MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE **REPUBLIQUE DU MALI**

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

****

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE (FMOS)

Année Universitaire : 2020-2021 Thèse N °.....

THESE :

Connaissances, Attitudes et Pratiques des Élèves des Écoles Privées de Formation Socio-sanitaire de Sikasso sur la Contraception

Présentée et soutenue publiquement le 10/07/2021

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie par

M. DIARRA Yaya Fankélé

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'État)

JURY

Président du Jury : Professeur Sékou Fantamady TRAORE

Membre : Docteur Modibo SANGARE

Co-directeurs : Docteur Kassoum Alou N'DIAYE

: Docteur Ilo DICKO

Directeur de Thèse : Professeur Mahamadou DIAKITE

Je dédie cette thèse à…

ALLAH, le tout puissant, le miséricordieux, le très miséricordieux.

Mes parents
Feus, Fankélé, Donegué et N'Tji
Aucune dédicace, chers parents, ne pourrait exprimer l'affection et l'amour que je vous porte. Vos sacrifices innombrables et votre dévouement furent pour moi la plus grande des motivations. Merci de m'avoir inculqué ces belles valeurs qui sont aujourd'hui des principes. Merci de m'avoir soutenue, accompagnée et chérie dans les meilleurs moments et les plus douloureux. Vous êtes mes modèles. Merci, mes chers parents, d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Que ce modeste travail, qui est avant tout le vôtre, soit l'expression des vœux que vous n'avez cessé de formuler dans vos prières. Que Dieu puisse vous accorder son pardon et le repos éternel. J'espère ne jamais vous décevoir.

Mes Tonton
Toutou Diarra, Samou Koné, Soyba Diarra,
Merci pour vos bénédictions et vos accompagnements constants. Qu'Allah vous accorde longévité, santé et du bonheur.

Mes Mamans et Tantes
Matèssé, Kognouma, Diomba, Salimata
Chères Maman, ce travail est le fruit de vos efforts. Merci pour vos encouragements et vos accompagnements sans failles.

À ma Tante, Mme Touré Alima Traoré

Ma très chère Tante, rien ne faut la confiance que tu portes à ton fils. Les lettres de l'alphabet français ne suffisent pour te gratifiée à la hauteur que je souhaite. Ce travail est le vôtre.

Remerciements

À mes sœurs et cousines fabuleuses

Salimata, Mariam, Fatoumata, Makadia, Aminata, Aramata, Batamé, Sali Coulibaly, Baya, Assitan, Maimouna, Sira Koné, Assan Koné…

Vous êtes ce que la vie offre de meilleur, mes soeurs mais aussi mes premières amies -les meilleures, mes complices et confidentes. Merci pour votre amour et votre soutien. Merci d'avoir foi en moi et de me pousser toujours plus haut, de me comprendre, de m'accompagner, et de m'inspirer, d'avoir toujours veillé de près à mon bonheur. Que Dieu nous garde à jamais unies, et qu'il vous comble de bonheur et de réussite.

À mes oncles et tantes, cousins et cousines, aux membres de ma famille, petits et grands

J'aurai aimé pouvoir citer chacun par son nom. Merci pour vos encouragements, votre soutien tout au long de ces années. En reconnaissance à la grande affection que vous me témoignez et pour la gratitude et l'amour sincère que je vous porte.

À ma chère épouse, Aissatou Traoré

Nous avons traversé ces épreuves ensemble, contre vents et marées, quelle aventure ! Une aventure qui ne fait que commencer. À ce que nous représentons l'un pour l'autre, ce que nous avons construit et continuerons de construire ensemble. Que ce modeste travail soit l'expression de mon estime, de mon admiration et de mon amour pour toi. Je prie Dieu qu'il nous garde à jamais unis, et qu'il te préserve dans le bonheur, la santé et la réussite.

À mes chers beaux-parents

Je vous rends hommage par ce modeste travail et je tiens à vous exprimer mon profond amour et respect. Puisse Dieu vous préserver du mal, et vous accorder santé et bonheur.

À mes amis

Dr Bakary Koné, Dr Toumani Doumbia, Balla Sissoko, Mamadou Coulibaly, Mamadou Camara, Adama Diarra, Daouda Coulibaly, Sama Keita… "Tellement de choses à vous dire" Tellement de souvenirs partagés avec vous ! En hommage à nos belles amitiés et aux années à venir.

À mes ami(e)s et collaborateurs de Médecins du Monde Belgique

Dr Bakary Coulibaly, Dr Sourakatou Oumarou, Dr Keita Aboubacar, Ahmed Yoro Dicko, Mme Diarra Kadidiatou SIDIBE, Youssouf Amadiar Traoré, Yacouba Traoré, Soumaila TOMOTA, Diadjiri Keita, Diop, Pascal, Nandy, Fatim Tangara, Ahmed Ag Intifrit, Alassane Alfousseyni, Ibrahim Seydou, Agaichatou Maiga, Mariam Maiga, Fatimata Bintou Mallé, Abdoulaye Dady, Yeya Issoufi, Bouchira Diallo, Mohamed URENI, Tawé, Aboubacrine Ag Ibrahim, Rissa Ag Alhousseyni, Souleymane Goita, Jamila, Jaoujata, Awa Togo, Coumba, Abdorahamane Ag Albachar, Nasser, Souley Ag, Fazali, Alous, Almagadas, Illa, Loulou, Zilkifli, Diabaté, Abdoulaye, Afoya, Malick, Dr Abdoulaye Coulibaly, Dr Abdoulaye Diallo, Dr Alphamoye Djeité, Dr Alfarock, Dr Zakaria, Djigui Berthé, Maizoua Cissé, Assitan Badiallo Keita, Awa Diarra, Amoh Amada, Issa Bouba Maiga.

Aux personnels des différents districts sanitaires de la région de Ménaka

Dr Nouhou Coulibaly MCD, Dr Tiangoua Traoré, Cheik Togora, Dr Sangaré, Dr Abouzeid, Dr Cissé,

Abdallah Baby, Abdoulmomine, Ahmed Haoussa, Mata, Attiyoub Ag Infahi, Baye, Issouf d'Ander, aux personnels de tous les Centres de Santé Communautaire de la Région (DCT, Agent Nut, Agent SSR, Agent PEV, Gérant…).

À la Direction des différentes écoles de santé privées de Sikasso

Paul DIALLO, Gouinsso, Afou KONE, FOLONA Hamdallaye, Chaine GRISE, Félix Houphouët BOIGNY, FOLONA Wayerma, Chérif HAIDARA, Salikou KONE. Merci pour vos accompagnements et le sens élevé pour l'accueil des étudiants chercheurs dans vos établissements.

Aux élèves des différentes écoles de santé privées de Sikasso

Merci à vous toutes pour la participation à cette étude, sachez que ce travail est le résultat de l'effort fourni par chacune d'entre vous.

À Mamadou Diallo

Nous avons marché ensemble à travers les étapes les plus importantes de nos vies, Malgré les limites de nos moyens, nous sommes restés nous même à la persévérance de ce que le destin nous avait choix. Qu'Allah nous donne des enfants bénis. Mon cher, ce travail est le vôtre.

À Demba Diarra

Mon frère, aussi appelé ''l'enfant terrible de Banamba'' tes soutiens n'ont jamais manqués à mon égard et à tout moment. Tu es un frère exemplaire à travers l'amour et la considération que tu portes aux autres. Ce travail est le vôtre.

À Adama Bagayoko

Mon cher, les mots me manques pour te remercier, tu fais honneur à l'humanisme, courageux que tu –es, tu es aussi admirable à travers ton esprit critique, ton comportement ambitieux et la technicité face au progrès dans le travail.

À Dr Moussa Samaké

''Kôrô, Tiocri'', le monde RASTA se dit confiant, sans panique, ni de complaisance, vous avez montré et démontré la grande performance effectuer sur un parcours exceptionnel de pharmacien au Mali et ailleurs. Chapeau bas grand frère. Nous vous en sommes reconnaissants.

À Dr Bakary Moro Traoré

Cher Maître, vous nous avez encouragé à la formation et à l'utilisation et manipulation des outils informatiques. Grace à vous je suis aujourd'hui à la hauteur de ce que je souhaite. Merci pour vos accompagnements tout au long de ce travail.

À Dr Moussa Diarra

Jeune frère, tu m'as fortement encouragé et aidé pendant ce cursus, ta générosité et ta vigilance font de toi un homme appréciable et acceptable partout. Cher frère ce travail t'appartient.

À Dr Lassana Keita à la CMSS-Sikasso

Mon cher ami et camarade, le chemin fut long voir très long, seulement, c'est la détermination qui compte. Merci pour tes accompagnements. Qu'Allah t'accorde une longue vie.

À Dr Porna Daouda Coulibaly,

Jeune, les mots me manquent pour te dire merci. Tu as été plus qu'un ami pour moi, nous avons

appris de multiples bonnes choses ensembles. Ce travail est le vôtre mon cher parent.

À Dr Drissa Konaté (MRTC-FMPOS),

Grand frère, merci pour tes accompagnements pour que ce travail soit conclus. Qu'Allah vous accorde une longue vie et plein de succès dans votre carrière.

À Bakary SOGOBA (ICER-Mali),

Mon grand frère et ami de tous les temps, je pourrais terminer ce travail sans vous dire merci. Les hommes se succèdent mais leurs œuvres restent longtemps. Du début jusqu'à la fin vous étiez présent. Ce travail est le vôtre.

À Hamidou Bana DICKO,

Mon compagnon du désert, un homme politique, de principe, courtois, de cœur remplis d'humour et sens élevé de patriotisme. Retrouve ici mes sincères remerciements.

À Kaleb COULIBALY,

Cher Chef et collègue de travail, les vrais hommes se découvrent à travers leur esprit de solidarité, de créativité et de patience. Tu n'as ménagé aucun effort pour que ce travail soit une œuvre soutenable. Merci pour ton combat et ton esprit managérial constant. Puisse Dieu t'accorde du bonheur, de longévité.

À Youssouf Yaya COULIBALY,

Cher collègue, ''la parole c'est la parole'' mais personnes qui réalisent se qu'ils disent sont aussi des ''Hommes de parole''. Qu'Allah nous accorde longue vie pour qu'on en profite du reste de ce qu'on souhaite.

À Mme Coulibaly Aissata Inaba DIARRA,

Sœur ou Tante, elle est pour moi, une des meilleures femmes que j'ai connue dans ma vie. Sa disponibilité, son écoute, sa réaction face à une situation difficile et son style propre à elle seule en fait une femme de volonté et engagé pour le développement social de sa patrie. Encore une fois de plus merci Tanti.

Aux personnels de l'hôpital de Sikasso,

Service de traumatologie : Assanatou Diarra, Maimouna Diarra, Adama Sangaré, Alassane Koné, Dr Kanté Moussa Réa, Dr Moussa Coulibaly, Dr Emmanuel Ballo, Dr Abel DIOMA, Mohamed Ag Ibrahim, Maimouna Goita, Bintou Tangara, Balkissa Dembélé, Boureima Namou, Sissourou Sogoba, chirurgie : Namissa, Fatim, Fatou, Sali, Madelène, Adja, Kassogué, Médecine : Tounko Sissoko. Secrétariat Administratif : Aissata Sissoko, Awa Tall, Didi, Sali, Mai, Mama, Rachel. Soumaila Coulibaly Urgence, Moussa Koné Réa, Diadjé Réa, Hamidou Réa, Kamissoko Réa.

À mes camarades et amis de la 4ème et 5ème promotion du numerus clausus

Dr Oumar Coulibaly, Dr Alfousseyni Goita, Dr Almamy Goita,

Vous êtes une fierté pour moi de nous voir progresser malgré les énormes entraves qui ne nous avaient pas découragés en aucun moment.

Retrouvez ici, mes sincères remerciements pour vos accompagnements et encouragements sans cesses.

À mes amis et collègues de promotion,

Souleymane Diarra, Mamadou Konaté, Oumou Diakité, Mamadou Keita, Keppler, Marie Christelle,

Korotoumou Sidibé, Lucien, Mahatma, toute la 11ème promotion du numérus clausus. Tant de souvenirs sur les bancs de la faculté et durant les stages, qui ont forgé notre personnalité et ont fait de nous les médecins que nous sommes aujourd'hui.

À mes amis et collègues de promotion qui n'ont pas eu la chance de terminés le cycle (décédés), Moussa Bagayoko et autres.

Chers camarades de lutte, vous êtes partis si tôt sans pouvoir finir de ce qu'on avait entamé ensemble, rassurez-vous que les objectifs prisent sont atteints et à chaque étape nous avions une pensée particulière à chacun de vous comme si vous étiez à nos côtés et aujourd'hui tel est le cas car en ce moment solennel retrouvez à travers ce travail les récompenses de ce qu'on avait bâtis ensemble. Dors en paix camarades.

À tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer...

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Professeur Sékou Fantamady TRAORÉ

- ***PhD en Entomologie Médicale ;***
- ***Professeur titulaire en Entomologie Médicale ;***
- ***Directeur du département Entomologie de ICER-Mali ;***
- ***Responsable du cours de biologie cellulaire à la FMOS.***

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Nous avons été séduits par votre enseignement au cours de notre formation.

L'occasion nous est offerte de vous remercier de votre générosité et de votre rigueur dans un désir permanent de perfectionnement en tout travail scientifique que nous devons accomplir, car vous êtes-vous même un exemple qui fait de vous un enseignant de mérite.

Veuillez accepter cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et nos sincères remerciements. Que le tout Puissant vous bénisse ainsi que votre famille.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Docteur Modibo SANGARÉ

- ***PhD en Neuroscience ;***
- ***Enseignant chercheur et Maître Assistant à la FMOS ;***
- ***Enseignant titulaire des cours d'anglais à la FMOS.***

Cher Maître,

Permettez-nous de vous témoigner toute notre gratitude pour avoir accepté de siéger pour juger ce travail en dépit de vos multiples sollicitations. Vos qualités humaines et votre rigueur scientifique vous font apprécier de tous. Nous sommes sensibles à l'insigne honneur que vous nous faites à travers votre présence dans ce jury de thèse. Vos apports combien riches sont indispensables pour l'amélioration de ce travail.
Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profond respect.
Que Allah, le miséricordieux vous comble de ses bénédictions.

À NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE

Docteur Kassoum Alou N'DIAYE

- ***Docteur en Médecine ;***
- ***Étudiant en Master de la Santé Publique à l'Institut Supérieur de Santé Publique de Bamako.***

Cher Maître,

Transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable. En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir.

Vous n'avez ménagé ni votre temps, ni votre patience dans la rédaction de cette thèse. Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre caractère social fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres.

Veuillez accepter cher Maître, l'expression de notre plus haute considération.

À NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE

Docteur Ilo DICKO

- *Master en Santé Publique (Épidémiologie et Contrôle des Maladies) ;*
- *Coordinateur Clinique au Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC) ;*
- *Attaché de recherche à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).*

Cher Maître,

Vous étiez toujours là et vos soutiens n'ont jamais manqué depuis le début de ce travail. Vous nous faites honneur en acceptant de siéger dans ce jury ;
Votre abord facile et surtout votre abnégation fond de vous un modèle pour la jeunesse.
Merci pour la qualité de formation que vous nous avez offerte. Sachez que nos bonnes manières sont le fruit de votre effort, Nous vous en sommes très reconnaissants.

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Mamadou DIAKITÉ

- ***PharmaD, DPhil immunologie ;***
- ***Professeur titulaire d'immunologie et de génétique à la FMOS ;***
- ***Vice-Recteur de l'Université des Sciences, des Techniques et Technologies de Bamako ;***
- ***Chef de laboratoire d'immunogénétiques et de parasitologie du Centre International d'Excellence pour la Recherche au Mali (ICER-MALI) ;***
- ***Directeur Scientifique Adjoint du Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC) ;***
- ***Secrétaire permanent du Comité d'Éthique de Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie et la Faculté de Pharmacie.***

Cher Maître,

Plus qu'un enseignant de mérite, vous êtes un éducateur de choix, vous avez su allier sagesse et humilité. Votre simplicité, votre disponibilité et vos qualités scientifiques ont amélioré la qualité de ce travail. Votre aptitude de formateur et votre savoir-être imposent le respect.
En ce moment solennel, veuillez trouver ici, Cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude et considération. Que Dieu vous comble de ses bénédictions au-delà de vos attentes.

SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AMO : Assurance Maladie Obligatoire.

AMPPF : Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille.

ARDECOM : Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine.

CCV : Contraception Chirurgicale Volontaire.

Ch^2 : Khi-deux de Pearson.

CIP : Contraceptifs Injectables progestatifs.

COC : Contraceptifs Oraux Combinés.

CSCOM : Centre de Santé Communautaire.

CSREF : Centre de Santé et de Référence.

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

Ddl : Degré de liberté.

DMPA : L'Acétate de Dépo-medroxyprogestérone.

DIU : Dispositif Intra Utérin.

DSF : Division Santé Familiale.

EE : Ethinylestradiol.

EDSM-V : Enquête Démographique et de Santé V.

EDSM-VI : Enquête Démographique VI.

EP : Oestro-Progestatif.

GEU : Grossesse Extra Utérine.

GIS : Groupe Information Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

IPF : Fédération Internationale pour la Planification Familiale.

IST /SIDA : Infection Sexuellement Transmissible / Syndrome Immunodéficience Humaine Acquise.

ITG : Infection du Tractus Génital.

LH : Hormone Lutéinisante

LNG : Lévonorgestrel.

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.

MAO : Méthode d'Auto-Observation.

MJF : Méthode des Jours Fixes.

NB : Noté Bien.

NET-EN : Enanthale de Noréthistérone.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

P : Probabilité.

PF : Planification Familiale

PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social.

PNP : Politique Nationale de Population.

SR / PF : Santé Reproduction / Planification Familiale.

TBC : Température Basale du Corps.

TS : Technicien de Santé.

TSS : Technicien Supérieur de Santé.

UNFPA: *United Nations Population Fund.*

USAID: *United States Agency for International Development*

VHB : Virus de l'Hépatite B.

VIH : Virus Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION....9
2. HYPOTHESE DE RECHERCHE....11
3. OBJECTIFS....12
2.1. Objectif général....12
2.2. Objectifs spécifiques....12
4. GENERALITES....13
4.1. Définitions....13
4.1.1. Contraception....13
4.1.2. Planification familiale....14
4.2. Physiologie....15
4.2.1. Cycle menstruel....15
4.2.2. Fécondation....15
4.3. Histoire de la contraception....16
4.3.1. Dans le monde....16
4.3.2. En France....16
4.3.3. En Afrique....17
4.3.4. Au Mali....18
4.3.5. Prévalence contraceptive....20
4.4. Méthodes contraceptives....21
4.4.1. Méthodes hormonales....21
4.4.2. Méthodes locales....21
4.4.3. Méthodes chirurgicales....21
4.4.4. Contraception naturelle....22
4.5. Contraceptifs hormonaux....22
4.5.1. Pilules oestroprogestatives....22
4.5.2. Pilules progestatives....24
4.5.3. Contraceptifs injectables progestatifs (CIP)....25
4.6. Implants....26
4.7. Patchs dermiques....27
4.8. Anneau vaginal oestroprogestatif....28
4.9. Contraception d'urgence ou contraceptif du lendemain....29
4.10. Contraceptifs hormonaux masculins....30
4.11. Méthodes locales....30
4.11.1. Méthodes de barrière....30
4.11.1.1. Préservatif ou condom masculin....31
4.11.1.2. Préservatif féminin....31
4.11.1.3. Diaphragme....32
4.11.1.4. Cape cervicale....32
4.11.1.5. Éponge contraceptive....33
4.11.2. Méthodes chimiques....35
4.11.3. Dispositif intra utérin (DIU) ou stérilet....35
4.12. Méthodes chirurgicales....37
4.12.1. Vasectomie....37
4.12.2. Ligature des trompes....38
4.12.3. Obstruction tubaire....39
4.13. Contraception naturelle....39
4.13.1. Méthode du calendrier....39
4.13.2. Méthode de la température de base du corps....40
4.13.3. Méthode de la glaire cervicale....40
4.13.4. Méthode sympto-thermique....40
4.13.5. Méthode d'auto-observation....40

4.13.6. Méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée (MAMA)....41
4.13.7. Méthode du collier ou méthode des jours fixes (MJF)....42
4.14. Autres méthodes naturelles....42
4.15. Méthodes traditionnelles....42
4.16. Morale et éthique de la reproduction....43
4.16.1. Christianisme et contraception....43
4.16.2. Islam et contraception....44

5. MATERIEL ET METHODES....46
5.1. Cadre de l'étude....46
5.2. Type et période....47
5.3. Population d'étude....47
5.4. Critère d'inclusion....47
5.5. Critère de non-inclusion....48
5.6. Échantillonnage....48
5.7. Variables mesurées....48
5.8. Procédure de l'étude....49
5.9. Collecte, saisie et analyse des données....49
5.10. Considération d'éthique....49
5.11. Définition opérationnelle....50

6. RESULTATS GLOBAUX....51
6.1. Caractéristiques sociodémographiques....51
6.2. Connaissances, Attitudes et Pratiques....52

7. COMMANTAIRES ET DISCUTION....64
7.1. Caractéristiques sociodémographiques....64
7.2. Signification de la contraception....64
7.3. Source d'information sur la contraception....64
7.4. Connaissance sur les méthodes contraceptives....65
7.5. Préférence de méthodes contraceptives....65
7.6. Source d'approvisionnement en moyens contraceptifs....65
7.7. Utilisation de méthodes de contraception....66
7.8. Niveau d'instruction des élèves et leur utilisation de méthodes de contraception...66
7.9. Connaissances de l'existence de service de PF....66
7.10. Fréquentation des services de PF....66
7.11. Connaissance de méthodes contraceptives et fréquentation des services de PF....66
7.12. Raison de non-fréquentation de service de PF....67
7.13. Estimation de l'intervalle inter génésique....67
7.14. Appréciation de la contraception.... 67
7.15. Raisons de non-appréciation de la contraception....67
7.16. Risques de non pratique de la contraception....67
7.17. Niveau de connaissance sur les risques de pratiques d'avortement clandestin....68
7.18. L'opinion sur les avortements clandestins....68
7.19. Activités sexuelles et contraception des élèves....68

8. LIMITES DE L'ETUDE.....69

9. CONCLUSION.....70

10. RECOMMANDATIONS.....71

11. REFERENCES BIBLIOGRAPHIES.....72

12. ANNEXES.....77

12.1. FICHE SIGNALETIQUE.....77

12.2. QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE.....79

SERMENT D'HIPPOCRATE.....83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Avantages, inconvénients, et effets secondaires des différentes méthodes de barrière. 43
Tableau 2 : Répartition de l'échantillon en fonction des caractéristiques sociodémographiques des élèves 59
Tableau 3 : Répartition des sujets d'étude selon leur réponse à la question « Avez-vous déjà entendu parler de la contraception ? » (connaissances) 60
Tableau 4 : Répartition des élèves selon leur compréhension de ce que signifie la contraception (connaissances) 60
Tableau 5 : Répartition des élèves selon la source de l'information sur la contraception (connaissances) 61
Tableau 6 : Répartition des élèves selon la connaissance sur les méthodes contraceptives (connaissances) 61
Tableau 7 : Répartition des élèves selon leurs connaissances sur les différentes méthodes contraceptives (connaissances) 62
Tableau 8 : Répartition des élèves selon leur préférence de méthodes contraceptives (connaissances) 62
Tableau 9 : Répartition des élèves selon leur source d'approvisionnement en moyens contraceptifs (connaissances) 63
Tableau 10 : Répartition des élèves selon l'utilisation de méthodes de contraception (pratiques) 63
Tableau 11 : Répartition selon le niveau d'instruction des élèves et de leur utilisation de méthodes de contraception 64
Tableau 12 : Répartition des élèves selon leur connaissance de l'existence de services de planification familiale (connaissances) 64
Tableau 13 : Répartition des élèves en fonction de la fréquentation des services de PF (pratiques) 65
Tableau 14 : Répartition des élèves en fonction de la connaissance des méthodes contraceptives et la fréquentation de service PF 65
Tableau 15 : Répartition des élèves selon les raisons de non-fréquentation des services de PF (attitudes) 66
Tableau 16 : Répartition des élèves selon leur estimation de l'intervalle de temps entre deux naissances (connaissances) 66
Tableau 17 : Répartition des élèves en fonction de leur appréciation de la contraception (attitudes)... 67
Tableau 18 : Répartition des élèves selon l'appréciation de la contraception et le fait d'avoir entendu parler de contraception 67
Tableau 19 : Répartition des élèves selon les raisons de non-appréciation de la contraception (attitudes) 68
Tableau 20: Connaissance d'au moins un risque de non pratique de la contraception par les élèves (connaissances) 68
Tableau 21 : Niveau de connaissance des élèves sur les risques de pratique d'avortement clandestin (connaissances) 69
Tableau 22 : Relatif aux activités sexuelles et pratique de la contraception chez les élèves (attitudes, pratiques) 70
Tableau 23 : Répartition des élèves selon leur utilisation de méthodes contraceptive et leur habitude d'avoir un partenaire sexuel occasionnel 71

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Pilule œstroprogestative monophasique 32
Figure 2 : Pilule progestative (norgestrel 75 µg) 34
Figure 3: Dépo-provera 150mg 35
Figure 4 :Implant jadelle (les deux brins ou tiges de l'implant en bas et en haut le trocart pour l'insertion sous cutanée) 36
Figure 5 : Patch dermique (à coller sur la paroi abdominale à la hauteur de l'ombilic) 37
Figure 6 : Anneau vaginal 38
Figure 7 : Pilule d'urgence ou la pilule du lendemain (Lévonorgestrel) 38
Figure 8 : Préservatif masculin 40
Figure 9 : Diaphragme 41
Figure 10 : Cape cervicale 42
Figure 11 : Éponge contraceptive spermicide 42
Figure 12 : Le stérilet hormonal (progestatif) à gauche et le stérilet à cuivre à droite 46
Figure 13 : Carte sanitaire de la ville de Sikasso 55
Figure 14 : Répartition selon l'opinion des élèves sur les avortements clandestins 69

1. INTRODUCTION

Le concept de planification familiale vise la prise de conscience de l'avenir par les familles en mettant l'avantage sur l'espacement et la limitation des naissances par l'usage de méthodes contraceptives. Ainsi avoir un enfant devient un choix et non un hasard. Alors la contraception désigne l'emploi de moyens visant à empêcher qu'un rapport sexuel entraîne une grossesse. Elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » (1).

La grossesse est un état normal et sain auquel aspirent la plupart des femmes à un moment ou l'autre de leur existence. Ce processus qui est créateur de vie comporte un sérieux risque de décès et de complications. Ce 21ème siècle est, dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive, celui de tous les défis pour tous les acteurs en particulier les jeunes. En effet, ils sont de plus en plus sexuellement actifs précocement et contribuent largement à la croissance de la population globale. Les statistiques de 2010 fournies par l'UNFPA montrent que dans les pays en voie de développement 3% des femmes âgées de 20 à 24 ans ont donné vie avant 15 ans et cette proportion s'élève à 19% dans la même tranche d'âge avant 19 ans. Les chiffres de l'Afrique de l'ouest et de l'Afrique centrale sont les plus élevés en la matière ; ils sont de l'ordre de 6 et 28% respectivement (2). En d'autres termes et selon la même source, chaque année 3,2 millions d'adolescentes subissent des avortements dangereux et 70 000 d'entre elles meurent des suites des complications de la grossesse ou de l'accouchement (2). Les jeunes sont encore ceux qui courent les risques les plus élevés en matière de VIH et de grossesse non désirée. Ces données sont les témoins des difficultés et insuffisances rencontrées dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies, programmes et projets de santé sexuelle et reproductive des jeunes notamment leur composante planning familial en termes de satisfaction des besoins, d'accès aux soins et d'utilisation des services.

Dans les 69 pays les plus pauvres au monde, le nombre d'utilisatrices de moyens de contraceptions modernes a augmenté de 20% en 7ans. Sur un total de 926 millions de femmes et filles en âge de procréer, dans cette zone géographique constituée notamment de 41 pays africains, ce sont désormais 314 millions qui ont recours au préservatif, à la pilule ou à l'implant. En Afrique, la proportion des femmes utilisant des moyens de contraception n'a augmenté que de 7% depuis 2012 (3).

Au Mali, malgré les actions entreprises, le niveau de la fécondité reste l'un des plus élevés au

monde. En réaction à cette situation, le Gouvernement a opté pour une approche plus élaborée et plus complète par la prise en compte de la dimension population dans tous les plans et programmes de développement. Cette orientation a été consolidée par la Politique Nationale de Population (PNP) dont l'objectif est d'atteindre l'équilibre entre l'accroissement de la population et le développement socio-économique (4).

L'engagement du pays se traduit par certains documents de politiques dont le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social 2014-2023 (PDDSS) a inscrit comme priorité la promotion de la PF pour « réduire la mortalité maternelle et néonatale ». L'objectif du PDDSS est de porter la prévalence contraceptive à 20% en 2023. Aussi, la Politique Nationale de Population (Avril 2003) a fixé comme objectif « d'augmenter la prévalence contraceptive des méthodes modernes de 8,2% en 2001 à 30% en 2025 » dans le cadre de l'objectif « contribuer à la maîtrise progressive de la fécondité au Mali » (4).

De ce fait, les étudiants demeurent de nos jours précocement actifs sur le plan sexuel. Certains pour mieux vivre leur sexualité font recours aux méthodes contraceptives souvent sur conseils de spécialistes, au risque de compromettre leur santé. Certes des structures étatiques, privées ou bénévoles existent un peu partout dans le pays, surtout dans les centres urbains, qui apportent conseils et soins, mais leur insuffisance et leur fréquentation relativement faible par ceux-ci demeure le nœud gordien dans la résolution de la problématique de la santé sexuelle des étudiants (5).

Aucune étude n'a été portée sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques des Élèves des Écoles Privées de Formation Socio-sanitaire de Sikasso sur la Contraception et les campagnes de sensibilisation sur la PF n'y seraient pas fréquentes, choses qui ont motivé cette étude.

2. HYPOTHESE DE RECHERCHE

Les connaissances limitées des élèves des écoles privées de formation socio-sanitaire de Sikasso conduisent à une utilisation inappropriée des méthodes contraceptives.

3. OBJECTIFS

3.1.Objectif général :

- Étudier les Connaissances, Attitudes et Pratiques des Élèves des Écoles Privées de Formation Socio-sanitaire de Sikasso sur la Contraception.

3.2.Objectifs spécifiques :

- Déterminer le niveau de connaissances des élèves enquêtées sur la contraception ;
- Identifier les attitudes des élèves enquêtées sur la contraception ;
- Décrire les pratiques des élèves enquêtées sur la contraception ;
- Déterminer les préférences des élèves enquêtées en matière de moyens contraceptifs.

4. GENERALITES

4.1. Définition

4.1.1. Contraception

Le concept « contraception » provient du latin « contra » signifiant « contre » et de « conception » désignant le fait de concevoir, former un nouvel être.

La contraception est l'ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécondant et ceci de façon temporaire et réversible (1).

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

La base fondamentale d'une contraception de qualité est qu'elle doit utiliser des méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables. Les hommes et les femmes ont le droit d'être informés sur toutes les méthodes disponibles et d'utiliser celles de leur choix; ils ont le droit d'utiliser toute méthode de régulation des naissances qui ne soit pas contraire à la loi (1).

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

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

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

L'efficacité pratique est synonyme d'usage de la contraception ; elle est liée à l'acceptabilité du procédé et à la motivation des couples qui l'utilisent. Elle se mesure par le pourcentage de femmes qui sont tombées enceintes parce que certaines n'utilisent pas correctement et régulièrement la méthode ;

L'indice de PEARL (ou taux d'échec pratique) est une mesure de l'efficacité de la contraception, qui exprime le taux des échecs en fonction du nombre de grossesses observées

pour 100 femmes utilisant une contraception donnée durant un an. Ce taux se calcul par la proportion du nombre de conceptions accidentelles durant une période, au nombre de mois d'exposition au risque de concevoir durant la même période et multiplier par 1200. Plus cet indice est proche de zéro, plus la méthode contraceptive est efficace. (1).

La formule est la suivante :

$$R = \left(\frac{\text{Nombre de conceptions accidentelles}}{\text{Nombre de mois d'exposition au risque de concevoir}} \times 1200 \right) / 100$$

R= indice

Son unité est en %.

