

**MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRES, SUPERIEURS
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

UNIVERSITE DE BAMAKO

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO STOMATOLOGIE**

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

Année Universitaire 2007-2008

THESE N° _____

**CONNAISSANCE ATTITUDE ET PRATIQUE DES
AIDES MENAGERE EN MATIERE DE SANTE DE
LA REPRODUCTION DANS LA COMMUNE IV DU
DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le

Devant la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie (FMPOS)

Par

Fatoumata DIALLO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'État)

Jury

Président : Pr. Sanoussi KONATE

Membres : Dr Oumar GUINDO

Directeur : Pr. Salif DIAKITE

Codirecteur : Dr Moustaphe TOURE

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

DEDICACES

Après avoir remercié « **ALLAH** le tout **PUISSANT** et **MISERICORDIEUX** » de m'avoir permis d'accomplir ce travail jusqu'au bout.

Je dédie cette thèse à :

A mon père Séry Diallo

Tu m'as donné une éducation dans le sens du bien et de la probité, c'est grâce à tes conseils et suggestions, surtout à ton assistance que j'ai pu atteindre ce jour je ne saurais jamais te remercier assez, qu'ALLAH t'accorde le bonheur ici bas ; longue vie à toi père.

A ma mère Aïssata Traoré

Brave femme, animée d'un esprit de loyauté et d'honnêteté incomparable, tu es pour moi un modèle de courage et de bonté, puisse ALLAH le Tout Puissant te bénir et te donner encore une longue vie pour qu'enfin tu puisses goûter au fruit de tant d'années de sacrifices.

A mon fils Boubacar Touré

Fils modèle, par ton bon sens j'ai pu réaliser cette thèse car tu n'es jamais tombé malade durant ma longue course, je t'en remercie fils, que Dieu le tout puissant puisse te donner longue vie.

A mon oncle Kalilou Diallo

Cher oncle, tu es exemplaire, tu as su me réconforter durant des moments difficiles, je ne pourrai jamais l'oublier reçois, cette thèse comme le fruit de ton engagement à l'aboutissement de ce travail. Que Dieu te bénisse et te donne longue vie.

A mon grand père Konimba Diallo

Année 2007- 2008

Konimba tu as été comme un père qui m'a hébergé durant tout mon cycle universitaire avec ton soutien moral et financier je te suis reconnaissante pour tous les efforts que tu as consacrés à ma personne.

Ce travail t'est dédié.

A mes feux grands parents Danséni Diallo, Belemba Diarra, Mamadou Traoré, Fatoumata Konaté, Aminata Niaré

Que vos âmes reposent en paix et que le Tout Puissant vous accepte dans le paradis.

A mes frères et soeurs Diallo Djènèba, Adama, Kaniba, Ibrahim, Mamadou, Belemba, Doudou, Lassina, Moussa, Sali, Inza, Abdoulaye.

Vous m'avez tous et à tous les niveaux apportés votre contribution dans le cadre de la solidarité familiale, avec chacun de vous, j'ai pu découvrir la convivialité et la symbiose qui doivent régner dans une famille. Puisse Dieu nous prêter encore longue vie et nous aider à rester unis pour la bonne marche de la famille.

A mes cousins et cousines Ami Diarra, Papa, Kanata, Seibou Diallo

Merci pour tous.

A mon cher fiancé : Layes Touré

Homme de principe ; ton sens élevé du travail bien fait m'a aidé dans l'aboutissement de ce travail, la vie n'est pas toujours facile mais j'ose espérer que seule la mort pourra un jour nous séparer que Dieu te prête encore longue vie et qu'il exauce tes vœux.

A mon beau frère Boubacar Touré son épouse femme et à sa famille

Les mots me manquent pour vous qualifier je ne saurai jamais vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi, votre soutien ne ma jamais fait défaut, que Dieu vous prête encore longue vie pleine de bonheur, de santé et de prospérité ; encore merci.

A mon oncle Oumar Traoré dit O T

Je ne saurai jamais oublier votre bon sens, vos encouragements et vos soutiens sur tous les plans, ce travail est le vôtre

A mes oncles et tantes Safourétou Traoré, Massibiri Traoré, Habiba Traoré, Yaya Traoré, Rokia Traoré, Kakatio Traoré, Jeux Traoré, Souleymane Diallo, Madou Diallo, Bou Diallo, Yama Diallo, Fatim Diallo

Cette thèse est le fruit de vos engagements moraux et financiers. Merci pour tous.

A ma tante feu Korotoumou Traoré.

Chère tante dors en paix et sache que nous pensons à toi.

A mon oncle Zié Koné

Ce travail est le fruit de votre engagement franc et sincère vis avis de cette thèse, je ne saurais jamais vous remercier assez et j'espère que nous resterons unis.

REMERCIEMENTS

A la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie.

Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis.

A toutes mes sœurs qui pratiquent la profession d'aide ménagère

A Monsieur Moussa Diallo et famille à Sangarébougou

A Monsieur Seydou Diallo et famille à Niamakoro

A Monsieur feu Bakary Diallo et famille à Sangarébougou

A Monsieur Daouda Diarra et famille à Djélibougou

A la famille Diallo à Maribougou

A Monsieur Kalifa Diallo et famille à Dialakoroba

A Monsieur Birama Diallo et famille à Kadiana

Mes sincères reconnaissances

A mon amie Mariam Diancoumba

Tu es comme une sœur pour moi, ton soutien est inestimable, cette thèse est le fruit de ton engagement sincère ; reçois ici chère amie et collègue, l'expression de ma reconnaissance.

Au Docteur Aliou Touré, sa fiancé, son fils, ses sœurs, et à Alain.

A tout le personnel de la clinique médicale EUREKA

A mes aînés du CSRéf CIV

Vous nous avez guidé et soutenus tout au long de notre formation.

Merci infiniment.

A mes camarades de promotion du CSRéf CIV

Merci pour ces moments passés ensemble.

A mes cadets internes du CSRéf CIV

Courage et persévérance.

A tout le personnel du CSRéf CIV

Médecins, Anesthésistes- réanimateurs, sages femmes, infirmiers, aides-soignants, manœuvres, gardiens.

Nous formions une véritable famille ; merci pour toutes ces connaissances acquises auprès de vous.

A tous ceux qui ont apporté leur soutien moral ou matériel pour la réalisation de ce travail et que nous avons pu omettre.

Nous les remercions de tout notre coeur

HOMMAGES PARTICULIERS
AUX HONNORABLES
MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury : Professeur Sanoussi KONATE

-Professeur de Santé Publique

-Chef de Département d'étude et de Recherche (DER) en Santé Publique de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto – Stomatologie (FMPOS)

Cher maître, C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité et votre rigueur scientifique ont toujours été à la disposition des jeunes générations pour le grand bien de la santé.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de nos sentiments respectueux.

A notre maître et membre du jury : Docteur Oumar GUINDO

- Médecin Généraliste ;

- Médecin chef Adjoint du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako

Cher maître, c'est un signe d'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury de thèse

Votre disponibilité ; votre abord facile nous ont profondément touché

Vos remarques, vos critiques et vos suggestions ont contribué à l'amélioration de ce travail

Permettez nous de vous exprimer notre profonde gratitude

A notre maître et codirecteur : Docteur Moustaphe Touré

- Maître assistant à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie du Mali**
- Gynécologue- Obstétricien ;**
- Diplômé d'échographie de la Faculté de Médecine de Brest ;**
- Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en Allemagne ;**
- Titulaire d'un Certificat de cours Européen d'épidémiologie Tropicale de Bale en Suisse ;**
- Titulaire d'un Master en recherche sur les systèmes de Santé de l'école de Santé Publique de l'Université libre de Bruxelles (Belgique)**
- Médecin chef du centre de santé de Référence de la commune IV du District de Bamako ;**
- Chevalier de l'Ordre national du Mali.**

Cher maître, Votre disponibilité, votre courage, votre simplicité témoigne votre sollicitation.

La clarté de vos explications, ainsi que votre accueil font de vous un exemple.

Nous vous sommes reconnaissants pour tout ce que vous faites pour notre formation.

Veillez recevoir ici cher maître notre profonde gratitude

A notre maître et directeur de thèse : Professeur Salif Diakité

- Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie (FMPOS)

- Gynécologue accoucheur à l'Hôpital Gabriel Touré.

Cher maître,

Votre courage, votre abord facile et la qualité de votre enseignement ne peuvent que soutenir et rehausser l'amour de la Gynécologie et de l'Obstétrique.

Cher maître, toute notre fierté de vous voir diriger cette thèse, vous nous donnez l'occasion de vous exprimer notre profond respect et de vous présenter nos sincères remerciements

LES ABREVIATIONS

AM = Aide ménagère

AMPPF = Association malienne pour la promotion et la protection de la famille

APF = Association de planification familiale

ASACO = Association de santé communautaire

BDCF = Bruits du cœur fœtal

CERPOD : Centre d'Etude et de Recherche sur la population et le Développement

CI = Contre indication

CIPD = Conférence internationale sur la population et le développement

CCV = Contraception chirurgicale volontaire

CCVM = Contraception chirurgicale volontaire masculine

CO = Contraceptifs Oraux

COC = Contraceptifs oraux combiné

C S Réf : centre de santé de référence

CU = Contractions utérines

DFP = Disproportion fœto pelvienne

DIU = Dispositif intra utérin

DNSP = Direction nationale de la santé publique

DSF = Division de la santé familiale

FLCPF : Fédération Laïque des centres de planning Familial

GEU = Grossesse extra utérine

HTA = Hypertension artérielle

HU = Hauteur utérine

IB = Initiative de Bamako

IEC : Information Education Communication.

IM = Intra musculaire

IPPF = International Planned Parenthood Federation

ISFRA: Institut Supérieur de Formation et de Recherche Appliquée

IST = Infection sexuellement transmissible

ITG= Infection du tractus génital

LA= Liquide amniotique

LT = Ligature des trompes

MIP = Maladie inflammatoire pelvienne

MST = Maladie sexuellement transmissible

OMS = Organisation mondiale de la santé

ONG = Organisation non gouvernementale

PF = Planification familiale

PFN= Planification familiale naturelle

SFA= Souffrance fœtale aigue

SIDA= Syndrome d'immuno déficience acquise

SMI = Santé maternelle et infantile

SMI/PF = Santé maternelle infantile et de la planification familiale

SPZ = spermatozoïde

SR = Santé de la reproduction

SSP = soins de santé primaires

VHB= Hépatite virale B

VIH = virus de l'immunodéficience acquise

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS	4
I.GENERALITES	6
II.METHODOLOGIE.....	37
III.RESULTATS.....	42
IV.COMMENTAIRE S ET DISCUSSIONS.....	63
V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	70
VI. REFERENCES.....	74
VII.ANNEXES.....	

INTRODUCTION

La Santé de reproduction recouvre « le bien être général tant physique ; mental que 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 maladies ou d'infirmité (CIPD 1994).

Depuis la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD Caire 1994) la cause des adolescentes bénéficie d'un regain d'attention, cette attention découle de la nature spécifique de l'adolescence qui consacre généralement l'initiation à l'activité sexuelle et la vie reproductive d'une part et de nombreux risques et conséquences associés à cette entrée d'autre part.

Aussi une priorité essentielle est- elle accordée à la résolution des problèmes de santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescentes.

Leur plus grande vulnérabilité face aux risques de santé reproductive et des conséquences socio-économiques qui en résultent montre l'urgence des programmes de santé reproductive en leur faveur.

Du temps des sociétés les plus reculées au temps modernes des hommes et des femmes ont toujours maintenu sous leur domination leurs semblables, l'emploi d'aide ménagère n'échappe pas à cette règle. Les AM (aide ménagère) ou filles migrantes ou les servantes représentent une couche particulière de la population en majorité des adolescentes d'âge compris entre 10-19ans selon L'OMS et de jeunes adultes d'âge entre 20-24 ans.

Le phénomène d'emploi ménager est surtout répandu dans les villes notamment dans le district de Bamako où les AM constituent la part la plus importante des femmes en activité tous statuts confondus. Elles étaient au nombre de 4734 dans le district de Bamako (recensement général de la population et de l'habitat du Mali juin 1991 soit 63.6% de l'ensemble des femmes en activité).

Compte tenu du faible niveau socio-économique ces filles quittent leur lieu d'origine à la recherche de revenu pour subvenir à certains besoins (trousseau de mariage ; aide aux parents etc).

Actuellement au Mali, beaucoup d'organismes orientent leurs activités vers les AM : MALI ENJEU, KANUYA, APAF-MUSO DAMBE, BAARA-MUSO etc.

La plupart des AM n'a jamais été à l'école ; la majorité est du niveau primaire. De ce fait elles ont une méconnaissance totale de leur corps par rapport aux jeunes qui ont été à l'école. Cette méconnaissance pose de plus en plus un problème de société et de santé publique.

Les AM confrontées à des problèmes de santé liés à leur activité sous rémunérée se voient dans l'obligation de chercher un complément de ressources ; elles exercent parfois des métiers plus faciles ; mais souvent préjudiciables à leur santé et à leur dignité. Cette tendance vers le gain facile les expose à des risques tels que la prostitution, le proxénétisme, le vol, l'escroquerie, la toxicomanie, les IST/VIH, l'IVG avec comme conséquence la stérilité secondaire voire définitive, la mort subite, les algies pelviennes chroniques.

Un surcroît d'effort s'impose aux décideurs pour faire face aux besoins des jeunes et particulièrement des AM.

Compte tenu de l'impact du faible niveau socio économique, de l'analphabétisme sur la santé de la reproduction ; de l'exposition des jeunes et particulièrement des AM aux IST ; au VIH/SIDA ; aux grossesses non désirées ; de l'afflux des AM dans le district de Bamako et particulièrement en commune IV, nous avons entrepris ce travail dans le but d'évaluer leurs connaissances attitudes et pratiques en matière de santé de la reproduction.

OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des aides ménagères qui se présentent en consultation dans le centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako en matière de PF, d'IST/VIH et de grossesse ainsi que les conséquences liées à la grossesse

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer le niveau de connaissance des AM sur la PF, les IST/SIDA, la Grossesse ;
- Déterminer les attitudes des AM sur la PF, les IST/SIDA, la grossesse
- Déterminer les pratiques des AM sur la PF, les IST/SIDA, la grossesse
- Etudier les grossesses survenues chez les aides ménagères et leurs conséquences pour la mère et le fœtus.

GÉNÉRALITÉS

1-1 RAPPEL SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

A/DEFINITION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

L'OMS (l'organisation mondiale de la santé) définit la PF comme « 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 » (45).

La PF comporte diverses activités qui sont :

- l'information et les conseils en matière de santé de la famille ;
- l'éducation sexuelle et familiale ;
- la prévention et le traitement de la stérilité conjugale ;
- la consultation prénuptiale ;
- la contraception ;
- la lutte contre les IST/SIDA ;
- la formation, la supervision et l'évaluation du personnel ;
- la recherche.

