABLES DES MATIERES

I. INTRODUCTION	25
II. GENERALITES:	29
1. Définition :	29
1.1. Planification familiale :	29
1.2. Contraception	30
2. Physiologie :	32
2.1. Cycle menstruel (7)	32
2.2. Fécondation (7).....	33
3. NOTION D'ATTITUDE ET DE COMPORTEMENT :	33
3.1. DEFINITION :	33
3.2. ELEMENTS CARACTERISTIQUES :	34
4. Méthodes contraceptives	37
4.1. Contraceptifs hormonaux	38
4.2. Méthodes locales	49
4.3. Méthodes chirurgicales.....	57
4.4. Contraception naturelle	60
4.5. Méthodes traditionnelles	65
5. Prévalence contraceptive	66
III. OBJECTIFS DE L'ETUDE	69
1. Objectif général :	69
2. Objectifs spécifiques :	69
IV. METHODOLOGIE :	71
1. Cadre de l'étude :	71
1.1 Mali :	71
1.2. Le district de Bamako.....	72

1.3.Système Educatif.....	72
1.4. Les Universités	73
2. Type et Période de l'étude :.....	74
3.Population d'étude :.....	74
3.1. Taille de l'échantillon :.....	74
3.2.Déroulement de l'enquête :	75
3.3. Base de sondage :	76
3.4. Critères d'inclusion :	76
3.5. Critères de non inclusion :.....	76
4. Variable à recueillir :	76
5. Plan de collecte des données :	76
6. Analyse des données :	77
7. Considérations éthiques :.....	77
V. RESULTATS :	79
VI - COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	95
1. Limites et contraintes de l'étude :	95
2. Connaissances en matière de contraception :	95
3. Taux d'utilisations des méthodes contraceptives :	97
4. Age et déterminants du premier rapport sexuel :.....	99
5. Obstacles à la pratique de la contraception :	99
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :	102
1. Conclusion.....	102
2. RECOMMANDATIONS.....	103
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	104
IX. ANNEXES :	111
X. FICHE SIGNALITIQUE.....	114

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La planification familiale, concept qui vise la prise de conscience de l'avenir par les familles a pour objectif d'espacer et de limiter les naissances par l'usage de méthodes contraceptives. Ainsi avoir un enfant devient un choix et non un hasard.

A l'échelle mondiale, au moment où la réalisation des OMD progresse lentement, il est reconnu que le développement des programmes de planification familiale, constitue une solution véritable pour progresser dans cette réalisation.

En effet, la planification familiale contribue à :

- réduire la mortalité liée à la maternité :

Selon des estimations récentes, on éviterait 150.000 décès liés à la maternité, chaque année en répondant aux besoins non satisfaits des femmes en matière de méthodes de contraception modernes, et on ferait baisser de 27 % le taux annuel de ces décès en prévenant les grossesses non désirées.

- faire baisser la mortalité des enfants de moins de cinq ans :

Les enfants ont de meilleures chances de survie lorsque les grossesses suivantes interviennent au moins deux ans ou plus après leur naissance. La mortalité des enfants de moins de cinq ans baisserait de 13 % si toutes les femmes pouvaient retarder leur grossesse suivante d'au moins 24 mois, et de 25 % si elles attendaient 36 mois.

- prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant et par voie hétérosexuelle :

En aidant les femmes séropositives à éviter des grossesses non désirées grâce à l'emploi de contraceptifs, on fait baisser la transmission du VIH de la mère à l'enfant et cela à relativement peu de frais. Aussi, l'utilisation des préservatifs masculin et féminin contribue à réduire fortement, l'incidence du VIH.

Cependant, la prévalence contraceptive estimée à 62% dans les pays en développement, reste faible en Afrique subsaharienne, 23,7% et parallèlement, le nombre de besoins non satisfaits ne cessent de croître(1).

Au Mali malgré les actions entreprises, le niveau de la fécondité reste parmi les plus élevés du monde. L'enquête Démographique et de Santé (EDS) V de 2012 (6,1 enfants /femme) au Mali, situe le taux de fécondité en baisse de 0,5 par rapport à 2006 où il était de 6,6 enfants/femme. Cette étude a également montré en 2012 que 37% des femmes ont déclaré ne pas avoir été exposées à des messages relatifs à la PF, ni par le biais de journaux/magazines, ni par la radio, ni par la télévision. Chez les hommes de 15-49 ans cette proportion est de 34%. Mais 10% seulement des femmes pratiquent de façon régulière les méthodes contraceptives modernes (pilules, implants, injectables sont les plus utilisés). 26% des femmes actuellement en union ont un besoin non satisfait en PF : environ 19% pour espacer et 7% pour limiter les naissances(2).

Pour inverser cette tendance, des campagnes annuelles de promotion de la PF sont organisées, par la DNS. En 2014, pour la dixième édition, le thème central retenu était : « Repositionnement de la PF au Mali : les jeunes au cœur des stratégies ».

Ce thème s'inscrit en droite ligne de la conférence internationale tenue à Kampala, et vise à intégrer la composante jeune dans toutes les stratégies et programme de promotion de la PF.

L'espace universitaire est de ce fait le milieu par excellence où l'on peut toucher directement la frange juvénile de la population. Toutefois, les indicateurs de santé au niveau universitaire, sont très peu fournis. Ceci

s'explique par l'absence de service de santé et de programme promotionnel de santé ciblant directement la cible étudiante.

C'est pourquoi nous nous proposons d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques de la contraception en milieu étudiant afin de faire des recommandations pour rendre les méthodes contraceptives plus accessibles et disponibles à cette population.

GENERALITES

II. GENERALITES:

1. Définition :

1.1. Planification familiale :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la planification familiale comme étant: «une manière de vivre que des individus et des couples adoptent de leur propre volonté, en se basant sur des connaissances précises, des attitudes et des décisions réfléchies afin d'améliorer l'état de santé et le bien être du groupe familial et par conséquent, de contribuer efficacement au développement social du pays. Telle que définie, la planification familiale est un élément indispensable au développement d'un pays»(3).

Selon la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) le concept actuel de la PF se couple à celui de la santé de la reproduction(SR). En effet, la CIPD en 1994 au Caire, a défini la SR comme étant: «le bien-être général, tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité»(4).

Pour le ministère de la santé du Burkina Faso, la planification familiale a été définie comme l'ensemble des mesures techniques, psychologiques, éducatives qui permettent aux couples et aux individus d'atteindre certains buts en fonction de leurs possibilités et de leurs désirs :

- favoriser les naissances désirées ;
- espacer les naissances ;
- éviter les grossesses non désirées ;
- déterminer le nombre d'enfants qu'ils souhaitent pour constituer une famille.

Et le ministère de la santé du Mali définit la planification familiale comme étant l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu.(5).

Il ressort de ces définitions que la planification vise le bien-être familial par la maîtrise de la procréation.

1.2. Contraception

La contraception est l'ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécondant et ceci de façon temporaire et réversible(6).

Elle est un recours délibéré par des gens sexuellement actifs, à des produits chimiques (spermicides), des médicaments (hormones), des dispositifs (condoms, diaphragmes, stérilets) des interventions chirurgicales ou retrait en vue d'éviter la grossesse.

La base fondamentale d'une contraception de qualité est qu'elle doit utiliser des méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables. Les hommes et les femmes ont le droit d'être informés sur toutes les méthodes disponibles et d'utiliser celles de leur choix ; ils ont le droit d'utiliser toute méthode de régulation des naissances qui ne soit pas contraire à la loi.

Les critères d'évaluation d'une méthode contraceptive sont l'efficacité, l'acceptabilité, l'innocuité et la réversibilité.

- **l'efficacité** se mesure par la proportion dans laquelle la fécondité naturelle se trouve réduite par l'emploi d'une méthode contraceptive donnée en utilisant l'indice de Pearl ou la méthode des tables de mortalités. L'efficacité est théorique et pratique :

L'efficacité théorique est synonyme de l'efficacité technique de la contraception ; elle implique l'utilisation d'une méthode de contraception de façon continue suivant les instructions données. Elle se mesure par le pourcentage de femmes qui, théoriquement, tomberont enceinte en un an, même si chaque femme utilise la méthode correctement et régulièrement ;

L'efficacité pratique est synonyme d'usage de la contraception ; elle est liée à l'acceptabilité du procédé et à la motivation des couples qui l'utilisent.

Elle se mesure par le pourcentage de femmes qui sont tombées enceintes parce que certaines n'utilisent pas correctement et régulièrement la méthode ;

L'indice de PEARL (ou taux d'échec pratique) est une mesure de l'efficacité de la contraception, qui exprime le taux des échecs en fonction du nombre de grossesses pour 100 années-femmes à risque. Plus cet indice est proche de zéro, plus la méthode contraceptive est efficace. Cette mesure est proportionnelle au rapport, chez les couples concepteurs, du nombre de

conceptions accidentelles durant une période, au nombre de mois d'exposition au risque de concevoir durant cette période. Cet indice R s'exprime par la formule

Nombre de conceptions accidentelles

$$R = \frac{\text{Nombre de conceptions accidentelles}}{\text{Nombre de mois d'exposition au risque de concevoir}} \times 1200$$

Nombre de mois d'exposition au risque de concevoir

S'exprime par (% année-femmes)

- **l'acceptabilité** de la méthode contraceptive par l'utilisateur dépend aussi bien du prescripteur que de la méthode contraceptive elle-même. Les principaux critères d'acceptabilité d'une méthode sont : l'attitude des prescripteurs vis-à-vis de la méthode ; les effets secondaires et leur prise en

charge ; les questions sociales, culturelles et religieuses liées à la méthode ; la facilité d'utilisation ; les répercussions sur les relations du couple.

- **l'innocuité** est l'absence de risque ou d'effets néfastes sur la femme, sur sa fertilité ultérieure et sur le fœtus en cas d'échec de la méthode ; elle doit être locale ou générale, immédiate ou ultérieure.

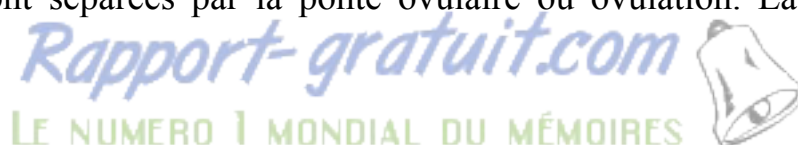
- **la réversibilité** d'une méthode se mesure par la capacité à revenir à l'état initial à l'arrêt de la prise de la méthode. Elle peut être immédiate ou ultérieure.

2. Physiologie :

2.1. Cycle menstruel (7)

Le cycle menstruel est l'ensemble des modifications anatomiques et biologiques se produisant de façon cyclique ou périodique chez la femme de la puberté à la ménopause. C'est un temps qui s'étend du premier jour des règles au premier jour des règles suivantes. A chaque cycle les hormones, messagers chimiques de l'organisme stimulent différentes parties du corps entraînant ainsi des changements qui s'accumulent petit à petit jusqu'à la maturation de l'ovule nécessaire à la fécondation. La muqueuse utérine devient riche et abondante en éléments nutritifs dans l'attente d'une grossesse éventuelle. Si un spermatozoïde féconde l'ovule pendant le cycle, une grossesse se produit. Dans le cas contraire, la muqueuse de l'utérus, alors abondante en éléments nutritifs desquame et le cycle recommence. La durée du cycle est en moyenne de 28 jours mais peut varier d'un cycle à l'autre chez la même femme ou d'une femme à une autre. On admet comme cycle normal, celui dont la durée se situe dans l'intervalle 28 ± 5 jours. Les cycles courts sont de 21 jours et les longs de 35 à 45 jours.

Sous la commande des hormones hypothalamo-hypophysaires, le cycle menstruel va se dérouler en deux phases: une phase folliculaire et une phase lutéale qui sont séparées par la ponte ovulaire ou ovulation. La maîtrise des



phases de ce cycle est très importante pour une bonne prescription de la contraception

2.2.Fécondation (7)

Toutes les modifications au cours du cycle menstruel ont pour but de préparer l'organisme de la femme à accueillir et à mener à terme une éventuelle grossesse. La fécondation est un phénomène plus ou moins complexe aboutissant à la formation de la première cellule diploïde en puissance de créer l'individu parfait.

Elle se déroule en plusieurs étapes:

- La pénétration des spermatozoïdes dans les voies génitales féminines lors de l'éjaculation qui les dépose au niveau du vagin;
- Leur migration vers les trompes facilitée par la glaire cervicale qui est très abondante et très filante en phase pré-ovulatoire; leur capacitation au passage dans la partie proximale de la trompe;
- La rencontre entre spermatozoïde et ovule: elle a lieu dans le tiers externe de la trompe;
- La fécondation proprement dite est la pénétration du spermatozoïde dans l'ovocyte avec activation de ce dernier suivi de la fusion des deux gamètes formant l'œuf qui est le point de départ d'une nouvelle vie. Le blocage d'une de ces étapes peut constituer tout ou partie du mécanisme d'action d'une méthode contraceptive.

3. NOTION D'ATTITUDE ET DE COMPORTEMENT :

3.1. DEFINITION :

L'attitude peut être considérée comme la manière particulière qu'a une personne d'agir, de penser et de sentir (8).

Elle détermine et oriente le comportement de l'individu. Elle dépend de plusieurs facteurs, mais les conditions socio-économiques viennent en dernière instance.

Les attitudes constituent un objet d'étude central. Tantôt ce concept est utilisé pour exprimer la singularité d'une réaction (l'attitude d'un individu au cours d'une discussion.), tantôt il exprime la réaction d'une collectivité (les attitudes des musulmans face à l'alcool), la notion d'attitude a eu diverses appellations dans son histoire (8).

C'est ainsi qu'elle fut utilisée sous la dénomination de position atteinte, dans le courant expérimentaliste allemand au début du 20e siècle et chez les pionniers américains de psychologie sociale (9).

En fait, il n'y a pas d'unanimité autour de la définition de la notion d'attitude.

Ainsi, I. Stertz (9) dans sa définition, réduit l'attitude uniquement à une relation entre une personne et des objets ou des valeurs morales.

J. Mainsouneuve (9) quant à lui insiste sur l'aspect affectif de l'attitude et sa tendance à l'action.

L'attitude est ainsi une prédisposition à agir plutôt que des actions comme telle, elle oriente le comportement de l'individu dans une direction.

Exemple : être pour la planification familiale justifie le fait d'adopter les méthodes.

3.2. ELEMENTS CARACTERISTIQUES :

On distingue un certain nombre d'éléments caractérisant les attitudes (10): Ainsi, l'attitude se caractérise par son aspect cognitif ; c'est-à-dire l'attitude vis-à-vis de quelque chose ou d'un phénomène est fonction des connaissances et de l'information qu'on a sur l'objet en question. C'est pourquoi, elle exprime en

général des opinions individuelles ou collectives stéréotypées, figées (concept fixe).

Exemple : une fille peut refuser la planification familiale parce qu'une autre a une idée négative à son égard.

L'attitude se distingue aussi par son aspect affectif ou émotionnel qui explique la direction de l'attitude : pour ou contre.

Ainsi nous pouvons affirmer que l'attitude est aussi fonction des sentiments qu'un sujet manifeste face à une situation ou à une personne.

Ainsi un sujet qui affirme avoir une haine contre quelque chose, il ne serait pas étonnant de voir ses proches contre cette chose **(9)**.

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

Ces aspects différents de l'attitude : cognitif, affectif et tendance à action intimement liés et en interaction l'un et l'autre. Ainsi celui qui a beaucoup d'informations sur quelque chose doit avoir une attitude positive face à cette chose.

Force est de constater à partir de ces différents exemples que l'attitude est fonction des besoins et des situations.

L'attitude est donc un produit de la socialisation ; elle est apprise, acquise. Cette acquisition se fait sous diverses formes. On a ainsi l'intériorisation des attitudes issues du groupe d'appartenance: communauté, clan, famille. La constitution des attitudes se fait aussi par l'expérience propre du sujet.

Cette expérience lui permet de tirer des leçons de l'épreuve vécue par lui-même et se fait une attitude vis-à-vis d'elle **(8)**.

Etant acquise, l'attitude est susceptible au changement, et ce changement constitue un moyen approprié pour changer le comportement, car l'attitude détermine le comportement dans une large mesure.

Il apparaît à la lumière des caractéristiques des attitudes, que le changement d'attitude est une entreprise difficile. Changer des attitudes n'est pas un résultat qui s'obtient du jour au lendemain ou même en quelques années. Parmi les conditions préalables au changement d'attitudes nous avons la connaissance du public. Donc il faut analyser et comprendre les besoins, les contraintes, la croyance ou représentation mentale des gens dont nous espérons changer l'attitude.

Cependant, en dépit de liens entre l'attitude et le comportement, il y a souvent divorce entre ces deux. Ce manque de correspondance pourrait s'expliquer par le fait que plusieurs attitudes influencent un comportement donné(11).

En résumé, nous pouvons affirmer, à la lumière des caractéristiques de la notion d'attitude qu'elle est donc la manière particulière pour une personne ou un groupe de personne d'agir, de penser, de sentir.

Certes, il est vrai qu'il n'y a pas toujours une relation de détermination entre attitude et comportement.

C'est pourquoi on ne tarde guère d'affirmer que la connaissance des attitudes permet une prévision du type de conduite, de comportement d'une personne ou d'un groupe de personnes donné.

Les changements d'attitude et de comportement sont étroitement liés parce qu'une nouvelle attitude implique un certain changement de comportement. Ainsi il apparaît à travers cette notion d'attitude qu'elle a une valeur explicative et prédictive du comportement. D'où cet intérêt sur les attitudes(12).

4. Méthodes contraceptives

Bien que la définition de la contraception prenne en compte le concept de la réversibilité, nous aborderons les méthodes de stérilisation volontaire qui, elles sont des méthodes de planning familial irréversibles mais qui sont intégrés dans le « paquet » des prestations de contraception.