L'acceptabilité de la méthode contraceptive par l'utilisateur dépend aussi bien du prescripteur que de la méthode contraceptive elle-même. Les principaux critères d'acceptabilité d'une méthode sont : l'attitude des prescripteurs vis-à-vis de la méthode ; les effets secondaires et leur prise en charge ; les questions sociales, culturelles et religieuses liées à la méthode ; la facilité d'utilisation ; les répercussions sur les relations du couple.

L'innocuité est l'absence de risque ou d'effets néfastes sur la femme, sur sa fertilité ultérieure et sur le fœtus en cas d'échec de la méthode ; elle doit être locale ou générale, immédiate ou ultérieure. La réversibilité d'une méthode se mesure par la capacité à revenir à l'état initial à l'arrêt de la prise de la méthode. Elle peut être immédiate ou ultérieure.

4.1.2. Planification familiale

La planification familiale a été clairement perçue comme étant la mesure devant permettre aux couples et aux individus d'atteindre leur objectif de procréation, d'empêcher les grossesses non désirées et à risque (6).

Au Mali, la planification familiale a débuté par la création de façon informelle de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF), organisation non gouvernementale à but non lucratif en 1971. Pionnière en matière de santé de la mère et de l'enfant et de la planification familiale, l'AMPPF œuvre depuis près d'une quarantaine d'année à l'amélioration de la qualité de vie de la famille et des individus en milieu rural et urbain. En 1976, l'AMPPF a adhéré à la fédération internationale pour la planification familiale (IPF) en qualité de membre associé, puis membre à part en 1983 (7).

4.2. Physiologie

4.2.1. Cycle menstruel (8)

Le cycle menstruel est l'ensemble des modifications anatomiques et biologiques se produisant de façon cyclique ou périodique chez la femme de la puberté à la ménopause. C'est un temps qui s'étend du premier jour des règles au premier jour des règles suivantes. À chaque cycle les hormones, messagers chimiques de l'organisme stimulent différentes parties du corps entrainant ainsi des changements qui s'accumulent petit à petit jusqu'à la maturation de l'ovule nécessaire à la fécondation. La muqueuse utérine devient riche et abondante en éléments nutritifs dans l'attente d'une grossesse éventuelle. Si un spermatozoïde fécond l'ovule pendant le cycle, une grossesse se produit. Dans le cas contraire, la muqueuse de l'utérus, alors abondante en éléments nutritifs desquame et le cycle recommence.

La durée du cycle est en moyenne de 28 jours mais peut varier d'un cycle à l'autre chez la même femme ou d'une femme à une autre. On admet comme cycle normal, celui dont la durée se situe dans l'intervalle 28 ± 5 jours. Les cycles courts sont de 21 jours et les longs de 35 à 45 jours.

Sous la commande des hormones hypothalamo-hypophysaires, le cycle menstruel va se dérouler en deux phases : une phase folliculaire et une phase lutéale qui sont séparées par la ponte ovulaire ou ovulation. La maîtrise des phases de ce cycle est très importante pour une bonne prescription de la contraception.

4.2.2. Fécondation (9)

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

Elle se déroule en plusieurs étapes :

- La pénétration des spermatozoïdes dans les voies génitales féminines lors de l'éjaculation qui les dépose au niveau du vagin ;
- Leur migration vers les trompes facilitée par la glaire cervicale qui est très abondante et très filante en phase pré-ovulatoire ; leur capacitation au passage dans la partie proximale de la trompe ;
- La rencontre entre spermatozoïde et ovule : elle a lieu dans le tiers externe de la

trompe ;

- La fécondation proprement dite est la pénétration du spermatozoïde dans l'ovocyte avec activation de ce dernier suivi de la fusion des deux gamètes formant l'œuf qui est le point de départ d'une nouvelle vie.

Le blocage d'une de ces étapes peut constituer tout ou partie du mécanisme d'action d'une méthode contraceptive.

4.3. Histoire de la contraception

4.3.1. Dans le monde

La limitation des naissances est présente depuis l'Antiquité. En effet, la contraception a sans doute existé dès la première ébauche d'organisation sociale, puisqu'elle se retrouve dans les populations les plus primitives. C'est une préoccupation nécessaire, indispensable à l'espèce humaine. Différents moyens furent utilisés pour limiter les naissances : mariages tardifs, tabous sexuels, infanticides, avortements, contraceptifs longtemps archaïques. En l'absence de connaissances anatomophysiologiques, les procédés contraceptifs et abortifs furent souvent confondus. C'est l'acquisition des techniques de contrôle de la procréation qui a permis de les dissocier, démontrant leurs rôles différents : prévenir une grossesse pour la contraception, correctif dans le cadre de l'avortement. Cependant, leur histoire et surtout leur légalisation est fortement liée (10).

Contrôler les naissances n'est pas le privilège des sociétés modernes contemporaines. Déjà les Grecs anciens attachaient une importance toute particulière au contrôle de la fécondité, qui devait assurer la pérennité du système familial. De nombreuses tisanes étaient conseillées pour leur vertu contraceptive (écorce d'aubépine, feuille de lierre, de saule, de peuplier), ainsi que diverses méthodes de contraception mécanique (gomme de cèdre, suppositoire à la menthe poivrée et au miel). Des recettes des Grecs anciens à la pilule des années 70, en passant par l'avortement qui demeure longtemps le premier moyen de contraception (11).

4.3.2. En France

En France, la légalisation sur la contraception est associée au droit des femmes. Pour la sociologue Cécile Thomé, « la pilule est devenue la contraception par défaut » et son développement a laissé de côté la contraception masculine. L'association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (Ardecom), fondée en 1979, cherche à changer les mentalités à ce sujet (12).

Dès son lancement en 1960, la direction du Mouvement français pour le planning familial donne le feu vert pour l'importation et la vente des produits anticonceptionnels. ″En quelques années, constate Isabelle Friedmann dans son livre, le Planning familial a su créer un état de fait″. Le mouvement compte 100 000 adhérents dès 1965. Dans les cent centres et permanences, 450 médecins prescrivent alors des contraceptifs illégaux (13).

Des résistances politiques, des projets de réforme avortés à partir de l'été 1962, la commission Prigent propose de réglementer la vente des contraceptifs, en interdisant la publicité, dans le respect de la jurisprudence, et de l'arrêt du 10 décembre 1965 de la Cour de Cassation, qui prohibe la vente des produits et objets anticonceptionnels, mais n'en interdit pas l'usage (13).

Le Conseil de l'Ordre des médecins n'a jamais fait mystère de ses résistances à la contraception. Hostile aux initiatives du Mouvement Français pour le Planning Familial, il entretient le doute quant aux risques de cancer. Déçus, certains médecins refusent de payer leurs cotisations et forment le Groupe Information Santé (GIS) (13).

Quant à l'Église, elle opère une timide ouverture par le discours aux sages-femmes italiennes du pape Pie XII qui a autorisé, en 1951, l'usage de la continence périodique durant la période féconde du cycle menstruel (14). La loi Neuwirth de 1967, adoptée par l'Assemblée nationale, autorise l'usage des contraceptifs, et notamment la contraception orale. Le gaulliste, Lucien Neuwirth mène un combat de longue date pour la libération de la contraception en France malgré l'opposition de la majorité de droite (15).

La contraception se démocratise vers 1972 avec la création des centres de planifications et d'éducation familiale (CPEF), ont pour mission entre autres, de permettre aux mineurs un accès libre, gratuit et surtout anonyme à tous les types de contraceptifs ; le Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale.

4.3.3. En Afrique

En Afrique, la rencontre la plus importante en matière de santé maternelle et infantile et de PF est celle qui s'est tenue à Bamako (Mali) en septembre 1987. Il s'agissait de la 37ième session du comité régional de l'Afrique pour l'initiative de Bamako, rencontre qui a réuni 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.

Bien avant cette date, une série de conférences sur le thème « femmes et enfants » avait eu lieu dans différents pays africains. C'est surtout à la rencontre de l'Initiative de Bamako que les grandes lignes de politiques de PF ont commencé à se dessiner à travers des rencontres organisées dans différents pays africains. Les années 1990 ont été celles de symposiums sur la santé de la reproduction, la santé génésique, la santé sexuelle des individus, des couples et des familles. Ces différentes rencontres montrent l'intérêt régional porté à la SR et à la PF (7).

4.3.4. Au Mali : (1) (5)

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

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

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

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

On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs comme le "*tafo*". La fréquence de ces pratiques serait en diminution notamment dans le milieu urbain.

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

Nous retiendrons les principales dates de la politique de planning familial et de la pratique contraceptive au Mali (16).

Le Mali a été l'un des premiers pays à adopter une attitude de tolérance vis-à-vis de la planification familiale (PF).

- Depuis 1971, une délégation malienne s'est rendue à Montréal au Canada pour participer à un séminaire sur la PF. Après le Mali a signé un accord avec les organisations de ce séminaire pour un projet d'assistance en PF pour quatre ans. À ce moment entre les approches démographiques et sanitaires du PF c'est l'approche sanitaire qui a été choisie en absence de paramètre démographique suffisamment maitrisé de l'époque, c'est dans cet élan que l'association malienne pour la protection et la promotion de la famille (AMPPF) a été créé le 07 juin 1972.
- En 1972, le Mali abrogea la loi du 31 juillet 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisait la propagande anticonceptionnelle. Un centre pilote a été créé à Bamako par l'AMPPF dont l'objectif était l'espacement des naissances, la pratique du planning était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes et parentale pour les célibataires.
- En 1973, deux séminaires dont un interafricain sur l'éducation sexuelle et d'autre intersyndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako.
- En 1974, le Mali a souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) sur le droit au planning familial.
- En 1978, le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaire, dont une des composantes est le planning familial dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances.
- En 1980, la division santé familiale (DSF) a été créée au sein du ministère de la santé publique et affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial.
- 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 fait une déclaration de politique nationale de population.
- En 1994, avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Égypte), les gouvernements dont le Mali se sont engagés à agir dans le domaine

de la santé de la reproduction, engagement réitéré lors de la quatrième 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 et infantile et planning familial.

Les principales lois relatives à la santé de la reproduction au Mali (4):

- Loi N° 02-044 du 24 Juin 2002 portant sur la santé de la reproduction avec le renforcement des droits de la femme en SR/ PF ;
- L'existence de la loi de 1920 qui interdisait la propagande anticonceptionnelle et l'avortement ; le statut légal de femme peu favorable à la santé de la reproduction au Mali. Il faut noter que le processus d'adoption de cette loi a bénéficié de l'engagement des parlementaires maliens et du réseau régional de parlementaires, de la collaboration des ministres en charge de la santé et de la femme, de la société civile, des juristes et aussi du soutien de partenaires comme l'USAID, l'UNFPA et Policy projet.
- La loi sur la santé de la reproduction est structurée en quatre titres et vingt-un article qui traitent de la définition(I), de la santé de la reproduction (II), des dispositions pénales (III) et des dispositions transitoires et finales (IV). Elle annonce deux décrets : le premier détermine les conditions et les modalités de fabrication des produits contraceptifs au Mali et le second fixant les conditions et modalités d'octroi de l'assistance particulière aux malades du sida ou personnes vivantes avec le VIH et les garanties de confidentialité.
- La loi relative à la santé de la reproduction annonce également deux arrêtés : Le premier portant sur la liste des produits, des méthodes et des moyens de contraception légalement approuvés et le deuxième inter ministériel, fixant les conditions d'importation des produits contraceptifs.

4.3.5. Prévalence contraceptive

Les services de planification familiale en général, la contraception en particulier, sont reconnus aujourd'hui comme étant une intervention pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant. L'indicateur en matière de contraception est la prévalence contraceptive. Selon l'OMS, la prévalence contraceptive se définit comme étant le rapport du nombre d'utilisatrices de méthodes contraceptives avec le nombre de femmes en âge de procréer.

Une analyse des données a mis en évidence l'écart très important qui existe entre les riches et

les pauvres au niveau de plusieurs indicateurs de santé, notamment dans les domaines de la fécondité et de la contraception (17).

Dans certaines régions du monde le taux de prévalence contraceptive est élevé, Asie du sud-est 51%, Océanie 57%, Amérique latine 68%, Europe occidentale 71%, Amérique du Nord 72%. L'Afrique est en marge de ce progrès où la prévalence varie d'un pays à l'autre.

Selon l'EDSM-VI, le Mali enregistre un taux croissant de prévalence contraceptive qu'avant, 16% en 2018 contre 6% de l'EDSM-V de 2012-2013. Dans l'ensemble, en 2018, il y a 15 % des femmes qui utilisent une méthode moderne et seulement 1 % une méthode traditionnelle. Cette prévalence de la contraception est de 17 % chez les femmes actuellement en union et de 36 % parmi celles qui ne sont pas en union mais qui sont sexuellement actives.

4.4. Méthodes contraceptives

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

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

4.4.1. Méthodes hormonales

Peuvent être administrées par la voie orale (les pilules oestro-progestatives, les pilules progestatives, la contraception d'urgence ou pilule du lendemain) ou d'autres voies : l'injection périodique intramusculaire (tous les trois mois) de 150mg d'acétate de médroxy-progestérone ; la voie intra-utérine (stérilet hormonal libérant le lévonorgestrel); l'implant progestatif sous cutané; la voie transdermique: patchs (timbres ou des dispositifs transdermiques) oestro-progestatifs; la voie trans-vaginale: anneau oestro-progestatif.

4.4.2. Méthodes locales

Les préservatifs ; le diaphragme ; la cape cervicale ; les éponges ; les spermicides ; le stérilet ou dispositif intra utérin « DIU» (simple, à cuivre, hormonal) (18).

4.4.3. Méthodes chirurgicales

Chez la femme :

- La ligature des trompes ;
- L'obstruction tubaire par l'introduction des dispositifs ou des colles synthétiques dans les

trompes en utilisant la cavité utérine comme voie d'accès opératoire.

Chez l'homme : la vasectomie.

4.4.4. Contraception naturelle (19)

Les méthodes de contrôle de la fertilité qui ne font pas recours à des dispositifs ou à des agents chimiques de contraception. Elles reposent sur la compréhension de la physiologie du cycle menstruel et sur la détermination du moment de l'ovulation, c'est dans le but de ne permettre le coït que lorsque le risque de grossesse est réduit ou même inexistant.

Parmi les méthodes naturelles, on trouve le coït interrompu (retrait), l'abstinence et la connaissance du cycle de fertilité.

4.5. Contraceptifs hormonaux

4.5.1. Pilules oestroprogestatives

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

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

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

- L'inhibition de l'ovulation ;
- L'épaississement de la glaire cervicale empêchant la pénétration des spermatozoïdes ;
- La modification de l'endomètre (atrophie de l'endomètre) le rendant impropre à la nidation ;
- la diminution du transport des spermatozoïdes dans le tractus génital supérieur (trompes de Fallope) (20).

Types : Selon la teneur en œstradiol, on distingue :

- Les pilules minidosées qui contiennent moins de 35 microgrammes (µg) d'ethinyl-estradiol. Selon le dosage hormonal durant le cycle menstruel, ces pilules peuvent être :
  - Monophasiques : tous les 21 comprimés sont activés avec une même quantité d'oestro-progestatif (EP) : Minidril®

- Biphasiques : les 21 comprimés actifs contiennent 2 combinaisons différentes d'EP : Adépal®
- Triphasique : les 21 comprimés actifs contiennent 3 combinaisons différentes d'EP : Trinordiol®
- Les pilules normodosées qui contiennent 50(µg) d'ethinyl-oestradiol ;
- Les pilules macrodosées qui contiennent plus de 50(µg) d'ethinyloestradiol.

Effets secondaires et complications : Ils sont nombreux mais d'apparition peu fréquente ; ce sont : les nausées, les vomissements, la prise de poids, les mastodynies, les spottings, les mastopathies, l'hypertension artérielle réversible, les thrombophlébites, la coronaropathie, les troubles de coagulation, la migraine, l'aménorrhée post thérapeutique, la tension mammaire, les métrorragies, la galactorrhée. (21)

Avantages : Elles ont une bonne efficacité, un coût abordable ; elles n'interfèrent pas avec les rapports sexuels et peuvent être fournies par un personnel non médical. La pilule oestroprogestative corrige les troubles menstruels, permet de traiter les kystes et les dystrophies de l'ovaire, protège contre les cancers de l'ovaire et de l'endomètre.