Notre étude se propose d'explorer deux des composantes de la PF : la contraception la lutte contre les IST/SIDA

De nos jours le concept de PF se couple à celui de la santé de la reproduction selon la définition adoptée à la CIPD en 1994 au Caire, la santé de la reproduction est « le bien être général tant physique, mental que 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 »

La PF agit à certain niveau de la SR (santé de la reproduction) particulièrement au niveau de la régulation de la fécondité et au niveau de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle (23).

La PF a de nombreux avantages sur la santé de la mère et de l'enfant le premier avantage est qu'elle permet une survie et une bonne santé des enfants par :

- La réduction de la mortalité fœtale,
- La réduction des morbidités et mortalités infantiles,
- L'amélioration la prise en charge nutritionnelle des enfants ainsi que leur meilleure intelligence.

Un des avantages de la PF est la survie et la santé des mères par le traitement de toutes les affections (organique et physique)

Depuis 1960 les programmes de PF ont aidé les femmes du monde entier à éviter 400 million de grossesses non désirées on a donc épargné à de nombreuses femmes les dangers de grossesses à haut risque ou d'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions

Si toutes les femmes pouvaient éviter les grossesses à haut risque le nombre de morts maternelles pouvait diminuer d'un quart.

En outre certaines méthodes aident la femme à éviter certaines maladies à titre d'exemple les préservatifs empêchent les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA.

La PF sauve les vies des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances. Entre 13 à 14 million d'enfants âgés de 0 à 5 ans meurent chaque année ; si tous les enfants naissent à intervalle de 2 ans, 3 à 4 millions de ces morts seraient évitées ; Il y a également des avantages pour le couple car elle évite les grossesses qui surviennent à des moments inopportuns (période de formation scolaire ou professionnelle, situation financière précaire etc.) et elle permet de réduire le nombre d'enfant en fonction du pouvoir économique du couple. Ce faisant la PF crée ainsi un meilleur climat dans le couple, une meilleure éducation et une prévention des maladies et de leurs conséquences

B/ HISTORIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE (PF) :

DANS LE MONDE :

La notion de PF et les activités qui en découlent existent dans le monde depuis environ une vingtaine d'année, les premières actions en faveur de la femme remonte à 1974 à Bucarest où il était question de croissance démographique et de libération de la femme et la première conférence mondiale des nations Unies sur les femmes est celle qui s'est tenue à Mexico en 1975 aboutissant à la proclamation de l'année internationale de la femme (1975) et de la décennie de la femme (1976-1985)

L'idée de PF a officiellement vu le jour dans le monde en septembre 1978 à ALMA ATA (URSS) lors de la réunion mondiale sur les problèmes de santé des populations. A cette réunion, il avait été élaboré un programme mondial de santé pour tous d'ici l'an 2000

Cette politique était basée sur les soins de santé primaire (SSP)

La plupart des pays du monde ont adhéré à ce concept de SSP où la santé avait une note pluridisciplinaire, la PF étant la quatrième composante des SSP (44).

A partir de 1980, on assiste à une succession de rencontre dans différent pays du monde dont les thèmes ont trait à la santé de la femme et de la famille.

Il existe de part le monde des associations de PF (APF) ces APF sont affiliés à une organisation non gouvernementale, la fédération internationale pour la PF (IPPF) (46).

EN AFRIQUE

La rencontre la plus importante en matière de santé maternelle et infantile et la PF est celle qui s'est tenue à Bamako (Mali) en septembre 1987, il s'agissait de la 37^{ème} session du comité régional de l'Afrique pour l'initiative de Bamako (IB) rencontre qui a réunie presque tous les ministres Africains de la santé ; le thème de cette rencontre était la santé des femmes et des enfants à travers le financement de la gestion des médicaments essentiels en ce qui concerne les communautés(18).

Bien avant cette date, une série de conférences sur les thèmes « femmes et enfant » avait eu lieu dans différent pays Africains, c'est surtout après la réunion sur l'IB que les grandes lignes de politique de PF ont commencé à se dessiner à travers des rencontres organisées dans différent pays Africains

Dans les années 1980 nous avons assisté un peu partout en Afrique à la création d'association pour la PF (APF) (38)

Les années 1990 ont été celles des symposiums sur la santé de la reproduction, la santé sexuelle des individus, des couples et des familles. Ces différentes rencontres montrent l'intérêt porté par l'Afrique à la santé de la reproduction et à la PF

AU MALI

Les sociétés du Mali ont toujours été pro natalistes et ce pour des raisons d'ordre économique, le plus souvent. En effet avoir le maximum de bras valides pour augmenter la production surtout dans le domaine de l'agriculture autarcique était le majeur souci de tout chef de famille ainsi dans la société traditionnelle, la fécondité conférait une valeur sociale tan disque l'infécondité était toujours mal vécue. Une femme se devait d'avoir des enfants pour son honneur et pour celui de sa famille cependant la venue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) constituait un sujet de moquerie.

En milieu Bambara par exemple il existe encore des expressions pour désigner de telles personnes : « séré mouso » pour la femme et « séré den » pour l'enfant qui est le plus souvent rachitique Malgré un comportement pro nataliste, les populations maliennes dans leur grande majorité ont une tradition très ancienne de l'espacement

des naissances tel que l'emploi de certaines herbes en dispositif occlusif : « Tafo » et de plantes contraceptives comme le ricin (1à 2 graines) la fréquence de ces pratiques serait en diminution surtout en milieu urbain. Le gouvernement, après analyse de la situation et de la dynamique démographique et économique du pays a fait en 1991 une déclaration de politique nationale de population, déclaration qui avait pour but l'amélioration de la nutrition, du logement etc. Dans le domaine spécifique de la reproduction ; jusqu'en 1972, la PF était régie par la loi Française du 31 juillet 1920 qui dans ses articles 3 et 4 édictait les déclarations suivantes : (20)

Article 3 : « sera puni d'un mois de prison et d'une amende de 24000 à 120.000 francs quiconque dans un but de propagande anticonceptionnelle aura décrit, divulgué ou offert de révéler les procédés propres à prévenir la grossesse les mêmes peines seront applicables à quiconque se sera livré à une propagande anticonceptionnelle ou contre la natalité soit par discours, par des écrits des plaques ou des affiches exposées au regard Public »

Article 4 : seront punies de même peine la vente, la mise en vente ou l'offre publique des remèdes secrets, jouissant des vertus spécifiques préventives de la grossesse et plus loin la loi ajoute que ces peines seront portées au double si le délit a été commis par un mineur.

Malgré l'existence de cette loi il faudra noter que face à une demande qui existait déjà à cette époque, la PF avait été introduite de façon clandestine au Mali vers 1960. (41).

1-2- LES PRINCIPALES ETAPES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Le Mali a été l'un des premiers états de l'Afrique Sub-saharienne à adopter une attitude de tolérance vis à vis des activités de la PF

En 1971, une délégation Malienne s'est rendue à Montréal (Canada) pour prendre part à un séminaire sur la PF. Après le dit séminaire, le Mali signe un accord avec les organisateurs pour un projet d'assistance en PF d'une durée de quatre ans. Entre les approches démographiques et sanitaires de la PF, l'approche sanitaire fut choisie en l'absence de paramètres démographiques suffisamment maîtrisés à l'époque.

C'est dans cet élan que l'association malienne pour la promotion et la protection de la famille (AMPPF) a été créée le 7 juin 1971, elle est la première organisation non gouvernementale (ONG) dans le domaine sanitaire à être créée au Mali.

- En 1972, le Mali abrogea la loi française du 31 juin 1920 en vigueur particulièrement dans ses articles 3 et 4 qui interdisent la propagande anticonceptionnelle.

Un centre pilote de planification familiale a été créé à Bamako par l'AMPPF. Son objectif était l'espacement des naissances non conditionné par l'autorisation maritale. Au cours de la même année l'AMPPF devenait membre de la fédération internationale de PF (IPPF) dont le siège est à Londres.

- En 1973, deux séminaires dont un inter africain sur l'éducation sexuelle et un autre inter syndical sur la PF ont été organisés à Bamako

- En 1974, le Mali a souscrit à la déclaration de BUCAREST (Roumanie) sur le droit à la PF

- En 1978, le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma ATA sur les soins de santé primaire (SSP) dont une composante est la PF, qui vise à améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances

La PF considérée comme une composante des soins de santé primaires au Mali est intégrée aux activités de soins de santé maternelle et infantile (SMI)

- En 1980, la division de la santé familiale (DNSF) a été créée pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile en y intégrant la PF. Elle était chargée de la mise en œuvre de la politique nationale de PF

-En 1988 le projet KOTEBA de l'AMPPF par voie théâtrale a fait un plaidoyer sur le contrôle de la fécondité

-En 1990, deux séminaires nationaux ont été organisés à Bamako pour l'ébauche d'une politique de population, femme et développement

-En 1991, le Mali a élaboré une déclaration de politique nationale de population. Cette politique a défini clairement le contrôle de la fécondité comme un moyen permettant d'atteindre l'objectif de réduction du taux de croissance de la population.

- En 1994, le Mali a participé à la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) organisé au Caire (Égypte). Les gouvernements se sont engagés à agir dans le domaine de la santé de la reproduction (SR) ; cet engagement fut réitéré lors de la 4^{ème} conférence mondiale sur les femmes à BEIJING (Chine) en septembre 1995

En juin 1995 a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle infantile et de PF (SMI/PF) (37)

Au Mali la santé de la reproduction englobe la santé de la mère, la planification familiale, la santé de l'enfant et de l'adolescent.

1-3/ DEFINITIONS ET DIFFERENTS CONCEPTS DE PF UTILISES PAR LES PROGRAMMES

DEFINITIONS

L'adolescent :

L'OMS définit l'adolescent comme tout individu ayant un âge compris entre 10 et 19 ans.

Jeunes adultes :

Personnes âgées de 20 à 24 ans selon l'OMS

La Santé de la Reproduction (SR)

Elle recouvre 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 maladies ou d'infirmités (CIPD 1994)

Elle englobe l'information des hommes et des femmes sur la planification familiale et l'accès à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement.

La santé de la Reproduction (SR) englobe aussi la santé en matière de sexualité, qui vise à améliorer la qualité de la vie et les relations interpersonnelles.

La planification familiale (PF)

L'OMS définit la PF comme l'ensemble des mesures permettant de favoriser les naissances, d'agir sur l'intervalle entre les naissances, d'éviter les naissances non désirées et de donner à chaque couple le moyen de déterminer le nombre d'enfants qu'il désire.

Elle englobe la lutte contre la stérilité et l'infécondité, la mise en œuvre des moyens de contraception, l'éducation sexuelle et familiale. On peut y adjoindre les mesures favorisant l'adoption, le conseil génétique, l'interruption volontaire de grossesse et le dépistage des tumeurs malignes de la sphère génitale.

La planification familiale peut aussi être définie comme un mode de vie que des individus et des couples adoptent volontairement en se basant sur des connaissances précises, des attitudes et décisions réfléchies afin d'améliorer l'état de santé et le bien être du groupe familial et de contribuer ainsi au développement social du pays

La contraception :

C'est l'ensemble des méthodes destinées à éviter temporairement la fécondation.

La notion d'attitude et de comportement :

L'attitude peut être considérée comme la manière particulière qu'à une personne d'agir, de penser et de sentir. Elle détermine et oriente le comportement d'un individu ou des groupes d'individus.

1-4 DIFFERENTS CONCEPTS DE PF UTILISES PAR LES PROGRAMMES

L'espace des naissances :

Il concerne l'intervalle à maintenir entre les naissances sans se préoccuper de la taille de la famille

La régulation des naissances :

Elle insiste sur l'idée d'assurer un rythme régulier aux naissances par opposition à la soumission, à la fatalité biologique liée au hasard des naissances des enfants. Elle est assez proche de l'espace des naissances.

Le contrôle des naissances :

C'est le libre choix d'avoir ou non des enfants par l'utilisation des méthodes contraceptives ; il intervient aussi dans le cadre de certaines politiques de population élaborées par les gouvernements. On peut soit réduire les avantages sociaux soit alléger les impôts pour les premiers enfants soit supprimer les avantages pour les enfants venant au-delà d'un certain rang.

La limitation des naissances :

Elle suppose l'intervention de l'Etat comme le contrôle des naissances dont elle est proche. La limitation des naissances soutient en plus l'idée de réduire le taux d'accroissement de la population.

1-4/LES PROBLEMES LIES A LA FECONDITE CHEZ LES AIDES MENAGERES

La fécondité est l'aptitude à la reproduction.

L'absence de préparation adéquate :

Ce problème est lié à l'éducation sexuelle qui est peu pratiquée tant au niveau familial (à cause des tabous, de la honte ou de l'ignorance) qu'au niveau du domicile d'accueil de ses aides ménagères, cette défaillance est à l'origine de nombreuses difficultés à propos de la sexualité.

Les grossesses précoces ou non désirées :

Le risque de mortalité maternelle et infantile est plus élevé chez les jeunes mères de moins de 18 ans parce qu'elles n'ont pas encore achevé leur croissance ni atteint leur maturité physiologique.

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) :

L'IVG n'est pas autorisée dans la législation Malienne ; elle est cependant pratiquée clandestinement et constitue aujourd'hui l'une des plus importantes causes de morbidité et de mortalité maternelle. Elle est susceptible d'engendrer une stérilité secondaire voire définitive.

Les enfants à hauts risques :

De très jeunes mères, donnent souvent naissance aux enfants ayant un poids très faible à la naissance ce qui occasionne souvent la mort de ceux-ci.

Les IST/SIDA et leurs complications :

Les aides ménagères par leurs activités sous rémunérées se livrent souvent à la prostitution ce qui les expose aux IST/SIDA qui constitue une menace sérieuse pour la jeunesse au niveau mondial et local.

Si par le passé une erreur de jeunesse pouvait occasionner une grossesse non désirée, ou une infection sexuellement transmissible avec comme conséquence la stérilité secondaire et voire définitive à long terme de nos jours cette même erreur peut engendrer au-delà des conséquences suscitées la mort à cause de la pandémie du sida.

1- 5 LA CONTRACEPTION :

A Définition de la contraception :

Selon le LAROUSSE, la contraception est une « Infécondité volontaire et réversible obtenue par l'emploi de méthodes anticonceptionnelles ».

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

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

-L'efficacité : elle est théorique et pratique (14)

L'efficacité théorique se mesure par le pourcentage de femmes qui théoriquement, deviendront enceintes en un an, même si chaque femme utilise la méthode correctement et régulièrement

L'efficacité pratique se mesure par le pourcentage de femmes qui sont tombées enceintes parce que certaines n'ont pas correctement et régulièrement suivi la méthode (14)

Elle se mesure à partir de l'indice de PEARL (ou taux d'échec pratique) qui se calcule par :

Nombre de grossesses accidentelles multiplié par 12 multiplié par 100 (s'exprime par% années femmes) divisé par le nombre de mois d'exposition

-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 prestataires 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, l'accessibilité de la méthode (coût, disponibilité, facilité d'acquisition), les répercussions sur les relations du couple (29)

-L'innocuité : il s'agit de 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 local ou général, immédiate ou ultérieure (29)

- 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 (29)

B/ Les différentes 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 PF irréversibles mais qui sont intégrées dans le « paquet » des prestations de contraception.