Nous distinguons les méthodes de contraception en fonction de la voie d'administration :

➤ Les méthodes hormonales peuvent être administrées par :

o La voie orale :

- les pilules oestroprogestatives
- les pilules progestatives
- la contraception d'urgence (de lendemain)

o Les autres voies :

- l'injection périodique intramusculaire (tous les trois mois) de 150mg d'acétate de médroxyprogestérone ;
- la voie intra-utérine (stérilet hormonal libérant le lévonorgestrel)
- l'implant progestatif sous cutané ;
- la voie transdermique : tout récemment, il existe sur le marché de la contraception hormonale, des patchs (timbres ou des dispositifs transdermiques) oestro-progestatifs ;
- la voie transvaginale : anneau oestroprogestatif

➤ Les méthodes locales :

- les préservatifs

- le diaphragme
- la cape cervicale
- les éponges
- les spermicides
- le stérilet (ou dispositif intra utérin « DIU ») simple, à cuivre, hormonal.

➤ Les méthodes chirurgicales

Chez la femme :

- la ligature des trompes
- l'obstruction tubaire par l'introduction des dispositifs ou des colles synthétiques dans les trompes en utilisant la cavité utérine comme voie d'accès opératoire.

Chez l'homme : la vasectomie.

➤ La contraception naturelle

4.1. Contraceptifs hormonaux

4.1.1. Les pilules oestroprogestatives

Elles sont également appelées la pilule combinée ou encore les pilules contraceptives orales combinées.

Définition : les pilules oestroprogestatives sont des comprimés composés d'oestrogènes et de progestatifs.

Mécanisme d'action : les oestroprogestatifs oraux possèdent quatre principales actions que sont :

- l'inhibition de l'ovulation ;

- l'épaississement de la glaire cervicale empêchant la pénétration des spermatozoïdes ;
- la modification de l'endomètre (atrophie de l'endomètre) le rendant impropre à la nidation ;
- la diminution du transport des spermatozoïdes dans le tractus génital supérieur (trompes de Fallope) (13).

Types:

Selon la teneur en oestradiol, on distingue :

- les pilules minidosés qui contiennent moins de 35 microgrammes (μg) d'éthinyl-oestradiol. Selon le dosage hormonal durant le cycle menstruel, ces pilules peuvent être :
 - ✓ monophasiques : tous les 21 comprimés sont activés avec une même quantité d'oestro-progestatif (EP) : Minidril®
 - ✓ biphasiques : les 21 comprimés actifs contiennent 2 combinaisons différentes d'EP : Adépal®
 - ✓ triphasique : les 21 comprimés actifs contiennent 3 combinaisons différentes d'EP : Trinordiol®
- ✓ les pilules normodosées qui contiennent 50(μg) d'éthinyl-oestradiol ;
- ✓ les pilules macrodosées qui contiennent plus de 50(μg) d'éthinyl-oestradiol

Effets secondaires et complications

Ils sont nombreux mais d'apparition peu fréquente ; ce sont : les nausées, les vomissements, la prise de poids, les mastodynies, les spotting, les mastopathies, l'hypertension artérielle réversible, les thrombophlébites, la

coronaropathie, les troubles de coagulation, la migraine, l'aménorrhée post thérapeutique, la tension mammaire, les métrorragies, la galactorrhée(14).

Avantages

Elles ont une bonne efficacité, un coût abordable ; elles n'interfèrent pas avec les rapports sexuels et peuvent être fournies par un personnel non médical.

La pilule oestroprogestative corrige les troubles menstruels, permet de traiter les kystes et les dystrophies de l'ovaire, protège contre les cancers de l'ovaire et de l'endomètre (6).

Inconvénients

C'est une méthode astreignante (prise quotidienne), comporte un risque d'oubli et certains effets secondaires. Elle n'assure aucune protection contre les IST/SIDA et interagit avec la rifampicine et les autres inducteurs enzymatiques (15).

4.1.2. Les pilules progestatives

Elles sont également appelées pilules contraceptives orales progressives ou pilules seule progestative ou minipilules.

Définition

Les minipilules sont des contraceptifs oraux qui renferment de petite quantité d'une seule hormone, un progestatif. Elles contiennent entre la moitié et le dixième que l'on trouve dans les contraceptifs oraux combinés. Elles sont souvent composées de lévonorgestrel, Noréthistérone, Norgestrel. Elles ne

contiennent pas d'oestrogène. Elles sont meilleures pour la femme allaitante.

Mécanisme d'action

Ils ont en commun les actions suivantes : épaissement de la glaire et atrophie de l'endomètre. Les microprogestatifs à double action inhibent l'ovulation par écrêtement du pic de LH (16).

Type

Ce sont des plaquettes de 35 pilules (300µg de levonorgestrel ou 350µg de noréthistérone) et de 28 pilules (75µg de norgestrel).

Selon leur mode d'action les microprogestatifs peuvent être classés en deux

types (16) :

- les microprogestatifs ayant uniquement une action contraceptive périphérique ;
- et ceux ayant à la fois une action anti gonadotrope et contraceptive périphérique.

Effets secondaires

On note les métrorragies à type de spotting, les mastodynies, les kystes fonctionnels ovariens récidivants, et l'acné (16).

Avantages

Son administration pendant l'allaitement 3 à 4 semaines après l'accouchement pour les femmes non allaitantes et 6 semaines après l'accouchement pour celles qui allaitent, est possible.

4.1.3. Les contraceptifs injectables progestatifs (CIP)

Définition

Les CIP sont des contraceptifs retard à base de progestérone seule sous forme injectable.

Mécanisme d'action

Ils épaississent la glaire cervicale empêchant la pénétration des spermatozoïdes, atrophiaient l'endomètre rendant difficile la nidation, diminuent le transport du sperme dans le tractus génital supérieur et inhibent l'ovulation (17).

Types

On distingue :

- l'acétate de dépo-medroxyprogestérone (DMPA) ou Dépo-Provera®

dosé à 150mg et administré tous les trois mois ;

- l'énanthale de noréthistérone (NET-EN) ou Noristerat® dosé à 200mg

et donné tous les deux mois.

Avantages (18) :

C'est une méthode très efficace, confidentielle, réversible dont la durée moyenne de protection est de deux ou trois mois par injection. Elle n'interfère pas avec les rapports sexuels ; n'affectent pas la quantité et la qualité du lait du sein ; aide à empêcher les cancers de l'endomètre, des ovaires, les fibromes et prévient l'anémie ferriprive.

Elle rend moins fréquente et moins douloureuse les crises de drépanocytose, les convulsions chez les femmes épileptiques et peut être employée par les mères allaitantes dès 6 semaines après l'accouchement. Enfin elle est dépourvue d'effets secondaires dus à un oestrogène et peut être employée à n'importe quel âge.

Inconvénients (15) :

Les effets secondaires fréquents (ne sont pas des signes de maladie), le gain de poids en moyenne de 1 à 2 kg, le retard du retour à la fécondité (DPMA), l'existence d'une nouvelle injection tous les 2 à 3 mois et l'absence de protection contre les maladies sexuellement transmissibles y compris le

VIH/SIDA sont les principaux inconvénients.

Effets secondaires (15) :

Ces effets sont constitués par les céphalées, la sensibilité des seins, les sauts d'humeur, les nausées, la chute des cheveux, la diminution de la libido, l'acné et les troubles du cycle menstruel (métrorragies, aménorrhée secondaire réversible, hyperménorrhée).

4.1.4. Les implants (Norplant®, Jadelle®, Implanon®)

Définition (19) :

C'est une méthode contraceptive composée de capsules fines souples, remplies de levonorgestrel (progestatif) insérées sous la peau à la partie supérieure du bras par une petite incision sous anesthésie locale.

Mécanisme d'action

Le lévonorgestrel est libéré lentement, à rythme régulier, et à très faible dose ; ce qui assure l'épaississement de la glaire cervicale, le blocage de l'ovulation,

l'atrophie de l'endomètre et le ralentissement du transport du sperme dans le tractus génital supérieur.

Type (20) :

On distingue, le Norplant® avec six capsules dosées à 36mg de lévonorgestrel (LNG) par capsule, le Jadelle® avec deux capsules libérant progressivement du lévonorgestrel et l'Implanon® avec une capsule contenant 68 mg d'étonogestrel, métabolite actif du désogestrel.

Avantages (15) :

Les implants sont très efficaces (l'efficacité est proche de 100% chez les adolescents dont l'IMC est inférieur à 25) et ont une longue durée d'action.

L'effet contraceptif est immédiat quand il est inséré dans les cinq premiers jours du cycle et disparaît dans la semaine suivant le retrait. Ils ont aussi l'avantage d'éviter les échecs provoqués par le retard d'une prise orale, de ne pas gêner les rapports sexuels et de réduire la fréquence et la douleur des crises de drépanocytose.

Inconvénients

Il nécessite un prestataire qualifié pour son insertion et son retrait. Il n'assure aucune protection contre les IST/SIDA. Il a une tolérance clinique très variable (16).

Effets secondaires (15) :

En plus des effets secondaires des contraceptifs injectables, on peut citer le changement d'appétit et l'infection du site d'insertion.

4.1.5. Les patchs dermiques (patch Evra®)

Il s'agit d'une contraception hormonale oestroprogestative non orale. Ils contiennent 600 microgrammes d'éthinylestradiol (EE) et 6 mg de norelgestromine.

Ils délivrent quotidiennement 150µg de norelgestromine et 20µg d'EE. Ils agissent en inhibant l'ovulation et en altérant la glaire cervicale et l'endomètre.

Ils ont les mêmes indications et contre-indications que les oestroprogestatifs oraux.

Ils sont généralement appliqués sur les fesses, l'abdomen, la face externe des bras et la partie supérieure du torse et jamais sur le sein.

Ils sont mis en place pour une semaine et ce, trois semaines consécutives sur quatre. Pour la première utilisation : un patch par semaine en commençant le premier jour des règles, ainsi les jours d'application sont le : 1er, 8ème, 15ème jour du cycle et une semaine libre (22ème jour au 28ème jour).

4.1.6. L'anneau vaginal oestroprogestatif (Nuvaring®)

La voie vaginale autorise de faibles doses d'oestrogènes et de progestatifs permettant d'atteindre des taux sanguins très stables en quelques jours.

C'est un anneau souple, transparent et incolore. Il délivre quotidiennement 120µg d'étonorgestrel, métabolite actif du désogestrel et 15µg d'EE. L'anneau est mis en place, par la patiente, pour une durée de trois semaines consécutives, puis retiré pendant sept jours avant la pose d'un nouveau dispositif.

Son action contraceptive est due essentiellement à l'inhibition de l'ovulation. La tolérance clinique est comparable à celle des oestroprogestatifs minidosés. Il a les mêmes contre-indication que les contraceptifs oraux combinés (COC).

4.1.7. La contraception d'urgence ou contraception du lendemain (21) :

Elle est à prendre le plus rapidement après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'accident de contraception (déchirure de préservatif, oubli de comprimés sur la plaquette de pilules...).

Les effets secondaires sont les mêmes que ceux de la contraception classique mais beaucoup plus accentués.

La contraception d'urgence agit en bloquant l'ovulation, la fécondation, la migration ou même la nidation.

De nombreux contraceptifs peuvent être utilisés à cet effet : les COC, les pilules progestatifs, les oestrogènes, les anti-progestatifs et le DIU.

La principale contre-indication est la grossesse.

Nous avons les principales méthodes utilisées en contraception d'urgence et leur posologie dans le tableau I:

Tableau I : Les contraceptifs utilisés en contraception d'urgence et leur posologie

Méthodes	Délai écoulé depuis le rapport sexuel	Posologie
Oestro-progestatifs (C.O.C)	Dans les 72 heures	100µg d'éthinyl estradiol et 0,5mg de levonorgestrel pour la première prise, deuxième prise 12 heures plus tard
Progestatifs	Dans les 8 heures	0,75mg en première prise, deuxième prise 12heures plus tard
Œstrogènes	Dans les 4 heures	5mg d'éthinyl estradiol par 24heures pendant 5 jours
Androgène	Dans les 72 heures	400 à 600mg de DANAZOL pour la première prise, deuxième prise 12 heures plus tard
Anti-progestatifs	Dans les 72 heures	600mg de MIFEPRISTONE (RU486) en une seule prise
DIU	Insertion dans les 5 jours	Un seul DIU (insertion classique)

4.2. Méthodes locales

Les méthodes locales sont constituées des méthodes de barrière et du stérilet.

4.2.1. Les méthodes de barrière

Définition

Les méthodes de barrière empêchent les spermatozoïdes d'atteindre le tractus génital féminin soit en bloquant leur entrée ou en les détruisant.

Types

➤ Les méthodes de barrière mécanique bloquent l'entrée des spermatozoïdes dans le tractus génital de la femme. Ce sont :

- le préservatif masculin ou condom;
- le préservatif féminin ;
- le diaphragme ;
- la cape cervicale ;
- les éponges.

➤ Les méthodes de barrière chimique ou spermicides inactivent ou détruisent les spermatozoïdes.

4.2.1.1. Le préservatif ou condom masculin (18) :

Définition :

Ce sont des fine gaines en caoutchouc, en vinyle ou en produits naturels pouvant être traitées avec un spermicide pour une protection supplémentaire.

Elles sont placées sur le pénis en érection.

Types :

On distingue les préservatifs : en latex (caoutchouc), plastique (vinyle), naturels (produits d'animaux).

Mode d'action :

Ils empêchent les spermatozoïdes et tout organisme pathogène du sperme de pénétrer dans le vagin et inversement empêchent tout organisme pathogène du vagin de pénétrer dans le pénis.

4.2.1.2. Le préservatif féminin (22) :

Définition :

C'est une fine membrane de polyuréthane. Il est muni d'un anneau flexible à chaque extrémité ; l'anneau intérieur sert à insérer le condom et à le maintenir en place.

Mode d'action :

Il agit en empêchant les spermatozoïdes et tout organisme pathogène du sperme de pénétrer dans le vagin et inversement empêchent tout organisme pathogène du vagin de pénétrer dans le pénis.

Avantages

Il protège contre la grossesse et les IST/SIDA.

Inconvénients

Il reste d'utilisation délicate en raison du maniement intra vaginal qui nécessite une bonne connaissance de l'appareil génital féminin. Il coûte plus cher que le préservatif masculin et fait du bruit au cours des relations sexuelles.

Il a un impact socio sexuel car certaines femmes pensent que le préservatif est contaminé par le VIH ou que le lubrifiant pouvait causer des stérilités ou infections. Certains hommes craignent que les femmes ne s'emparent du sperme recueilli dans le préservatif et le confient ensuite à un sorcier dans le but de leur jeter un sort.

4.2.1.3. Le diaphragme (18) :

Définition :

C'est un capuchon en latex (caoutchouc) en forme de dôme qui est inséré dans le vagin avant le rapport sexuel et qui couvre le col.

Types :

Il existe trois types de diaphragmes : le ressort à lame (bande plate de métal), le ressort à boudin (fil métallique spiralé), le ressort à arceau (ressort à combinaison de métal).

Mode d'action :

Le diaphragme empêche les spermatozoïdes d'arriver dans le tractus génital supérieur (utérus et trompes de Fallope) et sert de collecteur de spermicide. Son action est renforcée par la fonction spermicide de la crème ou de la gelée.

4.2.1.4. La cape cervicale (15) :

Elle ressemble au diaphragme mais est plus petite.

Elle empêche les spermatozoïdes de pénétrer dans le tractus génital supérieur (utérus et trompes de Fallope) et sert de collecteur de spermicide.

Elle a les mêmes indications et les mêmes contre-indications que le diaphragme.

4.2.1.5. Les éponges

L'éponge jetable recouvre le col de l'utérus et contient un spermicide qui détruit les spermatozoïdes.

Elles sont aussi appelées Protectaid® ou Pharmatex today® sur le marché américain.

Elles agissent en obstruant le col utérin, en absorbant les spermatozoïdes et en libérant les spermicides.

Le tableau II récapitule les avantages, inconvénients, et les effets secondaires des différentes méthodes de barrière.

Tableau II : Avantages, Inconvénients, et Effets secondaires des différentes méthodes de barrières

Méthodes	Effets Secondaires	Avantages	Inconvénients
Préservatif masculin	Diminution du plaisir sexuel Réactions allergiques et d'irritations	Efficace, disponible, faible coût, accès facile, protège contre les IST/SIDA, prolonge l'érection et le temps de l'éjaculation, pas d'effets secondaires systémiques	Risque de déchirure, nécessité d'une forte motivation, gêne à la manipulation des organes génitaux
Préservatif féminin	Diminution du plaisir sexuel Réactions allergiques et d'irritations	Efficace si correctement utilisé, protège contre les IST/SIDA	Coût relativement élevé, nécessité d'une connaissance de l'appareil génital féminin, impact socio culture
Diaphragme	Infections des voies urinaires, réactions allergiques, syndrome de choc toxique, pertes et lésions vaginales	Efficace, n'affecte pas l'allaitement maternel, n'interfère pas avec les rapports sexuels, n'a pas d'effets secondaires systémiques,	Efficacité modérée, nécessité d'un examen gynécologique par un prestataire formé et d'un spermicide pour chaque utilisation

		permet les rapports sexuels pendant les menstrues	
Cape Cervicale	Infections des voies urinaires, réactions allergiques, syndrome de choc toxique	Efficacité dépend de la durée d'utilisation, pas d'effet sur la composition du lait maternel	Moins efficace chez les femmes ayant eu de enfants, nécessite un spermicide et un examen gynécologique
Eponge	-	Le spermicide si l'éponge inséré des heures plus tôt, tue les germes pathogènes, IST/SIDA	Irritations et lésions vaginales pouvant être cause d'infections

4.2.1.6. Les méthodes chimiques : les Spermicides (18) :

Définition :

Les spermicides sont des produits chimiques. C'est généralement le Nonoxynol-9 qui, introduit dans le vagin avant le rapport sexuel, inactive ou tue les spermatozoïdes.

Types :

On distingue les aérosols (mousses), les tablettes vaginales, les suppositoires ou films dissolvants et les crèmes.

Mode d'action :

Ces méthodes désagrègent la membrane cellulaire des spermatozoïdes et diminuent leur mouvement (mobilité et motilité) et leur capacité à fertiliser l'ovule.