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

Figure 1 : Pilule œstroprogestative monophasique (22)

4.5.2. Pilules progestatives

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

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

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

Type : Ce sont des plaquettes de 35 pilules (300µg de levonorgestrel ou 350µg de noréthistérone) et de 28 pilules (75µg de norgestrel). Selon leur mode d'action les microprogestatifs peuvent être classés en deux types : les microprogestatifs ayant uniquement une action contraceptive périphérique et ceux ayant à la fois une action anti gonadotrope et contraceptive périphérique.

Effets secondaires : On note les métrorragies à type de spotting, les mastodynies, les kystes fonctionnels ovariens récidivants, et l'acné.

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

Figure 2 : Pilule progestative (norgestrel 75 µg) (23)

4.5.3. Contraceptifs injectables progestatifs (CIP) (9) (24) (25)

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

Mécanisme d'action : Ils épaississent la glaire cervicale empêchant la pénétration des spermatozoïdes, atrophient l'endomètre rendant difficile la nidation, diminuent le transport du sperme dans le tractus génital supérieur et inhibent l'ovulation.

Types : On distingue :

- L'acétate de dépo-medroxyprogestérone (DMPA) ou Dépo-Provera® dosé à 150mg et administré tous les trois mois ;
- L'énanthale de noréthistérone (NET-EN) ou Noristerat® dosé à 200mg et donné tous les deux mois.

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

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

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

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

Figure 3: Dépo-provera 150mg (26)

4.6. Implants : (Norplant®, Jadelle®, Implanon®) (24) (27) (28)

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

Mécanisme d'action : Le lévonorgestrel est libéré lentement, à rythme régulier, et à très faible dose ; ce qui assure l'épaississement de la glaire cervicale, le blocage de l'ovulation, l'atrophie de l'endomètre et le ralentissement du transport du sperme dans le tractus génital supérieur.

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

Avantages : Les implants sont très efficaces (l'efficacité est proche de 100% chez les adolescents dont l'IMC est inférieur à 25) et ont une longue durée d'action. L'effet contraceptif est immédiat quand il est inséré dans les cinq premiers jours du cycle et disparait dans la semaine suivant le retrait. Ils ont aussi l'avantage d'éviter les échecs provoqués par le retard d'une prise orale, de ne pas gêner les rapports sexuels et de réduire la fréquence et la douleur des crises de drépanocytose.

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

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

Figure 4 :Implant jadelle (les deux brins ou tiges de l'implant en bas et en haut le trocart pour l'insertion sous cutanée) (29)

4.7. **Patchs dermiques** (patch Evra®) (27)

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

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

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

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

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

Figure 5 : Patch dermique (à coller sur la paroi abdominale à la hauteur de l'ombilic) (30)

4.8.Anneau vaginal oestroprogestatif (Nuvaring®) (24)

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

C'est un anneau souple, transparent et incolore. Il délivre quotidiennement 120µg d'étonorgestrel, métabolite actif du désogestrel et 15µg d'EE.

L'anneau est mis en place, par la patiente, pour une durée de trois semaines consécutives, puis retiré pendant sept jours avant la pose d'un nouveau dispositif.

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

Figure 6 : Anneau vaginal (31)

4.9. Contraception d'urgence ou contraception du lendemain (28) (32)

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

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

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

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

La principale contre-indication est la grossesse.

Figure 7 : Pilule d'urgence ou la pilule du lendemain (Lévonorgestrel) (33)

4.10. Contraceptifs hormonaux masculins (34)

- Les méthodes inhibant la spermatogénèse

Les méthodes de contraception masculine hormonale et thermique ont pour points communs d'être basées sur l'inhibition de la spermatogénèse (en vue de diminuer la concentration en spermatozoïdes dans le sperme sous le seuil contraceptif), d'être réversibles et de ne pas impacter l'acte sexuel.

La testostérone en monothérapie, qui freine l'axe hypothalamohypophysaire grâce au rétrocontrôle négatif : injection de 200 mg IM d'énanthate de testostérone hebdomadaire, injection de 500 mg IM d'undécanoate de testostérone mensuelle (forme à libération prolongée).

- Les pistes de recherche prometteuses dans un futur plus ou moins proche :

Approche hormonale (la pilule masculine de demain), il s'agit des dérivés de la 19-Nortestostérone ayant une double affinité pour les récepteurs des androgènes et des progestatifs : la Dimethandrolone Undecanoate (DMAU) qui entraine une inhibition des gonadotrophines à partir de 200 mg per os par jour ; la 11-βmntdc (11-Beta-Methyl-19-Nortestostérone-17-Beta –Dode-cylcarbonate) en administration orale quotidienne.

D'autres approches non hormonales (immunothérapie, RISUG/VASALGEL, les indénopyridines, les dérivés du Lonidamide, les canaux ioniques calciques et potassiques, les aquaporines…) sont en cours de développement.

4.11. Méthodes locales

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

4.11.1. Méthodes de barrière (24)

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

Type

- Les méthodes de barrière mécanique bloquent l'entrée des spermatozoïdes dans le tractus génital de la femme. Ce sont :
  - Le préservatif masculin ou condom ;
  - Le préservatif féminin ;

- Le diaphragme ;
- La cape cervicale ;
- Les éponges.

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

4.11.1.1. Préservatif ou condom masculin (20)

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

Elles sont placées sur le pénis en érection.

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

Mode d'action : Ils empêchent les spermatozoïdes et tout organisme pathogène du sperme de pénétrer dans le vagin et inversement empêchent tout organisme pathogène du vagin de pénétrer dans le pénis.

Figure 8 : Préservatif masculin (35)

4.11.1.2. Préservatif féminin (36)

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

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

Avantages : Il protège contre la grossesse et les IST/SIDA

Inconvénients : Il reste d'utilisation délicate en raison du maniement intra vaginal qui nécessite une bonne connaissance de l'appareil génital féminin. Il coûte plus cher que le préservatif masculin et fait du bruit au cours des relations sexuelles. Il a un impact socio sexuel car certaines femmes pensent que le préservatif est contaminé par le VIH ou que le lubrifiant pouvait causer des stérilités ou infections. Certains hommes craignent que les femmes ne s'emparent du sperme recueilli dans le préservatif et le confient ensuite à un sorcier dans le but de leur jeter un sort.

4.11.1.3. **Le diaphragme** (20) (24)

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

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

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

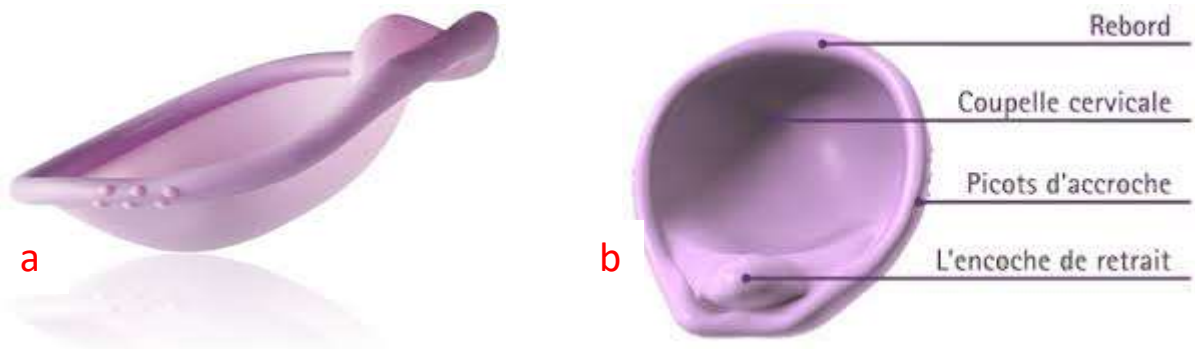

Figure 9 : Diaphragme (37)

a : Vue de profile du diaphragme

b : Vue antérieure du diaphragme

4.11.1.4. **Cape cervicale** (25)

Elle ressemble au diaphragme mais est plus petite. Elle empêche les spermatozoïdes de pénétrer dans le tractus génital supérieur (utérus et trompes de Fallope) et sert de collecteur de spermicide. Elle a les mêmes indications et les mêmes contre-indications que le diaphragme.

Figure 10 : Cape cervicale (38)

4.11.1.5. **Éponge contraceptive**

L'éponge jetable recouvre le col de l'utérus et contient un spermicide qui détruit les spermatozoïdes. Elles sont aussi appelées Protectaid® ou Pharmatex today® sur le marché américain. Elles agissent en obstruant le col utérin, en absorbant les spermatozoïdes et en libérant les spermicides.

Figure 11 : Éponge contraceptive spermicide (39)

Tableau 1 : Avantages, inconvénients, et effets secondaires des différentes méthodes de barrière.

Méthodes	Effets secondaires	Avantages	Inconvénients
Préservatif masculin	Diminution du plaisir sexuel Réactions allergiques et d'irritations	Efficace, disponible, faible coût, accès facile, protège contre les IST/SIDA, prolonge l'érection et le temps de l'éjaculation, pas d'effets secondaires systémiques	Risque de déchirure, nécessité d'une forte motivation, gêne à la manipulation des organes génitaux
Préservatif féminin	Diminution du plaisir sexuel Réactions allergiques et d'irritations	Efficace si correctement utilisé, protège contre les IST/SIDA	Coût relativement élevé, nécessité d'une connaissance de l'appareil génital féminin, impact socio culturel
Diaphragme	Infections des voies urinaires, réactions allergiques, syndrome de choc toxique, pertes et lésions vaginales	Efficace, n'affecte pas l'allaitement maternel, n'interfère pas avec les rapports sexuels, n'a pas d'effets secondaires systémiques, permets les rapports sexuels pendant les menstrues	Efficacité modérée, nécessité d'un examen gynécologique par un prestataire formé et d'un spermicide pour chaque utilisation
Cape cervicale	Infections des voies urinaires, réactions allergiques, syndrome de choc toxique	Efficacité dépend de la durée d'utilisation, pas d'effet sur la composition du lait maternel	Moins efficace chez les femmes ayant eu des enfants, nécessite un spermicide et un examen gynécologique
Éponges	-	Le spermicide si l'éponge inséré des heures plus tôt, tue les germes pathogènes, IST/SIDA	Irritations et lésions vaginales pouvant être cause d'infections

4.10.2. Méthodes chimiques

Les spermicides (20)

- **Définition** : Les spermicides sont des produits chimiques. C'est généralement le Nonoxynol-9 qui, introduit dans le vagin avant le rapport sexuel, inactive ou tue les spermatozoïdes.
- **Types** : On distingue les aérosols (mousses), les tablettes vaginales, les suppositoires ou films dissolvants et les crèmes.
- **Mode d'action** : Ces méthodes désagrègent la membrane cellulaire des spermatozoïdes et diminuent leur mouvement (mobilité et motilité) et leur capacité à fertiliser l'ovule.
- **Avantages** : Elles sont efficaces immédiatement (mousse ou crème) et d'utilisation facile. Elles n'interférent pas avec l'allaitement maternel et peuvent être utilisées comme appoint à d'autres méthodes. Les spermicides sont dénués d'effets secondaires systémiques, augmentent l'humidité (lubrification) pendant les rapports sexuels et protègent contre les ITG et les IST. Ils sont disponibles sans ordonnance et sans bilan médical.
- **Inconvénients** : Pendant la première année d'utilisation, les spermicides sont modérément efficaces (3à 21% de grossesse). Il est nécessaire de les appliquer 10 à 15 minutes avant d'avoir le rapport sexuel (tablette de mousse vaginale, suppositoire et film) et chaque application n'est efficace que pendant une à deux heures. Les produits doivent être disponibles avant chaque rapport sexuel.
- **Effets secondaires** : Les effets secondaires sont une réaction de type irritation vaginale et pénienne, de sensation gênante de chaleur dans le vagin et de non-fonte des tablettes et de mousse vaginale.

4.10.3. Dispositif intra utérin (DIU) ou stérilet (24) (25) (36) (40)

Définition

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

Types : Il en existe deux :

- Les DIU dits actifs, diffusant des hormones, du cuivre ou de l'argent dans la cavité utérine :
  - Les DIU libérant du cuivre : Tcu 380 A, Nova T®, Multiload 375, Tcu220, Cooper T300 Multiload 250au cuivre 200
  - Les DIU libérant un progestatif : minera, levonova (LNG-20) ;
- Les DIU dits inertes : Boucles de LIPPES, SAF. T.Coil.

Mode d'action

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

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

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

Effets secondaires et complications

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

Avantages

Le DIU est une méthode très efficace immédiatement et a un effet durable (jusqu'à 10 ans avec Tcu 380A). Il ne gêne pas les rapports sexuels, n'affecte pas l'allaitement maternel, n'interagit pas avec les médicaments et entraîne le retour immédiat à la fécondité après le retrait. Il comporte peu d'effets secondaires et diminue les crampes menstruelles, les saignements menstruels (libérant un progestatif).

Inconvénients

La pose de DIU entraine :

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

règles (dysménorrhées);

- Un risque de grossesse extra-utérine (GEU) ;
- La sensation du fil par l'homme lors des rapports sexuels.

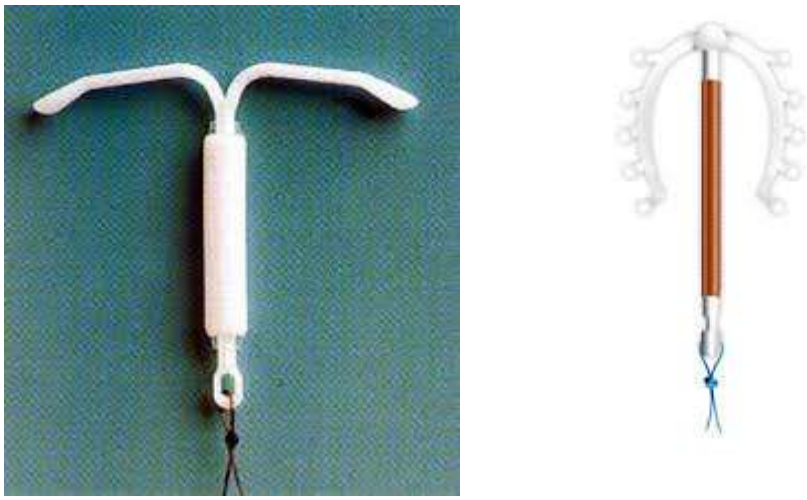

Figure 12 : Le stérilet hormonal (progestatif) à gauche et le stérilet à cuivre à droite (40)

4.11. Méthodes chirurgicales

Elles sont irréversibles. Ce sont :

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

4.11.1. Vasectomie (20)

Définition : La vasectomie est aussi appelée stérilisation masculine ou contraception masculine. C'est une procédure chirurgicale volontaire pour mettre fin, de manière permanente, à la fécondité chez l'homme par section des canaux déférents.

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

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

Avantage : C'est une méthode :

- Très efficace ;
- Permanente ;

- N'interfère pas avec les rapports sexuels ou la fonction sexuelle ;
- Bonne pour les couples si la grossesse ou l'occlusion des trompes causerait un grave problème de santé pour la femme ;
- Faite sous anesthésie locale.

Inconvénients : Quelques inconvénients ont été signalés :

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

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

4.11.2. Ligature des trompes (20) (25)

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

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

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

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

Inconvénients : Les inconvénients sont dus à l'irréversibilité de la méthode, à la nécessité d'un acte chirurgical par un personnel qualifié et d'une laparoscopie. Elle comporte aussi des risques de complication à l'opération (infection ou saignement au niveau du site de l'incision, infection ou saignement interne' lésions d'organes internes, risque d'anesthésie). Enfin elle ne protège pas contre les ITG et IST/SIDA.

4.11.3. Obstruction tubaire

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

4.12. Contraception naturelle

Définition

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

Différentes méthodes

Ce sont :

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

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

4.12.1. Méthode du calendrier (25)

La méthode du calendrier est une méthode contraceptive permettant de déterminer les périodes fertiles à partir d'un calcul fait sur les cycles menstruels précédents. Il faut avoir noté au moins six (06) cycles consécutifs pour pouvoir déterminer la période féconde. La femme doit soustraire 18 de la durée du cycle le plus court qu'elle a enregistré, elle obtient ainsi l'estimation du 1er jour de sa période féconde. Le couple évite les rapports sexuels, emploie une méthode mécanique ou a recours au retrait pendant la période féconde. Exemple : si les cycles enregistrés varient de 26 à 32 jours ;

- 28-18 = 8, elle commence à éviter les rapports non protégés le 8ème jour.
- 32 – 11 = 21, elle peut avoir de nouveau des rapports sexuels non protégés après le 21ème jour.