Nous distinguons ainsi trois principaux types de méthodes contraceptives :

- Les méthodes modernes
- Les méthodes naturelles
- Les méthodes traditionnelles

B-1 Les méthodes modernes

1-1 Contraception hormonale : elle est composée de deux hormones stéroïdiennes : oestrogènes et ou progestérones

Les hormones naturelles sont produites par l'ovaire

La fonction principale des oestrogènes est la formation de l'œuf par stimulation de la croissance folliculaire, par développement de l'endomètre utérin et par sécrétion d'une glaire cervicale abondante et filante. Les oestrogènes augmentent également l'activité ciliaire et le péristaltisme des trompes

La progestérone permet la nidation de l'œuf par formation de la dentelle utérine ; elle permet également la formation de l'embryon et le développement de l'œuf jusqu'à la naissance

La voie d'administration : elle est orale, injectable en intra musculaire (IM) ou en implant en sous cutané (SC) il existe ainsi les contraceptifs oraux (CO) ou pilules dont on distingue deux types : les pilules oestro-progestatives (combinées et séquentielles) et les pilules progestatives

Les injectables : administré en injection intramusculaire bimestrielle ou trimestrielle

Les implants : ce sont des progestatifs insérés en sous cutanée ; ils sont à libération prolongée ; d'une durée de 1à5ans

Le métabolisme de ses produits est hépatique

a- Les pilules oestro progestatives : la pilule combinée

Ce sont des comprimés composés d'oestrogènes et de progestérones synthétiques stéroïdiennes efficaces pour empêcher les grossesses

-Mécanisme d'action (11) : elles agissent par :

L'inhibition de l'ovulation par leur action gonadotrope

Les modifications de l'endomètre : atrophie de l'endomètre

Une glaire cervicale épaisse et imperméable aux spermatozoïdes

Diminue le transfert des SPZ dans le tractus génital supérieur

-Effets secondaires et complications (11) : ce sont nausées, vomissements, prise de poids, mastodynie, HTA réversible, thrombophlébites, coronaropathie, trouble de coagulation, tension mammaire, migraine aménorrhée, diminution de la sécrétion lactée, baisse de la libido,

-Avantage : elles ont des avantages contraceptives et non contraceptives

Une bonne efficacité contraceptive, réversibilité de la méthode, coût abordable, améliore l'anémie car les menstruations sont moins abondantes et le cycle peut devenir régulier, protège contre les cancers de l'ovaire, contre certaines causes de MIP (maladies inflammatoires pelviennes) ne protège pas contre les IST/VIH

Indication et contre indication : elle est indiquée chez les femmes désireuses de différer une grossesse ou d'espacer les naissances

Elle est contre indiquée pendant la grossesse, troubles thromboemboliques ou antécédents, femmes de plus de 35 ans grande fumeuse (plus de 20 cigarettes par jour), HTA cancer du sein, Hépatite virale évolutive, cirrhose grave, tumeur du foie, prise de certains antibiotiques (Rifampicine) et anticonvulsants ayant un effet sur les enzymes hépatiques (phénytoïne et les barbituriques)

b- Les pilules progestatives : micro pilule

Elles sont de trois types :

-Par voie orale : pilule progestatives ou mini pilule composée le plus souvent de levonorgestrel ou de noréthistérone

-Par voie injectable (intramusculaire) nous avons l'acétate de dépôt –médroxy-progestérone (DEPO-PROVERA) et l'énanthate de noréthistérone (NORISTERAT)

-Par voie sous cutanée (en implant) : c'est le levonorgestrel, en capsule (NORPLANT)

Mode d'action : ces contraceptifs agissent par : blocage de l'ovulation par l'effet gonadotrope ; l'épaississement de la glaire cervicale empêchant le passage du SPZ, l'atrophie de l'endomètre diminution du transport des SPZ dans le tractus génital supérieur

-effets secondaires : ce sont principalement les troubles menstruels à type d'aménorrhées (aménorrhée de plus de 3 mois), d'irrégularité du cycle, parfois saignements très abondants, une prise de poids, un retour tardif de la fécondité, surtout avec les méthodes injectables, trouble de la vision, douleur vive au bas ventre céphalées intenses

-Avantages et inconvénients (11) : en dehors des avantages communs aux méthodes hormonales, on peut l'administrer 3 semaines après l'accouchement et pendant l'allaitement

Les formes IM et implant sont discrets et astreignants, elles conviennent bien pour limitation des naissances, pas d'effets liés aux oestrogènes.

Les troubles menstruels l'irrégularité du cycle et le retard du retour de la fécondité ; les effets secondaires sont notés ces méthodes ne protègent pas contre les IST et le VIH/SIDA.

Indications et contre indications : la mini pilule est indiquée chez toutes les femmes qui présentent des contres indications aux pilules combinées et qui allaitent

Les injectables et les implants sont indiqués chez la femme qui veut éviter les contraintes de la contraception orale ou qui présente des CI aux pilules combinées

Elles sont CI pendant la grossesse, les tumeurs génitales, les troubles cérébraux vasculaires et les affections artérielles chez la nullipare et l'adolescente

1-2 Le dispositif intra utérin (DIU) ou stérilet (13) : ils existent deux types

-**DIU actif** : diffuse des hormones, du cuivre ou de l'argent dans la cavité utérine.

-**DIU inerte**: Boucle de LIPPES, SAF.T. COIL.

Mode d'action : est complexe et non totalement élucidé le DIU agit, en ce qui concerne l'endomètre, par des réactions enzymatiques, leucocytaires et macrophagiques gênant la nidation ; il y aurait une action sur les SPZ : in vitro le cuivre inhibe la migration et la pénétration des SPZ ainsi que leur mobilité ; il y aurait également une action sur le blastocyste : in vitro et à des concentrations fortes, le cuivre est toxique pour le blastocyste

-**Effets secondaires (13)** : ils s'agissent : de métrorragies, ménorragies et anémies

-**Avantages** : efficace, effet durable ne gêne en rien les rapports sexuels, réversible immédiatement, peut être utilisé chez les femmes allaitantes car ne modifie pas le lait maternel, aucune interaction médicamenteuse

-**Inconvénients** :

Fortes crampes et fortes douleurs quelques jours après la pose, perforation de la paroi utérine évanouissement au moment de la pose du DIU, risque de grossesse extra utérine, infection génital haute avec risque de stérilité, le DIU peut sortir de l'utérus sans que la femme s'en rende compte, l'homme peut de fois sentir le fil lors des rapports

-**Indication et contre indication (25)** : le DIU est utilisé chez toutes les femmes sauf celles ayant une MST ou plusieurs partenaires le DIU ne protège pas contre les IST et le VIH/SIDA.

Le DIU est déconseillé pendant la grossesse, antécédent de GEU , infection génital à répétition, IST, béance cervico -isthmique, malformation utérine, Fibrome, polype, anomalie de la crase sanguine, traitement anticoagulant et anti inflammatoire, post partum immédiat certaines cardiopathies valvulaires à haut risque hémorragique. Cancer du col utérin ou de l'endomètre ; MIP, atteinte hépatique

1-3 Méthodes de barrière : distingue deux types : en mécanique et en chimique (27)

1-3-1 Les méthodes de barrière mécanique : bloquent l'entrée des SPZ :

-Le condom ou préservatif masculin ;

-Le préservatif féminin ;

- Le diaphragme ;
- La cape cervicale ;
- L'éponge spermicide

Les méthodes de barrière chimique ou spermicide : inactivent ou détruisent les SPZ.

-Mode d'action des méthodes de barrière : ils empêchent les SPZ vivant de s'introduire dans le canal cervical. Ces méthodes constituent donc un obstacle mécanique ou chimique devant le col utérin.

Quelques exemples de méthodes de barrière :

- **Préservatif masculin :**

Effets secondaires et complications (27)

Certains utilisateurs du préservatif masculin signalent une diminution des sensations et du plaisir, il a été également signalé des réactions d'irritation et d'allergie au latex.

Avantages (27) : le premier avantage est double action préservative et contraceptive, la facilité d'acquisition sans prescription médicale et le coût bas, l'utilisation pour les rapports occasionnels et imprévus, la facilité d'utilisation

Inconvénients (27) : quelques inconvénients sont notés à savoir que la manipulation des organes génitaux gênante pour certains utilisateurs, la nécessité d'une forte motivation, le risque de déchirure par défaut de fabrication ou par mauvaise utilisation

Indications:

Doivent utiliser le préservatif :

- Les individus à risque d'infections sexuellement transmissibles ;
- Les individus ayant les rapports occasionnels ou imprévus ;
- Les individus qui souhaitent éviter les méthodes ayant les effets systémiques

A l'avènement du VIH/SIDA le préservatif doit être conseillé chez tout le monde

A-le Diaphragme : c'est un capuchon en caoutchouc en forme de derme qui est inséré dans le vagin avant le rapport sexuel et qui couvre le col de l'utérus, on distingue :

- Plats, ressort à lame (bande plate en métal)
- Spiralé, ressort à boudin (fil métallique spiralé)

-Ressort à morceau (ressort combiné en métal) utilisé à chaque rapport sexuel
-Mode d'action : il empêche les SPZ d'arriver dans le tractus génital supérieur (utérus et trompe de Fallope) son action est renforcée par la fonction spermicide de la crème ou de la gelée.

-Avantages : il est efficace dans 87 à 89%.

N'interfère pas avec l'allaitement maternel, ne gêne pas les rapports sexuels (peut être inséré jusqu'à 6h avant) aucun risque pour la santé lié à la méthode, pas d'effets secondaires systémiques, permet les rapports pendant les règles sur le plan de la santé, apporte une certaine protection contre les ITG et d'autres IST par exemple VHB, VIH/SIDA surtout quand il est utilisé avec un spermicide.

-Inconvénients :

-Efficacité modérée (taux de grossesse de 6 à 18% pendant la 1^{ère} année lorsque le diaphragme est utilisé avec un spermicide)

- Nécessite un examen gynécologique par un prestataire formé

-Peut entraîner des infections des voies urinaires chez certaines femmes,

-Le spermicide doit être disponible à chaque utilisation,

-Pas de toilette vaginale dans les 6 heures après les rapports sexuels

-Effets secondaires : il s'agit d'effets à type : d'allergie, infection pelvienne, infection urinaires

-Indications : femmes qui ne préfèrent pas utiliser les méthodes hormonales ou qui ne devraient pas les utiliser (celles qui fument et qui ont plus de 35ans)

-Contre indications :

Accouchement et avortement du second trimestre récent, allergie au latex, malformation du vagin, du col de l'utérus, syndrome de choc toxique

b- Éponge :

Type protectaid et pharma tex today : sur le marché américain

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

Avantages : insérés des heures en avance, les spermicides tuent les germes pathogènes, IST/SIDA.

Inconvénients : éviter de dépasser la durée maximale d'insertion :

Irritation de la muqueuse vaginale ;

Lésions vaginales pouvant être cause d'infections

c- **Cap cervical** : même effet secondaire, indication contre indication que le diaphragme

d- **Préservatif féminin (28)** :

-**Avantages** : son rôle est double : protège contre la grossesse et contre les infections sexuellement transmissibles et le SIDA.

-**Inconvénients** : coût est cher, fait du bruit au cours des relations sexuelles, l'impact socio sexuel : certaines femmes pensent que le préservatif était contaminé avec le VIH ou le lubrifiant pouvait causer stérilités ou infections. Certains hommes craignaient que les femmes puissent s'emparer du sperme recueilli dans le préservatif pour le confier ensuite à un sorcier dans le but de leur jeter un sort.

1-3-2 Les méthodes chimiques : ce sont des produits chimiques généralement le Nonoxygène qui sont introduits dans le vagin avant le rapport sexuel et qui inactivent ou tuent les SPZ

Les types disponibles sont :

-Tablettes suppositoires vaginaux ou films qui se dissolvent ;

-Crèmes ou gelés

Avantages :

Efficacité immédiate ; n'interfère pas avec l'allaitement maternelle, peuvent être utilisés comme méthode d'appoint avec d'autres méthodes, pas d'effet secondaire systémique, facile à stocker et à utiliser, augmente l'humidité (lubrification) pendant les rapports sexuels disponible sans ordonnance et sans bilan médical, protection contre les ITG et d'autres IST

Inconvénients : taux de grossesse de 3 à 2% pendant la première année période d'attente de 10 à 15 mn après l'application avant le rapport sexuel (les toilettes mousseuses vaginales, les suppositoires et les films)

Chaque application n'est efficace que pendant une à 2 heures

Effets secondaires : essentiellement représenté par l'allergie

Indication : ils peuvent être utilisés chez les clients :

-En association avec les autres méthodes contraceptives pour l'augmentation de leur efficacité

-Présentent des contre-indications aux autres méthodes contraceptives

En cas de rapports sexuels occasionnels et imprévus

Contre-indications : les spermicides sont CI chez les clientes présentant des allergies ou des phénomènes d'irritation vaginale

1-4 La contraception chirurgicale : (7)

La CCV regroupe les méthodes chirurgicales irréversibles (vasectomie chez l'homme et la ligature des trompes chez la femme)

1-4-1 Ligature des trompes : c'est une intervention chirurgicale qui met fin de façon définitive à la fécondation de la femme sans toutefois perturber sa sexualité ou la fonction hormonale.

Méthodes : contraception chirurgicale volontaire mini laparotomie ou laparoscopie.

-Mécanisme d'action : elle empêche la rencontre des SPZ et l'ovule par le biais d'une occlusion des trompes (section, cautérisation, anneaux, clip)

-Avantages : efficace dans 99.8%

N'interfère pas avec l'allaitement et les rapports sexuels, pas d'effets secondaires à long terme, n'interfère pas avec la physiologie gynécologique (cycle menstruel), ne nécessite pas d'approvisionnement et de suivi particulier peut se faire sous anesthésie locale (mini laparotomie)

-Inconvénients de la ligature des trompes :

Possibilité de regret, méthodes irréversible, nécessité d'un acte chirurgical, pas de protection contre les ITG et les IST/SIDA, peut nécessiter une anesthésie générale (laparoscopie)

Indications :

Il s'agit de la méthode contraceptive de dernier recours. Elle est indiquée chez un couple ne désirant absolument plus avoir d'enfants ou dont la femme présente des contre-indications aux autres méthodes contraceptives, chez qui une nouvelle grossesse entraînerait un risque vital.

NB : il faut indiquer aux clientes que cette contraception est permanente et irréversible.