Avantages

Elles sont efficaces immédiatement (mousse ou crème) et d'utilisation facile. Elles n'interfèrent pas avec l'allaitement maternel et peuvent être utilisées comme appoint à d'autres méthodes. Les spermicides sont dénués d'effets secondaires systémiques, augmentent l'humidité (lubrification) pendant les rapports sexuels et protègent contre les ITG et les IST. Ils sont disponibles sans ordonnance et sans bilan médical.

Inconvénients

Pendant la première année d'utilisation, les spermicides sont modérément efficaces (3 à 21% de grossesse). Il est nécessaire de les appliquer 10 à 15 minutes avant d'avoir le rapport sexuel (tablette de mousse vaginale, suppositoire et film) et chaque application n'est efficace que pendant une à deux heures. Les produits doivent être disponibles avant chaque rapport sexuel.

Effets secondaires

Les effets secondaires sont une réaction de type irritation vaginale et pénienne, de sensation gênante de chaleur dans le vagin et de non fonte des tablettes et de mousse vaginale.

4.2.2. Le dispositif intra utérin (DIU) ou stérilet

Définition (15) :

Le DIU est un petit dispositif souple inséré dans la cavité utérine. Les nouveaux types sont faits en plastique et sont médicamenteux, libérant de petites quantités de cuivre et de progestatifs.

Types :

Il en existe deux :

. les DIU dits actifs, diffusant des hormones, du cuivre ou de l'argent dans la cavité utérine :

- Les DIU libérant du cuivre : Tcu 380 A, Nova T®, Multiload 375, Tcu220, Cooper T300 Multiload 250 au cuivre 200
- Les DIU libérant un progestatif : minera, levonova (LNG-20) ;

. les DIU dits inertes : Boucles de LIPPES, SAF. T.Coil.

Mode d'action (23) :

Le mode d'action est fonction du type de DIU.

Le DIU libérant le cuivre agit par des réactions enzymatiques, leucocytaires et macrophagiques sur l'endomètre empêchant la nidation. Il inhibe également les mouvements des spermatozoïdes dans le tractus génital de la femme.

Celui libérant un progestatif épaissit la glaire cervicale et entraîne une atrophie de l'endomètre.

Effets secondaires et complications (15) :

Quelques effets secondaires ont été observés chez certaines utilisatrices : métrorragies, anémie, dysménorrhées, perforation de la paroi de l'utérus.

Avantages (18) :

Le DIU est une méthode très efficace immédiatement et a un effet durable

(jusqu'à 10 ans avec Tcu 380A). Il ne gêne pas les rapports sexuels, n'affecte pas l'allaitement maternel, n'interagit pas avec les médicaments et entraîne le retour immédiat à la fécondité après le retrait. Il comporte peu d'effets secondaires et diminue les crampes menstruelles, les saignements menstruels

(libérant un progestatif).

Inconvénients (15) :

La pose de DIU entraîne :

. le changement menstruel (habituel durant les trois premiers mois mais il a tendance à diminuer après trois mois) : règles plus longues et plus abondantes (ménorragies) ; saignement ou saignotement entre les règles (métrorragies) ; des crampes et des douleurs durant les règles (dysménorrhées) ;

. un risque de grossesse extra-utérine (GEU) ;

. la sensation du fil par l'homme lors des rapports sexuels.

4.3. Méthodes chirurgicales

Elles sont irréversibles. Ce sont :

- La vasectomie chez l'homme ;

- La ligature des trompes et l'obstruction tubaire chez la femme.

4.3.1. La vasectomie (18) :

Définition :

La vasectomie est aussi appelée stérilisation masculine ou contraception masculine. C'est une procédure chirurgicale volontaire pour mettre fin, de

manière permanente, à la fécondité chez l'homme par section des canaux déférents.

Types :

On distingue la méthode standard incisionnelle (1 ou 2 incisions) et la méthode sans bistouri, sans scalpel qui reste meilleure.

Mécanisme d'action :

En sectionnant les canaux déférents (conduits éjaculatoires) les spermatozoïdes ne sont plus présents dans le liquide éjaculé et ne peuvent féconder l'ovule.

Avantages :

C'est une méthode :

- très efficace ;
- permanente ;
- n'interfère pas avec les rapports sexuels ou la fonction sexuelle ;
- bonne pour les couples si la grossesse ou l'occlusion des trompes causerait un grave problème de santé pour la femme ;
- faite sous anesthésie locale.

Inconvénients :

Quelques inconvénients ont été signalés :

- le regret du client plus tard car méthode permanente et irréversible ;
- efficacité retardée (demande du temps jusqu'à 20 éjaculations) ;
- la nécessité de l'assistance d'un médecin formé ;
- la non protection contre les ITG et autres maladies (VHB, VIH/SIDA).

Complications :

L'infection de la petite plaie et l'hématome du scrotum sont les complications retrouvées.

4.3.2. La ligature des trompes (15)

Encore appelée contraception chirurgicale volontaire (CCV) ou Minilap, la ligature des trompes est une procédure chirurgicale volontaire pour mettre fin de manière permanente, définitive à la fécondité chez la femme sans toutefois perturber sa sexualité ou la fonction hormonale. C'est une contraception par mini laparotomie ou laparoscopie.

Mécanisme d'action :

L'occlusion des trompes par ligature, section, anneaux, électro cautérisation ou clips, empêche la rencontre entre les spermatozoïdes et l'ovule et, de ce fait, empêche la fécondation.

Avantages :

La ligature des trompes est très efficace (0,2 à 0,4 grossesse pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation) et permanente, efficace immédiatement. Elle n'affecte pas l'allaitement maternel, n'interfère pas avec les rapports sexuels et n'a pas d'effets secondaires à long terme.

C'est une intervention chirurgicale simple généralement faite sous anesthésie locale.

Inconvénients :

Les inconvénients sont dus à l'irréversibilité de la méthode, à la nécessité d'un acte chirurgical par un personnel qualifié et d'une laparoscopie. Elle comporte aussi des risques de complication à l'opération (infection ou saignement au niveau du site de l'incision, infection ou saignement interne, lésions d'organes

internes, risque d'anesthésie). Enfin elle ne protège pas contre les ITG et IST/SIDA.

4.3.3. L'obstruction tubaire

Elle se fait par l'introduction de dispositif ou de colles synthétiques dans les trompes en utilisant la cavité utérine comme voie d'accès opératoire.

4.4. Contraception naturelle

4.4.1. Définition

Les méthodes naturelles comprennent l'ensemble des méthodes basées sur la capacité du couple à identifier la phase fertile au cours de chaque cycle menstruel et à s'abstenir de rapports sexuels durant cette période ou à l'utiliser pour concevoir.

4.4.2. Les différentes méthodes

Ce sont :

- la méthode du calendrier ;
- la méthode de la température basale du corps (TBC) ;
- la méthode de la glaire cervicale ;
- la méthode sympto-thermique,
- la méthode d'auto observation ;
- la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ;
- la méthode du collier ou méthode des jours fixes.

NB : il est important d'expliquer à la patiente que les rapports sexuels sont à éviter pendant la phase du cycle menstruel où la conception est la plus probable.

4.4.2.1. La méthode du calendrier (15) :

La méthode du calendrier est une méthode contraceptive permettant de déterminer les périodes fertiles à partir d'un calcul fait sur les cycles menstruels précédents. Il faut avoir noté au moins six (06) cycles consécutifs pour pouvoir déterminer la période féconde. La femme doit soustraire 18 de la durée du cycle le plus court qu'elle a enregistré, elle obtient ainsi l'estimation du 1er jour de sa période féconde. Le couple évite les rapports sexuels, emploie une méthode mécanique ou a recours au retrait pendant la période féconde.

Exemple : si les cycles enregistrés varient de 26 à 32 jours ;

. $28 - 18 = 8$, elle commence à éviter les rapports non protégés le 8ème jour.

. $32 - 11 = 21$, elle peut avoir de nouveau des rapports sexuels non protégés après le 21ème jour.

4.4.2.2. La méthode de la température basale du corps

Elle repose sur l'augmentation de la température corporelle observée après l'ovulation. Son principe est que la température doit être prise tous les jours à la même heure avant la levée du lit, avec toujours le même thermomètre et la même voie de prise (buccale, rectale ou vaginale). Aussi la femme doit savoir comment lire le thermomètre et consigner sa température sur un graphique spécial. Elle doit également savoir que sa température augmente de

$0,2^{\circ}\text{C}$ à $0,5^{\circ}\text{C}$ au moment de l'ovulation. La femme doit alors s'abstenir de rapport sexuel à compter du 1er jour des règles des règles jusqu'à ce que sa température dépasse sa température ordinaire et reste à ce niveau pendant trois jours consécutifs entiers, cela correspond à la fin de l'ovulation.

Certains facteurs ont une influence sur la courbe thermique :

- la prise de la température à des heures variées et quand les conditions ne sont pas respectées ;
- toute maladie pouvant occasionner une fièvre ;
- le changement d'environnement ;
- la mauvaise nuit, le stress, l'insomnie ;
- la prise d'alcool.

4.4.2.3. La méthode de la glaire cervicale : méthode billings

Elle est basée sur l'observation et l'interprétation des changements cycliques de la glaire cervicale se produisant sous l'influence des variations des hormones. La cliente doit être informée sur les périodes sèches et humides de son cycle. La période sèche est inféconde. La période humide est féconde, c'est la période à laquelle la femme observe des sécrétions glissantes, humides ou étirables.

4.4.2.4. La méthode sympto-thermique

C'est l'association de la méthode thermique et de celle de la glaire cervicale.

4.4.2.5. La méthode d'auto-observation (MAO)

La méthode d'auto-évaluation est acceptée par l'islam et le christianisme.

Elle intervient dans le traitement de l'infertilité, permet le retour à la fécondité immédiate et la connaissance du système reproducteur féminin par le couple.

Elle n'a pas d'effets secondaires locaux et systémiques et son coût est presque nul. Une fois que la méthode est maîtrisée, il n'y a plus nécessité d'une assistance de prestataires.

C'est une méthode dont l'efficacité moindre, nécessite une période d'apprentissage, une observation et d'un enregistrement quotidien de signes de

fécondité. La période d'abstinence parfois longue, la glaire ovulatoire difficile à discerner en présence d'infection et la modification de la courbe thermique par certains partenaires. Elle ne protège pas contre les infections du tractus génital et est difficile d'utilisation chez les femmes ayant un cycle menstruel irrégulier.

4.4.2.6. La méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée

(MAMA) (24) :

Définition :

C'est une méthode de contraception qui repose sur l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois du post-partum.

Elle est basée sur l'effet physiologique de l'allaitement dans la suppression de l'ovulation. Elle utilise l'infécondité temporaire au moment de l'allaitement maternel.

Mécanisme d'action (25) :

La succion du mamelon par le bébé stimule l'hypophyse qui produit la prolactine ; celle-ci agit sur les ovaires et entraîne un blocage de l'ovulation.

Avantages (26) :

En plus des avantages contraceptifs, elle a des avantages pour l'enfant, la mère et la société.

Pour la mère, elle permet une meilleure involution utérine, un établissement de liens solides entre la mère et l'enfant et a un avantage contraceptif. En plus, le risque de cancer du sein et des ovaires est amoindri.

Pour l'enfant, elle permet la protection contre les infections et les allergies et assure un meilleur développement psychomoteur, affectif et social.

Pour la société, elle a un avantage économique.

Inconvénients :

L'efficacité de la MAMA après six mois est incertaine ; certaines circonstances sociales peuvent réduire son efficacité et/ou la rendre difficile.

Elle n'assure aucune protection contre les MST/SIDA.

4.4.2.7. La méthode du collier ou méthodes des jours fixes (MJF) (27) :

Définition :

C'est une méthode naturelle qui consiste à éviter les rapports sexuels pendant la période féconde. Il s'agit d'un collier qui comporte 32 perles faites de trois couleurs (rouge, blanc, marron), chacune représentant un jour du cycle menstruel de la femme. Un anneau en caoutchouc que l'on peut déplacer indique chaque jour du cycle ; un cylindre avec une flèche montre la direction dans laquelle l'anneau doit être déplacé (28).

Mode d'action :

Elle repose sur des faits physiologiques, à savoir la période féconde d'une femme commence 5 jours avant l'ovulation et dure jusqu'au jour de l'ovulation inclus. Les rapports sexuels sont à éviter pendant la période féconde qui s'étend du 8ème jour au 19ème jour du cycle menstruel.

Avantages :

Si elle est correctement utilisée (29), la MJF est efficace à plus de 95% pour prévenir la grossesse. Elle aide les femmes et les couples à éviter les grossesses non souhaitées car ils savent les jours où ils doivent éviter les rapports sexuels non protégés. Aussi, identifie-t-elle les jours 8 à 19 du cycle menstruel comme jours féconds, jours pendant lesquels une grossesse est très probable. C'est une méthode simple, facile à enseigner, à apprendre et à utiliser.

Elle a un faible coût et ne demande pas de prise de médicaments ou d'intervention chirurgicale. Enfin, elle n'a pas d'effets secondaires.

Inconvénients :

Elle n'assure aucune protection contre les IST/SIDA. Ainsi si l'un des partenaires au sein du couple court le risque de contracter une IST, la méthode n'est plus indiquée.

4.4.3. Autres méthodes naturelles

- Le coït interrompu ou retrait

C'est une méthode de PF traditionnelle où l'homme retire entièrement son pénis du vagin de la femme avant d'éjaculer. Par conséquent, les spermatozoïdes n'entrent pas dans le vagin et la fécondation est évitée. C'est une méthode qui n'a pas de coût, qui peut diminuer le plaisir sexuel et ne protège pas contre les ITG ou autres MST.

- Le coït inter fémoral
- L'abstinence
- La douche vaginale

4.5. Méthodes traditionnelles

On se sert dans le monde entier d'un grand nombre de plantes et d'autres substances pour empêcher la conception. Bien que nous commençons, à l'heure actuelle, à réaliser l'ampleur de l'utilisation des méthodes traditionnelles de conception, il reste encore à déterminer l'efficacité de certaines méthodes.

Le fait que ces méthodes soient si utilisées prouve que les gens se sentent capables de régler leur fécondité et qu'ils ont, depuis longtemps, découvert les avantages de cette régulation. La vitesse à laquelle la modernisation, l'urbanisation et les changements sociaux se sont produits en Afrique, fait qu'il est difficile de comprendre la manière dont les méthodes traditionnelles courantes de régulation de la fécondité sont encore utilisées.

Les plantes et autres substances

D'autres pratiques sont aussi utilisées :

- le Tafo : ceinture magique à multiples noeuds produite par le marabout. Elle aurait un pouvoir contraceptif de durée illimitée tant qu'elle est portée ou de durée liée au nombre de noeuds ;
- la toile d'araignée : dispositif opaque issu du tissage de l'araignée, que les femmes enduisent de beurre de karité pour obstruer le col .

5. Prévalence contraceptive

Les services de planification familiale en général, la contraception en particulier, sont reconnus aujourd'hui comme étant une intervention pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

L'indicateur en matière de contraception est la prévalence contraceptive.

Selon l'OMS, la prévalence contraceptive se définit comme étant le rapport du nombre d'utilisatrices de méthodes contraceptives avec le nombre de femmes en âge de procréer.

Une analyse récente des données a mis en évidence l'écart très important qui existe entre les riches et les pauvres au niveau de plusieurs indicateurs de santé, notamment dans les domaines de la fécondité et de la contraception(30).

Dans certaines régions du monde le taux de prévalence contraceptive est élevé, Asie du sud-est 51%, Océanie 57%, Amérique latine 68%, Europe occidentale 71%, Amérique du Nord 72%. L'Afrique est en marge de ce progrès où la prévalence varie d'un pays à l'autre: 55% en Afrique du Sud, 46% au cap vert, 19% au Ghana, inférieur à 10% dans les autres pays (31).

Mais en Afrique de l'ouest, on enregistre les taux de couverture les plus bas au monde. Ainsi seules 8% des femmes en âge de procréer vivant en union utilisent une méthode contraceptive moderne dans cette zone

. Le Mali et le Niger enregistre les plus faibles taux avec respectivement 6 et 4%(32).

Ce faible taux de façon générale en Afrique de l'ouest traduit l'existence d'un fossé important entre les services de contraception actuellement offerts et les besoins réels de la population. Cette situation, non corrigée, induira forcément des conséquences négatives, sur le plan sanitaire et économique.

Au Burkina Faso, le taux de prévalence contraceptive a connu une nette amélioration à partir de 2005. Elle est passée de 22,8% en 2005 à 25,7% en 2007 (33) puis à 26,6% en 2009 (34). Cette évolution s'explique par les efforts déployés ces dernières années pour le repositionnement de la planification familiale dans ce pays.

OBJECTIFS

III. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Objectif général :

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des étudiants résidents au campus de la FAST en matière de PF.

2. Objectifs spécifiques :

- 2.1 Estimer le niveau de connaissance des étudiants résidents du campus universitaire de la FAST en matière de PF ;
- 2.2 Identifier leur principale source d'information ;
- 2.3 Identifier les facteurs influençant l'utilisation des méthodes contraceptives par les étudiants ;
- 2.4 Estimer les besoins non satisfaits en matière de PF chez les étudiants.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE :

1. Cadre de l'étude :

1.1 Mali :

Le Mali, pays continental de l'Afrique sub-saharienne a une superficie de 1.248.574 km². Le territoire est reparti en huit (8) régions administratives et le district de Bamako. A la faveur de la décentralisation, sept cent trois (703) communes ont été créées, dont 684 rurales et 19 urbaines(35) .

La population était estimée en 2009 à 14.517.176 habitants dont 49,60% d'hommes et 50,40% de femmes. Elle est relativement jeune avec 46,06% de moins de 15ans et 42,92% entre 15 et 49 ans. L'indice de fécondité est passé de 6,8 en 2001 à 6,6 enfants par femme en âge de procréer en 2006.

L'économie reste dominée par le secteur primaire (agriculture, élevage, pêche) qui représente 44,5% du produit intérieur brut (PIB). La proportion d'individus en dessous du seuil de pauvreté est passée de 64% en 2001 à 58% en 2006(35).

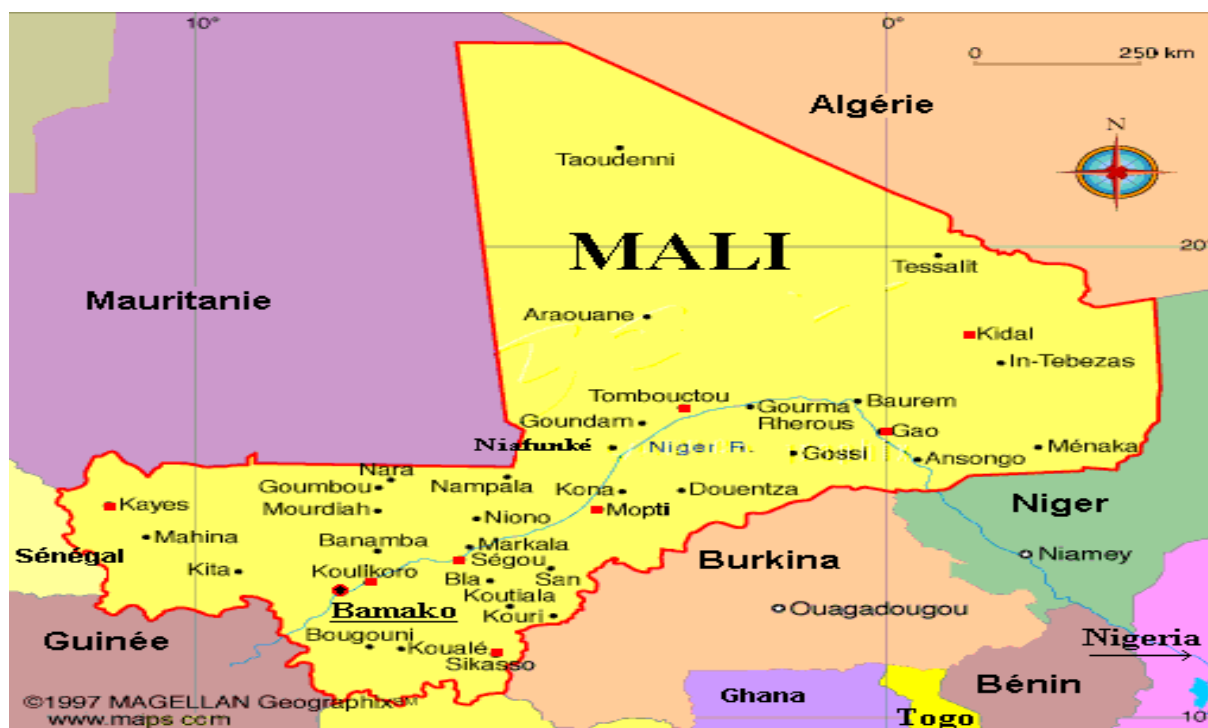


Figure1 : Carte du Mali (www.Google.com)

1.2. Le district de Bamako

Capitale du Mali, la ville de Bamako a une population de 1.290696 habitants (35) en 2006. Cette population, provenant essentiellement de zones rurales du pays. Bamako est subdivisée en six communes dont la plus vaste est la commune VI.

1.3. Système Educatif

Depuis 1996, le Mali s'est engagé dans la refondation de son système éducatif. Avec l'appui de ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF), le gouvernement a élaboré et validé un Programme de Développement Décennal de l'Education (PRODEC) adopté le 13 mai 1998. Le secteur de l'Education comprend les composantes suivantes(36) :

Composante 1 : Education de Base,

Composante 2 : Enseignement Secondaire Général,



Composante 3 : Enseignement Technique et Professionnelle,

Composante 4 : Formation Professionnelle,

Composante 5 : Enseignement Supérieur,

Composante 6 : Recherche Scientifique.

1.4. Les Universités

1.4.1-Données démographiques

L'enseignement supérieur se caractérise par des effectifs qui ont connu ces dernières années, une croissance exponentielle sans commune mesure avec les capacités de l'Etat. Alors que le Programme d'Investissement Sectoriel de l'Education dans sa deuxième phase (PISE II) prévoyait un taux de croissance de 10,2 %, déjà en 2005-2006, on constatait un taux de croissance de 23,4 %. A l'ouverture de l'université en 1996, l'effectif était estimé à 10.774 étudiants contre environ 100.000 en 2013-2014. Cet effectif est réparti dans cinq(5) Universités, deux grandes écoles, et deux instituts(36).

1.4.2-Situation sanitaire

La demande socio-sanitaire des étudiants dépasse largement les services offerts. En effet, les infirmeries des grandes écoles au nombre de trois, créées avant l'avènement de l'université, ne fonctionnent pratiquement pas. Il n'existe pas de structures de santé au niveau des facultés de l'université. Au niveau des infirmeries existantes on constate : des locaux vétustes, une insuffisance en matériels, un personnel insuffisant en qualité et en quantité et instable en raison l'absence de formation continue, de plan de carrière et de motivation.

1.4.3.Les résidences universitaires :

L'étude a été faite au campus d'un établissement universitaire du district de Bamako. La faculté des sciences et techniques (FAST) de Bamako, qui a une capacité d'accueil de 1040 étudiants répartis comme suit : capacité d'accueil pour les garçons 704, capacité d'accueil pour les filles 320 et capacité d'accueil

pour la chambre des handicapés 16(36). Nous constatons un taux très élevé de pratique de la sexualité comme activité majeure au campus ce qui augmente considérablement le risque de transmission du VIH /SIDA et les autres MST.

2. Type et Période de l'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive permettant d'étudier la connaissance des étudiants résidents au campus universitaire de la FAST en matière de planification familiale. Elle a été menée au cours de la période allant du 01 Octobre 2013 au 31 Mars 2014.

3. Population d'étude :

La population d'étude était constituée par les étudiants inscrits dans les différentes facultés de l'université de Bamako, et résidents au campus universitaire de la FAST, au cours de l'année académique 2013-2014.

3.1. Taille de l'échantillon :

Selon l'EDSIV en 2006 la prévalence contraceptive au Mali est de 7%. La prévalence contraceptive en milieu étudiant n'étant pas connue, nous avons posé l'hypothèse que cette prévalence est égale à 7% avec un degré de précision de 5%, de même que le risque d'erreur. Ainsi nous avons calculé la taille minimale de l'échantillon par la formule de détermination de la taille minimale de l'échantillon.

n : la taille de l'échantillon

$$Z_{\alpha}^2 pq$$

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 pq}{I^2}$$

$$I^2$$

Z = valeur dépendante du risque d'erreur α

Nous avons pris $\alpha = 0,05 = 5\%$ donc $Z = 1,96 \approx 2$

P= Prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

$$P+q = 1 \text{ donc } q = 1-p$$

P = 7% selon une étude menée par EDS I V en 2006(37).

Nous avons voulu une précision de 5%.

$$I = 5\%$$

$$Z_{\alpha^2} p.q \quad (2)^2 \times 0,07 \times 0,93$$

$$n = \frac{\quad}{I^2} = \frac{\quad}{(0,05)^2} \quad \text{Donc} \quad n = 104,16$$

La taille estimée de l'échantillon est de 110 étudiants

3.2.Déroulement de l'enquête :

La collecte des données a débuté après une autorisation d'enquête obtenue auprès du CENOU.

Les données ont été collectées à l'aide de questionnaires écrits et anonymes, administrés par quatre (4) enquêteurs (étudiant de 5^{ème} et 6^{ème} année de médecine) après un pré-test effectué sur vingt cinq étudiants. Ce test à permis d'améliorer certaines parties du questionnaire.

Les enquêteurs ont reçu au préalable une formation leur permettant de répondre aux inquiétudes et aux questions des étudiants. Après avoir informé les étudiants des objectifs de l'étude, et leur assuré de la préservation de l'anonymat et de la confidentialité, les questionnaires leur ont été administrés. Ils ont été remplis par les étudiants eux-mêmes puis récupérés sur place par les enquêteurs.

3.3. Base de sondage :

Elle est constituée de la liste exhaustive validée par le CENOU des étudiants inscrits au campus universitaire de la FAST, au cours de l'année universitaire 2013-2014.

3.4. Critères d'inclusion :

Sont inclus : les étudiants résident au campus et ayant donné leur consentement à participer à l'étude.

3.5. Critères de non inclusion :

Ne sont pas inclus :

Les étudiants non résidents au campus et ceux dont le consentement n'est pas obtenu et ceux qui ont abandonnés l'étude.

4. Variable à recueillir :

Nous avons utilisés comme variables:

-Facteurs socio-culturels : coutume, religion, croyance, niveau d'instruction

-Facteurs démographiques : l'âge, situation matrimoniale,

Facteurs socio-économiques : Accessibilité financière, revenu du couple

-Facteurs comportementaux : perception, connaissances, satisfaction, relation interpersonnelle

-Facteurs liés au système de santé : Accueil, compétence des prestataires, disponibilité des services, accessibilité aux services de PF.

5. Plan de collecte des données :

Le support de données a été un questionnaire administré à l'étudiant au moment de l'enquête.

Le questionnaire comportait quatre parties : l'identification de l'étudiant ; les connaissances ; attitudes et pratiques en matière de planification familiale.

Les connaissances, les attitudes et pratiques en matière de planification familiale: les informations des étudiants sur la planification familiale, leur façon d'agir par rapport à la planification familiale et leur utilisation des moyens contraceptifs, l'intérêt de la planification familiale.

La technique de la collecte de données à été une interview directe entre l'enquêteur et l'étudiant.

6. Analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur l'ordinateur à l'aide du logiciel Epi info dans sa version 3.5.2, Excel 2007 et Word 2007. Les résultats ont été présentés sous forme de graphique.

7. Considérations éthiques :

Notre étude à porté sur les étudiants des deux sexes et l'information recherchée était d'ordre intime et sentimental.

De ce fait les conditions de recueil et de conversation de l'information exigeaient le respect des principes fondamentaux des droits humains.

Il est important de noter que l'administration du questionnaire conçu dans le cadre de l'étude a été effectué avec le consentement de l'enquêté.

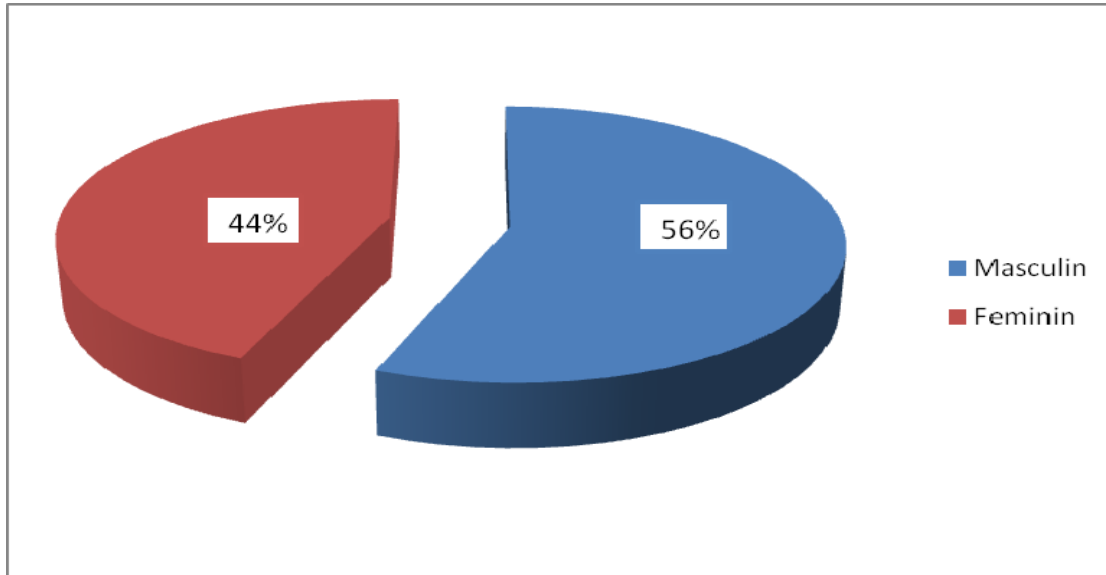
Les étudiants ont été informés des objectifs de l'étude et leur consentement éclairé verbal a été obtenu.

L'anonymat du questionnaire et la confidentialité des données recueillies ont té une garantie en retour.

RESULTATS

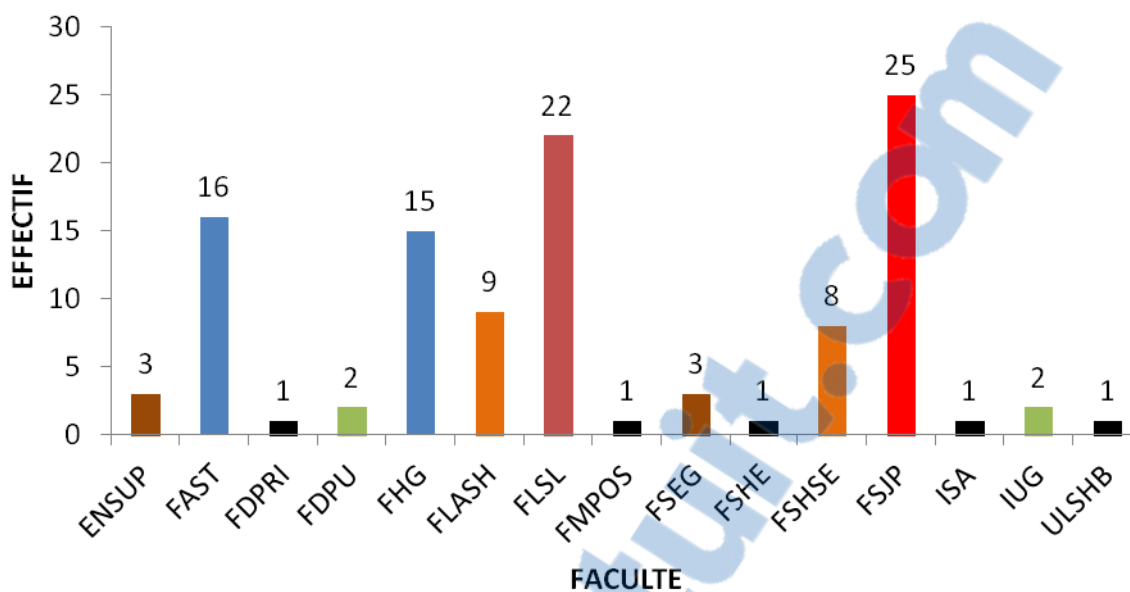
V. RESULTATS :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive menée auprès de 110 étudiants dont l'âge moyen était de 22 ans avec un sexe ratio de 1,27% ,au cours de la période allant du 01 Octobre 2013 au 31 Mars 2014.



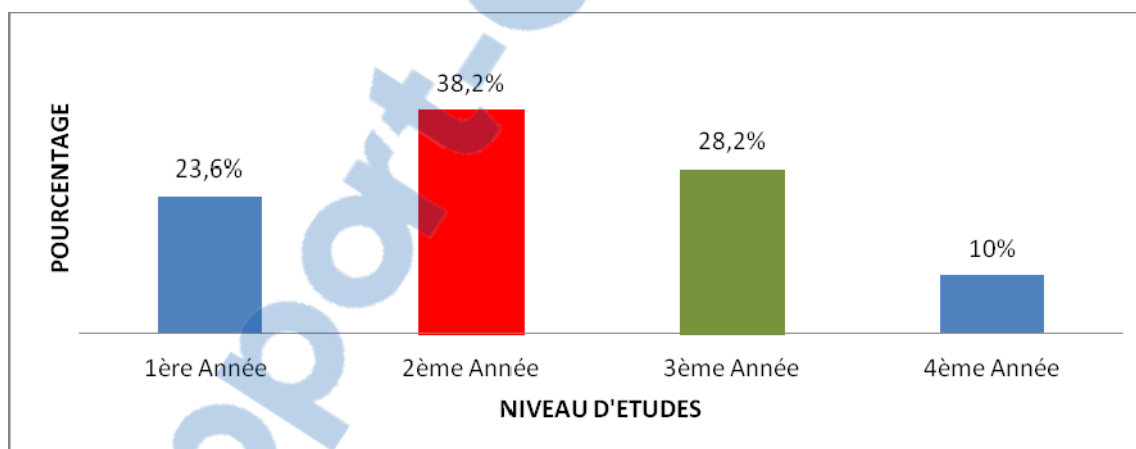
V.1: Figure 2 : Répartition de l'échantillon selon le sexe

Le sexe le plus représenté était le sexe masculin soit un taux de 56,4%.



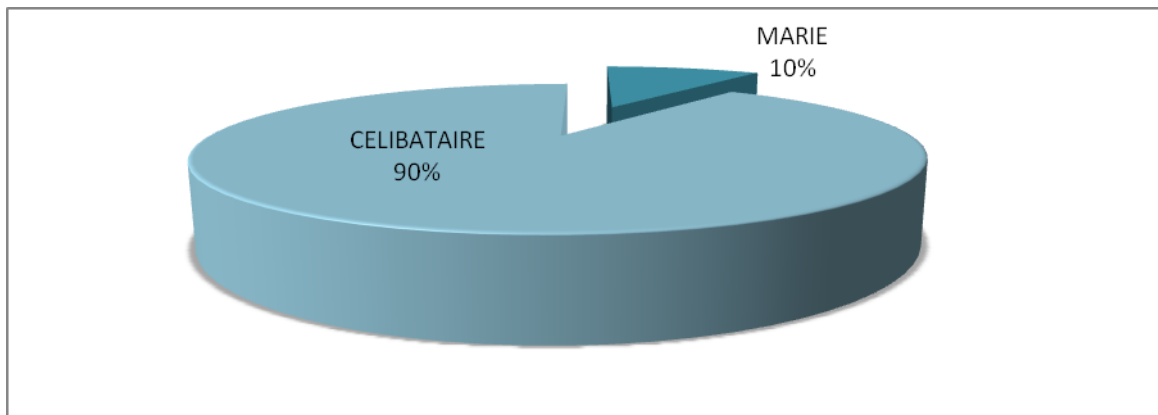
V.2: Figure 3 : Répartition de l'échantillon selon la faculté de l'étudiant

Les facultés de droit étaient les plus représentées soit un taux de 24,5% pour FDPU et 0,90% pour FDPRI



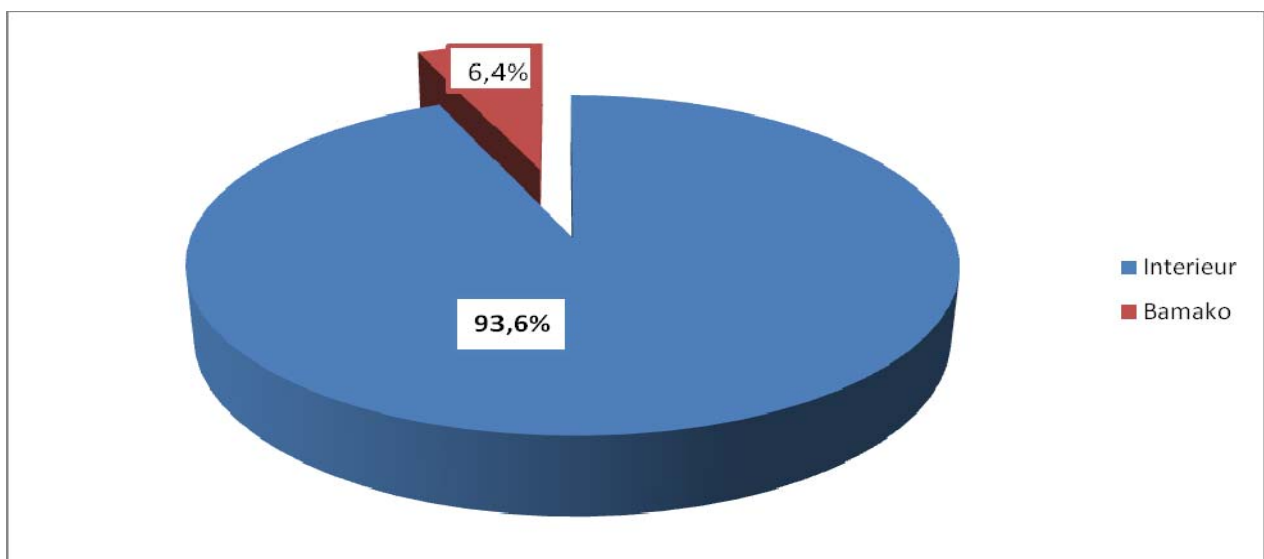
V.3: Figure 4 : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'études de l'étudiant

La majorité des étudiants inclus dans l'étude est inscrite en 2eme année soit un taux de 38,2%.



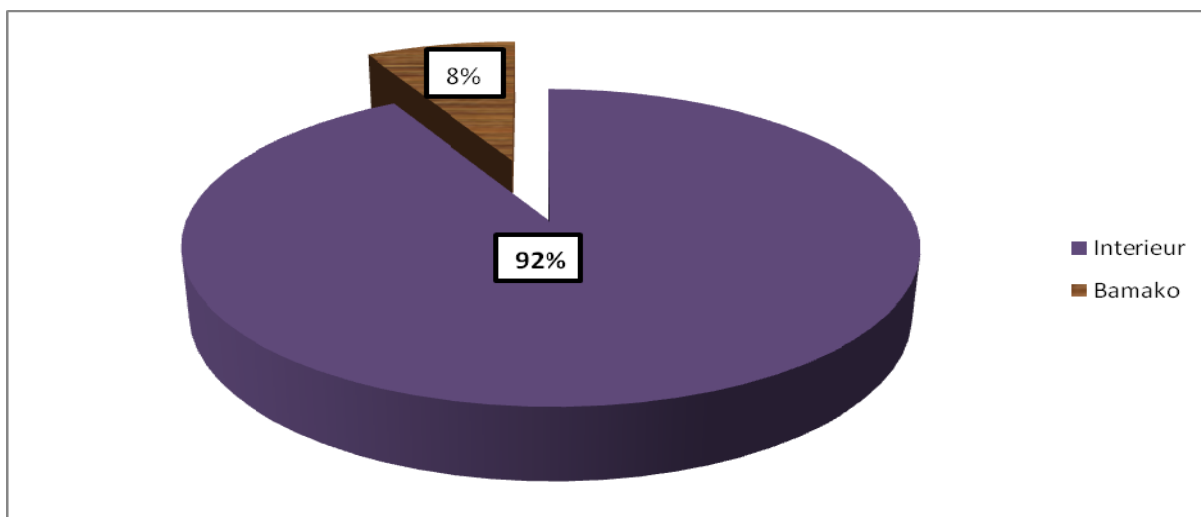
V.4: Figure 5 : Répartition de l'échantillon en fonction du statut marital de l'étudiant

Les mariés représentaient la plus petite couche soit un taux de 10%.



V.5: Figure6 : Répartition de l'échantillon selon le lieu d'obtention du bac

La plus part des étudiants ont eu leur baccalauréat à l'intérieur du pays soit un taux de 93,6%.



V.6: Figure 7: Répartition de l'échantillon selon la localité de résidence des parents de l'étudiant

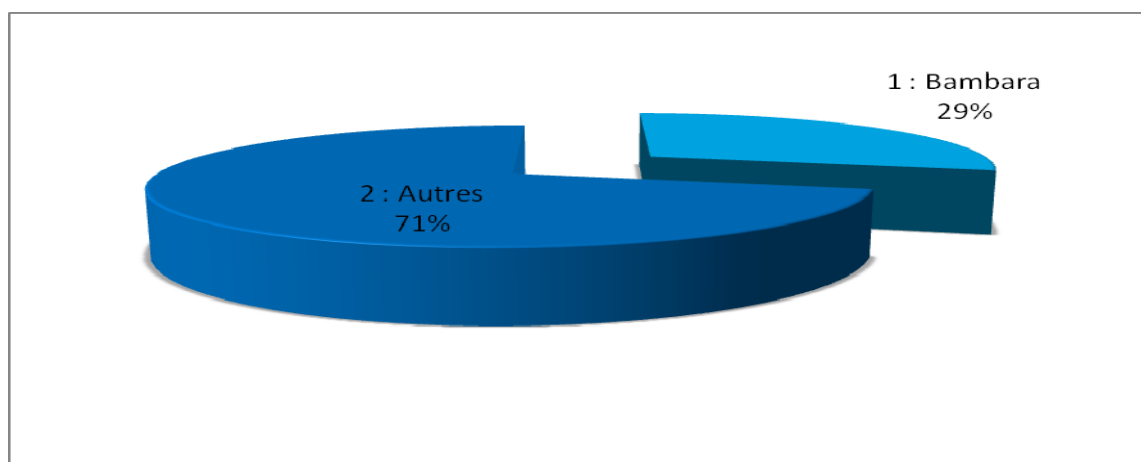
91,8% des étudiants avaient leurs parents qui résidaient à l'intérieur du pays.

V.7 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge

L'âge moyen est de 22 ans, l'âge minimum est de 18 ans et l'âge maximum est de 28 ans.

V.8 : Répartition de l'échantillon selon la nationalité des étudiants

Deux étudiants est de nationalité Ivoirienne dans notre échantillon.

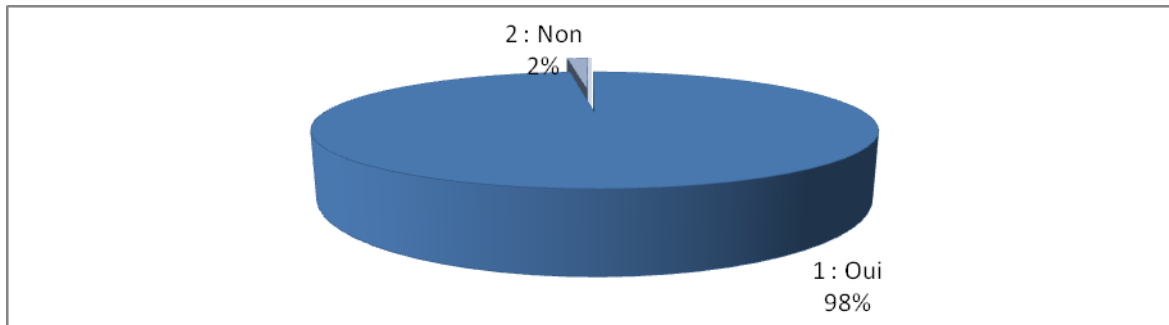


V.9: Figure 8 : Répartition de l'échantillon selon l'ethnie



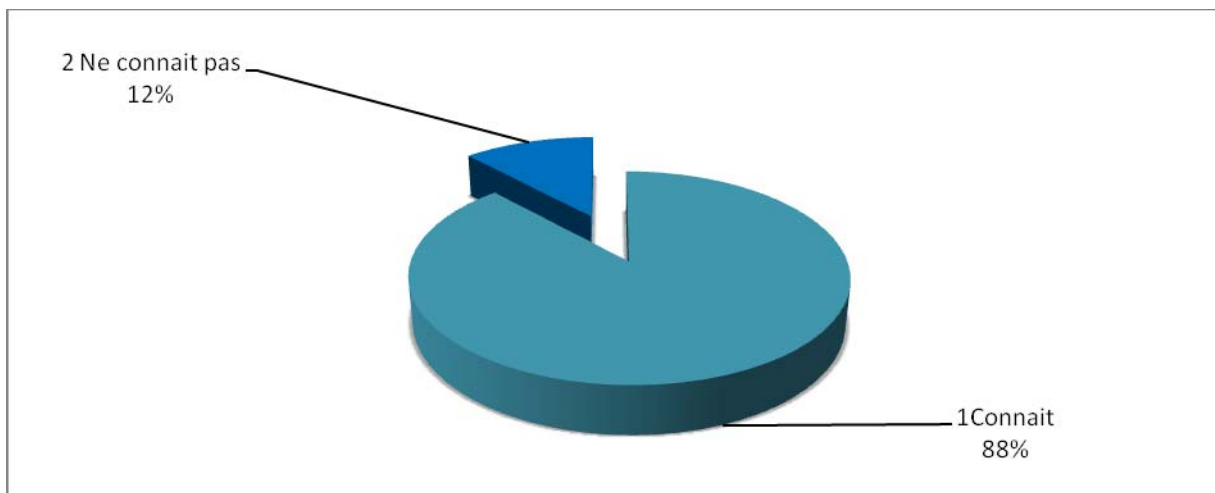
29,10% de notre échantillon était des bambaras et toutes les autres ethnies confondues représentaient 70,90%.

NB :autres ethnies :Peulh, Malinké, sonrhaï, kassouké, Dogon, Bozo, Maure, Bobo, Sarakolé.



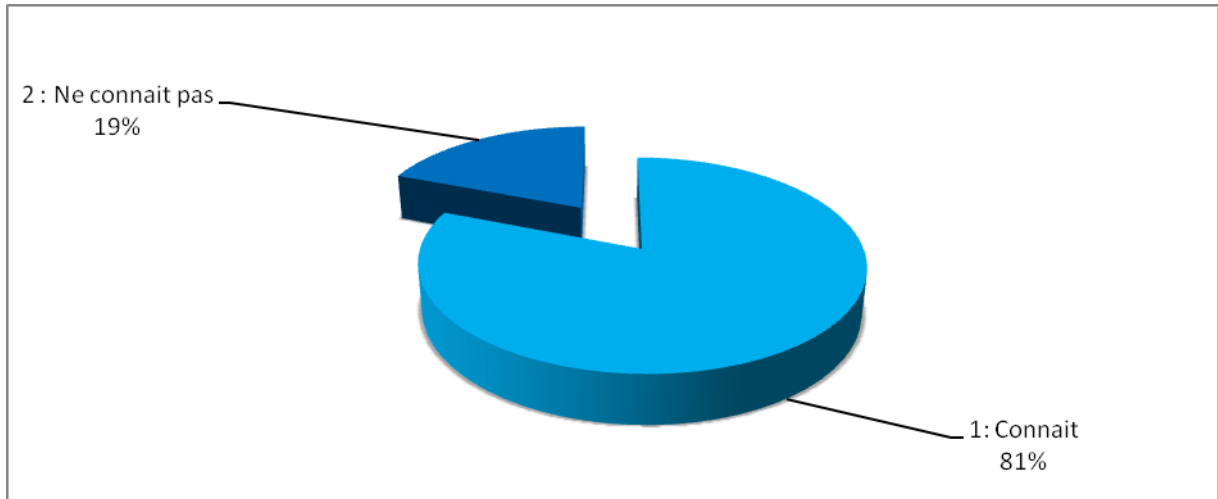
V.10: Figure9 : Répartition de l'échantillon selon ceux qui ont déjà entendu parler de la pf

98% des étudiants ont déjà entendu parler de la planification familiale.



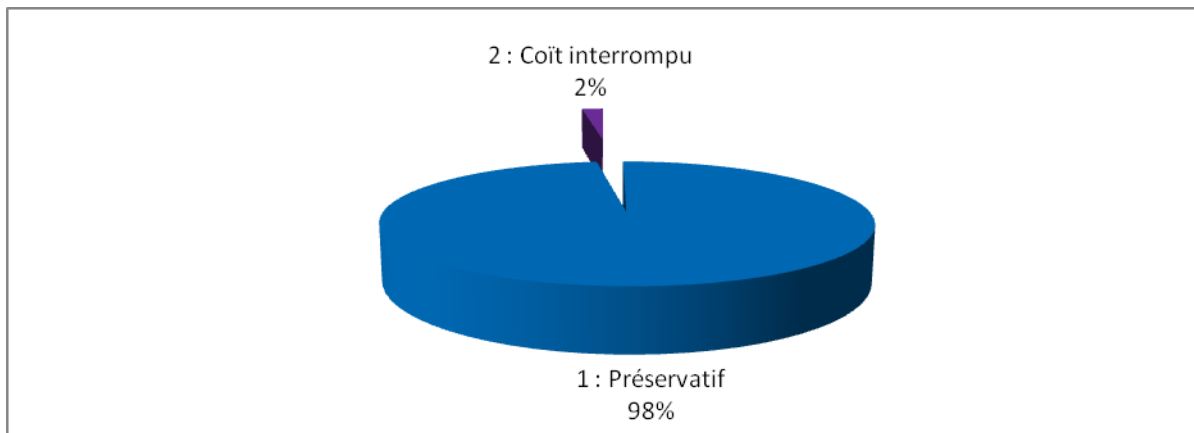
V.11: Figure 10 : Répartition de l'échantillon selon la connaissance des différentes méthodes de contraception chez l'homme

88% des étudiants connaissent au moins une méthode de contraception chez l'homme.



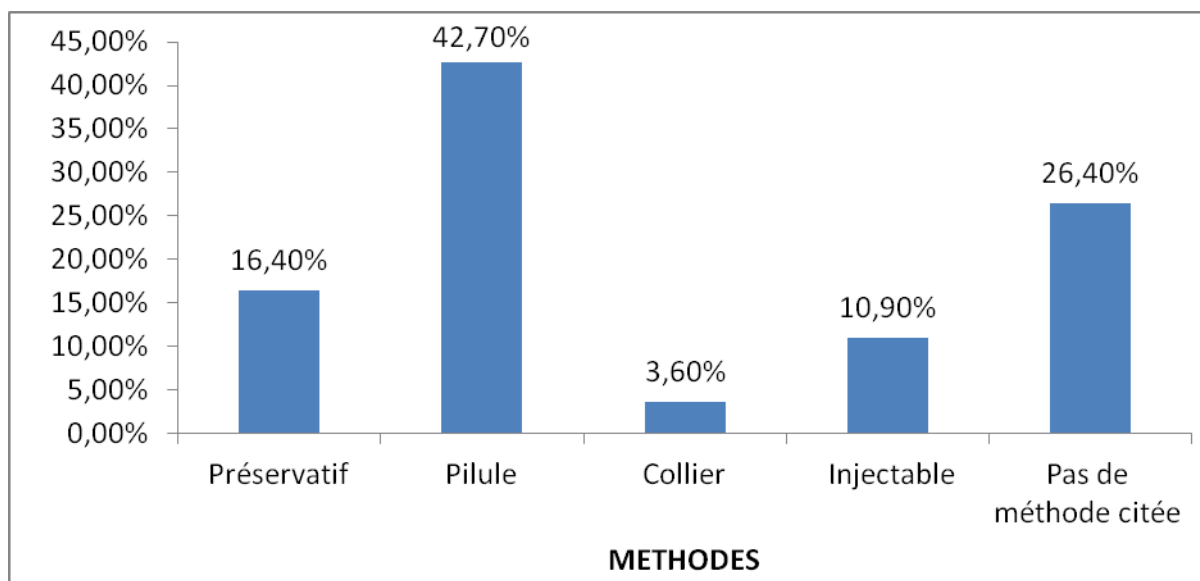
V.12: Figure11 : Répartition de l'échantillon selon la connaissance des différentes méthodes de contraception chez la femme

81% des étudiants connaissent au moins une méthode de contraception chez la femme



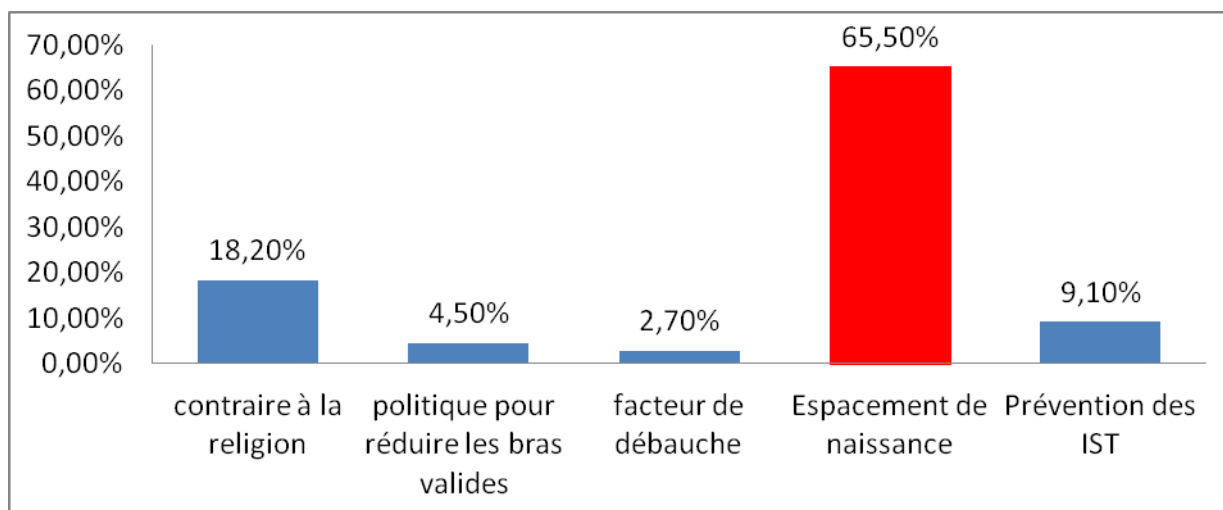
V.13: Figure 12 : Répartition de l'échantillon selon les méthodes de contraception citée chez l'homme.

98% des étudiants ont cité le préservatif.



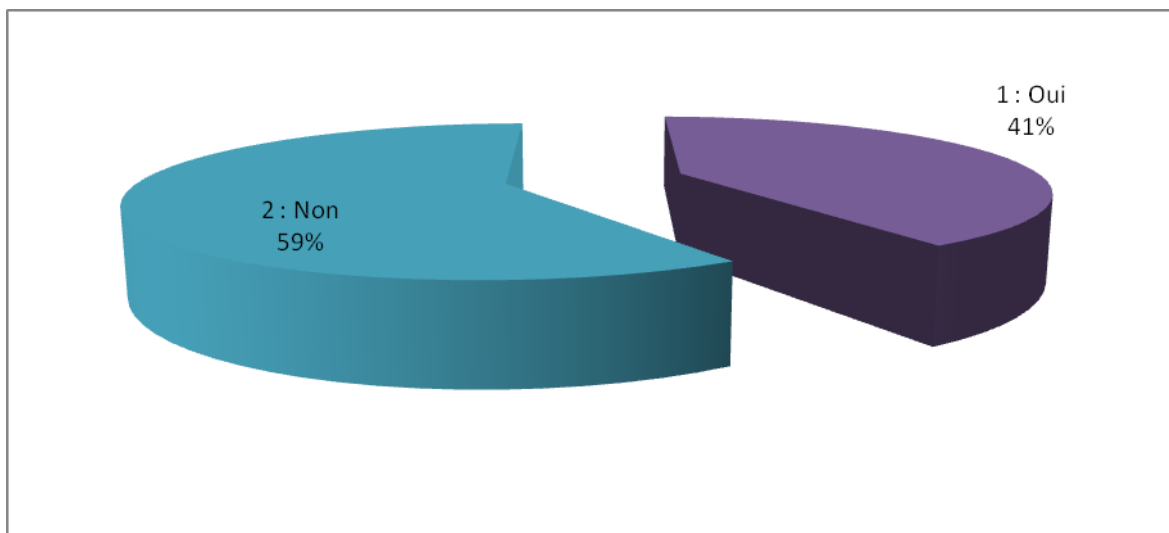
V.14: Figure 13 : Répartition de l'échantillon selon les méthodes de contraception citée chez la femme

La pilule est le plus souvent connue dans 42,7%.



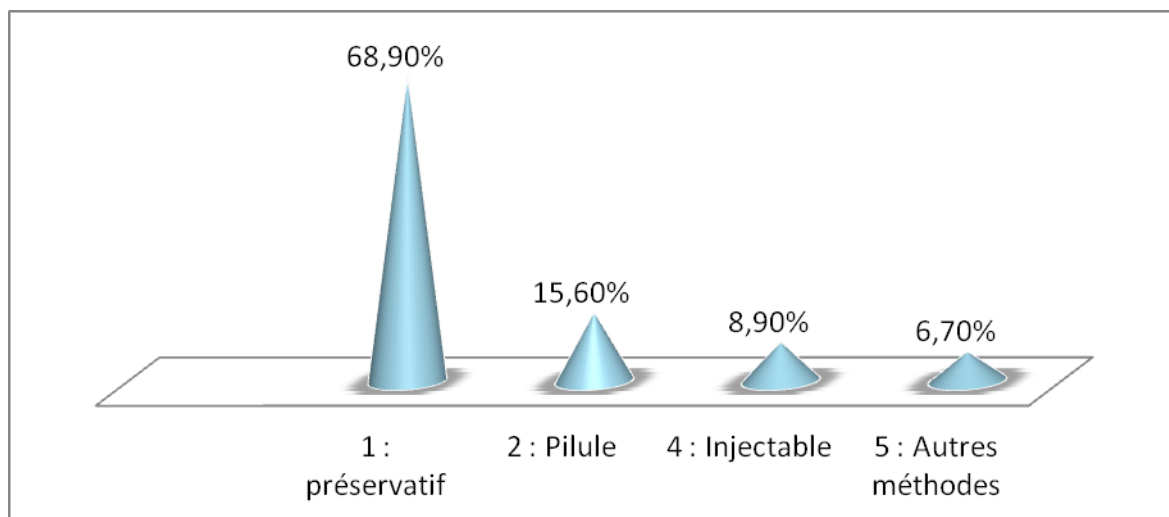
V.15: Figure 14 : Répartition de l'échantillon selon la perception des étudiants sur la PF

Une proportion non négligeable (18,20%) perçoit la pf comme une pratique contraire à la religion.



V.16: Figure 15 : Répartition de l'échantillon selon l'utilisation antérieure d'une méthode de contraception

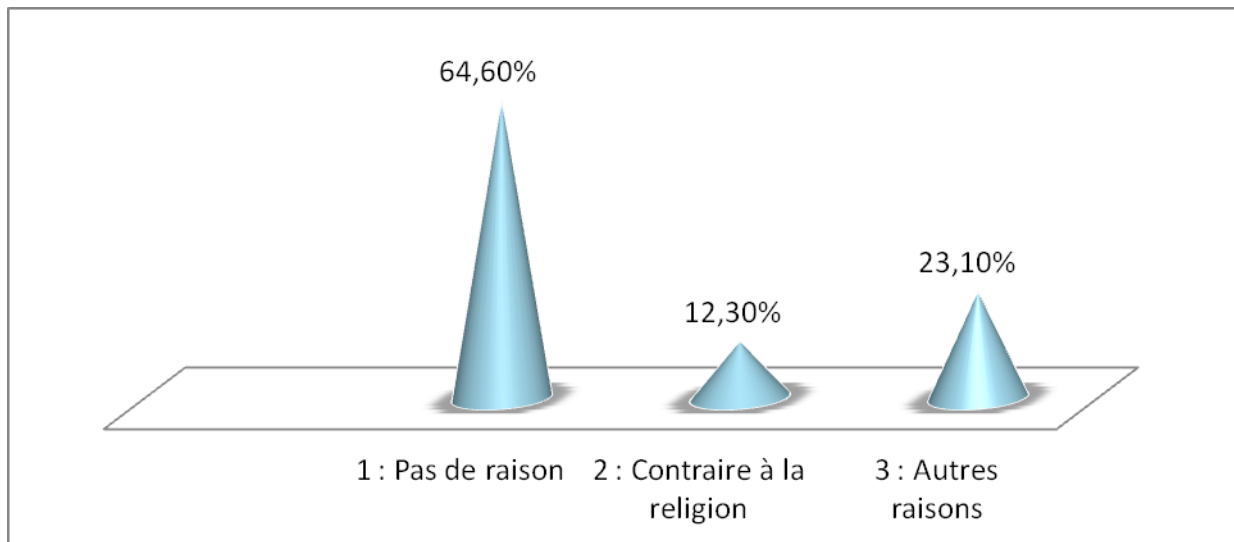
La majorité des étudiants n'avaient encore utilisé aucune méthode contraceptive au moment de l'enquête.



V.17: Figure16 : Répartition de l'échantillon selon les méthodes antérieurement utilisées

Le port du préservatif est la méthode contraceptive la plus utilisée.

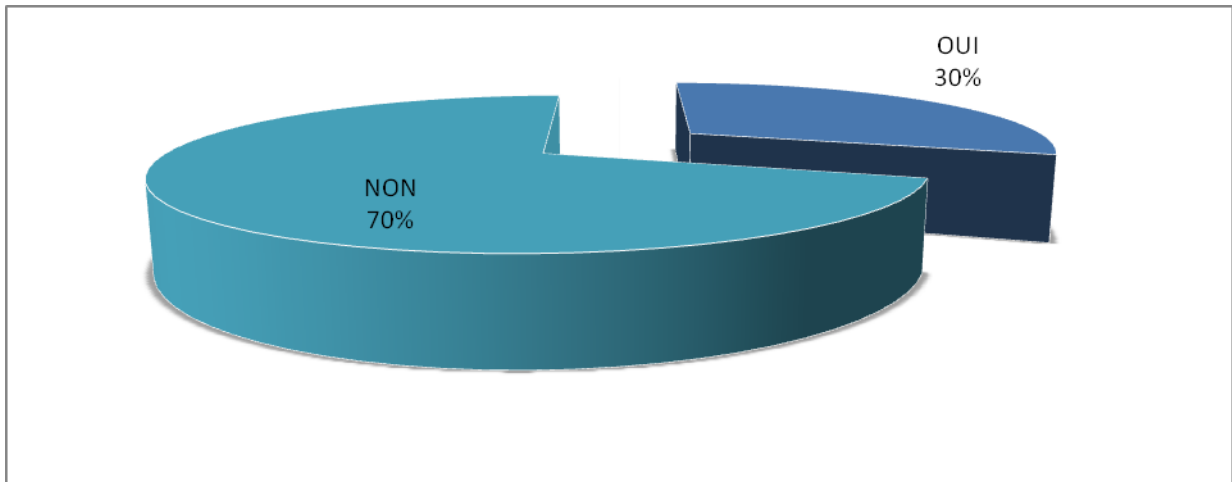
Autres méthodes : Implant, DIU, spermicide, diaphragme, cape cervicale, ligature de la trompe, vasectomie, coït interrompu, collier.



V.18: Figure 17 : Répartition de l'échantillon selon leur raison de non utilisation des méthodes contraceptives dans le passé

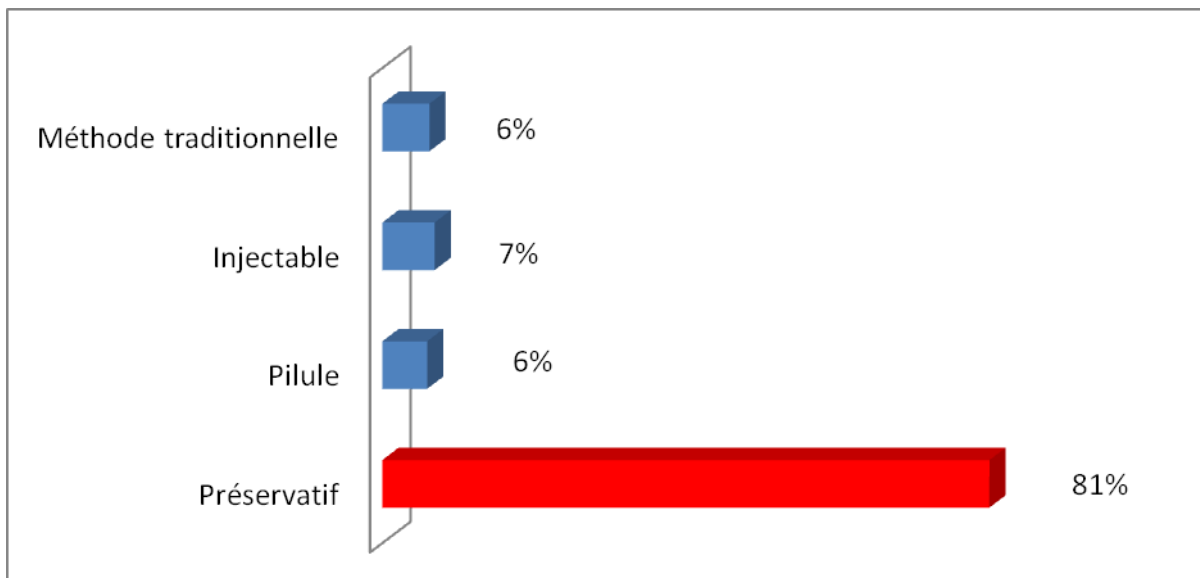
La majorité des étudiants qui n'utilise pas de méthode de contraception n'ont avancé aucune raison.

Autres raisons : Mari ou partenaire sexuel, coutume, problème financier, ami proche.



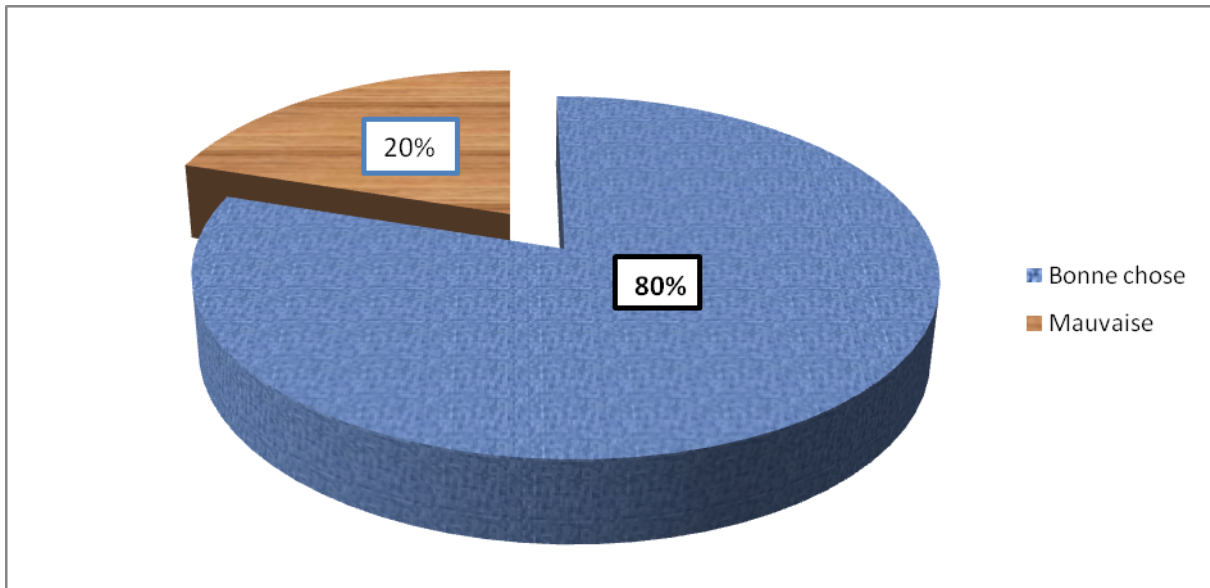
V.19: Figure 18 : Répartition de l'échantillon selon leur utilisation actuelle de la contraception

La majorité des étudiants n'utilise pas de méthode contraceptive.



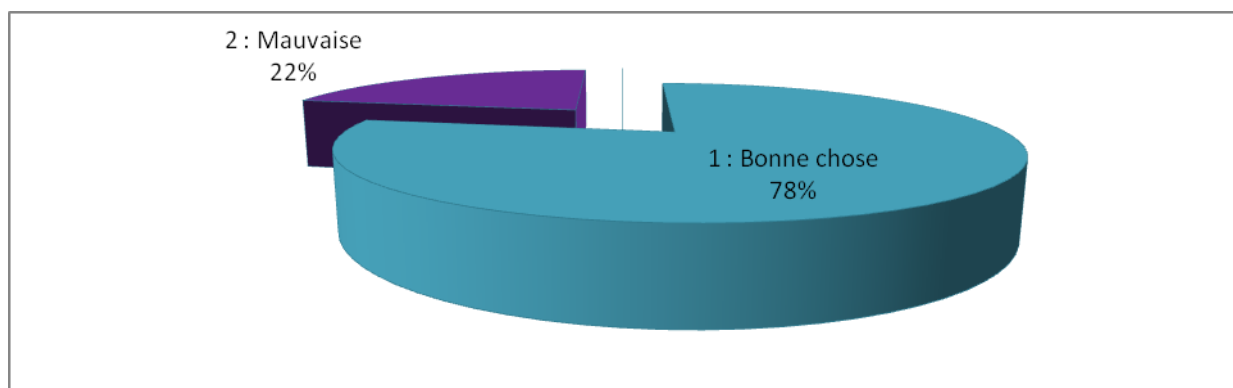
V.20: Figure 19 : Répartition de l'échantillon selon les méthodes de contraception utilisées actuellement

Le préservatif est plus utilisé.



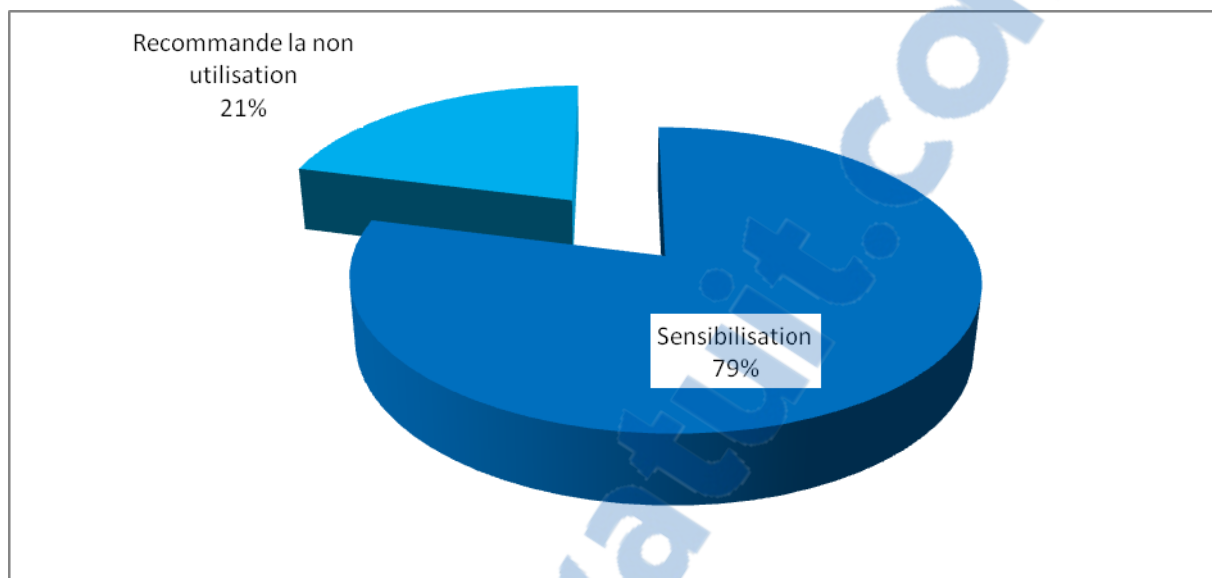
V.21: Figure 20 : Répartition de l'échantillon selon leur avis sur les femmes mariées qui utilisent les méthodes contraceptives

La majorité trouve qu'il s'agit d'une très bonne chose.



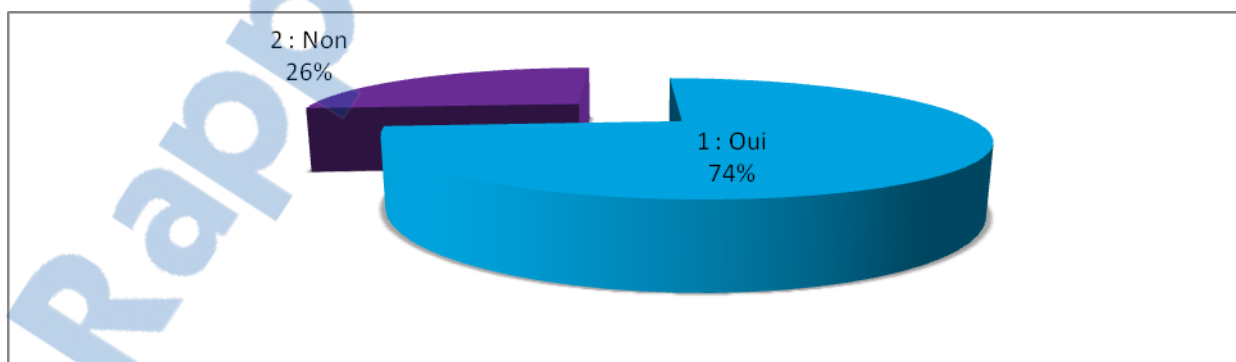
V.22: Figure 21 : Répartition de l'échantillon selon leur avis sur les jeunes filles célibataires qui utilisent les méthodes contraceptives.

Les étudiants dans une large proportion apprécient l'utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes filles.



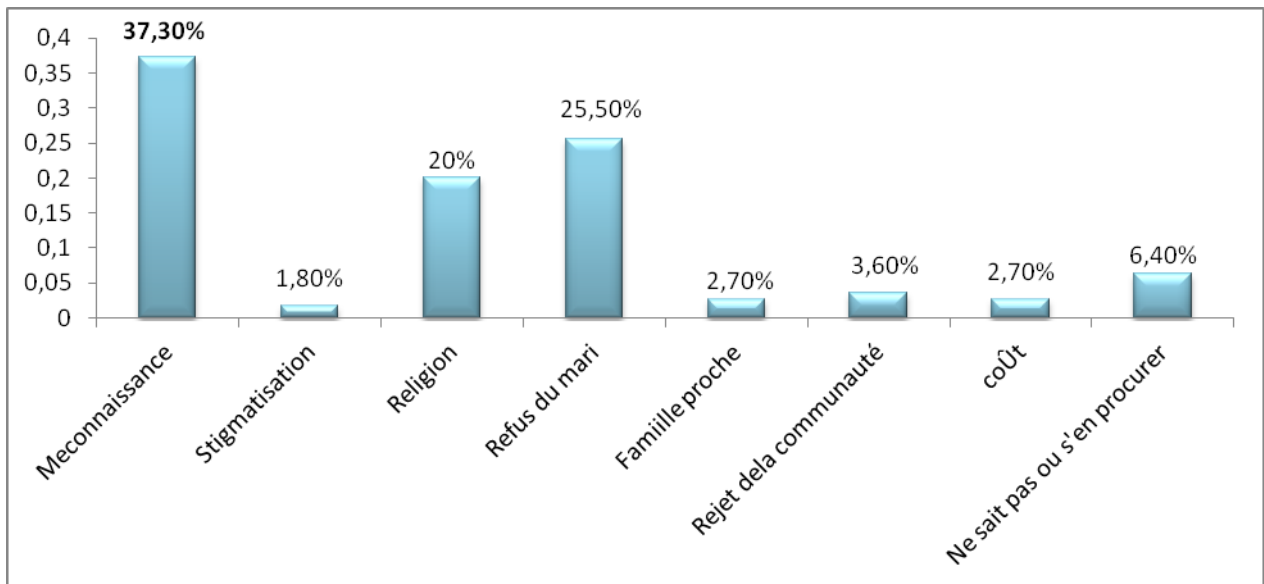
V.23: Figure 22 : Répartition de l'échantillon selon leur recommandation pour le changement de comportement des femmes face au refus de nombre d'entre elles d'utiliser la contraception.

La majorité écrasante des étudiants estiment qu'il est indispensable de sensibiliser les femmes pour une plus grande adhésion et l'utilisation des méthodes pf.



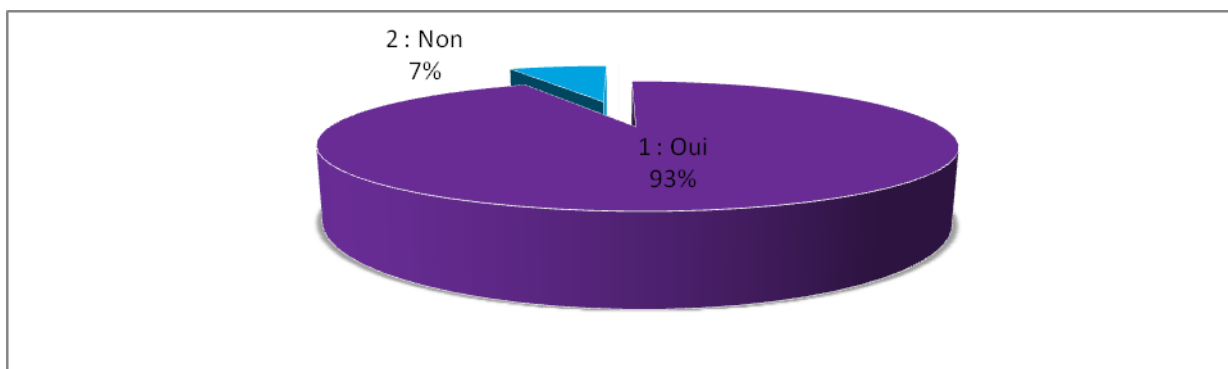
V.24: Figure 23 : Répartition de l'échantillon selon ceux qui encouragent leur partenaire à utiliser une méthode de contraception

L'utilisation d'une méthode contraceptive par le ou la partenaire est encouragée par une large proportion des étudiants.



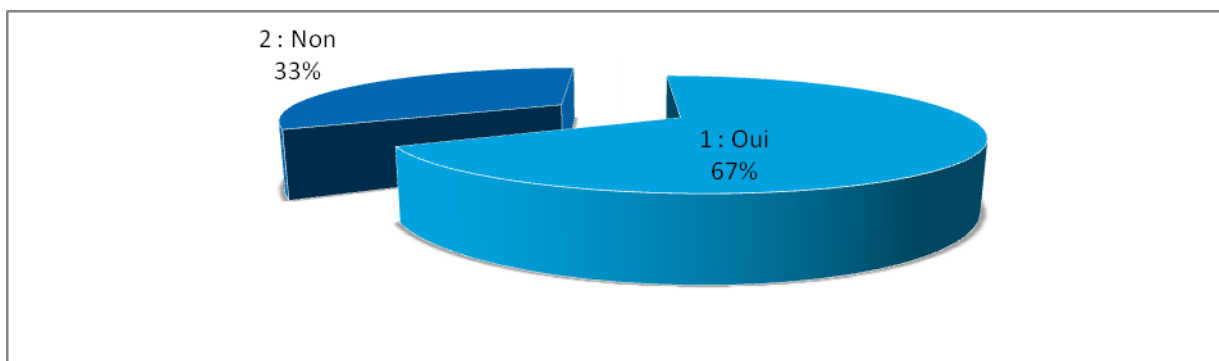
V.25: Figure 24 : Répartition de l'échantillon selon leur pensée sur les femmes qui n'utilisent pas les méthodes contraceptives modernes.

La méconnaissance est la principale raison limitant l'utilisation de la pf par les femmes



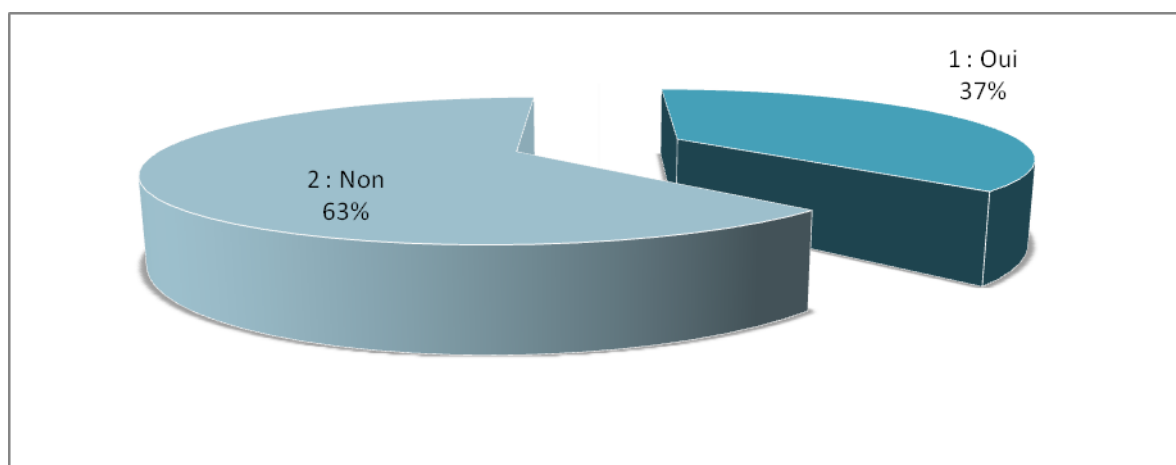
V.26: Figure 25 : Répartition de l'échantillon selon la connaissance sur la disponibilité des services de PF au niveau des centres de santé communautaires.

La disponibilité des méthodes contraceptives dans les CSCOM est connue par la quasi-totalité des étudiants.



V.27: Figure 26 : Répartition de l'échantillon selon leur pensée sur la qualité de prestation aux services de la PF au niveau des structures de santé.

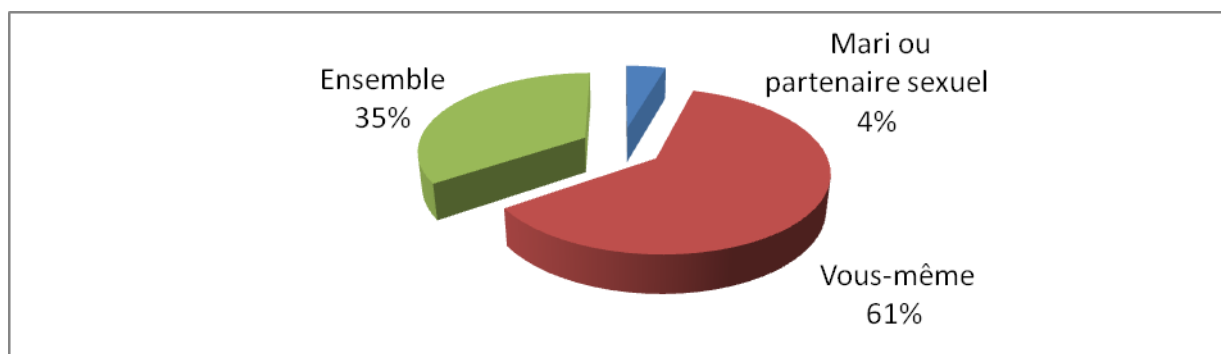
La qualité des prestations offertes au niveau des CSCOM est appréciée par 67,3% des étudiants interrogés.



V.28: Figure 27 : Répartition de l'échantillon selon ceux qui discutent de la contraception avec leur conjoint ou partenaire sexuel.

La contraception n'est pas partagée avec le ou la partenaire dans une large majorité.





V.29: Figure 28 : Répartition de l'échantillon selon celui qui choisit ou décide de l'utilisation de la méthode contraceptive

L'utilisation de la pf est une décision personnelle dans 61% des cas.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI - COMMENTAIRES

1. Limites et contraintes de l'étude :

Au cours de notre étude nous avons enregistré quelques difficultés.

La difficulté majeure se trouvait au niveau du repérage des différentes promotions. En effet après le choix des promotions, il fallait se procurer les emplois du temps. Cette étape était la plus laborieuse compte tenu du fait que la majorité des étudiants n'était pas en classe.

Certaines questions portaient sur le comportement sexuel, donc d'ordre intime, de ce fait elles pourraient ne pas être répondues par les étudiants. De même les étudiants des filières scientifiques pourraient être mieux informés que leurs confrères.

Aussi, n'avons pas eu l'effectif total des étudiants des universités de Bamako. En dépit de toutes ces difficultés et contraintes, nous pensons que cette étude contribuera à améliorer la qualité de la santé des étudiants en occurrence la santé reproductive.

2. Connaissances en matière de contraception :

Dans notre étude la presque totalité des étudiants enquêtés (98%) avaient déjà entendu parler des méthodes contraceptives. Ce résultat est proche de ceux trouvés par SIDIBE et al ; soit 99,7% **(38)** dans les Lycées de Bamako et DIARRA S et al ; soit 99,4% **(39)** au Lycée Monseigneur Luc Sangaré. Ce résultat est également confirmé par d'autres études telles que :

-Celle de BOMIA M, réalisée dans le district de Bamako en milieu scolaire qui a trouvé 93,8%**(40)**. Ces résultats sont dessus de ceux de Masmoudi-Soussi en Tunisie (2004)**(41)** et Simbar en Iran (2004) **(42)** qui ont trouvé dans leurs études respectivement 87% et 55% .

En Iran, l'éducation parentale fortement islamique et les conditions socio-économiques influenceraient le niveau de connaissance en matière de santé de la reproduction. Notre taux élevé est à l'image de celui national.

Ce niveau de connaissance élevé pourrait justifier en partie la large connaissance des avantages des méthodes contraceptives puisque 74,6% des étudiants ont pu donner au moins deux avantages (65,50% des enquêtés associaient la PF à l'espacement des naissances, suivis de ceux qui la ramenaient à la prévention des MST-SIDA 9,10%. cela pourrait être dû à la politique nationale de sensibilisation et d'éducation de la santé qui a mis plus d'accent sur l'espacement des naissances en matière de PF).

La première méthode contraceptive connue des étudiants est le préservatif (98%). Cette fréquence est proche de celle d'Arowojolu au Nigéria en 2002(43) qui a trouvé dans son étude 93%. Ce résultat est cependant supérieur à celui de Simbar qui trouvait 72% (42). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'au Mali depuis l'avènement de la pandémie du VIH/Sida, de vastes campagnes de sensibilisation ont été entreprises et le préservatif était mis au centre des moyens de prévention.

Les contraceptifs oraux sont connus des étudiants dans 42,7% des cas. Ce pourcentage est inférieur à ceux de Barbour au Liban en 2005(45) et de Simbar (42) en Iran qui ont trouvé respectivement 82,8% et 82%. La connaissance des contraceptifs oraux vient au deuxième rang des méthodes contraceptives. Ce constat est également fait par Barbour (45), mais dans la série de Simbar (42), ils viennent en première position.

Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que ces méthodes font partie de celles dont l'usage ne nécessite pas un personnel qualifié. Ils sont faciles d'accès, disponibles dans les centres de Santé Maternelle et Infantile, les

pharmacies et semblent être la méthode proposée en première intention aux jeunes filles.

La connaissance de la contraception d'urgence reste nulle dans notre série. Cette fréquence est en dessous de 33,1% au Burkina en 2012 (44). Ce faible taux en général au Mali pourrait s'expliquer par l'insuffisance de communication en faveur de la contraception d'urgence aussi bien de la part des décideurs que des prestataires.

3. Taux d'utilisations des méthodes contraceptives :

Si l'ensemble des étudiants de notre série ont une connaissance sur la contraception, on note cependant une faible utilisation des méthodes contraceptives. Ainsi seuls 87 % des étudiants utilisaient au moins une méthode. Ces résultats sont largement en dessous de ceux de sorhaindo en jamaïque en 2002 qui trouvait 93% (46). Par contre ce taux est supérieur à celui d'Arowojolu au Nigéria (43) qui trouvait 34,2% et de celui de Bonhoro au Burkina qui trouvait 51% des utilisateurs en 2012(44). Par ailleurs, ce taux est nettement supérieur à la prévalence nationale selon l'EDSMV qui était de 10% chez les femmes de 15 à 49 ans. Cette relative différence élevée par rapport au taux national pourrait s'expliquer par le niveau d'instruction de notre population d'étude.

Le préservatif était la méthode la plus utilisée par les étudiants dans 81%. Ce taux est similaire de celui de Bonhoro au Burkina en 2012 soit 81,1% (44) mais nettement au dessus des 43,9% trouvé par Rowen en Californie (USA) en 2010 (47). Tout comme dans ces études, il vient en première position en termes d'utilisation dans notre série.

Ce fort taux d'utilisation du préservatif serait lié à sa facilité d'accès : disponible dans les services de santé, centre d'écoute et dans les boutiques, à son coût relativement abordable grâce à la subvention de l'état malien. En outre le double

avantage de protection (protection contre les grossesses non désirées et les IST/VIH/SIDA, fait du préservatif une méthode populaire. Il est d'ailleurs cité par 88% des étudiants comme moyen de protection contre le VIH/Sida. Son utilisation devrait être encouragée dans cette frange de la population très sexuellement active. Cependant il convient de souligner la nécessité de la rigueur dans son mode d'utilisation.

Dans l'étude de Rowen (47) l'usage des contraceptifs oraux vient en deuxième rang après le préservatif soit 37,9%. Nous avons également fait le même constat mais avec un taux d'utilisation beaucoup plus faible (6%).

Ce résultat trouverait son explication dans le fait que cette méthode n'offre pas l'avantage de protéger contre les IST/VIH/Sida surtout si l'on considère que la majorité des étudiants n'ont pas un partenaire sexuel régulier .

Quant à la contraception d'urgence, son usage reste très faible. Ce faible taux pourrait s'expliquer par le coût élevé, l'indisponibilité de ces produits et l'attitude peu conciliante des agents de santé.

Le préservatif était la première méthode 98% citée par les étudiants comme protégeant contre le VIH. Ce taux est le résultat des différentes campagnes entreprises depuis l'avènement de la pandémie du VIH/Sida. La sensibilisation était axée sur la culture d'un comportement sexuel responsable avec au centre l'usage du préservatif, l'abstinence et la fidélité. Les deux premiers moyens qui sont par ailleurs des méthodes contraceptives de lutte contre le VIH étaient fortement recommandés dans la population jeune. Ce qui fait qu'ils sont majoritairement cités dans notre série.

En dépit de toutes ces connaissances théoriques des étudiants, des efforts restent encore à faire dans la pratique quotidienne. En plus certaines méthodes contraceptives ne protégeant pas contre le VIH avaient été citées par des étudiants. Ces comportements et cette ignorance doivent être corrigés de façon

diligente. Ils sont de nature à favoriser la propagation de la maladie et ainsi annihiler les efforts consentis par les autorités et les acteurs de lutte contre le VIH.

4. Age et déterminants du premier rapport sexuel :

Si de nombreux auteurs ont trouvé l'âge des premiers rapports sexuels entre 17 et 18 ans (38, 39,48), nous notons dans notre étude un âge moyen de 18 ans. Cette survenue des premiers rapports sexuels après l'adolescence est à mettre à l'avantage des étudiants car à cet âge ils ont censés comprendre les conséquences des rapports sexuels protégés ou non. Ainsi ils seraient à l'abri des IST et VIH/Sida, de la paternité ou maternité précoce source de perturbation des études supérieures. De même, les étudiantes pourraient être moins exposées au cancer du col de l'utérus. En effet des études ont noté que la précocité des rapports sexuels et les accouchements précoces constituaient des facteurs importants dans la survenue des lésions précancéreuses (49).

5. Obstacles à la pratique de la contraception :

Dans notre étude, 7,2% des étudiants doutaient de la fiabilité des différentes méthodes contraceptions. Ce doute peu justifié de la part des étudiants pourrait s'expliquer par le non respect des prescriptions des prestataires par certains usagers. Ce qui peut conduire à la survenue d'effets contraires recherchés (grossesses non désirées par exemple).

Le faible niveau de connaissance des inconvénients, les informations erronées sur ceux-ci pourraient justifier la crainte des inconvénients de façon générale.

Cette situation trouverait son explication dans la stratégie de communication en matière de planification, axée spécifiquement sur les avantages. D'où la nécessité de renforcer la communication prenant en compte tous les aspects de la planification y compris les inconvénients des méthodes contraceptives afin de favoriser une meilleure adhésion.

Même si d'importants efforts ont été faits en matière de subvention de prix des produits contraceptifs (pilule =100FCFA/mois, Jadelle=1000FCFA/5ans, contraceptifs injectable=400FCFA/3 mois) 2,7% des étudiants de notre série ont cependant évoqué des barrières financières.

Ce motif de préoccupation peu fondé pourrait s'expliquer par le fait que la majeure partie des étudiants dépendant des allocations de Bourses du CENOU. Mais compte tenu de la situation financière des parents, près de la moitié vit en dessous du seuil de la pauvreté. Face à cette situation de survie, la question de la contraception pourrait être effectivement reléguée au second plan.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION :

1. Conclusion :

Cette étude qui s'est déroulée dans le campus universitaire de la FAST nous a donné l'opportunité d'évaluer le niveau de connaissance des étudiants en matière de contraception, d'apprécier le taux d'utilisation et d'analyser leur comportement.

Elle nous a permis également de révéler des obstacles pouvant être un frein à l'utilisation des méthodes contraceptives et de recueillir les suggestions des étudiants afin d'améliorer l'accès à ces méthodes.

Au terme de l'étude, le constat est le suivant: les étudiants résidents au campus universitaire de la FAST ont un niveau de connaissance très élevé des méthodes contraceptives. Cependant le niveau d'utilisation reste peu satisfaisant malgré une adhésion à la pratique.

De nombreux obstacles relatifs à des facteurs psychosociaux: religion, la stigmatisation ; à l'accessibilité financière et à la disponibilité des produits contraceptifs ont été retrouvés.

La correction de ces facteurs pourrait aider à inverser cette tendance.

Devant la nécessité d'améliorer la santé de la reproduction dans cette frange de la population, une analyse plus approfondie des obstacles, prenant en compte tous les déterminants de la non utilisation des produits contraceptifs serait souhaitable.

2. RECOMMANDATIONS :

Après analyse de notre étude, il nous semble utile de faire les recommandations suivantes:

A l'endroit du Ministre de la santé

Installer des centres de planification familiale aux lieux de résidence des étudiants et faire baisser le coût des méthodes contraceptives pour eux.

Organisé des campagnes de sensibilisation pour le changement des mentalités des étudiants face a la contraception

A l'endroit du directeur général du CENOU

1. Mettre à la disposition des infirmeries des ressources financières nécessaires pour son approvisionnement en produits contraceptifs.
2. Inclure la prise en charge des produits de contraception dans les prestations de la mutuelle.

A l'endroit des étudiants

1. Fréquenter les infirmeries notamment celles du service de santé du CENOU qui est créé pour les étudiants. Cela leur permettra d'exposer les problèmes se rapportant à la santé sexuelle et d'avoir des informations justes en matière de contraception.
2. S'adresser toujours à un service de PF avant toute utilisation de produits contraceptifs.
3. Adopter un comportement sexuel responsable en prenant les précautions nécessaires pour éviter les grossesses non désirées, les IST et le VIH/SIDA.

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Nations Unies. La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement a besoin d'un coup d'accélérateur. 2010 janv. Report No.: 2010/1/F.
2. Mali Enquête Démographique et de Santé (EDSM V) 2012-2013 [FR286] - FR286.pdf [Internet]. [cité 18 août 2015]. Disponible sur: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR286/FR286.pdf>
3. OMS. Série de rapports techniques. 1997. Report No.: 483.
4. UNFPA. Etat de la population 2004. Le consensus du Caire 10ans après : la population la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté. 2004.
5. - MINISTERE DE LA SANTE, DNS, DSR. Procédure en santé de la reproduction. 2005 juin.
6. CAMPANA A. Médecine de la reproduction, endocrinologie – Family planning [Internet]. 2004. Disponible sur: www.gtmer.ch
7. Madre JF. Les cycles sexuels de la femme [Internet]. [cité 8 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.femiweb.com/physio/cycle/.htm>.
8. Bagayoko Moussa Abdoulaye. Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents au lycée Massa Makan Diabaté en matière de Planification Familiale, les IST et VIH/SIDA. [Bamako]: Bamako; 2009.
9. - CISSE. A. Connaissances et comportement sexuel des jeunes de 15-29 ans sur les MST – SIDA à Bamako. [Québec]: Québec; 1993.

10. Berthé Brehima Boly. Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée Askia Mohamed en matière de planification familiale, des maladies sexuellement transmissibles et du SIDA. [Bamako]: Bamako; 2000.
11. - ATHEA N. L'entrée dans la sexualité et ses aléas. 2000.
12. Cloutier R. Psychologie de l'adolescent. 2^e éd. Montréal: Gaetan Morin; 1996.
13. Les Centres pour les Contrôles des Maladies. Contraceptifs hormonaux vue d'ensemble. Dans □: planification familiale méthodes et pratiques pour l'Afrique. Géorgie; 1985 p. 137-62.
14. Perlemuter L, Perlemuter G. Guide de Thérapeutique. 2^{ème} actualisée. Masson; 2002.
15. Hatcher RA, Rinehart W, Blackbum R, Geller JS, Shelton JD. Eléments de la technologie de la contraception □: Manuel à l'intention du personnel clinique. Programme d'information sur la population de l'université Johns Hopkins. oct 2000;
16. Robin G, Massart P, Letombe B. La contraception des adolescentes en France en 2007. Gynécologie obstétrique et fertilité 2007. 2007;(35(10)):951-67.
17. Les Centres pour le Contrôle des Maladies Transmissibles. Allaitement. Dans □: Planification familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique, Géorgie. 1985 p. 31-46.
18. Oliveras E. Guide de poche à l'intention des prestataires de services de planification familiale. 2^{ème} éd. 1996. 322 p.

19. Zalha M.S. Obstacles à l'utilisation des services de planification familiale à Ouagadougou au Burkina Faso. [Bamako]: Bamako; 2004.
20. Barry REV. Les connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé de Bobo - Dioulasso en matière de planification familiale. [ouagadougou]: Ougadougou; 1997.
21. Family Health International. La contraception après un rapport non protégé. Le choix du contraceptif Network en français. 1996;p:15-9.
22. Family Health International. Le préservatif féminin, état de la recherche programme et politique de santé 2002. 2002;
23. Rozembam H. Mode d'action. Dans. Cent questions sur les stérilets. Mont rouge□: Laboratoire S. EARLE. 1976 p. 85-94.
24. Les Centres pour le Contrôle des Maladies Transmissibles. Contraceptifs injectables et autres contraceptifs progestatifs. Dans□: Planification familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique. Géorgie; 1985 p. 163-74.
25. Family Health International. Allaitement maternel. Network en français. 1993;(8):35.
26. Barry B. Avantages de la MAMA. Rapport de situation du Burkina Faso. 1994 p. 7-10.
27. Ippf RA. Initiatives. Impliquer les hommes dans les programmes de santé reproductive, Africa Link. 1996 p. 8-17.
28. Bicaba A, Rawlings B, Ouedraogo B. L'acceptabilité et la faisabilité d'introduire la méthode des jours fixes® (MJF) de planification familiale

dans les cliniques de la santé de la reproduction au Burkina Faso. Rapport final. 2005 juill. Report No.: 51.

29. Arevalo M, Jennings V, Sinai I. Efficacy of a new method of family planning: the Standards Days Method. *Contraception*. 2002;(65):333-8.
30. Ashford L, Kashiwara H, Gwatkin D, Suliman ED. L'écart de santé entre les riches et les pauvres. Population Référence Bureau, Washington DC. 2004 juill.
31. Haub C. 2004. Word population data sheet. Population Référence Bureau, Washington DC. 2004 aout.
32. Cissé CT, Moreau JC. Comment améliorer la prescription et l'utilisation des contraceptifs en Afrique de l'Oues. 2005.
33. Ministère de la Santé, Burkina Faso. Direction des études et de la planification. Tableau de bord de la santé 2007. 2008 juin. Report No.: 46.
34. Institut National de la Statistique et de la Démographie. Annuaire statistique 2009. 2010 p. 445.
35. Haut Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA du Mali. Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le SIDA 2006-2010. 2006.
36. Ministère de l'Education de l'Alphabétisation et des Langues Nationales du Mali. Programme d'Investissement pour le secteur de l'Education, Descriptif de la troisième phase 2010-2012. 2010.
37. Mali Enquête Démographique et de Santé (EDSM-IV) 2006 [FR199] - fr199.pdf [Internet]. [cité 18 août 2015]. Disponible sur: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr199/fr199.pdf>

38. SIDIBE.T 1, H. SANGHO2, M. S. TRAORE 3, M.B. Cissé3, B. Diallo4, M.M.Keïta5, D. Gendrel. CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES ELEVES D'UN LYCEE DE BAMAKO EN MATIERE DE CONTRACEPTION ET PREVENTION DES IST. Mali Med 2006. 2006;(1):39-42.
39. Diarra S, Oumar AA, Keita M, Dembélé JP, Fofana A, Diallo A, et al. Planification familiale et IST/VIH□: connaissances et pratiques des adolescents du lycée Monseigneur Luc Sangaré de Bamako. Rev Malienne D'Infectiologie Microbiol. 20 févr 2014;(1):34-43.
40. Bomia M. Connaissances, attitudes et pratiques sur la santé de la reproduction en milieu scolaire. (Second cycle fondamental et lycée) à Bamako de Mars à Juin 2004. [Bamako]: Bamako; 2004.
41. Masmoudi, -, Soussi J, Bellaaj, -, Lachtar F, Aloulou, -, et al. Vie sexuelle des adolescents (enquête auprès de 352 étudiants tunisiens). Annales Medico-psychologique. 2006;(164).
42. Simbar M, Tehrani FR, Hashemi Z. Reproductive health knowledge, attitudes and practices of Iranian college students . Revue de Santé de la Méditerranée Orientale. 2005;(11).
43. **Arowajolu AO, Ilesanmi AO, Roberts OA, Okunola MA.** Sexuality, contraceptive choice and AIDS awareness among Nigerian undergraduates. African journal of reproductive health, 2002; 6: 60-70
44. Bonhoro Loceni,. connaissance attitude et pratique de la contraception en milieu estudiantin des universites publiques de la ville de ouagadougou. [ouagadougou]: universite de ouagadougou; 2012.

45. Barbour B, Salameh P. Knowledge and practice of university students in Lebanon regarding contraception. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2009 ; 15 :387-399

46. Sorhaindo A, Becker D, Fletcher H, Garcia SG. Emergency contraception among university students in Kingston, Jamaica: a survey of knowledge, attitudes, and practices. *Contraception*, 2002 ; 66 : 261–268

47. Rowen TS, Smitha JF, Eisenberg ML, Breyer BN, Drey EA, Shindel AW. Contraceptive usage patterns in North American medical students. *Contraception*, 2011; 83: 459–465.

48. Sepou A, Nguembi E, Yanza MC, Ngbale R, Nali MN. Comportement sexuel des étudiants de l'université de Bangui (Centrafrique), *Médecine Tropicale* 2004; 64 : 163-167

49. Nkegoum B, Belley Prisco E, Mbakop A, Gwet Bell. Lésions précancéreuses du col utérin chez la femme camerounaise: aspects cytologiques et épidémiologiques de 946 cas. *Gynécologie obstétrique et fertilité*, 2001; 29, 1: 15-20

ANNEXES

Contraire a la religion...1.....Politique pour réduire les bras valides...2.....Facteur de débauche.....3.....Espacement de naissance...4.....Prévention des IST...5..

7-Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive

Oui=1 Non=2

8-Si oui , laquelle

1=préservatif 2=pilule 3=collier 4=injectable 5=autres méthodes

9-Si non, pourquoi

1=pas de raison 2=contraire a la religion 3=autres raisons

10-Utilisez-vous actuellement une méthode contraceptive

Oui=1 Non=2

11-Si oui, laquelle

1=préservatif 2=pilule 3=collier 4=injectable 5=autres méthodes

12-Si non, pourquoi

1=pas de raison 2=contraire a la religion 3=autres raisons

13-Que pensez-vous des femmes mariées qui utilisent la contraception

1=bonne chose 2=mauvaise

14-Que pensez-vous des jeunes filles célibataires qui utilisent la contraception

1=bonne chose 2=mauvaise

15-Que recommandez-vous pour le changement de comportement de femmes face au refus de nombres

d'entre elles d'utiliser la contraception

1=nécessité de sensibilisation 2=continuer a refuser

16-Encouragez-vous votre partenaire à utiliser les méthodes contraceptives modernes de la planification familiale

Oui =1 Non=2

17-Savez-vous pourquoi les femmes n'utilisent pas les méthodes contraceptives modernes

Méconnaissance...1.....Stigmatisation...2.....Religion...3.....Mari...4...Famille proche...5.....Communauté.....6...Cout...7...Ne savent pas ou se le procurer...8.....

18-Savez-vous que les services de la PF sont disponibles au niveau des centres de santé communautaires

Oui=1 Non=2

19-Pensez-vous que la qualité des prestations encourage le recours aux services de la PF au niveau des structures de santé

Oui=1 Non=2

20-Discutez-vous de la contraception avec votre conjoint ou partenaire sexuel

Oui=1 Non=2

21-Qui choisit /Décide de l'utilisation de la méthode contraceptive

Mari ou partenaire sexuel.....1.....Vous-même.....2.....Ensemble...3.....

X. FICHE SIGNALITIQUE

Nom : SIDIBE

Prénom : Bakary

Adresse Email : bakarysidibe1@yahoo.fr

Numéro de Téléphone : 66911592/72209104

Titre de la thèse : Connaissances, attitudes et pratiques des étudiants résidents au campus universitaire de la FAST en matière de planification familiale.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie.

Secteur d'intérêt: Santé publique, santé de la reproduction.

RESUME : Nous avons mené une enquête dans le but d'étudier la contraception en étudiantin afin d'améliorer l'accessibilité des méthodes contraceptives aux étudiants. Il s'agit d'une étude transversale réalisée entre 1 Octobre 2013 au 31 Mars 2014 au campus universitaire de la FAST à Bamako. Un questionnaire a été administré à un échantillon de 110 étudiants choisis de façon aléatoire.

Les étudiants étaient âgés de 18 à 28 ans. L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 18 ans. Tous les étudiants avaient une connaissance en matière de contraception et 75% en avaient une attitude positive. Les étudiants ont pu citer 02 avantages dans 74,6% des cas. Le taux d'utilisation de méthodes contraceptives était de 87%. Le préservatif était la méthode la plus connue(98%) et la plus utilisé(81%)suivi par les contraceptifs oraux. La contraception

d'urgence était presque nulle. En matière de protection contre le VIH/SIDA le préservatif reste la méthode la plus connue (88%). Des obstacles liés à des facteurs psychosociaux, l'accessibilité financière et à la disponibilité des produits de contraception ont été dégagés. La sensibilisation et la correction des obstacles suscités pourraient contribuer à l'amélioration de santé reproductive des étudiants.

Mots clés : contraception-étudiants-Campus universitaire FAST publics-Bamako

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le Jure