4.12.2. Méthode de la température de base du corps

Elle repose sur l'augmentation de la température corporelle observée après l'ovulation. Son principe est que la température doit être prise tous les jours à la même heure avant la levée du lit, avec toujours le même thermomètre et la même voie de prise (buccale, rectale ou vaginale). Aussi la femme doit savoir comment lire le thermomètre et consigner sa température sur un graphique spécial. Elle doit également savoir que sa température augmente de 0,2°c à 0,5°c au moment de l'ovulation. La femme doit alors s'abstenir de rapport sexuel à compter du 1er jour des règles des règles jusqu'à ce que sa température dépasse sa température ordinaire et reste à ce niveau pendant trois jours consécutifs entiers, cela correspond à la fin de l'ovulation. Certains facteurs ont une influence sur la courbe thermique tels que :

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

4.12.3. Méthode de la glaire cervicale

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

4.12.4. Méthode sympto-thermique

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

4.12.5. Méthode d'auto-observation (MAO)

La méthode d'auto- évaluation est acceptée par l'islam et le christianisme. Elle intervient dans le traitement de l'infertilité, permet le retour à la fécondité immédiate et la connaissance du système reproducteur féminin par le couple. Elle n'a pas d'effets secondaires locaux et systémiques et son coût est presque nul. Une fois que la méthode est maitrisée, il n'y a plus

nécessité d'une assistance de prestataires.

C'est une méthode dont l'efficacité moindre, nécessite une période d'apprentissage, une observation et d'un enregistrement quotidien de signes de fécondité. La période d'abstinence parfois longue, la glaire ovulatoire difficile à discerner en présence d'infection et la modification de la courbe thermique par certains partenaires. Elle ne protège pas contre les infections du tractus génital et est difficile d'utilisation chez les femmes ayant un cycle menstruel irrégulier.

4.12.6. Méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée (MAMA) (1)

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

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

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

Avantage : En plus des avantages contraceptifs, elle a des avantages pour l'enfant, la mère et la société. Pour la mère, elle permet une meilleure involution utérine, un établissement de liens solides entre la mère et l'enfant et a un avantage contraceptif. En plus, le risque de cancer du sein et des ovaires est amoindri. Pour l'enfant, elle permet la protection contre les infections et les allergies et assure un meilleur développement psychomoteur, affectif et social. Pour la société, elle a un avantage économique.

Inconvénients : L'efficacité de la MAMA après six mois est incertaine ; certaines circonstances sociales peuvent réduire son efficacité et/ou la rendre difficile. Elle n'assure aucune protection contre les MST/SIDA.

4.12.7. Méthode du collier ou méthodes des jours fixes (MJF) (11)

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

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

Avantages : Si elle est correctement utilisée, la MJF est efficace à plus de 95% pour prévenir la grossesse. Elle aide les femmes et les couples à éviter les grossesses non souhaitées car ils savent les jours où ils doivent éviter les rapports sexuels non protégés. Aussi, identifie-t-elle les jours 8 à 19 du cycle menstruel comme jours féconds, jours pendant lesquels une grossesse est très probable. C'est une méthode simple, facile à enseigner, à apprendre et à utiliser. Elle a un faible coût et ne demande pas de prise de médicaments ou d'intervention chirurgicale. Enfin, elle n'a pas d'effets secondaires.

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

4.13. Autres méthodes naturelles

- Le coït interrompu ou retrait

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

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

4.14. Méthodes traditionnelles

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

Le fait que ces méthodes soient si utilisées prouve que les gens se sentent capables de régler leur fécondité et qu'ils ont, depuis longtemps, découvert les avantages de cette régulation. La

vitesse à laquelle la modernisation, l'urbanisation et les changements sociaux se sont produits en Afrique, fait qu'il est difficile de comprendre la manière dont les méthodes traditionnelles courantes de régulation de la fécondité sont encore utilisées.

- Cordelette imprégnée ou *"Tafo"*: ceinture magique à multiples nœuds produite par le marabout. Elle aurait un pouvoir contraceptif de durée illimitée tant qu'elle est 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 ;
- Miel et Jus de citron : On les place dans le vagin avant les rapports ; ils entraînent soit une immobilisation des spermatozoïdes (miel), soit une destruction des spermatozoïdes (citron) agissant comme des spermicides.

4.15. Morale et éthique de la reproduction :

Dans l'antiquité, l'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les lieux et les époques.

Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle ou collective, institutionnelle ou non, mais ne trouvant une opposition ou une annihilation que dans une structure morale d'essence religieuse, philosophique ou politique. (41)

Aspects religieux et philosophiques :

4.15.1. Christianisme et la contraception (42)

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

On notera que certaines pratiques et prescriptions communément admises au sein de l'église ancienne (et toujours en vigueur de l'église orthodoxe) ont eu pour effet objectif, une limitation des naissances. L'abstention de rapports sexuels durant la menstruation, durant la grossesse, mais également lors des jours et des périodes de carême (qui totalisent la moitié des jours d'une année), ainsi que les jours précédant la communion et la pratique de l'allaitement

maternel. Le nombre de jours fertiles se trouvait ainsi considérablement réduit.

4.15.2. Islam et contraception

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 est la suivante : « la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture » (43). La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas (42). Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, alors les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite, ce qui n'est pas le cas. Le mariage est une association de deux libertés ; la femme n'est ni un objet sexuel, ni une machine à reproduire, c'est la volonté du couple librement qui décide de la progéniture comme de l'harmonie sexuelle et la contraception reste libre s'il le souhaite.

Aucun texte de l'islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement (44).

5. MATERIEL ET METHODES

5.1. Cadre de l'étude

Cette étude s'était déroulée dans les écoles privées de santé de Sikasso.

A. Présentation et climat de la région de Sikasso (39)

Elle couvre une superficie de 71.790km^2 ; et compte 2.625.919 habitants en 2009.

C'est la troisième région administrative du Mali ; elle est située dans la partie sud du territoire. Elle est limitée au nord par la région de Ségou, au nord - ouest par la région de Koulikoro, au sud par la république de Côte d'Ivoire, à l'est et au nord- est par le Burkina Faso et au Sud- Ouest par la république de Guinée.

C'est une région qui s'étend entre 11°21' et 10°30 et entre 8°30 de latitude et 5°30 de longitude. Elle comprend deux grandes zones climatiques :

- La zone nord-guinéenne : la pluviométrie y est longue (1150 mm à 1400 mm de pluie par an). La saison pluvieuse est relativement longue (plus de six mois, d'avril à octobre) avec environ 90 jours de pluie ; la température maximale est de 41°C ;
- La zone soudanienne : elle couvre essentiellement le nord des cercles de Sikasso. La pluviométrie varie de 750mm à 1150 mm avec un maximum de pluie en août. La température moyenne est de 27°C.

La végétation se compose de forêt claire, de savane boisée, de savane arborée, de savane arbustive et de galerie forestière.

B. Situation sanitaire de la ville de Sikasso

La couverture sanitaire connaît une amélioration certaine. La ville se compose actuellement d'un hôpital de deuxième référence national, d'un centre de santé de référence (CSRéf) et 08 centres de santé communautaire (CSCom) se trouvent dans certains quartiers comme : Wayerma, Flasso, Médine, Mamassoni, Hamdallaye, Mankourani, Sanoubougou I et Sanoubougou II etc. Les cliniques médicales et cabinets médicaux privés sont parsemés entre les quartiers de la ville.

Sur le plan de la formation sanitaire, la ville abrite l'Institut National de Formation en Science de la Santé et plus de 10 écoles de formation socio-sanitaire.

Figure 13 : **Carte sanitaire de la ville de Sikasso** (www.brive-sikasso.com) (45)

5.2. Type et période

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée sur une durée de 6 mois allant du 01er novembre 2019 au 30 Avril 2020.

5.3. Population d'étude

La population de cette étude était constituée de toutes les élèves des écoles privées de santé de la ville de Sikasso.

5.4. Critères d'inclusion

Ont été incluses les élèves des écoles privées de santé de la ville de Sikasso en âge de procréer et qui avaient consenti à participer à l'étude.

5.5. Critères de non-inclusion

- Toute élève d'une école privée de santé de Sikasso ville qui n'a pas consenti à

participer à l'étude.

- Toute élève d'une école privée de santé de Sikasso ville qui était absente pendant la période de l'étude ;
- Toute élève n'appartenant pas à un établissement sanitaire privé de Sikasso.

5.6. Échantillonnage

Nous avons utilisé un échantillonnage de type exhaustif. Ainsi, toutes les élèves remplissant les critères d'inclusion ont été systématiquement incluses dans l'étude.

Notre étude a porté sur un échantillon de 430 élèves.

5.7. Variables mesurées

Nous avons collecté essentiellement les variables suivantes :

- Renseignements sociodémographiques : tranche d'âge, ethnie des élèves, niveau d'instruction des élèves, statut matrimonial.
- Connaissances : entendu parler de la contraception, compréhension de ce que signifie la contraception, source de l'information sur la contraception, connaissance sur les méthodes contraceptives, connaissance parmi les différentes méthodes contraceptives, préférence de méthodes contraceptives, sources d'approvisionnement en moyens contraceptifs, existence de service de PF, estimation de l'intervalle inter génésique, connaissance d'au moins un risque de non pratique de la contraception par les élèves, connaissance des risques de pratique d'avortement clandestin.
- Attitudes : les raisons de non-fréquentation des services de PF, appréciation de la contraception, raisons de non-appréciation de la contraception, opinion des élèves sur les avortements clandestins, présence de partenaire sexuel, habitude de parler de sexualité et de méthodes de contraception, le préservatif diminue le plaisir sexuel.
- Pratiques : utilisation de méthodes de contraception, fréquentation des services de PF, habitude d'avoir un partenaire sexuel occasionnel, à cette occasion vous avez utilisé le préservatif.

5.8. Procédure de l'étude

L'enquête s'est déroulée dans les locaux des écoles de santé privée de la ville de Sikasso.

Nous avons pris contact avec le Directeur des études de chaque établissement de santé. Nous leur avons expliqué le but de notre étude, répondu à toutes les questions qu'ils avaient et mis à leur disposition une copie du protocole de recherche. Ainsi, avec leur accord quand nous arrivions au niveau de leur établissement de santé, ils nous accompagnaient dans les classes. Après une brève présentation, une permission d'environ 20 minutes était demandée à l'enseignant chargé du cours pour une explication de notre étude aux élèves. Une copie du questionnaire était remise aux étudiantes/élèves. Un numéro de téléphone leur a été communiqué au cas où elles allaient rencontrer des difficultés lors du remplissage des copies. Ensuite un rendez-vous leur a été donné pour récupérer tous les questionnaires remplis.

5.9. Collecte, saisie et analyse de données

La collecte des données s'est déroulée auprès de volontaires, à partir de questionnaire imprimé sur feuille A4 et distribuer aux participants.

Les données collectées ont été saisies après encodage dans le logiciel ''Statistical Package for Social Science'' version IBM SPSS Statistics 21 puis l'analyse des données par le même logiciel, le traitement du texte a été effectué sur Microsoft Office World 2010, les tableaux et les graphiques par Microsoft Office Excel 2010.

Les résultats ont été présentés sous forme de tableau et de figure. Le test de chi^2 de Pearson a été utilisé pour la comparaison des variables catégorielles avec un seuil significatif fixé à 5%.

5.10. Considérations éthiques

La participation à l'étude a été volontaire, les questions de cette étude étant de caractère à toucher l'intimité des personnes enquêtées, une explication préalable du but de l'enquête leur a été faite. Toutes les personnes enquêtées ont donné leur consentement verbal avant qu'une copie du formulaire ne leur soit donnée à remplir. Aucun nom n'était associé aux données à collecter. Les données collectées n'étaient accessibles qu'à investigateur de l'étude. Aucune compensation n'était prévue pour la participation à cette étude.

5.11. Définitions opérationnelles

Connaissances : elle a été définie à travers les réponses provenant des questions comme : avoir entendu parler de la contraception (oui ou non), signification de la contraception (choix

multiple), source d'information sur la contraception (choix multiple), source d'approvisionnement en méthodes contraceptives (choix multiple), existence de service de PF (oui ou non), estimation de l'intervalle inter génésique (choix multiple), connaissance d'au moins un risque de non pratique d'avortement clandestin (oui ou non), niveau de connaissance de risque de pratique d'avortement : définie par l'echelle de Lickert (niveau de connaissances élevé, peu de connaissances, très peu de connaissances).

Attitudes : elle a été définie par les raisons de non fréquentation des services de PF (choix multiples), appréciation de la contraception (oui ou non), raisons de non appréciation de la contraception (choix multiple), opinion sur les avortements clandestins (approuve, désapprouve, pas d'opinion), présence de partenaire sexuel (oui, non, pas de réponse), habitude de parler de sexualité et de méthodes de contraception (oui, non, pas de réponse), le préservatif diminue le plaisir sexuel (oui, non, pas réponse).

Pratiques : Elle a été déterminée par l'utilisation de méthodes de contraception (oui, non, sans avis), fréquentation des services de PF (oui ou non), habitude d'avoir un partenaire sexuel occasionnel (oui, non, pas de réponse), à cette occasion vous avez utilisé le préservatif (oui, non, pas de réponse).

Élèves : Il s'agit de l'appellation facilité des étudiantes faisant le cycle Bac+3ans et les élèves faisant le cycle DEF+3ans de formation en science de la santé.

6. RESULTATS

6.1. Résultats globaux :

Tableau 2 : Description de la population d'étude

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Tranche d'âge (année) (n=430)		
15-18	49	11,4 %
19-22	**226**	**52,56** %
23-26	107	24,88 %
≥ 27	48	11,16 %
Ethnie des élèves (n=430)		
Dogon	13	3 %
Bambara	79	18,4 %
Malinké	22	5,1 %
Mianka	32	7,4 %
Peulh	52	12,1 %
Sénoufo	**180**	**41,9** %
Songhoi	8	1,9 %
Soninké	15	3,5 %
Autres	29	6,7 %
Niveau d'instruction (n=430)		
1ère année	**240**	**55,8 %**
2ème année	98	22,8 %
3ème année	92	21,4 %
Statut matrimonial (n=430)		
Mariée	165	38,4 %
Fiancée	55	12,8 %
Célibataire	**207**	**48,1 %**
Divorcée	2	0,5 %
Veuve	1	0,2 %

La tranche d'âge la plus représentée était de 19-22 ans soit 52,5% de l'échantillon. L'âge moyen est de 22,11 avec un écart-type à 3,48 et des extrêmes allant de 15 à 36 ans. L'ethnie Senoufo prédomine avec un effectif de 180 équivaut à un taux de 41,9%. La majorité de notre échantillon soit 56% était de la 1ère Année. Les élèves et étudiantes étaient célibataires dans 48,1% des cas.

6.2. Connaissances, attitudes et pratiques des élèves sur la contraception

Tableau 3 : Répartition des sujets d'étude selon leur réponse à la question « Avez-vous déjà entendu parler de la contraception ? »

Entendue parlée de la contraception	Effectifs	Pourcentage
OUI	**419**	**97,4%**
NON	11	2,6%
Total	**430**	**100%**

Parmi les élèves enquêtées 97,4% (419/430) avaient déjà entendu parler de la contraception.

Tableau 4 : Répartition des élèves selon leur compréhension de ce que signifie la contraception

Signification de la contraception	Effectifs	Pourcentage
Éviter la grossesse	**175**	**40,7%**
Espacement des naissances	153	35,6%
Santé maternelle et infantile	48	11,16%
Moins de naissance	15	3,48%
Meilleure éducation des enfants	15	3,48%
Ne sait pas	13	3,02%
Moins de dépense	11	2,56%
Total	**430**	**100%**

Une proportion de 40,7% (175/430) des élèves a affirmé comprendre par contraception le fait d'éviter la grossesse tandis que 3,02% (13/430) n'avait aucune idée de ce qu'elle voulait dire.