Les contre indications : la LT est contre indiquée chez :

Les femmes enceintes, les femmes porteuses d'infection pelvienne et péritonite, les nullipares et les pauci pares, les femmes n'ayant demandé à leurs époux

1-4-2 La vasectomie : c'est une méthode chirurgicale irréversible et volontaire et qui met fin à la fécondité de l'homme. Elle n'interfère pas avec la fonction sexuelle.

Types : contraception chirurgicale volontaire masculine (CCVM) par la méthode standard (d'une ou deux petites incisions ou la méthode sans scalpel qui reste la meilleure.

-Mécanisme d'action : en sectionnant le canal déférent (conduit éjaculatoire) les SPZ ne sont plus présent dans le liquide éjaculé et ne peuvent féconder l'ovule.

-Avantages : très efficace (taux de grossesse de 0.1 à 0.15%) sur 100 femmes pendant la 1^{ère} année d'utilisation.

Permanente, n'interfère pas avec les rapports sexuels ou la fonction sexuelle, bonne méthode pour les couples si la grossesse pose un risque significatif pour la femme, intervention chirurgicale simple faite sous anesthésie locale, aucun effet secondaire à long terme

-Inconvénients : considérée comme permanente peut être regrettée par la suite, efficacité retardée (demande du temps jusqu'à 20 éjaculations), risques et effets secondaires de la petite chirurgie en particulier si effectué sous anesthésie générale, demande l'assistance d'un médecin formé, aucune protection contre les IST et autres maladies (VHB, VIH/SIDA).

-Effets secondaires :

Infection de la plaie, enflure excessive, hématome (scrotal).

-Indications : même indication que la LT

Les contres indications : elle ne doit pas être pratiquée ni sur des hommes présentant une affection systémique aiguë ou une infection de la zone d'opération, ni à des hommes qui ne sont pas sûrs de souhaiter une contraception définitive.

1-5 La contraception d'urgence ou contraception du lendemain (26)

Elle est prescrite après un rapport suspect dont la femme a peur de contracter une grossesse non désirée. Elle doit être utilisée seulement en cas d'urgence véritable, 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 à cet effet : le COC, les pilules progestatives, les oestrogènes, les anti-progestatifs et le DIU.

La principale contre indication de la contraception d'urgence est la grossesse

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

Les contraceptifs utilisés en contraception d'urgence et leurs posologies

Méthodes	Délai écoulé depuis le rapport sexuel	Posologie
Oestro-progestatifs (COC)	Dans les 72 heures	100mcg d'éthinyl œstradiol et 0.5mg de levonorgestrel pour la 1 ^{ère} prise, 2 ^{ème} prise 12 heures plus tard
Progestatifs	Dans les 8 heures	0.75mg en 1 ^{ère} , 2 ^{ème} prise 12 heures plus tard
Oestrogènes	Dans les 48 heures	5mg d'éthinyl œstradiol par 24 heures pendant 5 jours
Androgènes	Dans les 72 heures	400 à 600mg de DANAZOL pour la 1 ^{ère} prise, 2 ^{ème} prise 12 heures plus tard
Anti-progestatifs	Dans les 72 heures	600mg de MIFEPRISTONE (RU 486) en une seule prise.
DIU	Insertion dans les 5 jours	Un seul DIU (insertion classique)

B-2 Planification Familiale Naturelle (PFN) (7)

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 durant cette période.

Les différentes méthodes naturelles :

- méthodes d'auto observation (MAO)
- méthode de la glaire cervicale ou Billings
- méthode de la température
- méthode de la sympto-thermique
- méthode du calendrier ou du rythme ou Ogino
- méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).

NB: expliquer à la patiente la durée de la vie de l'ovule est de 24 heures, la durée de vie des SPZ est de 72 heures, la seconde phase du cycle menstruel est toujours égale à 14 jours, les rapports sexuels sont évités pendant la phase du cycle menstruel où la conception est la plus probable.

a- Méthodes d'auto observations

-Avantages : accepter par l'islam et le christianisme, pas d'effets secondaires locaux et systémiques, permet la connaissance du système reproducteur féminin par le couple ; une fois que la méthode est maîtrisée, il n'y a plus nécessité d'une assistance de prestataires.

-Inconvénients : efficacité moindre, nécessite une période d'apprentissage, une observation et un enregistrement quotidien de signes.

Entraînent une période d'abstinence parfois longue, la glaire ovulaire est difficile à discerner en présence d'infection, certains partenaires peuvent modifier la courbe thermique, pas de protection contre les infections du tractus génital (ITG), difficile à utiliser chez les femmes qui ont des cycles irréguliers

Méthodes Billings

Elle se base sur l'observation et l'interprétation des changements cycliques de la glaire cervicale se produisant sous l'influence des variations des hormones

Expliquer à la cliente la période sèche et humide de son cycle

-Période sèche = inféconde

-Période humide = période féconde

N'avoir des rapports qu'à partir du 4^{ème} jour après le Pic.

Méthode de température

Elle repose sur l'augmentation de la température corporelle observée durant l'ovulation le principe est que la température doit être prise à la même heure (avant de lever du lit), par le même thermomètre et par la même voie buccale, rectale, vaginale. S'abstenir de rapport sexuel à compter du 1^{er} jour des règles jusqu'au soir du 3^{ème} jour consécutif où la température reste élevée.

Cependant certains facteurs peuvent affecter la courbe thermique

-prise de la température à des heures variées et quand les conditions ne sont pas respectées,

- Toute maladie pouvant occasionner une fièvre, changement d'environnement, mauvaise nuit, stress, insomnie, prise d'alcool

d- **Méthode sympto thermique** : c'est l'association de la courbe thermique et la méthode de Billings

e- Méthode calendrier

C'est la méthode de la courbe thermique, c'est une méthode contraceptive, permettant de déterminer les périodes fertiles à partir de calcul fait sur les cycles menstruels précédents.

Il faut enregistrer au moins six cycles consécutifs pour pouvoir déterminer la période féconde

- 1^{er} jour fertile : Cycle le plus court (-20)
- Dernier jour fertile : Cycle le plus long (-10)

Exemple : si les six derniers cycles durent : 28, 26, 29, 28, 26, 27 jours

Le premier jour fertile $26-20=6$

Dernier jour fertile $29-10=19$

Éviter les rapports sexuels du 6^{ème} au 19^{ème} jour du cycle.

- **Avantages de la PFN** : en dehors de l'avantage contraceptif : elle ne coûte rien, il n'y a pas d'effet secondaire car il s'agit d'une méthode naturelle, la responsabilité de la contraception est partagée, l'utilisation de la PFN peut servir dans les recherches étiologiques et dans le traitement des MST, la PFN est approuvée par l'Islam et le Christianisme.

- **Inconvénients** : nécessite la coopération de l'homme, implique le respect des périodes d'abstinence et donc une forte motivation, l'efficacité est moindre que celle des autres méthodes, la méthode peut être faussée par certaines variations physiques.

Indication de la PFN : elle est indiquée chez toute femme sans troubles de mémoire et du comportement, ne présente pas de circonstances particulières

Contre indications : en dehors des troubles de la mémoire et du comportement toutes les femmes en âge de procréer peuvent utiliser la PFN.

Cependant, certaines circonstances particulières peuvent diminuer l'efficacité de la crédibilité de ces méthodes. Par circonstances particulières nous entendons toutes les circonstances provoquant des modifications du cycle menstruel de la femme ou des modifications de ses signes de fertilité ce sont principalement :

Les retards de l'ovulation, fièvre ou maladie, post-partum, stress émotionnel et les efforts.

Autres méthodes naturelles :

-Le coït interrompu ou retrait

-L'abstinence

-Douche vaginale

-Collier du cycle : c'est un collier de perles de couleur qui représentent chaque jour du cycle menstruel de la femme. Il peut aider la femme à savoir quand elle peut tomber enceinte à la suite de rapports sexuels sans protection.

Les perles blanches marquent les jours fertiles

Les perles marron marquent les jours où il est peu probable que la femme tombe enceinte.

Méthode d'allaitement Maternel et d'Aménorrhée (MAMA) (10)

C'est une méthode contraceptive qui repose sur l'allaitement maternel exclusif au sein pendant les six premiers mois du post partum. Elle se base sur l'effet physiologique de l'allaitement pour supprimer l'ovulation

- **Mécanisme d'action** : la succion du mamelon par le bébé stimule l'hypophyse qui produit la prolactine entraînant un blocage de l'ovulation.

- **Avantages** : les avantages ne sont pas seulement contraceptifs, mais également pour les enfants et la société.

Pour la mère : meilleure involution utérine, avantage contraceptif, le risque de cancer du sein et des ovaires est amoindri, l'établissement des liens solides entre mère et enfant.

Pour le nourrisson : protection contre les infections et les allergies, meilleur développement psychomoteur, affectif et social.

Pour la société : avantage essentiellement économiques.

- **Inconvénients** : les circonstances sociales peuvent réduire l'efficacité de la MAMA, difficile pour les mères fonctionnaires ou exerçant d'autres activités pouvant empêcher aux bébés les tétés en 24 h, ne dure que 6 mois, risque de grossesse car il peut se produire une ovulation pendant la période d'aménorrhée

- **Indications** : la MAMA est indiquée chez toute femme qui désire utiliser l'A M comme moyen de PF et qui ne présente aucune contre indications à l'A M, qui peut assurer au moins douze tétés par 24 h, qui est en aménorrhée qui a accouché depuis six semaines

- **Contre indications** : il s'agit de toute femme présentant des contre indications à l'A M, par exemple femme atteinte de certaines affections (SDA, cancer, maladie psychiatrique)

g- Méthodes contraceptives et Allaitement Maternel

Les principales méthodes recommandées sont : l'abstinence les méthodes de barrière le DIU, les CCV, les progestatifs « en règle général, le meilleur contraceptif hormonal pour les femmes pratiquant l'allaitement est un contraceptif contenant uniquement des progestatifs (tels que la mini pilule et les injectables et qui à le moins d'effet oestrogénique possible)

NB : En dehors du risque de grossesse, il n'existe pas de complications propres à la MAMA, mais plutôt des complications propres à l'allaitement maternel qui affectent le plus souvent les seins. Il s'agit de :

- * La mastodynie
- * L'engorgement mammaire
- * La Crevasse du mamelon ou (mamelon irrité)

B-3 Méthodes Traditionnelles

On se sert dans ce 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 contraception, il reste encore à déterminer l'efficacité d'un nombre d'entre elles. Le fait que ces méthodes soient si utilisées prouve que les gens se sentent capable de régler leur fécondité et qu'ils ont depuis longtemps découvert les avantages de cette régulation.

La vitesse à la quelle 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.

-Plantes et autres substances

D'autres pratiques sont utilisées il s'agit :

-Le Tao : il s'agit d'une ceinture magique à multiples nœuds produite par le marabout. Elle aurait un pouvoir contraceptif de durée illimitée autant qu'elle serait portée ou de durée liée au nombre de nœuds.

- La toile d'araignée : dispositif opaque, issu du tissage de l'araignée que les femmes enduisent de beurre de karité pour obstruer le col.

- Les graines de Ban forènt, plante fréquente à Ban fora (Burkina Faso) dont les graines sont dites ayant une action spermicide

III-2 LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

III-2-1Présentation

Infections sexuellement transmissibles (IST), maladies infectieuses et contagieuses, autrefois également appelées maladies vénériennes, contractées lors des contacts sexuels, mais dont quelques-unes se transmettent par des voies non sexuelles.

Les IST se déclarent généralement dans les parties « basses » de l'appareil génital féminin (vulve, vagin, col de l'utérus) ou masculines (urètre), mais elles peuvent gagner l'utérus, les trompes de Fallope, les ovaires ou les testicules et la prostate. Certaines peuvent toutes fois provoquées des atteintes de tout l'organisme : il s'agit notamment de la syphilis, de l'hépatite et du sida. La plupart des IST (hors blennorragie, sida et hépatite) se manifeste au début par une simple irritation, des démangeaisons et des douleurs faibles. La discrétion de ses symptômes n'exclut nullement la gravité de ces maladies :

L'infection à gonocoques et la salpingite à chlamydia (*Chlamydia trachomatis*) représentent ainsi les principales causes de stérilité chez la femme et les condylomes, causés par des papillomavirus, peuvent évoluer en cancer du col de l'utérus.

III-2-2 HISTORIQUE

La syphilis comme la blennorragie elles sont d'ailleurs souvent associées sont très fréquentes et même prépondérantes par rapport aux autres IST, entre le quinzième siècle et la première moitié du vingtième siècle à partir de la fin de la seconde guerre mondiale, l'usage de la pénicilline (un antibiotique), les fait reculer cependant, les années soixante-dix marquent une recrudescence de ces deux maladies, ainsi qu'une augmentation des cas d'herpès génital et d'infection à chlamydia et à papillomavirus. Du point de vue épidémiologique, l'augmentation du nombre de cas de IST dans les années soixante-dix correspond à la libération sexuelle (voir histoire de la sexualité) et à l'apparition de la pilule (voir contraception) qui n'offre aucune protection contre la transmission des germes pathogènes, contrairement au préservatif.

L'émergence, au cours des années quatre-vingt, de la pandémie de sida encourage l'utilisation du préservatif, unique mode de prévention contre cette maladie ; ce qui laisse espérer une diminution, par contre coup, de l'incidence des autres IST.

Les IST continuent néanmoins, à l'heure actuelle de poser des problèmes cruciaux de santé publique à l'échelle mondiale, et ce même si l'on ne prend pas en compte la pandémie de sida. En effet hors sida l'OMS estime que plus de 333 millions de personnes sont touchées par des IST.

III-2-3 Les différents IST

Les IST peuvent être causées par des micro-organismes pathogènes très divers : bactéries, champignons, protozoaires, ou virus.

Les principales IST d'origine bactérienne sont la blennorragie (due à la bactérie *Neisseria gonorrhoea*), la syphilis (*Treponema pallidum*), le chancre mou (*Haemophilus ducreyi*), et la maladie de Nicolas-Favre (*Chlamydia trachomatis*).

Les infections à champignons sont principalement représentées par les candidoses (champignons du genre *Candida*) parmi les IST dues à des protozoaires signalons le trichomonas.

Enfin, les principales IST virales sont le sida (virus HIV), l'hépatite B l'Herpès et les infections à papillomavirus.

III-2-4 TRANSMISSION

La transmission des IST survient, dans la majorité des cas lors de contact sexuels avec une personne infectée (la plupart des agents pathogènes impliqués meurent rapidement en dehors du corps humain) Dans le cas du sida et de l'hépatite B la contagion peut également avoir lieu via le sang, notamment à cause de l'utilisation de seringues non stérilisées. Le personnel hospitalier peut également être exposé (blessures accidentelles avec du matériel non désinfecté)

Dans les pays industrialisés, les transfusions sanguines sont désormais sans risques (depuis l'affaire de sang contaminé au début des années quatre-vingt dix, les produits sanguins utilisés sont analysés au préalable et chauffés suffisamment longtemps pour tuer les éventuels agents pathogènes)

Le HIV, la syphilis et des infections à Chlamydia ou à gonocoques peuvent également être transmis de la mère à son bébé, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement, et avoir des conséquences très graves pour l'enfant.

III-2-5 TRAITEMENT

A l'exception des IST virales, le traitement repose sur les antibiotiques et les antifongiques .En revanche, il n'existe aucun traitement contre les maladies dues à des virus seul l'acyclovir (un antiviral) est d'une certaine efficacité contre les crises d'herpès, sans toute fois faire disparaître complètement le virus ni exclure les rechutes

Pour qu'un traitement soit efficace, il est indispensable qu'il soit administré en même temps à tous les partenaires sexuels (afin d'éviter les ré contaminations) et que ceux-ci utilisent les préservatifs au moment du traitement.

III-2-6 PREVENTION

Hormis le sida, très médiatisé depuis le milieu des années quatre-vingt les IST restent mal connu du public. La prévention passe par des campagnes d'information insistant sur l'importance de la prévention (utilisation du préservatif) la nécessité de consulter dès l'apparition des premiers symptômes (la précocité du diagnostic permet de combattre plus efficacement la maladie) et celle d'effectuer des dépistages et des traitements le cas échéant chez tous les partenaires sexuels de personne touchée, ainsi que chez les partenaires de ces derniers.

METHODOLOGIE

III- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

1-1- La commune IV du district de Bamako

L'étude s'est déroulée dans le centre de santé de référence de la commune IV de Bamako.

La commune IV fut créée par l'ordonnance N°78-34/CMLN du 18 Août 1978 et placée sous la tutelle du Gouverneur du district de Bamako. Elle est constituée par 8 quartiers dont le plus ancien est Lassa et le nouveau Sibiribougou.

La commune IV du district de Bamako a une superficie de 37,68km² soit 3768 hectares pour une population de 207837 habitants (sources DNSI, recensement avril 1998).

Le centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune IV, à Lafiabougou. D'abord PMI de Lafiabougou, il a été érigé en centre de santé de référence pour répondre aux besoins de santé des populations de la commune.

1-2- Personnels du centre de santé de référence de la commune IV

Le centre de santé de référence emploie :

- Un médecin gynécologue obstétricien, qui est le médecin chef du centre,
- Un médecin ophtalmologiste, deux assistants médicaux en ophtalmologie
- Un chirurgien généraliste,
- Trois médecins généralistes,
- Seize sages-femmes, deux infirmières obstétriciennes
- Sept anesthésistes réanimateurs, dont :
 - * 2 Médecins
 - * 5 assistants

- Quatre infirmiers d'Etat et deux assistantes médicales en ORL
- Trois techniciens supérieurs de laboratoire
- Deux techniciens supérieurs en odontostomatologie,
- Dix aides-soignants,
- Une gérante de pharmacie,
- Cinq manoeuvres, un gardien de la morgue
- Quatre chauffeurs, quatre gardiens
- Deux comptables, une secrétaire administratif, un coursier

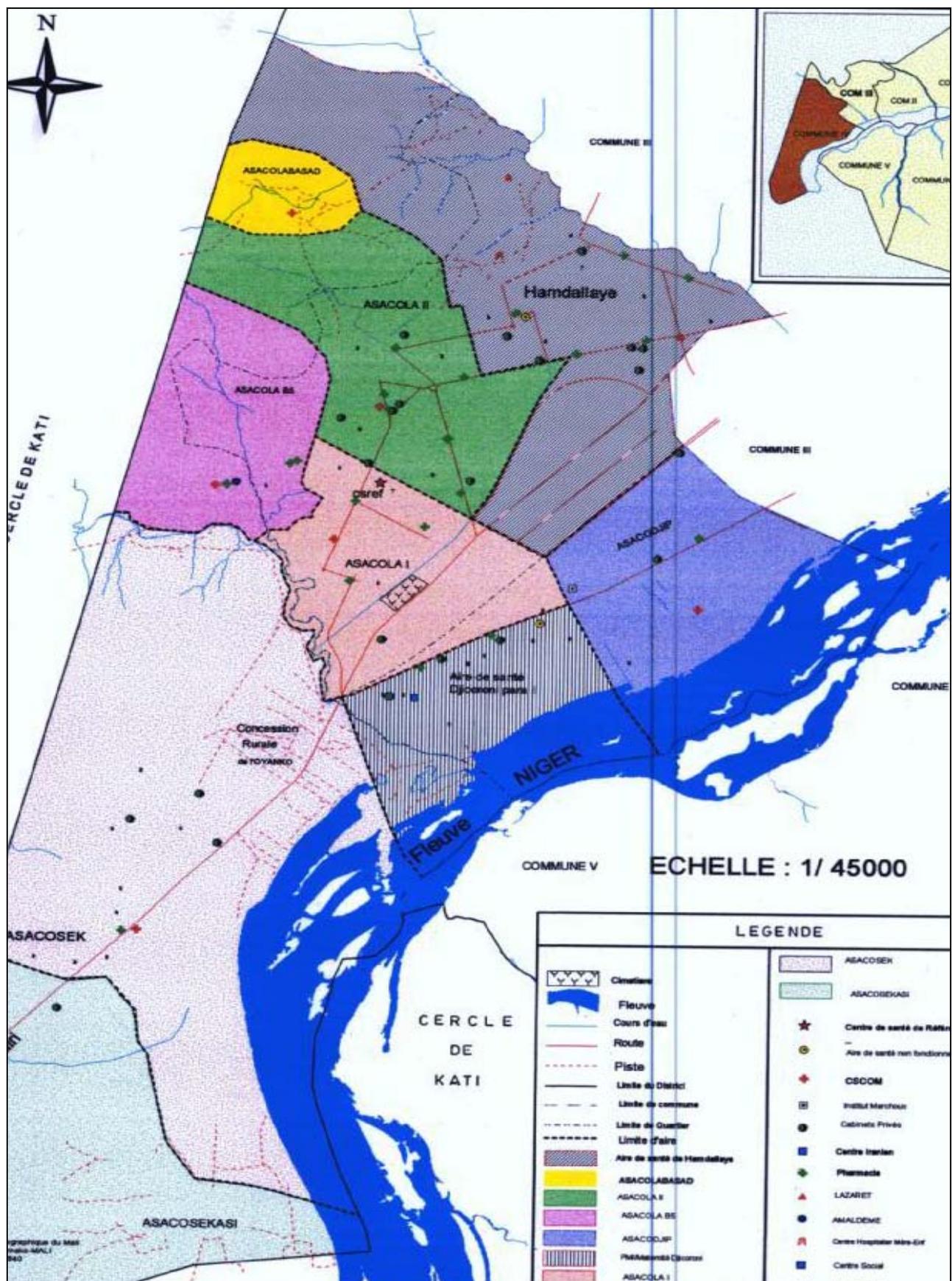
A ceux-ci s'ajoute un nombre variable de faisant fonction d'interne (FFI) selon les périodes

1-3- Les locaux du centre de santé de référence de la commune IV

Le centre de santé de référence comporte :

- Une unité de gynéco obstétrique,
- Une unité de chirurgie générale,
- Une unité de médecine générale
- Une unité d'ophtalmologie, une unité d'ORL
- Une unité de soins d'appui et de conseils (USAC)
- Un bureau des FFI,
- Un bloc opératoire,
- Une salle d'accouchement,
- Douze salles d'hospitalisations, dont :
 - * six salles pour la gynécologie obstétrique avec 24 lits
 - * et deux salles pour la chirurgie générale avec six lits.
- Une unité de consultation prénatale,
- Une unité de consultation postnatale,
- Un cabinet dentaire,
- Un laboratoire,
- DAT,
- Deux salles de soins infirmiers,
- Une morgue.

Figure : Carte sanitaire de la commune IV



2- TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude transversale descriptive relative aux connaissances, attitudes et pratique des AM en matière de santé de la reproduction

3- PERIODE D'ETUDE

L'étude s'est étendue de Janvier 2005 à Mai 2006

4- POPULATION D'ETUDE

Les aides ménagères âgées de 10 à 24 ans venues en consultation dans le centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako

5- ECHANTILLONAGE

- Critère d'inclusion : toutes les aides ménagères âgées de 10 à 24 ans venues en consultation pour tout problème médical en rapport avec les IST/VIH, PF, ou grossesse.

- Critère de non inclusion :

Toutes aides ménagères âgées de moins de 10 ans et de plus de 24 ans venues en consultation pour tous autres problèmes médicaux autre que les IST/VIH, la PF, la Grossesse.

- Taille de l'échantillon :

Nous avons utilisé la technique d'échantillonnage par commodité : les cibles (les aides ménagères), la taille sur laquelle l'étude a porté a été de 120 AM.

6- COLLECTE DES DONNEES

Le recueil des données est fait en utilisant des questionnaires individuels élaborés et soumis aux enquêtés après leur consentement

7- L'ANALYSE DES DONNEES

L'analyse et la saisie des données sont faites sur Microsoft Word et sur épi info (version 6.04dfr). Le test utilisé est le test de Khi2 avec un seuil de signification de 5%.

8- ASPECT ETHIQUE

L'étude a été faite avec le consentement éclairé des AM et dans la confidentialité. L'anonymat a été gardé dans tous les cas par rapport à l'identité des AM.

RÉSULTATS

1-ETUDE DU CARACTERISTIQUE SOCIO DEMOGRAPHIQUE :**Tableau I : Répartition des aides ménagères selon l'âge**

Age (année)	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
10 à 19 ans	84	70%
20 à 24 ans	36	30%
Total	120	100%

Les adolescentes de 10 à 19 ans ont représenté 70% de notre population d'étude

Tableau II : Répartition des AM selon la localité de provenance

Localités	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Région de Kayes	14	11.7%
Région de Koulikoro	18	15.0%
Région de Sikasso	23	19.2%
Région de Ségou	41	34.2%
Région de Mopti	22	18.3%
District de Bamako	2	1.7%
Total	120	100%

Seules les cinq premières régions ont représenté notre population d'étude, la région de Ségou a été la plus représentée avec un taux à 34,2%

Tableau III : Répartition des AM selon le statut matrimonial :

Statut matrimonial	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Célibataire	49	40,8%
Fiancée	37	30.8%
Mariée	34	28.3%
Total	120	100%

Les célibataires ont représenté la couche la plus importante de notre population d'étude avec un taux de 39.2%

2- ETUDE DES ANTECEDANTS GYNECO OBSTETRIQUE ET COMPORTEMENT SEXUEL DES AM

Tableau IV : Connaissance sur les rapports sexuels

Rapport sexuel	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Oui	120	100%
Non	0	0%

100% des AM ont affirmé avoir eues des rapports sexuels

Tableau V : Connaissance sur l'âge du premier rapport sexuel

Age du premier rapport sexuel	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
10 à15 ans	55	45.8%
16 à21 ans	53	44.2%
Ne se rappelle plus	12	10.0%
Total	120	100%

L'âge extrême du premier rapport sexuel a été de 10 ans, la plupart des AM ont eut leur premier rapport sexuel entre 10 à 15 ans avec un taux de 45,8%

Tableau VI : Connaissance du préservatif au moment du premier rapport sexuel

Préservatif	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Non	100	83,3%
Oui	19	15.8%
Sans réponse	1	0.8%
Total	120	100%

83,3% des AM ne connaissaient pas le préservatif au moment du premier rapport sexuel

Tableau VII : Connaissance selon les raisons de la non utilisation du préservatif

Raisons	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Ne connaît pas	65	54.2%
N'aime pas	37	30.8%
Partenaire n'aime pas	11	9.2%
Partenaire ne connaît pas	2	1.7%
Partenaire et elle n'aime pas	5	4.2%
Total	120	100%

54.2% des AM n'ont pas utilisé le préservatif par méconnaissance

Tableau VIII: Connaissance sur les antécédents de grossesse

Grossesse	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Non	80	66,7%
Oui	40	33,3%
Total	120	100%

33.3% des AM ont des antécédents de grossesse.

Tableau IX : Connaissance sur la notion d'avortement

Avortement	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Oui	5	4.2%
Non	115	95.8%
Total	120	100%

4.2% des AM ont affirmé avoir subies un avortement

Tableau X: Connaissance sur la survenue de l'avortement

Avortement	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Provoqué	0	0%
Spontané	5	100%
Total	5	100%

Tous les cas d'avortement enregistrés sont survenus de façon spontanée

3 CONNAISSANCE SUR LES IST, LE VIH/SIDA, LA PF ET LA GROSSESSE**Tableau XI : Connaissance sur les IST**

Connaissance	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Oui	96	80%
Non	24	20%
Total	120	100%

80% des AM affirment connaître les IST

Tableau XII : Répartition des AM selon le niveau de connaissance des IST

IST	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
VIH	91	75.8%
Gonococcie	34	28.3%
Leucorrhées	18	15.0%
Syphilis	6	5.0%
Autres*	27	23.3%

Autres* = Bilharzioses, Hémorroïdes.

Le VIH est l'IST la plus connue des AM avec un taux à 75,8% ensuite viennent la gonococcie et les leucorrhées avec respectivement 28,3% et 15,0%

Tableau XIII : Répartition des AM selon le niveau de connaissance des maîtres symptômes des IST

Maîtres symptômes	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Ne sait pas	55	45,8 %
Amaigrissement	34	28,3 %
Prurits vulvaires	8	6,7%
Algies pelviennes	8	6,7%
Pyurie (pus dans les urines)	8	6,7%
AEG	6	5,0%
Ecoulement vaginal	4	3,3%
Brûlures mictionnelles	3	2,5%
Anémie	3	2,5%
Céphalées	3	2,5%
Constipation chronique	3	2,5%
Diarrhées	3	2,5%
Dyspareunies	1	0,8%

Nous constatons que l'amaigrissement a été le signe majeur.

Tableau XIV : Répartition des AM selon qu'elles aient contracté ou pas une IST

Contractée	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Non	71	59,2%
Oui	27	22,5%
Sans réponse	22	18.3%
Total	120	100%

22.5% des AM ont affirmé avoir contractées une IST

Tableau XV : Connaissance sur le VIH/SIDA

Connaissance	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Oui	120	100%
Non	0	0%
Total	120	100%

100% des AM affirme connaître le VIH/SI

Tableau XVI : Connaissance sur les principales sources d'information sur les IST

Sources d'information	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Télévision	115	95,8%
Radio	110	91,7%
Amis	41	34,2%
Parents	13	10,8%
Tiers personnes	11	9,2%
Agent de santé	7	5,8%
Patronne	1	0,8%

Les principales sources d'information ont été les média Télé avec un taux à 95,8% et radio avec 91,7% de l'effectif.

Tableau XVII : Répartition des AM selon le niveau de connaissance des voies de transmission du VIH/SIDA

Voies de transmission	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Rapport sexuel	95	79,2%
Objets tranchants	35	29,2%
Objets souillés par le sang	26	21,7%
Rapport avec les chiens	13	10,8%
Rapport non protégé	11	9,2%
Ne sait pas	6	5,0%
Excision	2	1,7%
Autres*	4	3,3%

Autres* Escabeau des WC, Sueur des personnes atteintes.

79,2% des AM pensent que c'est à travers les rapports sexuels que le VIH/SIDA se transmet ensuite viennent les objets tranchants et les objets souillés par le sang avec respectivement 29,2% et 21,7%.

Tableau XVIII : Répartition selon le niveau de connaissance des symptômes du SIDA

Symptomatologie	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Amaigrissement	43	35,8%
Ne sait pas	50	41,7%
Diarrhée	5	4,16%
Anémie	3	2,5%
Autres*	4	3.4%
Total	120	100%

Autres*= Dermatoses
=leucorrhées

L'amaigrissement a été le signe dominant avec un taux à 35,8%.

Tableau XIX : Connaissance des AM sur la présence ou non de signes en cas d'infection par le VIH/SIDA

Présence de signe	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Non	101	84,2%
Sans réponse(ne sait pas)	10	8,3%
Oui	9	7,5%
Total	120	100%

84,2% des AM affirment qu'on ne peut pas être infectée du VIH sans symptomatologie

Tableau XX : Connaissance des AM sur l'existence ou non d'une médication contre le VIH

Traitement	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Non	87	72.5%
Ne sait pas	23	19.2%
Oui	10	8,3%
Total	120	100%

72,5% des AM affirment qu'ils n'existent pas de traitement contre le VIH/SIDA

Tableau XXI : Connaissance sur les différentes médications

Médicaments	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Calmer	110	91,7%
Ne sait pas	8	6,7%
Médicament qui freine le développement du virus	1	0,8%
Traditionnel	1	0,8%
Total	120	100%

91,7% des AM affirment que ces médications permettent de calmer mais ne guérissent pas totalement.

Tableau XXII : Répartition des AM selon qu'elles acceptent ou pas le dépistage

Dépistage	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Oui	98	81.7%
Non	22	18.3%
Total	120	100%

18.3% des AM n'acceptent pas de se faire dépister volontairement

Tableau XXIII : Répartition des AM selon les raisons du dépistage

Raisons	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Connaître son statut	87	72.5%
Confiance	12	10.0%
Ne croit pas	7	5,8%
Imposer par agent de santé	2	1,7%
Peur	1	0,8
Après avis parent	1	0,8
Après IEC	1	0,8
Autres*	9	7.5%
Total	120	100%

72.5% des AM acceptent le dépistage pour connaître leur statut immunitaire
Autres*= pour pouvoir se protéger si on n'est pas atteinte, pour éviter les Sidéens.

Tableau XXIV: Connaissance des AM sur le planning familial (PF)

Entendu parlé du PF	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Oui	103	85.8%
Non	17	14.2%
Total	120	100%

85.8% des AM ont affirmé avoir entendues parler du PF.

Tableau XXV : Répartition des AM selon la source d'information par rapport au PF

Source d'information	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Média	67	55,8%
Amies	46	38,3%
Agents de santé	29	24,2%
Parent	14	11,7%
Partenaire sexuel	10	8.3%
Autres*	6	5%

Autres*= Patronne

= Tiers personne

La principale source d'information a été les médias (Télé, Radio) avec un taux à 55.8% ensuite viennent les Amies et l'Agent de santé dans respectivement 38.3% et 24.2% de l'effectif.

Tableau XXVI : Connaissance des AM selon les catégories de personne visées par le PF

Personnes visées par le PF	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Toutes les Femmes	55	45.8%
Femmes en âge de procréer	27	22.5%
Celles qui font les grossesses rapprochées	19	15.8%
Hommes et les femmes	10	8.3%
Ne sait pas	9	7.5%
Total	120	100%

45.8% des AM pensent que la PF vise uniquement les femmes surtout les femmes en âge de procréer avec 22.5% et celles qui font les grossesses rapprochées avec 15.8% de l'effectif.

Tableau XXVII : Répartition des AM selon le niveau de connaissance des méthodes contraceptives

Méthodes contraceptives connu	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Contraceptifs oraux	93	77.5%
Contraceptifs injectables	71	59.2%
Méthodes traditionnelles	7	5.8%
Norplant	2	1.7%

Les contraceptifs Oraux et les Injectables ont essentiellement été les méthodes contraceptives les plus connues par les AM avec respectivement des taux à 77.5% et 59.2% de l'effectif

Tableau XXVIII : Connaissance des AM sur les inconvénients du planning familial

Inconvénients	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Règle douloureuse	12	11.6%
Ne sait pas	84	81.6%
Autres*	7	6.8%

Autres*= Stérilité, Aménorrhée

La règle douloureuse est l'inconvénient le plus connu avec 11.6% ensuite viennent la stérilité et l'aménorrhée dans 6.8% de l'effectif

Tableau XXIX : Répartition des AM selon la grossesse contractée

Grossesse contractée	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Oui	109	90,8%
Non	11	9,2%
Total	120	100%

90,8% des AM étaient enceintes au moment de l'enquête

4- ATTITUDES SEXUELES DES AIDES MENAGERES

Tableau XXX : Attitude des AM sur l'utilisation du préservatif pour les rapports ultérieurs

Préservatif lors des rapports suivants	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Jamais	101	84.2%
De temps en temps	17	14,2%
Toujours	1	0,8%
Sans réponse	1	0,8%
Total	120	100%

Seulement 0,8% des AM affirme avoir toujours utilisée le préservatif

Tableau XXXI : Attitude sur l'initiative du port du préservatif

Décisions	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Sans réponse	102	85%
Votre partenaire	10	8,3%
Vous deux	6	5%
Vous-même	2	1,7%
Total	120	100%

Le partenaire sexuel a pris la décision dans 8,3% l'A M a pris la décision dans 1,7% et les deux dans 5% de l'effectif

ATTITUDES DES AM SUR LES IST, VIH/SIDA

Tableau XXXII : Attitude des AM selon qu'elles croient ou pas en l'existence du VIH/SIDA

Croyance	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Oui	112	93,3%
Non	8	6.7%
Total	120	100%

93,3% des AM croient en l'existence du VIH/SIDA

Tableau XXXIII : Attitude des AM selon les raisons de croyance au VIH/SIDA

Raisons	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Gens en parlent	58	48,3%
Malade vu à la télévision	46	38,3%
Malade vu à l'œil	10	8,3%
Ça tue	6	5,0%
Total	120	100%

48,3% des AM croient car les gens en parlent 38,3% croient car elles ont vu les malades à la télé à travers les théâtres

ATTITUDES DES AM SUR LA PF

Tableau XXXIV : Attitude des AM sur l'utilité PF

Utilité (Sert à)		Pourcentage (%)
Espacer les naissances	41	34,2
Ne sait pas	28	23,3
Eviter les grossesses non désirées	24	20,0
Espacer les naissances et éviter les grossesses non désirées	9	7,5
Ne pas avoir d'enfant	7	5,8
Espacer les naissances et éviter le Sida	4	3,3
Fait avorter	3	2,5
Ne pas avoir d'enfant et espacer les naissances	3	2,5
Eviter le Sida	1	0,8
Total	120	100

34,2% des AM pensent que la PF sert à espacer les naissances et sert à éviter les grossesses non désirées dans 20% des cas

Tableau XXXV : Attitude des AM vis-à-vis de la grossesse

Manque de désir	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Célibataire	35	40,7%
Peur des parents	17	20,0%
Peur de la grossesse	13	15,1%
Sans réponse	12	14,0%
Autres*	9	10,5%

Autres*= le partenaire ne reconnaît pas la paternité

40,7% n'aimaient pas leur grossesse parce qu'elles étaient célibataires, 20,0% avaient peur des parents, 15,1% avaient peur de la grossesse tandis que 14,0% sont restées sans réponse

5 PRATIQUES SEXUELLES DES AM

Tableau XXXVI : Pratique du préservatif au moment du premier rapport sexuel

Utilisation du préservatif	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Oui	3	2,5%
Non	15	12,5%
Sans réponse	102	85%
Total	120	100%

Seulement 2,5% des AM ont affirmé avoir utilisées le préservatif au moment du premier rapport sexuel.

PRATIQUE DES AM SUR LES IST ET LE VIH/SIDA

Tableau XXXVII : Pratique des AM face aux IST

Pratiques	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Médicamenteuses		
Médicament traditionnel	21	77,8%
Moderne	3	11,1%
Automédication	2	7,4%
Aucune médication	1	3,7%
Total	27	100%

77,8% des AM passent par la médecine traditionnelle pour remédier à leur problème de santé

Tableau XXXVIII : Pratique des AM pour la prévention du VIH/SIDA

Moyens de prévention	Effectif	Fréquence
Rapport sexuel protégé	30	25.0
Fidélité	24	20.0%
Abstinence	16	13.3%
Éviter les objets souillés par le sang	14	11,7%
Éviter les objets tranchants	11	9.2%
Ne sait pas	10	8.3%
Dépistage	9	7,5%
Autres*	6	5.0%

Autres*= Éviter les personnes atteintes
=Éviter les sueurs

Le rapport sexuel protégé est le moyen de prévention le plus connu avec 25,0% de l'effectif ensuite viennent la fidélité et l'abstinence avec respectivement 20.0% et 13.3% de l'effectif

PRATQUE DE LA PF PAR LES AM**Tableau XXXIX : Répartition des AM selon qu'elles aient utilisé une ou plusieurs méthodes contraceptives**

Utilisation	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Oui	33	27.5%
Non	87	72.5%
Total	120	100%

Seulement 27.5% des AM ont affirmé avoir utilisé une ou plusieurs méthodes contraceptives.

Tableau XL : Pratique des AM vis-à-vis de la grossesse en rapport avec leur situation financière

Soutient financier	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Son salaire	50	41.7%
Mari ou fiancé	31	25.8%
Aucun	16	13.3%
Patronne	13	10.8%
Parent	5	4.2%
Mari ou fiancé et salaire	2	1.7%
Patronne et salaire	2	1.7%
Mari ou fiancé et parent	1	0.8%

41.7% des AM se servent de leur salaire pour subvenir à leurs besoins quotidien et de santé, le mari ou le fiancé intervient dans 25.8%, la patronne dans 10.8%, et les parents dans 4.2% des cas

Tableau XLI : Pratique des CPN lors des grossesses

CPN	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Oui	88	80.7%
Non	21	19.3%

80.7% des AM ont affirmé avoir fait au moins une consultation prénatale

Tableau XLII : Répartition des AM selon que la grossesse ait été désirée ou pas

Grossesse désirée	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Non	75	68,8%
Oui	23	21,1%
Sans réponse	11	10,1%
Total	109	100%

68,8% des AM affirment n'avoir pas désiré leur grossesse

Tableau XLIII : Répartition des aides ménagères parturientes selon le nombre de CPN fait

Nombre de CPN	0		1		2		3	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Premier trimestre	90	82.6	19	17.4				
Deuxième trimestre	46	42.2	56	51.4	7	6.4		
Troisième trimestre	33	30.3	44	40.4	30	27.5	2	1.8

30.3% Des aides ménagères parturientes n'ont fait aucune consultation prénatale tandis que 1.8% ont fait trois consultations prénatales.

Tableau XLIV : Répartition des AM selon l'issue de la grossesse

Issue de la grossesse	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Arrivée à terme	69	63.3%
Avortement spontané	30	27.5%
Avortement provoqué	1	0,9%
Prématurité	9	8,2%

63.3% des grossesses sont arrivées à terme

Tableau XLV : Répartition des AM selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Voie basse	30	43.5%
Voie haute (Césarienne)	39	56.5%

La voie haute a été la plus utilisée avec 56.5% suivie de la voie basse avec 43.5% de l'effectif

Tableau XLVI : Répartition des aides ménagères parturientes selon la Hauteur utérine

Hauteur utérine	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Plus de 36cm	4	5,8%
Moins de 36cm	65	94,2%
Total	69	100%

Nous avons trouvé 5,8% de HU excessive

Tableau XLVII : Répartition des aides ménagères parturientes selon les bruits du cœur fœtal

BDCF	Effectif	Pourcentage (%)
0	10	14,5%
Plus de 160	6	8,7
Moins de 120	12	17,4%
Entre 120 et 160	41	59,4%
Total	69	100%

59,4% des nouveaux nés avaient des BDCF normaux tandis que 14,5% des Nouveaux -nés étaient en état de mort apparente à la naissance.

Tableau XLIII : Répartition des aides ménagères parturientes selon L'aspect du liquide amniotique

Aspect du liquide amniotique	Effectif	Pourcentage (%)
Légèrement teinté	25	36,2%
Méconial	18	26,1%
Clair	14	20,3%
Indéterminé	12	17,4%
Total	69	100%

Le LA était clair dans 20,3% des cas et indéterminé dans 17,4% des cas

Tableau XLIX : Répartition des aides ménagères parturientes selon les indications de la césarienne

Indications	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
SFA	18	46,2
Bassin immature	8	20,5
Syndrome de pré rupture	6	15,4
DFP	4	10,2
Présentation vicieuse	3	7,7
Total	39	100

La souffrance fœtale aigue et le bassin immature ont été les indications les Plus fréquentes des césariennes avec des taux respectifs de 46,2% et 20,5%.

Tableau L: Répartition des nouveaux nés selon le score d'Apgar à la naissance

Score d'Apgar	effectif	Pourcentage (%)
Moins de 7	35	50,7%
Plus de 7	24	34,8%
O	10	14,5%
Total	69	100%

Le score inférieur à 7 a été observé dans 50,7% des cas et supérieur à 7 dans 34,8% et 14,5% étaient en état de mort apparente

Tableau LI : Connaissance sur l'état des nouveau-nés à la naissance

État du nouveau-né	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Réanimé	26	37,7%
Bien portant	24	34,8%
Mort né	10	14,5%
Mort néonatale	6	8,7%
Petit poids de naissance	3	4,3%

14.5% cas de mort né ont été enregistrés, 8.7% de mortalité néonatale et 37,7% des nouveau-nés ont bénéficié d'une réanimation.

Tableau LII : Connaissance sur les suites opératoires

Suites	Effectif Absolu	Pourcentage (%)
Simple	24	61,5%
Complicées	15	38,5%

38,5% des suites ont été compliquées essentiellement d'endométrite, d'hémorragie de la délivrance et un cas d'éventration.

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSION

(L'analyse des différents tableaux suscite certains commentaires et discussions

1- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Cette section porte sur l'âge, l'ethnie, la localité de provenance et le statut matrimonial

1-1 L'âge :

Dans notre étude, la tranche d'âge de 10 à 19 ans était la plus représentée avec 70% des effectifs contre 30% pour les 20-24 ans

1-2-Le statut matrimonial :

Les Aides ménagères Célibataires ont représenté la couche la plus importante avec 40,8% des effectifs.

2-CONNAISSANCE

2-1 Connaissance sur la planification familiale

La presque totalité des Aides ménagères enquêtées (cent trois ce qui représente 85.8%) avaient déjà entendu parler de la PF qu'elles assimilaient à l'espacement des naissances pour 34.2% des effectifs et l'éviction des grossesses non désirées pour 20%.