Tableau 5 : Répartition des élèves selon la source de l'information sur la contraception

Source d'information sur la contraception	Effectifs	Pourcentage
École	127	29,53 %
Centres de santé/ hôpital	127	29,53 %
Médias (internet, radio, télé)	104	24,19 %
Ami(es)/ Frère/ Sœurs	41	9,53 %
Parents	18	4,19 %
Conférences	7	1,63 %
Autres	6	1,4 %
Total	**430**	**100 %**

Les 3 principales sources d'information sur la contraception rapportée par les élèves étaient par ordre décroissant de fréquence l'école (29,53%, 127/430), les centres de santé/hôpital (29,53%, 127/430) et les médias (24,19%, 104/430).

Tableau 6 : Répartition des élèves selon la connaissance sur les méthodes contraceptives

Connaissances sur les méthodes contraceptives	Effectifs	Pourcentage
OUI	**409**	**95,1%**
NON	20	4,7%
Pas de réponse	1	0,2%
Total	**430**	**100%**

Les étudiantes/élèves connaissent les méthodes de contraception dans 95,1% des cas.

Tableau 7 : Répartition des élèves selon leurs connaissances sur les différentes méthodes contraceptives

Connaissance des différentes méthodes de contraception	Effectifs	Pourcentage
1 seule méthode connue	161	37,44 %
2 méthodes connues	29	6,74 %
≥ 3 méthodes connues	**219**	**50,93 %**
Aucune	21	4,89 %
Total	**430**	**100%**

Une proportion de 50,93%, 219/430 des élèves connaissait au moins 3 méthodes différentes de contraception tandis que 4,89%, 21/430 n'en connaissait aucune méthode contraceptive.

Tableau 8 **:** Répartition des élèves selon leur préférence de méthodes contraceptives

Préférence contraceptive	Effectifs	Pourcentage
Jadelle	**186**	**43,3%**
Pilule	85	19,8%
Préservatif	58	13,5%
Pas de préférence	32	7,4%
DIU	18	4,2%
Allaitement maternel	14	3,3%
Dépo-provera	10	2,3%
Pilule du lendemain	10	2,3%
Méthode traditionnelle	8	1,9%
Norplant	7	1,6%
Retrait de la verge	1	0,2%
Autres méthodes préférées	1	0,2%
Total	**430**	**100%**

*Autres méthodes préférées : il s'agit des méthodes telles que **la méthode du calendrier, de la température de base du corps, la consistance de la glaire cervicale et de l'abstinence.**

Les trois (3) méthodes de contraception les mieux préférées des élèves étaient par ordre de fréquence le Jadelle (43,3%, 186/430), la pilule (19,8%, 85/430) et le préservatif (13,5%, 58/430).

Tableau 9 : Répartition des élèves selon leur source d'approvisionnement en moyens contraceptifs

Source d'approvisionnement en méthode de contraception	**Effectifs**	**Pourcentage**
Centres de santé/ hôpital	**191**	**44,42 %**
Pharmacie	134	31,16 %
Dans la rue (boutique, pharmacie par terre)	82	19,07 %
Pas de source	15	3,49 %
Par une tierce personne	8	1,86 %
Total	**430**	**100 %**

Les centres de santé/ hôpital étaient la source d'approvisionnement la plus fréquente (44,42%, 191/430) des élèves en moyens de contraception.

Tableau 10 **:** Répartition des élèves selon l'utilisation de méthodes de contraception

Utilisation de méthode de contraception	Effectifs	Pourcentage
Oui	**234**	**54,42 %**
Non	167	38,84 %
Sans avis	29	6,74 %
Total	**430**	**100 %**

Dans notre étude 54,42 % des élèves ont affirmé utiliser une méthode contraceptive.

Tableau 11 : Répartition selon le niveau d'instruction des élèves et de leur utilisation de méthodes de contraception

			Utilisation de méthodes de contraception			**Total**
			OUI	NON	Sans avis	
Niveau d'instruction	1er A	Effectif	123	95	22	**240**
		%	52,6%	56,9%	75,9%	**55,8%**
	2ème A	Effectif	58	34	6	**98**
		%	24,8%	20,4%	20,7%	**22,8%**
	3ème A	Effectif	53	38	1	**92**
		%	22,6%	22,8%	3,4%	**21,4%**
Total		**Effectif**	**234**	**167**	**29**	**430**
		%	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

1er A=1er année, 2ème A=2ème année, 3ème A=3ème année.

Les élèves de la première année avaient un pourcentage de 56,9% (95/240) n'ayant pas utilisé de méthodes de contraception or les non-utilisatrices de celles de la deuxième et troisième année ont respectivement une proportion de 20,4% (34/98) et de 22,8% (38/92). Ch^2= 8,15, ddl= 4 et p=0,035.

Tableau 12 : Répartition des élèves selon leur connaissance de l'existence de services de planification familiale

Connaissance de l'existence de services de PF	**Effectifs**	**Pourcentage**
Oui	**393**	**91,4%**
Non	37	8,6%
Total	**430**	**100%**

La majeure partie des élèves (91,4%, 393/430) connaissaient l'existence de services de planification familiale.

Tableau 13 : Répartition des élèves en fonction de la fréquentation des services de PF

Service de PF déjà fréquenté	Effectifs	Pourcentage
Oui	191	44,4%
Non	**239**	**55,6%**
Total	**430**	**100%**

Plus de la moitié des élèves soit 55,6% (239/430) n'avaient fréquenté aucun service de planification familiale au moment de notre étude.

Tableau 14 : Répartition des élèves en fonction de la connaissance des méthodes contraceptives et la fréquentation de service PF

			Fréquentation de service de PF		**Total**
			OUI	NON	
Connaissance des méthodes contraceptives	OUI	Effectif	189	220	**409**
		%	46,2%	53,8%	**100%**
	NON	Effectif	2	18	**20**
		%	10%	90%	**100%**
	Pas de réponse	Effectif	0	1	**1**
		%	0%	100%	**100%**
Total		**Effectif**	**191**	**239**	**430**
		%	**44,4%**	**55,6%**	**100,0%**

Parmi les élèves qui connaissaient les méthodes contraceptives, une proportion de 46,2% (189/409) avait fréquentée les services de PF alors que parmi celles n'ayant pas de connaissance des méthodes de contraception cette proportion était de 10% (2/20). Il y a une différence statistiquement entre ces deux proportions (Chi2=10,9, ddl=2 et p=0,004).

Tableau 15 : Répartition des élèves selon les raisons de non-fréquentation des services de PF

Raison de non-fréquentation des services PF	Effectifs	Pourcentage
Religion	89	37%
Coutume	66	28%
Peur de la réaction du partenaire	38	16%
Honneur familial	29	12%
Absence de besoin	17	7%
Total	**239**	**100%**

Les considérations d'ordre religieux (37%), coutumier (28%) et la peur de la réaction du partenaire (16%) étaient les plus rapportées comme raisons de non-fréquentation des services de planification familiale.

Tableau 16 : Répartition des élèves selon leur estimation de l'intervalle de temps entre deux naissances

Intervalle inter génésique	Effectifs	Pourcentage
24 - 30 mois d'intervalle	**307**	**71,4 %**
31 - 36 mois d'intervalle	80	18,6 %
37 - 42 mois d'intervalle	17	3,95 %
43 - 48 mois d'intervalle	11	2,56 %
49 - 54 mois d'intervalle	9	2,09 %
55 - 60 mois d'intervalle	6	1,4 %
Total	**430**	**100%**

Une proportion de 307/430 (71,4%) a donné 24 -30 mois comme intervalle entre deux naissances, 80/430 (18,6%) a donné 31 - 36 mois, 17/430 (4%) a donné 37 - 42 mois, 11/430 (2,56%) a donné 43 - 48 mois, 9/430 (2,09%) a donné 49 – 54 mois, 6/430 (1,4%) a donné 55 - 60 mois.

Tableau 17 : Répartition des élèves en fonction de leur appréciation de la contraception

Appréciation de la contraception	Effectifs	Pourcentage
Oui	199	46,7%
Non	231	53,3%
Total	**430**	**100%**

Plus de la moitié des élèves (53,3%, 231/430) affirmaient ne pas apprécier la contraception.

Tableau 18 : Répartition des élèves selon l'appréciation de la contraception et le fait d'avoir entendu parler de contraception

			Entendu parler de la contraception		**Total**
			OUI	NON	
Appréciation de la contraception	OUI	Effectif	199	0	**199**
		%	47,5%	0%	**46,3%**
	NON	Effectif	220	11	**231**
		%	52,5%	100%	**53,7%**
Total		**Effectif**	**419**	**11**	**430**
		%	**100%**	**100%**	**100%**

Tout l'effectif des élèves qui appréciait la contraception 47,5%, 199/419 avait déjà entendu parler de la contraception cette proportion est comparable à celles qui n'appréciaient pas mais qui en ont entendu parler de la contraception 52,5%, 220/419. Ch^2= 9,725, ddl=1, p=0,002, le test exact de Fisher=0,001.

Tableau 19 : Répartition des élèves selon les raisons de non-appréciation de la contraception

Raison de non-appréciation de la contraception	Effectifs	Pourcentage
Effets secondaires	104	45%
Religion	46	20%
Coutume	29	12%
Fidélité du partenaire	23	10%
Virginité	18	8%
Pauvreté	11	5%
Total	**231**	**100%**

Les effets secondaires (45%), les motivations religieuses (20%) et coutumières (12%) étaient les raisons les plus évoquées par les élèves comme justifiant la non-appréciation de la contraception.

Tableau 20: Connaissance d'au moins un risque de non pratique de la contraception par les élèves

Connaissance d'au moins un risque de non pratique de la contraception	Effectifs	Pourcentage
Oui	**246**	**57,2%**
Non	184	42,8%
Total	**430**	**100%**

Plus de la moitié des élèves (57,2%, 246/430) connaissaient au moins un risque de non pratique de la contraception.

Tableau 21 : Niveau de connaissance des élèves sur les risques de pratique d'avortement clandestin

Connaissance de risques des pratiques d'avortement clandestin	Effectifs	Pourcentage
Niveau de connaissance élevé	**234**	**54,42%**
Peu de connaissance	112	26,05%
Très peu de connaissance	84	19,53%
Total	**430**	**100%**

Dans notre étude les élèves ont une proportion de 234/430 (54,42%) de niveau de connaissance élevé, peu de connaissance 112/430 (26,05%) et très peu de connaissance 84/430 (19,53%).

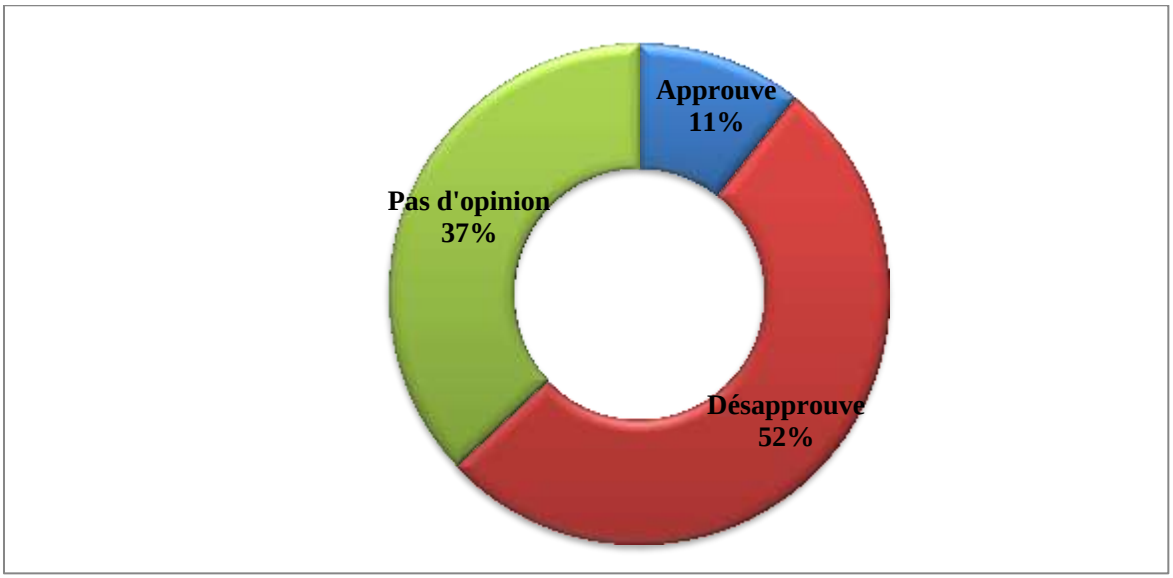

Figure 14 : Répartition selon l'opinion des élèves sur les avortements clandestins

Plus de la moitié des élèves (52%) désapprouvait les avortements clandestins.

Tableau 22 : Relatif aux activités sexuelles et pratique de la contraception chez les élèves

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentage
Présence de partenaire sexuel		
Oui	274	63,72 %
Non	102	23,72 %
Pas de réponse	54	12,56 %
Total	430	100 %
Habitude de parler de sexualité et de méthodes de contraception		
Oui	217	50,5 %
Non	120	27,9 %
Pas de réponse	93	21,6 %
Total	430	100 %
Habitude d'avoir un partenaire sexuel occasionnel		
Oui	45	10,5 %
Non	290	67,4 %
Pas de réponse	95	22,1 %
Total	430	100 %
À cette occasion, vous avez utilisé le préservatif		
Oui	12	27 %
Non	29	64 %
Pas de réponse	4	9 %
Total	45	100 %
Le préservatif diminue le plaisir sexuel		
Oui	160	37,21 %
Non	75	17,44 %
Pas de réponse	195	45,35 %
Total	430	100 %

Plus de la moitié des élèves (63,7%) avaient un partenaire sexuel et la moitié affirmait avoir eu à parler de méthodes contraceptives à leur partenaire actuel. Une proportion de 64% des femmes ayant eu un partenaire sexuel occasionnel affirmait ne pas avoir utilisé de préservatif lors de l'acte sexuel. Une proportion de 37,2% affirmait que le port du préservatif diminue le

plaisir sexuel.

Tableau 23 : Répartition des élèves selon leur utilisation de méthodes contraceptive et leur habitude d'avoir un partenaire sexuel occasionnel

			Habitudes d'avoir un partenaire sexuel occasionnel			**Total**
			OUI	NON	Pas de réponse	
Utilisation de méthodes de contraception	OUI	Effectif	32	160	42	**234**
		%	13,7%	68,4%	17,9%	**100%**
	NON	Effectif	10	110	47	**167**
		%	6%	65,9%	28,1%	**100%**
	Sans avis	Effectif	3	20	6	**29**
		%	10,3%	69,0%	20,7%	**100%**
Total		**Effectif**	**45**	**290**	**95**	**430**
		%	**10,5%**	**67,4%**	**22,1%**	**100%**

La proportion des élèves utilisatrice de méthodes contraceptives et celles ayant l'habitude d'avoir un partenaire sexuel occasionnel 13,7%, 32/234 est comparable aux utilisatrices qui ont l'habitude d'avoir de partenaire sexuel occasionnel 6%, 10/167. Ch^2= 10,217, ddl=4 et p=0,037.

7. Commentaires et discussion

Cette étude réalisée est de type transversal descriptif qui s'est étalée sur six mois du 1er novembre 2019 au 30 Avril 2020. Elle a permis de colliger les données de 430 élèves des écoles de santé de Sikasso sur la contraception.

7.1. Caractéristiques sociodémographiques

Dans la présente étude, la tranche d'âge la plus représentée a été 19-22 ans soit une fréquence de 52,56%. Les âges extrêmes ont été 15 et 36 ans avec une moyenne de 22,11 ans et un écart-type à 3,48.

Ces chiffres se rapprochent de ceux trouvés par **Chanou Y** (5) pour son échantillon de Bamako et par **BANHORO L** (1) qui ont rapporté respectivement 22,08 et 23,5 ans comme l'âge moyen. Cela s'explique par le niveau d'étude des étudiantes enquêtées.

Les ''Senoufo'' étaient majoritaires 41,9%. Chez **Fané B** (46) les Senoufo représentent 48,3%. Ceci peut être lié à la situation géographique des ethnies.

Les célibataires étaient représentés à 48,1% suivi des mariées 38,37% et les fiancées 12,79%.

7.2. Connaissances de la contraception

La majorité des élèves avaient une connaissance sur la contraception soit 97,4% (419/430). On retrouve cette tendance dans plusieurs documents : celle d'**Adohinzin et al**. (47) **Sountoura F F** (48) et de **Coulibaly S** (49) où ils avaient eu 97%, 97,6% et 100%.

7.3. Signification de la contraception

La signification de la contraception était représentée dans 40,7%, 175/430 des cas « ***d'éviter la grossesse »***.

Cependant, le taux de méconnaissance de la contraception est de 3% (13/430) même si ce taux est faible un pourcentage élevé de 35,6% (153/430) ne font pas la différence avec la planification familiale (espacement des naissances).

7.4. Source d'information sur la contraception

L'école et les centres de santé/hôpital sont les principales sources d'information majeure en matière de contraception avec une proportion de 29,53%, 127/430 chacun. Ce résultat est égal

à celui de **FANANAS E M (**Limoges) en France (50) chez qui l'école représentait 22,80% comme source d'information. Mais comparable à ceux trouver par **LENGLENGUE et al. au Burkina Faso** (51), **Coulibaly A** (52), **Konaté M** (53) et **Nadège Fourn et al.** (54) dont les médiats constituaient 90,87%, 72,1%, 43,6% et 23,4%.

Cela peut s'expliquer par le fait que notre cible concerne les futurs agents de la santé dont la majorité d'entre elles fréquentent les centres de santé pour leur pratique de stage.

7.5. Connaissance sur les méthodes contraceptives

Parmi les sujets enquêtés, une proportion de 95,1%, 409/430 avaient connu les méthodes contraceptives contre 4,9%, 20/430. Ce qui est similaire à celui de **Diakité S M** (55) dont 97%, 291/300 de son échantillon avaient connu les méthodes de contraception.

La moitié des élèves avaient une connaissance d'au moins trois différentes méthodes de contraception soit une proportion de 50,93%, 219/430. Ce résultat est inférieur à celui de **Soutoura F F** (48) chez qui les adolescentes connaissaient certaines méthodes de contraception soit 93,6%, 466/498.

7.6. Préférence de méthodes contraceptives

La préférence contraceptive chez les élèves était par ordre de priorité l'implant jadelle chez 43,3%, 186/430 suivi de la pilule 19,8%, 85/430 et du préservatif 13,5%, 58/430. Ces trois méthodes sont connues à l'appréciation et à l'usage par les élèves.

Ailleurs, les études menées par **Coulibaly et al.** (56), **CHAUVET C** (57) et de **LAMBOLEY C** (58) avaient un pourcentage de 65%, de 63% et de 50% pour la pilule. Cela peut être due qu'à cette époque la pilule était bien apprécié par les utilisatrices que maintenant.

7.7. Source d'approvisionnement en moyens contraceptifs

Les centres de santé/hôpital constituent les principales sources d'approvisionnement en moyen de contraception soit 44,42%, 191/430 puis la pharmacie soit 31,16%, 134/430 des sujets de notre étude. L'étude de thèse de **Coulibaly A** (52) trouve que la pharmacie était le principal lieu d'approvisionnement des contraceptifs avec 49,5% des cas. Cela pourrait s'expliquer que dans notre étude les structures de santé sont peu fréquentées mais plus que les pharmacies par les utilisatrices de la contraception.

7.8. Utilisation de méthodes de contraception

Un taux moyen d'utilisation de méthodes contraceptives avait été trouvé chez les étudiantes/élèves soit 54,42% (234/430) des cas. Ce taux est inférieur à celui de **Sidibé I** (59) dont 79% des sujets utilisaient les méthodes de contraception mais supérieur à celui de **Zouna Fopa** (43) qui avait trouvé 34,6% des utilisatrices de contraception.

7.9. Niveau d'instruction des élèves et leur utilisation de méthodes de contraception

Les élèves de la première année avaient un pourcentage de 56,9% (95/240) qui n'ayant pas utilisé de méthodes de contraception or les non-utilisatrices de celles de la deuxième et troisième année ont respectivement une proportion de 20,4% (34/98) et de 22,8% (38/92). Ch^2= 8,15, ddl=4 et p=0,035.

Ce qui justifierait que l'effectif des utilisatrices de la contraception augmente avec le niveau d'instruction.

7.10. Connaissances de l'existence de service de PF

Seulement 8,6% de notre échantillon n'ont aucune connaissance sur l'existence d'un service de planification familiale cela montre une équivalence nette de résultat à celui de la thèse de **Sogoba A** (7) chez qui 9% de sa taille de l'échantillon n'a pas eu de connaissance sur l'existence des services de PF.

7.11. Fréquentation des services de PF

La moitié des élèves de notre échantillon ne fréquentait pas les services de planification familiale avec une proportion de 55,6%, 239/430. Ce taux est supérieur à la moyenne mais en faisant une confrontation des données de l'étude de **Sidibé A** (60)**, Sidibé I** (59) et de **Sogoba A** (7) qui ont respectivement 85,5%, 81,2%, 58,98% des sujets enquêtés ne fréquentaient pas le service de planification familiale, ces chiffres sont supérieurs à les nôtres.

7.12. Connaissance de méthodes contraceptives et fréquentation des services de PF

Parmi les élèves qui connaissaient les méthodes contraceptives, une proportion de 46,2% (189/409) avait fréquentée les services de PF alors que parmi celles n'ayant pas de connaissance des méthodes de contraception cette proportion était de 10% (2/20). Chi2=10,9,

ddl=2 et p=0,004.

Cette différence peut s'expliquer d'une part à l'utilisation personnelle et volontaire (automédication) che9z certaines et d'autre part à l'absence de besoin des produits contraceptifs.

7.13. Raison de non-fréquentation de service de PF

Au cours de cette étude, les élèves justifiaient de ne pas fréquenter les services de PF pour cause religieuse 37%, 89/239, la coutume 28%, 66/239, la peur de la réaction du partenaire 16%, 38/239, honneur familial 12%, 29/239 et l'absence de besoin à 7%, 17/239.

7.14. Estimation de l'intervalle inter génésique

L'estimation de l'intervalle inter génésique pour les élèves est de 24-30 mois dans 71,4% des cas. Cette connaissance est loin de celle constatée au cours de **l'EDSM-VI** (4) dont 23% des naissances se produisent encore avec un intervalle inter génésique est inférieur à 2 ans.

7.15. Appréciation de la contraception

L'appréciation de la contraception est à hauteur de 46,7% (201/430) de notre l'échantillon. Ce taux inférieur à la moyenne et est dû à plusieurs facteurs. Pour certaines la contraception est un problème préoccupant chez eux (interview) car les effets secondaires et le rang social les découragent.

7.16. Raisons de non-appréciation de la contraception

Les élèves n'appréciaient pas la contraception pour raisons d'effet secondaire des contraceptifs dans 45% (104/231), la religion 20% (46/231), la coutume 12% (29/231), la fidélité du couple 10% (23/231), la virginité 8% (18/231) et la pauvreté 5% (11/231). Contrairement au résultat de **Konaté M** (53) la virginité remporte le premier avec 35% des cas. Cela peut s'expliquer à la différence d'âge et au statut matrimonial.

7.17. Risques de non pratique de la contraception

Les élèves connaissaient les risques de non pratique de la contraception dans 57,2% (246/430) des cas, ce taux est un peu au-dessus de la moyenne et chacune a pu citer au moins un risque (grossesse non désirée, les IST/ MST, le VIH/ SIDA...

7.18. Niveau de connaissance sur les risques de pratiques d'avortement clandestin

Le niveau de connaissance sur les risques de pratique d'avortement clandestin était élevé chez 54,42% (234/430) des étudiantes/élèves et peu de connaissance dans 26,05% des cas. Ce résultat est beaucoup plus bas que ce trouvé par **Sogoba A** (7) avec une majorité de 94% des étudiantes connaissaient les risques liés aux avortements clandestins.

7.19. L'opinion sur les avortements clandestins

Les avortements clandestins ont été désapprouvés par une proportion de 224/430 (52%) des élèves. Cette proportion est à la baisse par rapport à celle trouvée par **Sountoura F F** (48) dont 95,2% de l'échantillon désapprouvait l'avortement clandestin.

7.20. Activités sexuelles et contraception des élèves

Il ressort de notre étude que les élèves avaient parlée de sexualité et de méthode de contraception dans 50,5% des cas. Certaines d'entre elles avaient des partenaires sexuels occasionnels 45/430 (10,5%) parmi cette proportion 29/45 (64%) n'avait pas utilisée le préservatif. Le préservatif diminuerait le plaisir sexuel chez 37,2% de notre échantillon d'étude 160/430.

Chez **Coulibaly S** (49), **Coulibaly, et al.** (56) avaient respectivement 54% et 56% de leurs échantillons qui avaient parlé de sexualité et de contraception avec leur partenaire. **FANANAS E à Limoges (France) en 2019** (50) chez qui 93% des adolescentes discutaient de contraception avec leur partenaire.

8. Limites de l'étude

La réflexion engagée au long de ce travail n'est que le résultat du passionnant exercice d'initiation à la recherche auquel, heureusement, la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) nous a soumis à la fin de notre cycle de formation.

Le niveau d'étude des élèves par rapport au niveau d'utilisation de la contraception. La majorité des participantes était des élèves du cycle technicien de santé (DEF+3) et en première année scolaire. Par exemple, selon l'EDSM-VI de 2018, qui révèle que le niveau d'utilisation de la contraception augmente avec l'augmentation du niveau d'instruction, passant, pour les méthodes modernes de 14% parmi celles n'ayant aucun niveau d'instruction à 18% parmi celles ayant le niveau primaire et à 29% parmi celles ayant le niveau secondaire ou supérieur.

9. Conclusion

Au terme de notre étude, les participantes avaient une bonne connaissance des méthodes contraceptives, une faible fréquentation des services de PF, la religion était la principale raison évoquée pour non-fréquentation de service de PF, la préférence contraceptive des élèves enquêtées était l'implant Jadelle.

10. Recommandations

- **Aux autorités et décideurs politiques**

Encourager les études et les recherches opérationnelles sur la contraception et le comportement sexuel chez les élèves dans les différents secteurs de formation.

Appuyer les prestataires de santé dans les actions de plaidoyer et de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive.

Promouvoir la pratique de la contraception : En levant les incompréhensions sociales, culturelles et religieuses.

Renforcer d'avantage les campagnes de sensibilisation auprès de la population jeune sur la contraception.

- **Aux enseignants**

De renforcer la qualité des cours théoriques afin de rehausser d'avantage le niveau de compréhension des élèves en matière de contraception ;

D'encourager les élèves à la fréquentation des unités de planification familiale au cours des stages pratiques pour acquérir les notions maximales concernant la contraception.

- **Aux étudiantes/élèves**

S'adresser toujours à un service habilité avant toute utilisation de produits contraceptifs.

Participer pleinement aux campagnes de communication pour le changement de comportement ;

Profiter de chaque occasion pour s'informer et informer.

11. Références bibliographies

1. BANHORO L, CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION EN MILIEU ESTUDIANTIN DES UNIVERSITES PUBLIQUES DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU [Internet] [Santé de la reproduction]. [Ouagadougou]: Ouagadougou; 2012. Disponible sur: www.thesesenafrique.imist.ma

2. Loaiza E, Liang M. Adolescent pregnancy: A Review of the evidence. New York: UNFPA. [Internet]. 2003 [cité 2 avr 2020]. 60 p. Disponible sur: https://gsdrc.org/document-library/adolescent-pregnancy-a-review-of-the-evidence/

3. Damien Glez. Organisation Family Planning 2020; conférence internationale sur la population et developpement à Nairobi. Société [Internet]. 14 nov 2019 [cité 25 août 2019]; Disponible sur: www.jeuneafrique.com

4. EDSM-VI 2018. Enquête Démographique et de Santé 2018 [Internet]. Mali: Institut National de la Statistique (INSTAT); 2019 sept [cité 19 sept 2019] p. 643. Report No.: VI. Disponible sur: www.DHSprogram.com

5. CHANOU Y, Logiques d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes : le cas de la faculté de médecine et d'odontostomatologie, de la faculté de pharmacie au Mali et de la faculté des sciences et de la santé au Bénin. [Internet] [Santé de la reproduction]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2014 [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: www.keneya.net

6. TRAORE LF, DIOP S, CHANOU Y, DIAWARA SI, DIAWARA A. CONNTRACEPTION D'URGENCE CHEZ LES ETUDIANTES EN SANTE AU BÉNIN ET AU MALI. MALI Med 2016. 2016;(3):6.

7. SOGOBA A, ETUDE DE LA CONNAISSANCE ET DE LA PERCEPTION DU PLANNING FAMILIAL DANS LE MILIEU UNIVERSITAIRE : CAS DES ETUDIANTES DE LA FMOS, FAPH, FSEG, FSJP. [Internet] [Santé de la reproduction]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2015 [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: www.keneya.net

8. PRAMILLA S, Malcolm P. Atlas of contraception [Internet]. 2ème. London: Informa Healthcare; 2008 [cité 16 janv 2020]. 130 p. Disponible sur: www.obgyn.onlinelibrary.wiley.com; www.informahealthcare.com

9. SERFATY D. Contraception [Internet]. 3e éd. 2007 [cité 11 nov 2019]. 543 p. (MASSON). Disponible sur: www.abebooks.fr

10. NETTER A, ROZENBAUM H. Histoire illustrée de la contraception de l'antiquité à nos jours [Internet]. 1985 [cité 15 janv 2020]. 491 p. Disponible sur: www.livre-rare-book.com

11. Planning familial. Histoire des femmes, le corps et la sexualité. Contraception. [cité 29 déc 2019]; Disponible sur: www.planning.familial.org

12. VALDAYRON F. 50 ans de la loi Neuwirth : et la pilule pour homme, c'est pour quand ? [Cité 19 déc. 2017]; Disponible sur: https://www.marianne.net/societe/50-ans-de-la-loi-neuwirth-et-la-pilule-pour-homme-c-est-pour-quand

13. Sophie Chauveau. Les espoirs déçus de la loi Neuwirth dans la revue Femmes, Genre, Histoire. Clio. 4 déc 2006;16.

14. McClory R. Rome et la contraception. Histoire secrète de l'encyclique Humanae Vitae compte – rendu dans la revue Population de 1999. [Internet]. 1999 [cité 18 janv 2020]. 382 p. Disponible sur: www.persee.fr/issue/pop/ 0032-4663 1999 nom 54 2

15. Assemblée Nationale. Lucien Neuwirth base de données des députés français depuis 1789. Portail de la médecine [Internet]. Disponible sur: www2.assemblee-nationale.fr

16. SAMATE S, EVALUATION DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE SUR LES MOYENS DE CONTRACEPTION. [Internet]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2019 [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: www.keneya.net

17. Ashford L, Kashiwara H, Gwatkin D, Suliman ED. L'écart de santé entre les riches et les pauvres. Population Référence Bureau, Washington DC. juill 2004;7.

18. JADOUL Pascal. La contraception moderne [Internet]. Luxembourg; 2011 [cité 4 déc 2019]. 68 p. Disponible sur: www.docplayer.fr

19. GUINDO A S, Évaluation de la qualité des services dans les six unités de PF des Csréf du District de Bamako. [Internet] [Thèse]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2005 [cité 19 janv 2020]. Disponible sur: www.keneya.net

20. OUEDRAOGO A, BONANE A, TOURE T. Connaissances, attitudes et pratiques de la contracetion en milieu estudiantin des universités publiques de la ville de Ouaga-Connexion des personnels IRD. 4 nov 2020 [cité 4 nov 2020]; Disponible sur: www.beep.ird.fr

21. Gabriel P, Leon P. Guide de thérapeutique PERLEMUTER [Internet]. 10e édition. ELSEVIER/MASSON; 2019 [cité 25 août 2020]. 2765 p. Disponible sur: www.unitheque.com

22. Linda. Minidril (pilule oestroprogestative). Suivi fonctionnel des kistes ovariens [Internet]. 17 juill 2012 [cité 18 juin 2021]; Disponible sur: www.malaysianfrench.blogspot.com

23. Collectif de pharmaciens et le planning familial. Pilule progestative. [cité 18 juin 2021]; Disponible sur: www.liberezmapilule.com/wp-content/uploads/2017/04/UG3epow-e1492435210871.jpg

24. FAGE LAE. CHOISIR SA CONTRACEPTION ,Kit de mobilisation. 2015 2014;36.

25. Robert A. H, Rinehart W, Blackburn, Richard, Geller, Jddith S, Shelton, James D et al. Elément de la technologie de la contraception : manuel à l'intention du personnel clinique/Robert A. Hatcher [Internet]. (Publications; vol. XXIV). Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42377

26. AGENCE FRANCE-PRESSE. Dépo-provera 150mg [Internet]. VIH: des risques d'infection accrus avec un contraceptif injectable. 2015 [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: www.lapresse.ca

27. Donna S, Daniel RM Jr. The Handbook of Contraception [Internet]. Donna Shoupe, Siri L Kjos. USA: Humana Press; 2006 [cité 4 janv 2020]. 300 p. Disponible sur: http://www.springer.com/series/7633

28. Robin G., Massart P., Letombe B. La contraception des adolescentes en France en 2007. ELSEVIER. oct 2007;35(10):951-67.