La principale source d'information a été les Média (Télé et Radio) avec 55.8% des effectifs suivie des amis avec 38.3% des effectifs.

Les différentes méthodes contraceptives connues par les AM ont été les contraceptifs oraux et les injectables avec respectivement des taux à 77.5% et 59.2%. Ces résultats sont proches de ceux de SACKO D (48) et DIALLO B (21) qui avaient trouvé dans leurs études respectives que la PF était connue par tous les élèves, à ceux de HAMIDOU CISSE (36) qui dans son étude comparative avec les scolaires et les non scolaires déduit que 92.2% des scolaires connaissent au moins une méthode contraceptive contre 79.5% chez les non scolaires.

Les méthodes les plus citées sont la pilule 99% contre 97.4%, le préservatif 71.9% contre 79.7%, contrairement à notre étude où aucune AM n'a cité le préservatif comme méthode contraceptive, l'injectable 69% contre 64.5% chez les non scolaires, il en déduit que la scolarisation n'a pas d'impact sur la méthode contraceptive citée.

Ailleurs en Afrique, KANE T. trouvait dans une étude réalisée par le CERPOD (17) à Banjul que les filles de 14 à 24 ans de son échantillon avaient toutes (100%) entendu parler de la PF et que les méthodes contraceptives les plus connues étaient le préservatif, la pilule et le DIU. Ces résultats sont également proches à ceux de MICHELLE BOMIA (8) qui avait trouvé que les différentes méthodes contraceptives étaient assez bien connues parmi lesquels le préservatif était le plus cité par 98.6% contrairement à notre étude, suivi de la pilule et des injectables avec respectivement 65.6% et 31.6%.

Cependant dans notre étude certaines AM ont avancé des rôles de la PF en rapport avec leur croyance erronée selon laquelle la PF faisait avorter, servait à éviter le VIH/SIDA et entraînait une stérilité au long court. Force est de constater que malgré les nombreuses campagnes d'IEC des préjugés persistent encore et les différents concepts de PF mériteraient d'être mieux expliqués particulièrement à cette couche de la population de majorité analphabète.

2-2 Connaissance sur les IST/SIDA

Pour évaluer le niveau de connaissance des AM, nous leur avons demandé s'elles avaient déjà entendu parler d'IST et de SIDA. Il en ressort que 80% affirment connaître les IST, tandis que 100% affirment connaître le SIDA. Ces résultats sont proches de ceux de HAMIDOU CISSE qui dans son étude avait trouvé 100% et de celui de Kane et al qui ont montré que 87% des hommes célibataires de 14 – 24 ans ont déjà entendu parler d'IST ceci nous explique que le sexe n'a pas d'impact sur la connaissance des IST.

Cette connaissance peut s'expliquer par le fait qu'il existe diverses méthodes permettant une large diffusion ou d'information, il s'agit particulièrement dans notre cas de la télévision à travers les théâtres, les malades du Sida vues à la télé et de la Radio ainsi que les campagnes de sensibilisations et d'éducation de la population.

Les IST les plus connues étaient le VIH/SIDA avec 75.8% et la gonococcie 28.3%, ces résultats sont également proches de celui de HAMIDOU CISSE.

Les AM par leur connaissance erronée ont cité la bilharziose, l'hémorroïde comme IST.

Notre étude confirme également la bonne connaissance des voies de transmission et des moyens de prévention du Sida par les AM.

Les voies de transmission les plus connues étaient les rapports sexuels 79.2% suivis des objets tranchants 29.2% et des objets souillés par le sang 21.7%.

Cependant d'autres voies de transmissions comme l'excision, le rapport sexuel avec les chiens, l'escabeau des WC, sueur des malades atteintes ont été citées par cette couche.

Le rapport sexuel protégé était le moyen de prévention le plus connu 39.2% suivi respectivement de la fidélité 38.3% et de l'abstinence 33.3%. Ces résultats sont proches de celui de MICHEL BOMIA.

Les AM faisaient recours à la médecine traditionnelle soit 77.8%, pour remédier à leur problème d'IST car moins chère.

2-3- Connaissance sur la grossesse

68,8% des grossesses étaient non désirées et 21,1% étaient désirées.

Les diverses raisons évoquées pour les grossesses non désirées ont été respectivement le statut célibataire dans 40,7%, la peur des parents dans 20,0% et la peur de la grossesse dans 15,1%. 14,0% sont restées sans réponses.

Cet état de fait explique les difficultés rencontrées au moment du recrutement : Difficulté de suivis, certaines AM commencent leur CPN dans d'autres centres, viennent accoucher dans notre centre, d'autres par contre commencent chez nous et vont accoucher ailleurs.

Cependant dans notre étude nous avons remarqué que sur les 109 cas de grossesse 63,3% sont arrivées à terme, 17.4% des AM ont affirmé avoir fait une consultation prénatale au 1^{er} trimestre, 30.3% des AM étaient à zéro CPN au 3^{ème} trimestre et seulement 1.8% des AM avaient fait trois consultations prénatales.

Cet état de fait peut s'expliquer par le faible niveau socio-économique car 41.7% des AM se servent de leur salaire dérisoire pour subvenir à leurs besoins quotidiens et

de santé ; aussi par leur occupation journalière elles ne peuvent pas respecter les rendez vous d'un bon suivi.

Pronostic maternel :

63,3% des grossesses sont arrivées à terme et la voie haute a été la plus sollicitée avec un taux à 56,5%, la SFA a été l'indication la plus représentée avec 46,2%, ensuite viennent le bassin immature et le syndrome de pré rupture avec des taux respectivement à 20,5% et 15,4% des cas.

Aucun cas de mortalité maternelle n'a été enregistré au moment de notre enquête cependant les suites ont été émaillées d'endométrite, d'hémorragie de la délivrance et un cas d'éventration ceux-ci peuvent s'expliquer par la mauvaise hygiène et une mauvaise observance du traitement en ce qui concerne l'endométrite et l'éventration.

Pronostic foetal :

14,5% de mort né ont été enregistrés et 8,7% de mortalité néonatale, cet état de fait peut s'expliquer essentiellement par :

Le mauvais suivi des consultations prénatales,

Le faible niveau socio économique si la majeure partie de cette couche se sert de leur salaire dérisoire pour subvenir à leurs besoins financiers.

37,7% des nouveaux nés ont bénéficié d'une réanimation néo-natale et dans l'habitude du service référé tous en service de néonatalogie pour prise en charge adéquate, le devenir de ses nouveau-nés n'est malheureusement pas connu car ses AM ne sont généralement pas accompagnées au moment de leur travail d'accouchement.

3-ATTITUDE S ET PRATIQUES

3-1 Comportement sexuel

Les résultats de notre étude montrent que 100% des AM ont affirmé être sexuellement actives, l'âge extrême du premier rapport sexuel a été 10ans et la majorité des AM ont eu leur premier rapport entre 10-15ans soit 45,8%.

Sur les 100% des AM sexuellement actives 83.3% ne connaissaient pas le préservatif au moment du premier rapport sexuel seulement 2,5% des AM affirment avoir utilisée le préservatif au moment du premier rapport sexuel.

L'utilisation du préservatif reste cependant faible par cette couche, seulement 0.8% des AM affirme avoir toujours utilisé le préservatif, ces résultats sont contraires à ceux de MICHEL BOMIA DOTOLUM qui dans ses études avait trouvé une utilisation accrue du préservatif lors des rapports sexuels ultérieurs avec un taux atteignant 76% avec les scolaires.

Ceci peut s'expliquer par le fait que l'alphabétisation joue un rôle très important par rapport à la connaissance et à la prise de décision du port du préservatif.

Dans notre étude les AM n'ont pas utilisé le préservatif par méconnaissance avec un taux à 54.2%.

Ailleurs nous avons demandé aux AM s'elles ont déjà eu au moins un épisode d'IST, il en ressort que 22.5% affirment avoir contracté une IST, ce taux est plus élevé que celui de MICHEL qui avait trouvé 7.6% des filles, que celui de Camara M (9) qui avait trouvé 13.33%, de Sanogo S (49) qui avait trouvé 8%, notre taux est un peu proche d'une étude effectuée ailleurs en Afrique par le CERPOD (19) qui avait trouvé 20% chez les garçons.

Les taux de notre étude nous paraissent élevés et peuvent s'expliquer par la méconnaissance du préservatif par cette couche et son utilité réelle même si la majeure partie de cette couche affirme connaître les IST.

3-2-Pratique de la contraception

Pour déterminer le degré de pratique de la contraception par les AM nous leur avons demandé s'elles utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'enquête, force nous a été de constater que malgré les vastes campagnes d'information sur la contraception les méthodes contraceptives sont peu utilisées par cette couche, les 109 cas de grossesse constituent un échec de la connaissance des AM sur la contraception, leur attitude ainsi que leur pratique. Nous pensons que cet échec est du à l'analphabétisme ou à une mauvaise utilisation des contraceptifs ou la pression que l'entourage peut avoir sur cette couche. Il en ressort que les CO et les injectables ont été les méthodes les plus connues et les plus utilisées, 33 AM soit 27.5% des AM affirment avoir utilisé une ou plusieurs méthodes.

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

A/ CONCLUSION

Il apparaît au terme de notre étude que la sexualité devient de plus en plus précoce chez les adolescentes et les jeunes adultes aides ménagères.

L'âge extrême du premier rapport sexuel a été de 10 ans et la plupart des AM ont eut leur premier rapport sexuel entre 10 et 15ans soit 45.8% de l'effectif.

Elles ont une connaissance assez approfondie de la santé de la Reproduction en général, de la PF et des IST/SIDA en particulier malgré leur analphabétisme

- 85.8% des AM connaissent la PF, 80% connaissent les IST tandis que 100% connaissent le SIDA.

Les voies de transmission sont connues par 79.2% des AM et les moyens de prévention par 39.2% des AM.

- Par ailleurs nous constatons une communication moyenne entre les AM leurs parents et leurs patronnes sur la sexualité.

- Les médias (Télé 95.8%, Radio 91.7%) venaient en tête des moyens d'informations sur le Sida suivis des amies 34.2% et des tierces personnes avec%.

- La survenue de grossesse chez les AM est un phénomène non désiré avec un taux de 68,8% et le suivi de la grossesse est mal effectué, seulement 1.8% des AM a fait trois CPN au moment de leur grossesse. Les suites sont émaillées d'endométrites, d'hémorragie de la délivrance et d'éventration, la voie haute a été la plus utilisée soit 56,5%, 14,5% de mort né ont été enregistrés et 8,7% de mortalité néonatale.

- 41.7% des AM se servent de leur salaire pour subvenir à leur besoin quotidien et de santé la patronne intervient dans 10.8% et les parents dans 4.2%

-Le recourt à la médecine traditionnelle est plus élevée dans cette couche avec un taux à 77.8%, ce qui nécessite une collaboration franche entre les tradithérapeutes et les agents de santé.

Cependant il y a un grand écart entre la connaissance des AM sur les IST et la symptomatologie des IST et les différentes IST, entre également la PF et les différentes méthodes contraceptives et l'utilisation des dites méthodes.

Bien que limitées, les données rapportées ici indiquent qu'une proportion importante des adolescentes et jeunes adultes AM en court potentiellement le risque

de diverses issues malheureuses en terme d'IST/SIDA particulièrement car 83,3% des AM ne connaissaient pas le préservatif au moment du premier rapport sexuel avec une notion du port du préservatif dans seulement 2,5% ; et 0,8% pour une utilisation permanente ; et de santé de la reproduction d'une manière générale.

B / RECOMMANDATION

Au terme de notre étude les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent à :

AUX MEDECIN CHEF DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO.

- Assurer la mise en place d'une unité pour la prise en charge des aides ménagères.
- Renforcer l'offre de service santé de la reproduction en faveur des aides ménagères.

AUX SAGES FEMMES.

- Renforcer la sensibilisation auprès des aides ménagères sur la PF, IST/VIH.
- Assurer la disponibilité et la distribution des méthodes contraceptives en faveur des aides ménagères.

AUX ONG QUI ORIENTENT LEURS ACTIVITES AUX AIDES MENAGERES

- De poursuivre des études de recherche opérationnelle sur les comportements sexuels des adolescentes en milieu urbain, rural.
- D'intégrer dans les programmes de communication et d'animation aux adolescents des questions touchant à la sexualité et à la santé de la Reproduction.
- De prendre en compte le contexte culturel dans la formulation et l'élaboration des programmes pour les adolescentes AM.
- De multiplier les centres de formation et d'éducatives de ces filles migrantes, si possible dans chaque quartier du district de Bamako.
- De prendre des mesures spécifiques pour favoriser la scolarisation des filles au niveau rural.

- De multiplier les entreprises de formation des jeunes au niveau rural enfin de minimiser l'immigration de ces filles.

AUX PARENTS DES AIDES MENAGERES

- De multiplier les efforts de scolarisation des enfants et surtout de la petite fille
- De relever l'information sur le sexe comme sujet tabou afin de donner à temps les informations utiles et nécessaires aux enfants.
- De sensibiliser leurs filles par rapport aux risques de l'immigration et surtout de la vie urbaine.

AUX FAMILLES D'ACCEUIL DES AIDES MENAGERES

- D'aider leurs filles et leurs sœurs à pratiquer correctement la contraception lorsqu'elles sont sexuellement actives pour éviter les grossesses non désirées et toutes leurs conséquences pouvant même être mortelles.
- D'améliorer si possible les conditions de vies des AM afin qu'elles puissent s'occuper d'elles même.

Enfin considérons ces filles comme nos filles ou nos sœurs pour éviter toute forme de discrimination.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- ACHARD B., COHEN J.

ABC des techniques de planification familiale.

Masson, 1979, n°4262, 4263, 4264, 4265.

2- AMPPF : Fiche de projet pour l'APF du Mali pp1-3

3- AMMPF : Rapport de L'AMPPF 1989.

4- ANONYME

Critère de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives

OMS Genève, Édition en Français, Mars 2000.

5- BAN GA B

Progrès de la contraception hormonale en 2004, 2p.

[http:// www. Planningfamilial.net/méthodes](http://www.Planningfamilial.net/méthodes)

6- BARRY Euphrasie.

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel de Bobo Dioulasso 1997, thèse n°490.

7- BOMIA. M A D

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

Thèse Médecine, Bamako-2005, n° 17

8- CAMARA M.

Contraception chez l'adolescente.

Thèse de médecine FMPOS. Bamako- Mali, 1993 n°64, 68p.

9- Les Centres pour le contrôle des Maladies Transmissibles.

Allaitement dans la planification Familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique.

Georgie, 1985 :31-46.

10- Les Centres pour le Contrôle des Maladies Transmissibles.

Contraceptifs hormonaux vue d'ensemble. Dans la planification familiale méthodes et pratiques pour l'Afrique. Géorgie, 1985 :133-136.

11- Les Centres pour le contrôle des Maladies Transmissibles.

Contraceptifs injectables et autres contraceptifs progestatifs. Dans Planifications Familiale, méthodes et pratique pour l'Afrique. Georgie, 1985 : 163-174.

12- Les Centres pour le Contrôle des Maladies Transmissibles.

DIU (stérilet) dans la planification Familiale méthodes et pratique pour l'Afrique. Georgie, 1985 : 223-228

13- Les Centres pour le Contrôle des Maladies Transmissibles. Le choix du contraceptif, efficacité, innocuité et autres considérations. Dans : Planification Familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique. Géorgie ; 1985 --; 115-128.

14 - CERPOD

Étude régionale sur la santé de la reproduction des adolescents dans le Sahel, focus groups et interview individuel au Burkina Faso, Mali et Niger.

Rapport de recherche, Septembre 1996, Vol V n°1.

15 - CERPOD

Enquête démographique de la santé au Mali ; haute vallée, Bamako

Novembre 1990, 101p.

16- CISSE A.

Connaissance et comportement sexuels des jeunes de 15-20 ans sur les MST/SIDA à Bamako-

Mémoire de Faculté des Études Supérieures Québec- Novembre 1993, 83p.

17- Comité préparatoire de l'initiative de Bamako. Document National sur le renforcement des soins de santé primaire au Burkina Faso (projet de démarrage de l'IB) 1923 ; 73 pages

18- COULIBALY B.; ECKERT E.; SOW

Étude sur la santé de la reproduction chez les adolescents dans le Sahel,

Résultats des focus groups : le cas du Mali.

CERPOD 45P. Novembre 1990.

19- DAKOUO S.

Besoins et préférences des femmes en matière de contraception au Mali.

Thèse de Médecine FMPOS Bamako Mali. 2000, N°80, 84p + annexes

20- DIALLO B

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

Thèse Médecine FMPOS. Bamako - Mali 2000, n°33

21- DJIRE Y.

Étude rétrospective de la mortalité maternelle dans le Service de Gynécologie et Obstétrique de l'Hôpital National du point G.

Thèse Médecine, Bamako Mali, 1996, n° 39

22- EKRA WELEFENS C.

Introduction. Forum régional sur l'enseignement de la santé de la reproduction dans les facultés et écoles de santé d'Afrique Centrale et

Occidentale 1996 ; 1 :1-2

23- ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE AU MALI (EDSM III)

DNSI, Mali, Juin 2002

24- FAMILY HEALTH INTERNATIONAL.

Améliorer les services de santé de la reproduction

Volume 21, N° 3, 2002.

25- FAMILY HEALTH INTERNATIONAL

La contraception après un rapport non protégé. Le choix contraceptif Network en Français 1996 ; 16(3) :15-19

26. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL.

Les méthodes de barrière et contraception. Prévention des maladies efficaces. Les méthodes de barrière ; Network en Français 1996 ; 16(3) :12-14

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL.

Le préservatif féminin, état de la recherche programme et politique de santé 2002

27- FAMILY HEALTH INTERNATIONAL.

Les progestatifs seuls sont très efficaces. Les progestatifs seuls, Network en Français 1995 ; 10(3) :4-10

28- FLCPF : FEDERATION LAÏQUE DES CENTRES DE PLANNING FAMILIAL.

Les méthodes contraceptives 6p

<http://www.planningfamilial.net/méthodes contraceptives.htm>

29- GUEYE M. et al.

Moment des premiers rapports sexuels des adolescents du Mali et implication pour la pratique contraceptive.

Perspectives internationales sur le Planning Familial.

N° spécial 2001 pp2-9.

30- Groupe PIVOT- SANTE – POPULATION

Profil jeunesse. Santé de la Reproduction des jeunes adultes, 47p Septembre 2000.

31- Groupe PIVOT –SANTE – POPULATION

Revue documentaire sur la santé de la Reproduction des adolescents et jeunes adultes au Mali.

Septembre 200, 33p.

32- Groupe PIVOT – SANTE – POPULATION

La santé de la Reproduction des adolescents et jeunes adultes au Mali.

Septembre 2000, 29p.

33- GUILBERT E., DUFORTF., SAINT LAURENT L.

L'usage de la contraception à l'adolescence : perception des adolescents et des professionnels.

Journal SOGC, Avril 2000, Volume 23, n°4

34- HAMIDOU CISSE

Connaissances et attitudes des adolescents scolaires et non scolaires en matière de PF et d'IST/SIDA dans la ville de Sikasso

Thèse Médecine FMPOS Bamako Mali 02-M -94

35- IPPF

L'adolescence et la sexualité 1978, 31p.

36- IPPFRA.

Initiatives. Impliquer les hommes dans les programmes de santé reproductive, Africa link 1996 :8-17

37- ISFRA

Fécondité et comportements psycho sociologiques des adolescents en milieu urbain au Mali. Bamako- Mali, 1998

38- KOUMA M. SIDIBE

Approche épidémiologique du planning familial au centre de santé de la commune VI du district de Bamako.

Thèse de Médecine, 1999, n°52.69p

39- LILIANE T.

Grossesse et conception de l'adolescente, la situation en Afrique francophone.

Journée d'études de gynécologie. 1981, pp 44-46

40- MACKEY J.

La fécondité des adolescentes, rapport d'une mission de consultation internationale.

IPPF Londres, 1983, p 66.

41- MADZOUKA J

Avortements clandestins ; le lot des adolescentes.

Communications aux 2^{ème} journées scientifiques du Réseau de Recherche en Santé de la Reproduction en Afrique.

Mai 1991, pp 16-17

**42- OMS ALMA ATA. Le début. D'ALMA- ATA à l'an 2000 : réflexion à la mis-
-parcours 1990 : 3-12**

43- OMS. Série des rapports techniques 197, 483 :5

44- OUEDRAOGO. Turkson R.

Introduction. Recherche portant sur l'examen et l'analyse de toutes les Législations règlement et politiques administratives ayant une incidence sur le statu juridique de la femme, les questions liées à l'avortement, l'accessibilité aux informations et services de planification familiale Burkina 1995 ; 1 : 2-69

45- POPULATION BULLETIN

Vol52 n°4, PRB USA, Décembre 97, p 39- 45

46. SACKO D.

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du Lycée BAH AMINATA DIALLO en matière de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et du SIDA.

Thèse Médecine FMPOS. Bamako – Mali 2000, n°62,138p+annexes.

47- SANGO S.

Contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune IV du District de Bamako.

Thèse de Médecine FMPOS Bamako- Mali. 2001 N°78 ,88p + annexes

48- SCOTT R. RADLOFF et al.

Risque et intensions sur le plan de la reproduction dans six pays d'Afrique subsaharienne.

Perspectives internationales sur le Planning Familial.

N° spécial 1990, pp 10-17

49- SOW D. SYLLA

Approche épidémiologique des activités de l'AMPPF de 1995 à 1998

Thèse Médecine FMPOS- Bamako. Mali 2001 n°35, 48p.

50 ZULIE S.

L'Islam, la procréation et la loi.

Perspectives Internationales sur la Planning Familial

N° spécial 1990, pp25-29

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

CONNAISSANCE ET PRATIQUE DES AM ENMATIERE DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Profil socio démographique

Q1 nom :

Q2 prénom :

Q3 Age :

Q4 Profession :

Q5 Ethnie :

Q6 Localité de provenance :

Q7 statut matrimonial :

Célibataire / _ / mariée / _ / fiancée / _ / libre / _ /

Q8 Niveau d'instruction :

-primaire----- secondaire-----aucun-----

ANTECEDANT GYNECO-OBSTETRIQUE ET COMPORTEMENT
SEXUEL

Q9 Avez-vous déjà eu des rapports sexuels : oui=1 non=2

Q10 si oui quel âge aviez-vous au moment du premier rapport sexuel-----

-

Q11 connaissez vous le préservatif au moment de votre premier rapport

Oui ou non

Q12 avez-vous utilisé un préservatif lors de ce premier rapport oui-- ou non----

Q13 si oui qui a pris la décision :

-vous-même : -----

-votre partenaire : -----

-vous deux : -----

Q14 Lors des rapports suivants utilisez-vous le préservatif :

-toujours : -----

-de temps en temps : -----

-jamais : -----

Q15 Donnez vos raisons sur l'utilisation ou non du préservatif lors des rapports
sexuels -----

Q16 avez-vous déjà eu une grossesse :

Oui----- ou non-----

Si oui était-elle désirée

Q17 avez-vous déjà subi un avortement oui----- ou non-----

Si oui était-il : provoqué-----

Spontané-----

Q18 avez-vous des enfants : oui ou non

Si oui lesquels

. **CONNAISSANCES**

CONNAISSANCE SUR LES IST

Q19 connaissez-vous les IST : oui ou non

Q20 si oui lesquelles :-----

Q21 quels sont les maîtres symptômes des affections que vous connaissez :-----

--

Q22 avez-vous déjà contracté une IST :
 Oui-----ou non-----

Q23 si oui quel étaient les principaux signes : -----

Q24 quel traitement avez-vous fait :

 Médecine moderne : -----
-
 Auto médication : -----
-
 Traditionnelle : -----
-
 Aucun : -----
-

Donnez vos raisons : -----

Q25 peut-on avoir une IST sans manifester les signes :
 Oui----- Ou non -----

Q26 connaissez-vous le Sida : oui----- ou non-----

Q27 quelles sont vos principales sources d'information :

- Média : radio----- Télévision-----

- Parent : -----

- Amis : -----

- Autres : -----

Q28 croyez-vous en l'existence du VIH/SIDA

Oui----- ou non-----

Donnez vos raisons : -----

Q29 quelles sont les voies de transmission que vous connaissez-----

--

Q30 citez les symptômes du Sida que vous connaissez-----

Q31 peut-on être infecter par le virus du Sida sans avoir les symptômes de la maladie oui ou non

Q32 existe- t'il un traitement contre le Sida oui ou non

Si oui : lesquels : -----

Q33 quels sont les moyens de prévention contre les IST/VIH que vous connaissez-----

Q34 accepterez-vous de vous faire dépister volontairement : oui----- ou non-

Donnez vos raisons : -----

CONNAISSANCE SUR LE PLANNING FAMILIAL :

Q35 avez-vous déjà entendu parler du PF oui----- ou non-----

Q36 si oui à quoi ça sert : -----

-

Q37 quelles sont vos principales sources d'information sur le PF

Agent de santé -----

Parent -----

Média -----

Amis -----

Partenaire -----

Q38 quels sont les catégories de personne visées par le PF : -----

--

Q39 quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez :

Contraceptifs oraux : -----

Injectables : -----

-

DIU : -----

Les spermicides : -----

Les condoms : -----

La stérilisation : -----

-

Norplant : -----

-

Méthodes traditionnelles : -----

Autres : -----

-

Q40 avez-vous déjà utilisé un ou plusieurs de ces méthodes oui ou non

Q41 quels sont les avantages et les inconvénients de ces méthodes que vous connaissez : -----

CONNAISSANCES SUR LA GROSSESSE

Q42 avez-vous désiré cette grossesse : oui-----ou non-----

Q43 si non pourquoi : - célibataire : -----

- avait peur de la grossesse : -----

-autres : -----

Q44 comment votre mari ou partenaire a-t-il réagit ?

1Bien-----2 mal-----3 indifférent-----4pas au courant-----

Si 2, 3,4 pourquoi ?-----

Q45 est-ce que vous avez un soutien financier pour :

- a- les frais de consultation y compris le déplacement
- b- les frais d'ordonnances et d'analyses
- c- l'entretien de votre propre personne
- d- autres : -----

Q46 avez-vous fait une consultation prénatale oui ou non

Si oui :-combien de fois au premier trimestre ?-----

-combien de fois au deuxième trimestre ?-----

-combien de fois au troisième trimestre ?-----

Q47 avez-vous été en consultation pour un autre problème de santé :

HTA----- OMI : ----- paludisme-----infection génitale-----autres---

ISSU DE LA GROSSESSE :

Q48 Grossesse terminée par :

Q49 accouchement précoce ou prématuré

Q50 avortement : spontané-----

Provoqué-----

Q51 arrivée à terme :

Q52 Examen obstétrical :

-Age de la grossesse

-HU (hauteur utérine)

-BDCF

-CU

-Présentation

-Métrorragie

-Poche des eaux

-Liquide amniotique

Q53 quelle a été la voie d'accouchement :

-voie basse

-voie basse + forceps

- voie basse + ventouse
- voie basse + épisiotomie
- voie haute = césarienne

Si césarienne :

- Type de césarienne
- Technique de césarienne
- Geste associé
- Incident et accidents

Q53 quel était l'état du nouveau-né

Bien portant : -----

mort-né : -----

Réanimé : -----

mort néonatale : -----

poids de naissance : -----

PC : -----

Score d'Apgar à la 1^{ère} et 5^{ème} minute : - Taille : -----

Q54 y'a-t-il eu des complications : oui ou non

Si oui lesquelles :

-endométrite : -----

-pelvis péritonite : -----

-anémie : -----

-autres : -----

Si non : suites simples

Fiche signalétique :

NOM : DIALLO

PRENOM : FATOUMATA

TITRE : Connaissance attitude et pratique des aides ménagère en matière de santé de la reproduction dans le centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako 2004 à 2005

Année universitaire 2007-2008

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMPOS

Secteurs d'intérêts : Gynéco- Obstétrique, Santé Publique

Résumé

Il s'agit d'une étude transversale portant sur la connaissance attitude et pratique des aides ménagères en matière de santé de la reproduction dans la commune IV du district de Bamako de 2004 à 2005

Ainsi il a été retenu 120 AM : celles qui sont venues soit pour CPN, PF, IST ou pour un accouchement.

La tranche d'âge de 10 à 19 ans a été la plus représentée avec 70% de l'effectif 85.8% des AM connaissent la PF, 80% connaissent les IST tandis que 100% d'entre elles connaissent le Sida.

Cependant il y a un grand écart entre la connaissance des AM sur les IST et la symptomatologie des IST et les différentes IST, entre également la PF et les différentes méthodes contraceptives et l'utilisation des dites méthodes

La survenue de grossesse chez les AM est un phénomène non désiré et le suivi de la grossesse est mal effectué.

La plupart des AM se servent de leur salaire pour subvenir à leur besoin soit 41.2% Un certain nombre de difficultés ont été rencontré au moment de l'étude il s'agit :

- De difficulté de recrutement, il a été effectué au niveau de la cellule du planning familial et surtout lors des CPN et en salle d'accouchement.

- De difficulté de suivi, les AM ne font pas correctement les CPN dues à leurs charges quotidiennes.
- Certaines AM commencent leur CPN et disparaissent de vue.

Toutes celles qui venaient accoucher dans le centre étaient soumises à notre questionnaire ainsi que celles qu'ont reçu au niveau des cellules de CPN et de planning familial.

MOTS CLES : Connaissance- Pratique –santé de la reproduction –AM

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent **et je 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 de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois humaines.

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

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

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

Je le jure !