29. USAID. Implant jadelle [Internet]. UNE INTRODUCTION AUX TECHNOLOGIES CONTRACEPTIVES.

[cité 20 juill 2020]. Disponible sur: www.usaid.gov

30. LE JOURNAL DES FEMMES. Patch dermique [Internet]. Patch contraceptif: efficacité et mode d'action. 2019 [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: www.sante.journaldesfemmes.fr

31. Lydie M, Les méthodes innovantes en contraception hormonale: le patch, l'anneau vaginal et l'implant, 2006, 252 pages, [cité 20 juill. 2020].

32. OMS. Guide de la planification familiale à l'usage des agents de santé communautaires et de leurs clients [Internet]. quatrième édition, OMS; 2010 [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

33. Sciences et avenir. Pilule d'urgence. La pilule du lendemain inefficace pour les plus de 75kilos [Internet]. [cité 20 juill 2020]; Disponible sur: www.sciencesetavenir.fr

34. J. Tcherdukian, R. Mieusset, J. -C. Soufir, E. Huygues, T. Martin, G. Karsenty, et al. ASSOCIATION FRANCAISE D'UROLOGIE : Contraception masculine : quelles (r) évolutions?/ Urofrance. 21 déc 2020 [cité 12 juill 2021]; Disponible sur: www.urofrance.org

35. UNFPA et Family Healt International. Préservatif masculin en latex: spécifications, pré qualification et directives d'achat, 2010 [cité 13 juill. 2021]; ISBN 978 4 159990 0; Disponible sur: https://unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Male_Latex_Specification_FR.pdf

36. Leon Speroff. A CLINICAL GUIDE FOR Contraception. 5th ed. USA; 2011. 458 p.

37. BIVEA MEDICAL. Diaphragme [Internet]. Le premier diaphragme à taille unique. [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: www.contraception-diaphragme.com

38. Johanne M, Cape cervicale : une méthode contraceptive. Centre de Santé des femmes de Montréal [Cité 20 juill. 2020]. ISBN 2980201308? 9782980201301, 32 pages.

39. Sylvaine B, Contraception: Éponge contraceptive spermicide. 1965, 164 pages [cité 20 juill. 2020];

40. Léa P, LE DISPOSITIF INTRA-UTERIN: AMELIORER LE CONSEIL CONTRACETIF CHEZ LA FEMME NULLIPARE [Internet] [Thèse]. [France]: TOULOUSE III-Paul SABATIER-Rangueil; 2013 [cité 27 nov 2019]. Disponible sur: www.thessante.ups-tlse.fr

41. SIDIBE K, EVALUATION DE L'UTILISATION DU DISPOSITIF INTRA UTÉRIN DU POST PARTUM DANS LES CENTRES DE SANTE DE RÉFÉRENCE DU DISTRICT DE BAMAKO [Internet] [Thèse]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2013 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: www.keneya.net

42. Jean-Claude Larchet. Pour une éthique de la procréation, élément anthropologie paristique, Paris, Le Cerf, 1998. [Internet]. France; 1999. 365 à 432. Disponible sur: www.persee.fr

43. ZOUNA FOPA M M, PERCEPTIONS ET PRATIQUES EN MATIERE DE CONTRACEPTION ET DE CONSULTATION PRENATALE AU VILLAGE DU « POINT G » EN COMMUNE III DANS LE DISTRICT DE BAMAKO [Internet] [Thèse]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2013 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: www.keneya.net

44. D. B. Langille, M. E. Delaney. Knowledge and Use of Emergency Postcoital Contraception by Female Students at High School in Nova Scotia. Can J Public Heal Can Santé Publique. janv

2000;29-32.

45. Association Brive-Sikasso. Carte sanitaire de la ville de Sikasso. [cité 17 juin 2020]; Disponible sur: www.brive-sikasso.com

46. FANE B, Evaluation de l'offre des services du dispositif intra utérin dans le post partum dans la ville de Sikasso [Internet] [Thèse]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2015 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: www.keneya.net

47. ADOHINZIN CCY, BERTHE A, MEDA N, BELEM AMG, OUEDRAOGO GA, NACRO B, et al. Connaissances et pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans. janv 2016;1: 35-59(9):35-59.

48. Sountoura F F, ETUDE DES CONNAISSANCES, DES ATTITUDES ET DES PRATIQUES DES ADOLESCENTES SUR LA CONTRACEPTION A MOPTI : CAS DU LYCEE HAMMADOUN DICKO DE SEVARE [Internet] [Pharmacie]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2011 [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: www.keneya.net

49. COULIBALY S, Étude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des adolescentes du lycée Mamadou Abdoulaye Bah et de l'Institut de Formation Professionnel de Macina sur la contraception (Macina Ségou Mali) [Internet] [Santé de la reproduction]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2012 [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: www.keneya.net

50. MARTIN FANANAS E, Etude des connaissances et des sources d'information sur la contraception chez les adolescents en Limousin [Internet]. [France]: Université de Limoges; 2019 [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: www.aurore.unilim.fr

51. LENGLENGUE O, Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents en matière de planification familiale : cas de la commune rurale de Niaogho au Burkina Faso. [Internet] [Memoire]. Universté Internationale d'Andalousie / Université Cheik Anta Diop de Dakar - Maitrise 2010; 2010 [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: www.amzon.com ou sur www.pfconference.org

52. COULIBALY A L, ETUDE DES CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION EN MILIEU SCOLAIRE DANS LA COMMUNE URBAINE DE SEGOU [Internet] [Santé de la reproduction]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2014 [cité 26 juin 2020]. Disponible sur: www.keneya.net

53. KONATE M, CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES SUR LA SANTE DE LA REPRODUCTION EN MILIEU SCOLAIRE (Centre d'Enseignement Professionnel et Lycée) A KALABAN CORO [Internet] [Santé de la reproduction]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2013 [cité 30 déc 2019]. Disponible sur: www.keneya.net

54. Nadège F, Aguemon B, Kabibou2 S, Hounkponou2 F, Lafia1 I, Fourn1 L. Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception d'urgence chez les étudiantes à l'Université de Parakou (Bénin). Afr Santé Publique Dév. août 2014;26(4):546.

55. DIAKITE S M, Étude comparative des connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes de la commune urbaine de Mopti en matière de planning familial, d'IST/Sida et de la commune V du district de Bamako [Internet] [Thèse]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2010 [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: www.keneya.net

56. Coulibaly M, Doukouré D, Koumi-Mélèdje MD, Malik S, Tiembré I. Perceptions et Pratiques en Matière de Contraception dans une Communauté Urbaine de la Ville d'Abidjan (Cote d' Ivore). Eur Sci J Oct 2019 Ed. oct 2019;15(30):213.

57. CHAUVET C, La contraception et le suivi gynécologique des étudiantes de l'Université de Nantes. Enquête réalisée auprès de 2210 étudiantes. [Internet] [Mémoire]. [France]: Université de Nantes/ Ecoles de Sages-Femmes; 2016 [cité 1 juin 2020]. Disponible sur: www.archive.bu.univ.nantes.fr

58. LAMBOLEY C, CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES JEUNES ADULTES A L'ENTREE A L'UNIVERSITE DE LIMOGES [Internet]. [France]: UNIVERSITE DE LIMOGES; 2012 [cité 1 juin 2020]. Disponible sur: https://studylibfr.com/doc/6422831/connaissance-de-la-contraception-chez-les-jeune

59. SIDIBE I, Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15 à 24 ans en matière de contraception en commune V et VI de Bamako, thèse de médecine [Internet]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2015 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: www.keneya.net

60. SIDIBE A, La Planification Familiale dans quatre Établissements d'Enseignement Secondaire de la commune IV du District de Bamako. [Internet] [Santé de la reproduction]. [Mali]: FMPOS Bamako; 2011 [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: www.keneya.net

12. ANNEXES

12.1. FICHE SIGNALETIQUE

NOM : DIARRA

PRENOM : Yaya Fankélé

Titre de la thèse : Connaissances, Attitudes et Pratiques des Élèves des Écoles Privées de Formation Socio-sanitaire de Sikasso sur la Contraception.

Année universitaire : 2020/2021

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu du dépôt : Bibliothèque de la FMPOS de Bamako

Secteur d'intérêt : Santé publique, santé sexuelle et reproductive

Résumé :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée à Sikasso de novembre 2019 à avril 2020. L'objectif consistait à étudier les Connaissances, Attitudes et Pratiques des Élèves des Écoles Privées de Formation Socio-sanitaire de Sikasso sur la Contraception. La tranche d'âge la plus représentée était de 19-22 ans, l'âge moyen de cette étude était de 22,11 et un écart-type à 3,48. La majorité des élèves avaient déjà entendue parler de la contraception 97,4% et parmi elles, la signification de la contraception était donnée chez 40,7% comme moyen d'éviter la grossesse.

Les principales sources d'informations étaient respectivement l'école et les centre de santé/hôpital avec 29,5% chacun. La préférence des méthodes contraceptives les plus représentées était l'implant Jadelle, la pilule et le préservatif. Les centres de santés/hôpital représentaient 44,4% des cas comme source d'approvisionnement en moyen de contraception. Les risques de non pratique de la contraception étaient connus chez 57,2% des étudiantes/élèves, parmi ses risques, les grossesses non désirées, les IST voire le VIH/SIDA ont été cités. Un taux de 54,3% des enquêtées n'appréciaient pas la contraception pour des raisons d'effets secondaires, de coutume, de fidélité du partenaire, de virginité ou de pauvreté.

Mots clés : Connaissances - Attitudes - Pratiques - Élèves - Sikasso - Contraception.

SUMMARY:

This was a descriptive cross-sectional study which took place in Sikasso from November 2019 to April 2020. The objective was to study the Knowledge, Attitudes and Practices of the Students of the Private Socio-Sanitary Training Schools of Sikasso on the Contraception. The most represented age group was 19-22 years, the mean age of this study was 22.11 and a standard deviation of 3.48. The majority of the students had heard of contraception before 97.4% and among them, the significance of contraception was given in 40.7% as a means of avoiding pregnancy.

The main sources of information were respectively the school and the health center / hospital with 29.5% each. The most common contraceptive method preference was the Jadelle implant, the pill and the condom. Health centers / hospitals accounted for 44.4% of cases as a source of contraceptive supply. The risks of non-use of contraception were known in 57.2% of students, among its risks, unwanted pregnancies, STIs and even HIV / AIDS were mentioned. A rate of 54.3% of respondents did not like contraception for reasons of side effects, custom, partner fidelity, virginity or poverty.

Keywords: Knowledge - Attitudes - Practices - Students - Sikasso - Contraception.

12.2. Questionnaire de l'étude

Q1= Identité

Age (en année) **: .....**

Q2= Ethnie

1=Bambara 2= Soninké 3= Malinké 4=Peulh 5= Songhaï 6= Mianka 7= Senoufo 8= Dogon 9 Bozo 10 Maures 11= autres (à préciser) : .....

Q3= Niveau d'instruction

☐ première année ☐ deuxième année ☐ troisième année

☐ Autres (à préciser) : .....

Q4= Statut Matrimonial

☐ Mariée ☐ Célibataire ☐ Fiancée

☐ Divorcée ☐ Veuve ☐ Concubinage

Q5= Résidence (quartier)

.....

.....

Q6= Avez-vous déjà entendu parler de la contraception ?

☐ OUI ☐ NON

Q7= Si vous avez répondu Oui que veut dire contraception ?

1- Espacement des naissances 4- Moins de dépense

2-Santé de la mère et de l'enfant 5- Meilleure éducation des enfants

3- Moins de naissance 6- Éviter la grossesse

7- Ne sait pas 8- Autres (à préciser) .....

Q8= Quelles sont vos principales sources d'information sur la contraception ?

1-Ecole 2- Centre de santé/hôpital

4- Médias (Internet, Radio, Télé) 3- Conférence

5- Ami(es) 6- Mère

7-Frère/sœurs 8- Père

9- Autres (à préciser) .....

Q9= Connaissez-vous des méthodes contraceptives ?

1= OUI 2= NON

Si oui, lesquelles ?

1-Pilule

2-Préservatif

3- Dépo-provera (confiance)

4- Jadelle (*allumettini*)

5-Norplant

6- Dispositif intra utérin (*mounounani*)

7- Retrait de la verge avant éjaculation

8- Allaitement maternel

9- Pilule du lendemain

10- Méthode traditionnelle

11- Contraceptifs injectables

12- Autres (à préciser) ……

Q10= Quelle méthode contraceptive préférez-vous ?

……

……

Q11= Quelles sont les sources d'approvisionnement en méthode contraceptives que vous connaissez ?

1-Centre de santé/Hôpital

2- Dans la rue (Boutique, pharmacie par terre)

3-Pharmacie

4- Par une tierce personne

5- Autres (à préciser) : ……

Q12= Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive ?

1=OUI, lesquelles ? 2= NON, pourquoi ?

……

……

Q13= Savez-vous qu'il existe des services de planification familiale ?

1=OUI 2=NON

Q14= Si vous avez répondu oui : avez-vous déjà fréquenté ces services ?

1=OUI 2=NON : pourquoi ?

a- Coutume

b- b- Religion

c- Peur de la réaction du partenaire

d- Pas besoin

e- Autres (à préciser) ……

Q15= Selon vous quel est le temps qui doit exister entre deux maternités ?

En termes de mois : ……

En termes d'années : ……

Q16= Appréciez-vous la contraception ?

1. Oui

2- Non : pour quelle raison principalement ?

a- Coutume b- Religion c- Effets secondaires

d- Autres (à préciser) ……

Q17= Connaissez-vous les risques encourus par les filles qui ne pratiquent pas la contraception

2-Non

1-Oui : quels sont ces risques ?

……

……

……

Q18= Connaissez-vous les risques encourus par les filles qui pratiquent les avortements clandestins ?

2-Non

1-Oui : quels sont ces risques ?

……

……

……

Q19= Quelle est votre opinion sur les avortements clandestin ?

1- Approuve 2-Désapprouve 3-Pas d'opinion

Q20= Avez-vous présentement un partenaire ?

1=NON 2=OUI 3= pas de réponse

Q21= Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec ce partenaire ?

1=OUI 2=NON 3= pas de réponse

Q22= Si vous avez répondu oui, vous est-il arrivé de parler avec votre partenaire de ?

-**Sexualité en général**

1=NON 2=OUI 3= pas de réponse

-**Méthodes de contraception**

1=NON 2=OUI 3= pas de réponse

Q23= A Quel âge aviez-vous eu votre premier rapport sexuel ?

1= Age en année : ..... 2= je ne me rappelle pas 3=Pas de réponse

Q24= A cette occasion, avez-vous utilisé un préservatif ?

1=OUI 2=NON 3= pas de réponse

Q25= Êtes-vous prêtes à utiliser un préservatif même si votre partenaire s'y oppose ?

1=OUI 2=NON 3= pas de réponse

Q26= Avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ?

1=OUI 2=NON 3= pas de réponse

Q27= Si vous avez répondu oui avez-vous utilisé un préservatif lors de ce rapport sexuel occasionnel ?

1=OUI 2=NON 3= ne sait pas 4=Pas de réponse

Q28= On dit que le préservatif diminue le plaisir sexuel

1=Vrai 2=Faux 3=Ne sais pas

Merci !

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure