

Ministère des Enseignements
Secondaire Supérieur et de la
Recherche Scientifique



République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO - STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

N°...../

Thèse

ETUDE DES EFFETS SECONDAIRES DE LA CONTRACEPTION INJECTABLE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le/...../2008
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Par Mr : NANGAZANGA DAO

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président : Pr. SALIF DIAKITE

Membre : Dr. SOUMANA OUMAR TRAORE

Co-directeur Dr. NIANI MOUNKORO

Directeur: Pr. AGREGE MAMADOU TRAORE

Faculté de Médecine/Centre de Santé de Référence de la Commune V
Thèse de Médecine/Etude des Effets Secondaires de la Contraception
Injectable/Nangazanga DAO

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

A toutes les mères singulièrement celles qui ont perdu la vie en donnant la vie.

A toutes les femmes qui ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie.

A toutes les femmes victimes, des difficultés de la grossesse et de l'accouchement.

Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant naissance.

A mon beau pays le Mali : dont la génération m'a parmi d'avoir une scolarité aussi poussée que j'ai souhaité. Que Dieu la force, le courage et surtout le temps nécessaire pour pouvoir le servir avec la loyauté et avouement exemplaire.

A mon père : Feu Nangazié DAO

Tu es l'artisan de ce chemin parcouru, ton courage, ta rigueur dans notre éducation ont fait de fils ce qu'il est aujourd'hui.

Ma serai plus franche, si vous étiez présent parmi nous qu'Allah vous récompense par le paradis.

A ma mère : Feue Nioro DAO grâce à la quelle j'ai pu voir le jour. Ta combativité, ton courage et ta générosité resteront pour nous un repère sain.

Ma mère Niagnéré dite Fatoumata Konaté, qui ne m'a jamais cessé de me mettre sur la bonne voie, de faire de très bénédiction pour la réussite de mes études.

A mes logeurs : N'Golo DAO, André DEMBELE, Gna DAO, Mariam DEMBELE. Merci pour l'accueil et les précieux conseils.

Mes frères et belles sœurs : Siongou dit Paul Dao, Aminata COULIBALY, Doro dit Salif Dao, Safiatou Traoré, Nangago dit Seydou Dao, Sidiki BAYO.

A mon épouse : Kénieba KEITA

Tu es exceptionnelle et je reste sans voix devant la grandeur de ton âme, ta disponibilité et ton soutien sans faille. Toute ma vie ne suffirait pas pour te remercier, alors je laisse le soin au Tout Puissant de te combler de sa grâce et de t'assister dans toutes tes entreprises comme tu l'as fait pour moi. Je t'aime bien telle que tu es, ne laisse rien te changer.

A mes neveux et nièces : Chaka SANOU, Tahirou SANOU, Séydou DAO, Sekouba DAO, Mariam DAO, Fatoumata DAO.

A toute la famille KEITA à Bamako ;

A toute la famille Dao à Bamako ;

Témoignage de ma profonde reconnaissance.

REMERCEMENTS

REMERCIEMENTS

A tout le personnel de la FMPOS pour le noble et difficile service patriotique que vous rendez à ce pays tous les jours.

Au corps professoral de la FMPOS : pour l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la qualité de l'enseignement dispensé.

A mes maîtres formateurs : Dr Togo Abdrahamane, Dr Traoré Oumar, Dr Soumana Oumar Traoré, Dr Sara Sissoko.

Merci pour l'encadrement.

A mon équipe de garde : Dr Kéllly, Dr Marie LEA DAKOUO.

Internes : Aly Bamadio, Lamine S Diarra, Zoumana Koumaré, Florent Diarra, Baba Samaké, Adama Sidibé, ce travail est le votre ;

Je vous serais toujours reconnaissant.

Dr Thiéro Daouda Médecin-chef de l'ASACOSABI :

Toute ma sympathie et reconnaissance.

A tout le personnel de l'ASACOSABI pour l'accueil et l'encadrement.

A toutes les sages-femmes du centre de santé de référence de la commune V pour la collaboration et la disponibilité de tout.

A tout le personnel de l'unité Planning Familial.

Merci pour la collaboration.

Salle informatique : Cheick Fanta Mady Doumbia, Balkissa Sanogo votre soutien logistique et vos conseils sont contribués à rendre meilleurs la qualité de ce travail mais aussi à faciliter sa réaction.

Que Dieu vous récompense.

A tout ma promotion, courage et persévérance.

A mes ami (e) s : Dr Drissa GOITA, Dr Nagna Goïta, Adama Goïta, Dr Abdoulaye Sanogo, Lamine S Diané, Lamine DEMBELE, Makan Sissoko, Abdoul K Koné, Oumou Sanogo, Bourama Koné, Mouctar COULIBALY, Issouf Biré, Hawa Touré.

Je vous présente amicalement ce travail qui est le votre.

Faculté de Médecine/Centre de Santé de Référence de la Commune V
Thèse de Médecine/Étude des Effets Secondaires de la Contraception
Injectable/Nangazanga DAO

Que ceux ou celles qui n'ont pas cités par oubli dans ces lignes trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

Enfin au tout puissant Allah, le Miséricordieux et l'en contournable qui m'a donné la santé et le courage de pouvoir terminer mes études supérieures.

HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY

Aux Membres du Jury

A notre maître et président du jury :

Professeur Salif DIAKITE

Professeur Titulaire de Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali.

Professeur de Gynécologie obstétrique au centre hospitalier universitaire de Gabriel TOURE.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider cette thèse.

Nous avons bénéficié à la FMPOS de votre enseignement de qualité.

L'honnêteté intellectuelle qui vous caractérise, votre courtoisie, votre humilité, votre sagesse et l'étendue de vos connaissances font de vous un homme admirable.

Trouvez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge :

Docteur TRAORE Soumana Oumar

***Gynécologue accoucheur au Centre de Santé de Référence de la
Commune V.***

Nous vous avons connu lors de nos stages au service de gynéco-
obstétrique du centre de santé de référence de la commune V.

Homme de principe et de rigueur, vos qualités professionnelles et
humaines, en particulier votre dévouement pour les malades font de
vous un exemple à suivre.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A notre maître et co-directeur :

Docteur Niani MOUNKORO

***Gynécologue Accoucheur au Centre Hospitalier Universitaire de
l'Hôpital Gabriel Touré.***

Maître Assistant à la FMPOS

Votre présence ici témoigne de l'intérêt que vous accordez à ce travail.

Votre maîtrise du métier, votre sens élevé du travail bienfait et votre sens de responsabilité mérite une admiration.

Nous vous remercions sincèrement.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Agrégé Mamadou TRAORE

Professeur Agrégé de Gynéco-obstétrique

Secrétaire Général adjoint de la SAGO

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V.

Nous nous rappelons encore de vos cours respectueusement dispensés à la Faculté de Médecine.

Vos qualités pédagogiques et votre maîtrise du métier font de vous l'enseignant qui a acquis la sympathie et l'admiration de ses élèves.

La performance actuelle du centre de santé de référence de la commune V est un témoignage éloquent de votre courage et votre savoir faire.

Vous nous avez confié ce travail au cours duquel vous n'avez ménagé ni votre énergie, ni votre temps, ni votre disponibilité pour nous guider.

Soyez assuré de notre attachement et notre sincère reconnaissance.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

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

CSP : Contraceptif à Seul Progestatif

CSREF CV : Centre de Santé de Référence de la Commune V

DSFC : Division de Santé Familiale et Communautaire

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DMPA : Acetate de dépo – MedroxyProgesterone

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EE : Ethinyl Oestradiol

Ep : Oestroprogestatif

FHI : Family Health International

FSH : Follicul Stimulating Hormon

GEU : Grossesse Extra Uterine

HA : Hypertension Artérielle

IM : Intra Musculaire

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

PFN : Planification Familiale Naturelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	4
I- GENERALITES	5
II- METHODOLOGIIE	23
III- RESULTATS	31
IV- COMMENTAIRES	42
V- CONCLUSION	45
VI- RECOMMANDATIONS	46
VII- REFERENCES	47
VIII- ANNEXES	55

INTRODUCTION

L'OMS a estimé qu'en 1990, 1,4 millions d'enfants de moins de 5 ans sont morts et un demi-million de femmes en âge de procréer ont succombé suite à des causes liées à la grossesse ou à l'accouchement à travers le monde [89]. Mais c'est en Afrique et en Asie que les taux sont les plus élevés [94]. En effet, en Afrique de l'Ouest et Centrale, pour 100.000 naissances vivantes au moins 2000 mères disparaissent [10]. Parmi les décès survenant pendant la grossesse, les interruptions volontaires de la grossesse suite aux grossesses non désirées occupent une place de premier rang.

Face à ces problèmes, diverses approches furent envisagées au Mali. Une d'entre elle fut l'adoption d'une politique nationale SMI/PF. Cette politique a pour objectif, de mettre un accent sur la priorité que le Gouvernement entend donner à la santé de la mère et de l'enfant. C'est ainsi que la DSFC fut créée en 1980 précédée par l'AMPPF en 1971.

Selon l'OMS, l'AMPPF prévient 25-40% des décès maternels en espaçant simplement les grossesses de 2ans [89].

La prévalence contraceptive était et demeure dans une large mesure peu évaluée [97]. L'EDS est une des études de référence au Mali. D'après cette étude la prévalence contraceptive du Mali est de 5% au niveau national, 23% à Bamako et 3% en milieu rural [35].

Cette prévalence contraceptive est de 16% pour l'ensemble des pays du Sahel, 10% pour l'Afrique et 48% pour le monde entier [77].

Le succès d'un programme de PF est en grande partie conditionné à la possibilité d'offrir aux usagers un choix de différentes méthodes contraceptives. En offrant un assortissement approprié parmi les méthodes tout en donnant des conseils de qualité, on aidera non seulement à choisir celle qui convient, mais également à répondre en partie aux divers besoins de la santé génésique. On contribuera ainsi à augmenter la prévalence contraceptive qui à son tour entraînera un espacement adéquat des naissances et une diminution du nombre de grossesses non désirées et par là même le nombre d'interromption volontaire de la grossesse.

Il est possible que les femmes qui utilisent des contraceptifs injectables constatent l'apparition d'hémorragie intermittente. Il existe un certain nombre de femmes qui considèrent que l'aménorrhée constitue un des avantages de la contraception injectable, par contre d'autres pensent qu'elles constituent un inconvénient sérieux. Les femmes sous contraceptions injectables ont des saignements importants et l'aménorrhée d'autre part constitue les raisons les plus fréquentes d'arrêt de la contraception injectable. L'infécondité suivant la prise du DMPA et durant entre 6 et 12 mois n'est pas rare chez un certain nombre de femmes. On observe cependant un retour à la fécondité chez les femmes au cours de l'année suivant l'arrêt de DMPA. L'intervalle moyen du retour à la fécondité est d'environ 10 mois.

Les effets secondaires tels que : la baisse de la libido, la dépression les maux de tête, les vertiges ; le gain de poids ont été signalés par certaines femmes. L'effet des progestatifs injectables sur la tension artérielle est minime, il n'existe jusqu'à maintenant pas d'évidence de phénomènes thromboemboliques, ni d'autres maladies de la circulation

comme c'est le cas avec les contraceptifs oraux contenant des oestrogènes.

La contraception injectable est l'une des méthodes contraceptives les plus efficaces avec un indice de Pearl de 0,2-0,5% année/femme. Plus de 500.000 femmes l'utilisent pour planifier la taille de leur famille et espacer leur intervalle inter gènesique, Pour la plus part d'entre elles, la contraception injectable est un moyen sûr et facile d'éviter la grossesse. Malgré leur efficacité élevée il y a un arrêt très fréquent de la contraception injectable dû à plusieurs facteurs au non respect du rendez-vous et aux effets secondaires qui sont bénins mais amènent les clientes à interrompre leur contraception.

C'est pour toutes ces raisons que nous avons initié une étude sur la pratique de la contraception injectable dans le but de proposer des solutions pouvant améliorer la situation.

Pour mener à bien cette étude nous nous sommes fixés des objectifs suivants :

OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier les effets secondaires de la contraception injectable

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la prévalence de l'utilisation de la contraception injectable ;
- Définir le profil socio-démographique des clientes ;
- Rapporter les effets secondaires ;
- Formuler des recommandations pour améliorer la prévalence de la contraception injectable.

I. DEFINITION :

a- Définition de la planification familiale

- ✕ Selon l'OMS la planification familiale est l'ensemble des mesures et méthodes que les hommes et les femmes prennent ou utilisent pour éviter des grossesses non désirées et organiser la venue des enfants quand ils le désirent.

Elle permet d'avoir des enfants au moment où ils le décident ; d'avoir juste le nombre d'enfant qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soins ; d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants.

II. Historique :

L'idée d'éviter la fécondation au cours des relations sexuelles remonte à l'antiquité. On y trouve allusion dans les vieux textes médicaux, tel le papyrus Ebers [86].

La plupart des méthodes utilisées actuellement sont fort anciennes [8]. Ce sont les méthodes mécaniques qui ont été utilisées les premières. Tout était destiné aux femmes puisque la procréation pensait-on était propre à la femme [98]. On les couronnait de mythes à leur mariage pour prévenir de nombreuses maternités [104].

Les femmes allaitantes étaient séparées de leurs maris jusqu'à ce que l'enfant marche (abstinence obligatoire) pour éviter une nouvelle grossesse [32].

En Chine, il existe un document sur la contraception depuis plus de 16 siècles [101]. De même en Egypte, on faisait état de la restriction de la natalité.

On empêchait le passage du sperme en mettant sur son chemin diverses substances ou obstacles tels que le demi citron imprégné d'huile de cèdre et d'écorce ou de miel (mémoires de CASANOVA au 18^{ème} siècle) ou encore un morceau d'éponge était placé entre le vagin et l'utérus [98].

En Afrique du Nord, les femmes avalaient de la bave de chameau ou de l'eau ayant servi aux habilitions d'un mort. Le même procédé était appliqué au Japon avec du miel mélangé à des cadavres d'abeilles [98].

Après le coït, on utilisait par voie locale le miel, le beurre de vache, le charbon végétal, le jaune d'œuf pour empêcher la fécondation [32].

Le premier DIU fut mis au point en 1909 par Richter suivi de celui de Grafenheimer en 1928 (stérilet métallique en fils d'argent tressés et en alliages).

On avait observé en 1934 que la progestérone, l'oestrone et la testostérone empêchaient la ponte folliculaire par inhibition des gonadotrophines hypophysaires. Cette observation n'avait pas eu d'application jusqu'à la synthèse des dérivés hormonaux actifs par voie buccale.

En 1950 Pincus pense à la progestérone comme anticonceptionnel [29].

En 1956, il utilise un progestérone, le noréthynodrel qui est administré entre le 5^{ème} jour du cycle oestral chez la femme. Une large expérimentation a lieu à Porto Rico [29].

La seule utilisation d'un progestatif présente de nombreux inconvénients : règles irrégulières, atrophie de la paroi utérine et vaginale. Dans la première expérimentation de Pincus, le noréthynodrel était souillé de mestranol, œstrogène et intermédiaire de sa synthèse qui équilibrait la formule.

En effet, si l'administration d'un œstrogène seul ou d'un progestatif seul bloque l'ovulation par freinage de l'antéhypophyse, cette action est accompagnée d'effets secondaires tels que les saignements avec l'œstrogène. Pour Pincus, l'association semble la meilleure formule [29].

Pour améliorer la qualité et la tolérance de la contraception injectable, on a mis sur le marché actuellement les contraceptifs injectables combinés.

III. Mécanisme d'action des oestroprogestatifs :

La majorité des contraceptifs injectables ont une action multifocale, c'est-à-dire qu'ils agissent à différents niveaux. Pendant la première phase du cycle ovarien, il se fait une sécrétion basale de FSH et LH qui dépend des noyaux de l'hypothalamus moyen.

L'ovulation apparaît lors de la décharge cyclique de LH sous l'influence du facteur de libération de l'hormone lutéinisante mis en jeu par l'hypothalamus antérieur [29].

Au niveau hypophysaire, l'association estroprogestative à dose réduite a un effet antigonadotrophique, c'est-à-dire qu'elle exerce un rétrocontrôle négatif sur la sécrétion de LH et de FSH par l'hypophyse bloquant ainsi la séquence hormonale qui conduit à l'ovulation.

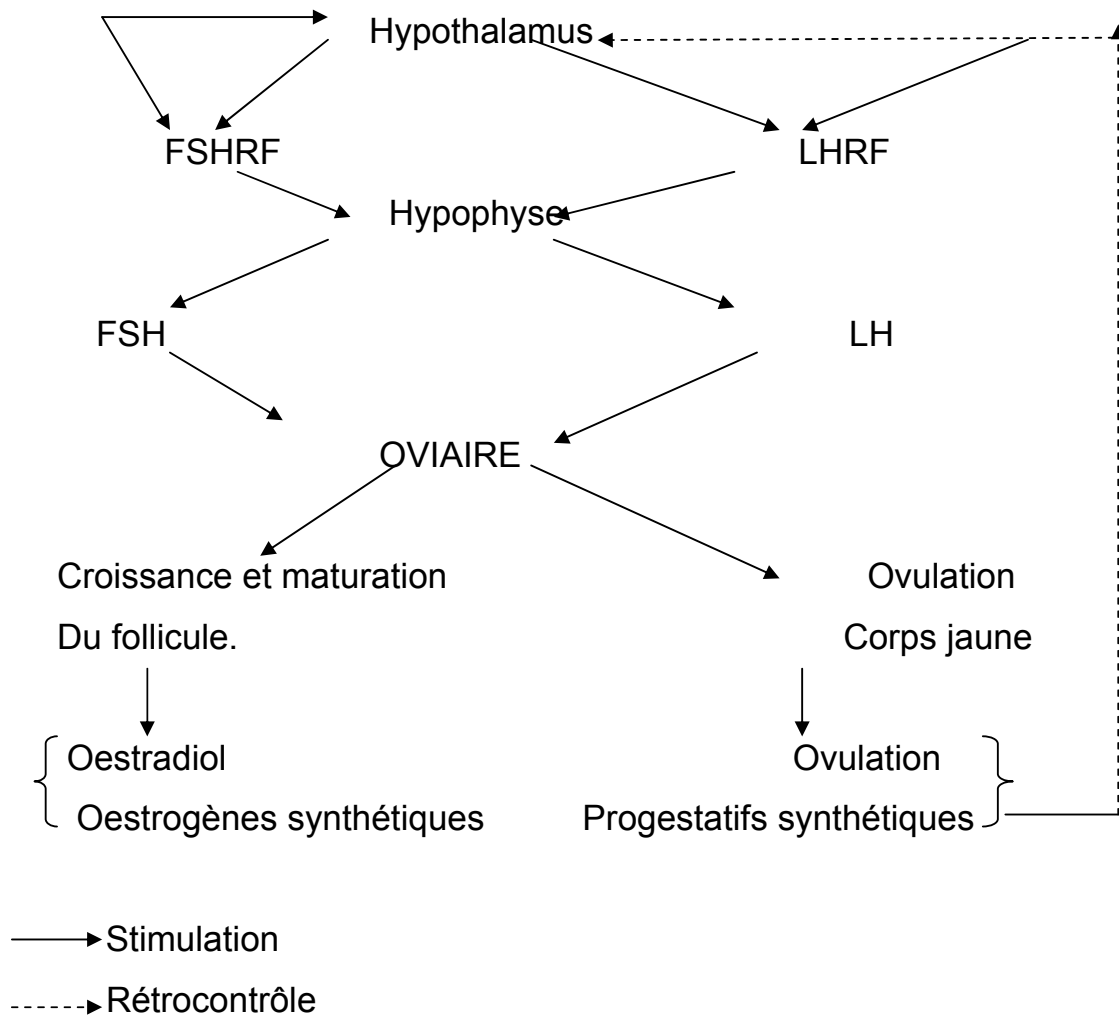
Les œstrogènes inhibent la sécrétion de FSH (mais stimulent la sécrétion de LH), les progestatifs inhibent la décharge cyclique de LH et certains comme le noréthynodrel ou le lynestrénol inhibent la sécrétion de LH.

Ainsi l'action anovulatoire des progestatifs est potentialisée par les oestrogènes [29].

Au niveau utérin, l'injectable a une action d'atrophie et rend la muqueuse peu propice à la nidation.

Au niveau cervical, elle agit en modifiant la glaire cervicale qui devient impropre à la nutrition et à la migration des spermatozoïdes.

MECANISME D'ACTION ANOVULATOIRE (Schéma 1)



IV. Cycle menstruel chez la femme :

Définition ; le cycle menstruel se définit, comme l'ensemble des transformations cycliques qui se déroulent au niveau de l'organisme de la femme, à condition que cette femme soit dans une période d'activité génitale. La connaissance de cycle permet aux médecins de choisir les méthodes de planification. La compréhension du cycle de fécondité de la femme appelée cycle menstruel permet de prévoir ou d'empêcher une grossesse. La contraception injectable agit en interrompant une ou plusieurs des étapes de cycle menstruel sans lesquelles une grossesse peut avoir liée

Le 1^{er} jour des règles est considéré comme le 1^{er} jour du cycle. Au cours de la 1^{ère} partie du cycle, de petites formations appelées follicules sécrètent une hormone sexuelle féminine : hormone œstrogène. L'augmentation du taux d'oestrogènes favorise le développement des glandes sur le col (partie inférieure de l'utérus qui débouche dans le vagin) qui elles mêmes sécrètent une glaire cervicale fluide, élastique et lubrifiante appelée glaire « optimale » : elle apparaît généralement au niveau de la vulve plusieurs jours avant l'ovulation. Au taux maximum d'œstrogènes, l'action hormonale favorise l'éclatement d'un ou parfois plusieurs follicules puis la libération d'un ovule. La durée de vie d'un ovule est très courte : elle est approximativement de 12 heures et ne dépasse jamais 24 heures. L'ovule pénètre dans l'une des trompes de Fallope et migre jusqu'à l'utérus. Si les spermatozoïdes vivants se trouvent sur le parcours de l'ovule à hauteur des trompes l'un d'entre eux peut alors féconder l'ovule. Le taux élevé d'oestrogènes au moment de l'ovulation assouplit, remonte, lubrifie et ouvre le col de l'utérus. Une femme peut ressentir des douleurs et souffrir de petits saignements (appelé saignement inter menstruel ou ovulatoire). Lorsque l'ovule est

fécondé, l'œuf pénètre dans la cavité utérine et se niche dans la paroi de l'utérus.

Après l'ovulation, la follicule qui a libéré un ovule se transforme en corps jaune : celui-ci secrète l'hormone œstrogène et de la progestérone. En cas de fécondation, ces deux hormones aident à maintenir la muqueuse utérine (l'endomètre) dans laquelle l'œuf s'est niché. La progestérone modifie la glaire : d'une consistance fluide et lubrifiante, elle devient épaisse et poisseuse. Ce changement peut se ressentir au niveau de la vulve qui n'est plus lubrifiée. L'augmentation du taux de progestérone entraîne de même une hausse de la température basale – (température du corps au repos) d'au moins 0,2°C.

Lorsqu'il n'y a pas eu fécondation, l'ovule se désagrège, les taux d'œstrogènes et de progestérone demeurent élevés pendant approximativement 10-16 jours avant de baisser. Cette chute des taux d'hormones entraîne l'expulsion de la muqueuse utérine : c'est la menstruation.

Un cycle menstruel comporte 3 phases : une phase stérile avec les règles, une phase féconde qui inclut l'ovulation et une seconde phase stérile après la période féconde jusqu'aux règles suivantes. Au cours du cycle menstruel le taux normal d'œstrogène est de 250-450pg et le taux de progestérone est de 10-15ng.

V. Rappel physiologique de la reproduction :

L'œuf est formé de l'union du gamète mâle, le spermatozoïde et du gamète Femelle, l'ovule.

La fonction androgénique a pour finalité la formation de spermatozoïde Elle comprend la synthèse de la testostérone par les cellules de Leydig et la formation des spermatozoïdes. La spermatogenèse se fait en 60 jours. La testostérone détermine la maturation du spermatozoïde et l'apparition des caractères sexuels. Après éjaculation, les spermatozoïdes survivent 24-72 heures dans les voies génitales de la femme. Ils migrent dans la glaire cervicale qui est perméable à leur survie dans la période d'ovulation.

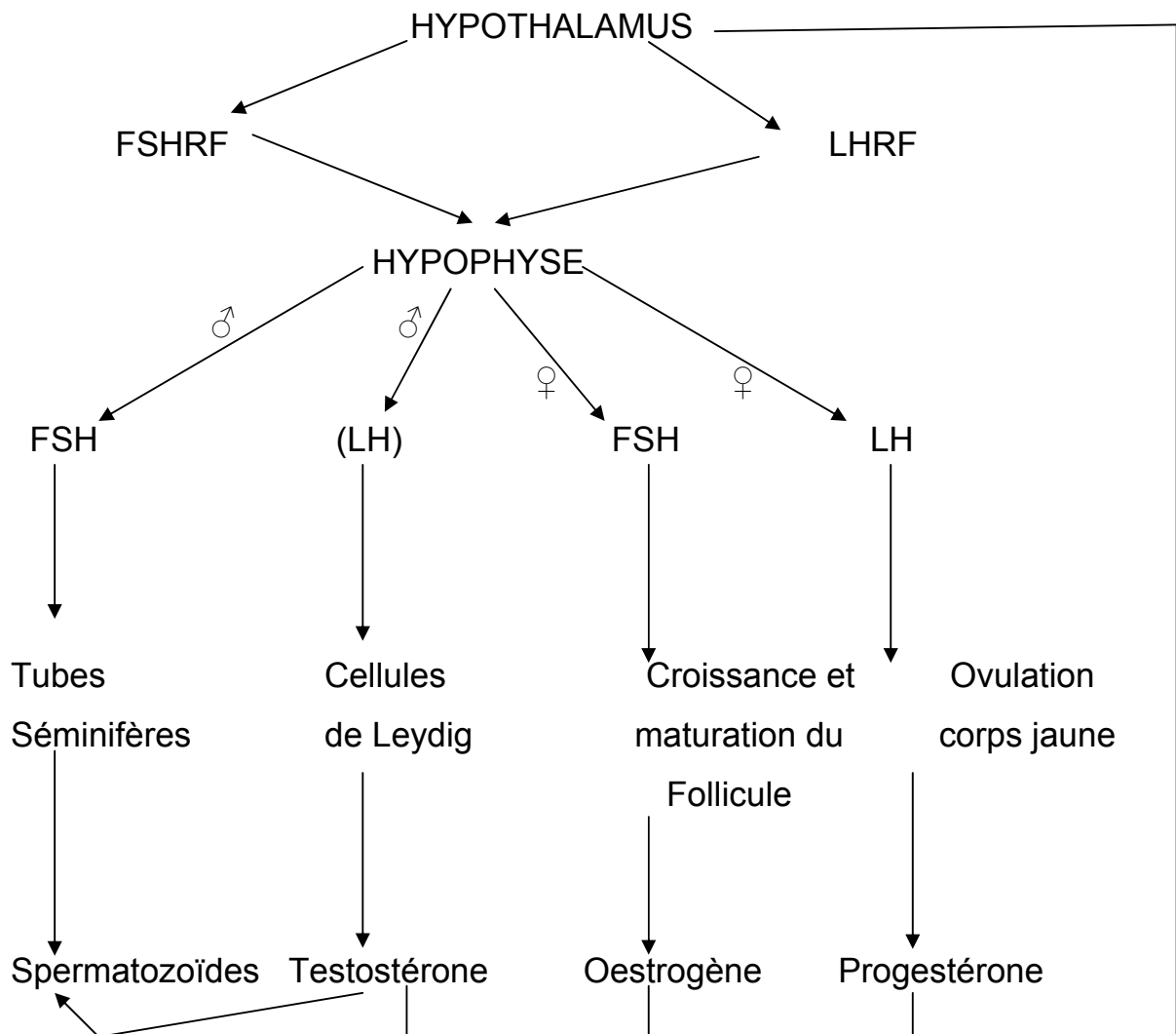
La fonction oestrogénique a pour finalité la formation de l'ovule. Durant le cycle ovarien, la sécrétion d'oestrogène stimule la croissance du follicule, induit le développement de l'endomètre utérin, la sécrétion d'une glaire cervicale abondante et filante. Les oestrogènes augmentent l'activité ciliaire et péristaltique des trompes. Ils modifient le comportement et le déclenchement l'oestrus.

La fonction oestrogénique a pour finalité la nidation de l'œuf, la formation de l'embryon, le développement du fœtus jusqu'à la naissance. Après l'ovulation, la sécrétion d'hormones progestatives provoque en présence des oestrogènes l'épaississement de la muqueuse utérine et l'apparition de la « dentelle utérine ». Sécrétée en abondance par le corps jaune en cas de fécondation, l'hormone progestative favorise l'implantation de l'œuf laquelle survient 7 à 8 jours après l'ovulation. Elle est ensuite sécrétée en même temps que l'hormone œstrogène par le placenta.

Le chorion de l'embryon sécrète des gonadotrophines à action folliculostimulante et lutéotrope qui empêchent de nouvelles ovulations et accroissent la sécrétion d'oestradiol et de progestérone par l'ovaire.

Les facteurs hypothalamiques libèrent respectivement l'hormone folliculostimulante (FSH) et l'hormone lutéotrophe (LH) qui déterminent les sécrétions des hormones stéroïdiennes qui à leur tour freinent la sécrétion des facteurs hypophysaires LHRF, FSHRF (Schéma 3).

REGULATION HYPOTHALAMO HYPOPHYSAIRE DE LA SECRETION DES HORMONES DE LA REPRODUCTION (Schéma n° 2).



VI. Quelques hormones de la reproduction :

1. OESTROGENE ET DERIVES :

a) Oestradiol :

L'oestradiol est l'hormone féminisante qui fait apparaître les caractères sexuels secondaires féminins chez l'enfant impubère et les maintient chez l'adulte. Il féminise les embryons. Il provoque la prolifération cellulaire de l'endomètre utérin. La synthèse des protéines utérines est accrue. Ce phénomène contribue avec la rétention de l'eau, à augmenter le poids de l'utérus.

L'oestradiol accroît la sensibilité du muscle utérin aux ocytociques. Ils accélèrent les mouvements ciliaires et les contractions des trompes pendant le transit de l'œuf si bien que celui-ci arrive dans la cavité utérine préparée pour la nidation. Il inhibe l'implantation de l'œuf dans la cavité utérine.

L'oestradiol produit l'épaississement de l'épithélium vaginal. Il retarde la menstruation lorsqu'il est administré pendant la première moitié du cycle oestral. La menstruation survient, chez la femme 5-6 jours après la fin d'un traitement en continu.

Il inhibe l'ovulation en s'opposant à la sécrétion de FSH. A dose forte, il inhibe la lactation.

Par inhibition de la sécrétion de FSH il provoque l'atrophie du testicule, l'inhibition de la spermatogenèse. La prostate et les autres organes génitaux régressent.

L'oestradiol est antiséborrhéique, améliore l'acné et présente une action trophique sur la peau. Il accroît la libido. Si à forte dose, il inhibe la sécrétion de FSH, ACTH et TSH à faible dose, il active leur sécrétion.

L'oestradiol favorise la calcification de l'os et provoque une vasodilatation. A forte dose, il augmente la synthèse de plusieurs facteurs de coagulation et diminue l'activité fibrinolytique du plasma.

Il diminue le taux de cholestérol et aurait un rôle anti-athéromateux. Il entraîne une rétention d'eau et une augmentation de sécrétion urinaire du potassium. Son action anabolisante protidique est modérée. L'oestradiol est indiqué aux doses de 0,001 à 0,010 g par jour, par voie intramusculaire dans l'insuffisance ovarienne, les troubles de la ménopause, contre la montée du lait. Il est également utilisé par les voies cutanées et perlinguales. Il est contre indiqué dans le cancer du sein, le cancer de l'endomètre, les antécédents thrombophlébitiques et hyperlipidémie. A dose élevée, il entraîne la congestion des seins.

b) Ethinyl oestradiol : (EE)

L'EE est 20 à 30 fois plus actif que l'oestradiol quand il est donné par voie orale. Par voie perlinguale cette activité est encore accrue. Il présente les mêmes indications que l'oestradiol aux doses quotidiennes comprises entre 0,5 et 5g. De plus, il est utilisé dans le traitement du cancer de la prostate. Il est sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS. Il entre dans la composition des contraceptifs oraux à la dose de 50 mcg ou moins. Actuellement c'est le seul œstrogène utilisé en contraception.

c) Mestranol :

Le mestranol, dérivé méthoxylé en 3 de l'EE. Il entre dans la composition des contraceptifs comme l'EE en associant avec un progestatif à la dose quotidienne de 0,75 mg (75 microgramme).

d) Quinestrol :

Le quinestrol est le 3 cyclopentyl éther de l'EE. Il a une forte activité progestative et une longue durée d'action. Il était aussi utilisé comme contraceptif. En plus des oestrogènes qui entrent dans la composition des contraceptifs on peut citer :

e) les esters d'oestradiol :

- Benzoate : benzogynestryl 5*
- D'undécylate : oestradiol retard théraxem*
- Hexahydrobenzoate : benzoate retard
- Undécylate : Progyran retard*
- Valérianate : oestradiol retard Pharlon*

f) Les dérivés conjugués de l'oestradiol :

g) Le diéthylstilboestrol : Distilbène*

h) Le citrate de clomifène : Clomid*

i) Effets secondaires des oestrogènes :

Les oestrogènes provoquent chez l'homme la gynécomastie, une diminution de la pilosité, une surcharge graisseuse des hanches, l'impuissance.

Chez la femme, on observe une rétention d'eau et de sels, une surcharge pondérale, l'œdème, des accidents vasculaires cérébraux et oculaires, le développement éventuel d'une hypertension, les métrorragies, le développement d'un cancer génital préexistant.

2. HORMONES PROGESTATIVES

La progestérone :

La progestérone prépare la muqueuse utérine à la nidation de l'œuf en transformant l'utérus prolifératif en utérus sécrétoire, en donnant la « dentelle utérine ». Injectée durant la 1^{ère} phase du cycle oestral, elle inhibe l'ovulation en empêchant la libération d'hormone lutéotrophe LH. Elle termine l'oestrus et s'oppose à la libido [29].

L'utilisation thérapeutique de la progestérone étant limitée par sa durée d'action trop brève et son inactivité par voie buccale, d'autres stéroïdes possédant après administration orale l'activité biologique de la progestérone, c'est à dire capable de transformer l'endomètre utérin après sensibilisation par un œstrogène ont été synthétisés. Ces stéroïdes sont appelés les progestatifs de synthèse. Ils sont très nombreux ; parmi eux on trouve les dérivées prégnanes tels que l'acétate de médroxyprogestérones, l'acétate de chlormadinone.

Les principaux effets secondaires sont : aménorrhée, augmentation de l'appétit, augmentation de la durée et de l'abondance des règles, altération de la libido.

VIII. Rappels sur les méthodes contraceptives

A. LES DIFFERENTES METHODES :

1. Méthodes naturelles :

- a) MAMA : méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
- b) Le coït interrompu ou méthode de retrait
- c) Méthode sympto-thermique
- d) Méthode des températures
- e) Méthode de Billings ou de la glaire cervicale
- f) Méthode d'Ogino-Knauss ou de calendrier
- g) Méthode de collier

2. Méthodes mécaniques :

- a) le diaphragme et la cape cervicale
- b) Le DIU : dispositif intra-utérin
- c) La contraception chirurgicale volontaire (CCV)

3. Méthodes hormonales :

- a) les implants : Norplant
- b) les injectables
- c) les contraceptifs oraux

B. CLASSIFICATION DES CONTRACEPTIONS INJECTABLES :

1. Contraceptions injectables combinés :

Les contraceptifs injectables combinés c'est-à-dire des contraceptifs injectables contenant un progestatif et un œstrogène, soulèvent un regain d'intérêt chez les clientes et les prestataires de la planification familiale. Les contraceptifs injectables ont l'avantage d'être injectés une fois par mois par rapport à des injections tous les trois en ce qui concerne les contraceptifs progestatifs pures.

Les contraceptifs injectables combinés, assurent la contraception principalement par la prévention de l'ovulation, mais également par l'épaississement du mucus cervical, et la suppression de la maturation de l'endomètre. Dans les essais cliniques, une à quatre femmes sur 1000 sont tombées enceintes dans la première année d'utilisation. Les études sur les injectables combinés en utilisation ordinaire et non pas en essais cliniques ; relèvent des taux de grossesse tout aussi faibles.

En plus, de la contraception, ces contraceptifs injectables ont beaucoup d'autres effets bénéfiques sur la santé, elles diminuent les crampes menstruelles prononcées. Protègent contre les grossesses extra-utérins conviennent aux femmes avec antécédents d'anémies. Les femmes qui arrêtent les injectables combinées peuvent tomber enceintes dès six semaines à dater de leur dernière injection, ce qui est plus rapide que chez les femmes sous progestatives pures qui entraînent un retard de la fécondation.

Tous les contraceptifs injectables combinés ont l'avantage d'être totalement réversibles, la fécondation se produit immédiatement après l'arrêt dans 99% des cas ; malgré tous ces avantages, leur utilisation peut être limité dans certains cas :

- si la cliente manque de motivation ou de sensibilisation l'injection peut être dérangerant amenant à l'abandon de la méthode
- s'il y a une intolérance face à l'injection
- l'efficacité peut être réduite par la prise de certains médicaments tels que : la rifampicine, les antiépileptiques.

L'OMS, dans les années 1970, a accéléré la mise au point des nouveaux contraceptifs injectables combinés, par exemple le cyclofem ou cycloprovera, utilisé en INDE au Mexique, de nos jours cyclofem est disponible dans 18 pays principalement d'Amérique latine et d'Asie, d'autres gammes contraceptifs injectables combinées (Cyclofemina, Mesigyna) ont été découvertes et mise au marché dans les pays en développement.

2. LES CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTIFS :

Les progestatifs injectables ont gagné une popularité considérable et l'approbation de leurs fournisseurs et de leurs utilisatrices, mais malgré les avantages on a pu voir se manifester une certaine inquiétude liée aux effets secondaires possibles. L'utilisation des progestatifs injectables a été efficace dans un certain pays d'Afrique, notamment le Mali. Les raisons que donnent les utilisatrices et le personnel de la planification familiale pour expliquer l'énorme popularité des injectables sont entre autre la commodité, le fait que la méthode puisse être utilisée sans qu'aucune autre personne ne le sache. Les taux de continuation élevés sont liés au fait que les utilisatrices doivent se rendre mais fréquemment au lieu d'approvisionnement. Un certain nombre d'études ont montré que, en un an, sur 400 femmes utilisant le DMPA, une seule femme tombera enceinte. L'une des raisons pour les quelles les injectables de DMPA sont si efficaces est que chaque injection de 150 mg fournit en réalité une protection allant au-delà de 3 mois. Les progestatifs injectables les plus fréquemment utilisés sont l'acétate de

medroxyprogestérone (Depo-provera ou DMPA) et l'énanthate de norethindrone (NET).

Les progestatifs injectables empêchent la grossesse ou suppriment l'ovulation ce qui entraîne un endomètre aminci et atrophique et cause une glaire cervicale épaisse que les spermatozoïdes ne peuvent pas facilement pénétrer.

INDICATIONS DES CONTRACEPTIFS INJECTABLES :

Contraceptifs injectables :

Les injections contraceptives s'avèrent particulièrement utiles dans les situations suivantes :

- femmes en âge de procréer ou avec enfants qui désirent une protection très efficace contre la grossesse :
- femmes après avortement dès le premier jour
- femme avec antécédents d'anémie
- femmes avec crampes menstruelles prononcées
- femmes avec cycles menstruels irréguliers
- femmes avec antécédents de grossesse extra-utérine
- mères qui allaitent après 6 mois post-partum ou plus ou si la supplémentation du régime du bébé commence avant 6 mois.

En plus de ces indications, les contraceptifs progestatives conviennent aux :

- femmes qui fument
- femmes allaitantes de 6 semaines

• CONTRE INDICATIOS DES CONTRACEPTIFS INJECTABLES :

Absolues :

- maladies ou antécédents thrombo-emboliques (artériels ou veineux)
- affections cardiovasculaires : HTA, coronaropathies, valvulopathies

- cancer du sein confirmé ou soupçonné
- cancer de l'utérus, des ovaires
- affectations hépatiques sévères ou récentes
- cancer de l'endomètre et néoplasie oestrogéno-dépendante
- hémorragies générales non diagnostiquées
- grossesse.

Relatives :

- consommation de tabac et âge supérieur à 35 ans
- tumeur hypophysaire ou hyperprolactinémie
- insuffisance rénale
- affections métaboliques (diabète, obésité, hyperlipidémie)
- allaitement
- varices importantes
- dystrophies utérines
- lithiase biliaire
- certaines formes de mastopathies bénignes
- ostéoporose
- épilepsie

• **PRECAUTIONS D'EMPLOI ET MISE EN GARDE :**

La fréquence des accidents vasculaires artériels sous combinaison augmente chez les femmes qui fument. Il est déconseillé aux femmes sous ostroprogestatifs de fumer.

On a pu établir le lien entre la prise de contraceptifs injectables purs et le risque accru de plusieurs affections graves telles que : infarctus du myocarde, accidents thrombo-emboliques, congestion et hémorragie cérébrale, tumeur du foie, atteinte de la vésicule biliaire.

- **Mode d'emploi des contraceptifs injectables**

- faire la première injection dans les 7 premiers jours du cycle
- donner et marquer un rendez-vous pour l'injection de rappel
- insister pour que la patiente respecte son rendez-vous
- injecter le contraceptif selon les étapes suivantes :
 - ❖ préparer le matériel à usage unique ou stérile
 - ❖ respecter les règles d'asepsie
 - ❖ prendre soin d'aspirer tout le produit
 - ❖ désinfecter la zone d'infection
 - ❖ faire l'injection IM profonde et ne pas masser la zone d'injection.

- **Les effets secondaires**

- ◆ les amenorrhées
- ◆ les métrorragies
- ◆ la prise de poids
- ◆ les maux de tête
- ◆ la dépression, et la baisse de la libido

METHODOLOGIE

1. Cadre de l'étude :

1-1- Données géographiques

- La commune V fut créée par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et placée sous tutelle du Gouvernorat du district de Bamako
- Elle est constituée de huit (8) quartiers dont le plus ancien est Bacodjicoroni et le plus récent est le quartier Mali (source Mairie de la commune V)
- La commune V couvre une superficie de 41.59 Km² située sur la rive droite du Niger, elle est limitée : au nord par le fleuve Niger, au SUD-OUEST par Kalaban-coro (Kati) à l'Est par la commune VI
- La commune V est constituée par un terrain plat et un plateau communément appelé Colline de Badalabougou.

1-2- Données démographiques

La population de la Commune V est estimée à 279.240 d'habitant en 2006 dont 145.205 femmes soit 52% et 134.035 hommes soit 48%, avec un taux annuel de naissance de 14.000 en 2005.

Les ethnies dominantes sont :

- ♦ le Bambara
- ♦ le Soninké
- ♦ le Peulh

Pendant la saison sèche on note un grand afflux de la population rurale vers Bamako à la recherche d'emploi et de traitement de soutien.

1-3- Données socioculturelles

La communauté est composée de familles, de quartiers de groupements associatifs. La plus part des familles sont de type traditionnel vivant dans la promiscuité. Les autochtones ont une influence sur certaines décisions politiques.

L'islam est la religion dominante avec plus de 80% suivi de l'animisme et du christianisme. La polygamie, l'excision des filles, le lévirat et le sororat, le mariage précoce constituent les coutumes de la commune V.

1-4- Données socio-économiques

La population de la commune V s'adonne aux activités suivantes :

- le petit commerce, le transport, l'artisanat ;
- le fonctionnaire et les ouvriers ;
- le maraîchage, l'agriculture, la pêche et l'élevage ;
- il existe des petites industries alimentaires telles que les boulangeries.

1-5- Organisation politique et administrative

Dans chaque quartier on retrouve une chefferie traditionnelle avec un chef de quartier et ses conseillers. L'avènement de la démocratie pluraliste a favorisé l'émergence de plusieurs partis politiques et associations dans la commune.

La commune V est une collectivité administrative décentralisée dirigée par un conseil communal de 37 membres présidé par le Maire assisté dans sa tâche par huit (8) chefs de quartiers regroupés au sein d'un collectif dirigé par un président.

Tous les services centraux sont représentés au niveau de la commune V :

- Une mairie avec des centres secondaires d'état civil
- Deux commissariats de police 4^{ème} arrondissement 11^e arrondissement
- L'éducation représentée par 2 CAP
- La santé par le centre de référence, le CSCOM, les structures privées, les organisations et associations humanitaires et les tradithérapeutes
- Le développement social par le SDS-ES
- L'INPS
- La perception
- La SOTELMA
- Les partenaires au développement

1-6- Organisation sanitaire

La commune V compte un centre de santé de référence, neuf (9) CSCOM et les structures privées.

Organisation au sein du centre de référence de la commune V

◆ Personnel du CSRef CV/ Catégories professionnelles :

Le centre de santé de référence de la commune V compte :

- un professeur en gynéco obstétrique,
- 3 médecins spécialistes en gyneco-ostetrique
- un médecin spécialiste en dermatologie,
- un médecin spécialiste en vaccinologie
- un médecin pédiatre
- un médecin dentiste
- deux médecins chirurgiens
- un médecin en ophtalmologie

- un médecin réanimateur
- deux médecins généralistes
- un médecin en santé publique
- vingt neuf sages femmes
- dix neuf assistants médicaux
- dix huit techniciens supérieurs
- quatorze infirmiers du premier cycle
- un contrôleur financier
- un chef personnel
- un comptable
- six infirmiers de son état
- quatre chauffeurs
- cinq gardiens
- treize manœuvres

*** Les services du CSREF CV :**

Le centre de santé de référence de la CV comprend actuellement plusieurs services et unités qui sont :

- L'administration,
- Le service de gynéco obstétrique et de chirurgie générale,
- Le service de Médecine,
- Le service d'Ophtalmologie,
- Le service d'ORL,
- Le service d'odontostomatologie,
- Le service de pédiatrie,
- Le service social,
- L'unité d'Imagerie Médicale (ECHOGRAPHIE),
- L'unité P.E.V (Programme Elargi de Vaccination),
- L'unité de labo pharmacie,

- L'unité de Consultation Externe et soins,
- L'unité de Recherche et de formation,
- L'unité Tuberculose,
- Une Brigade d'Hygiène domiciliée à la mairie,
- L'unité de Consultation prénatale (CPN),
- L'unité d'Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU),
- La Morgue.

❖ **L'unité de Planning Familial (PF) :**

- **Infrastructure :**

L'unité de planification familiale est située à droite de la salle d'accouchement. Cette unité est dirigée par une sage-femme d'état. La salle de l'unité de PF est divisée en 2 parties. Une première partie pour l'accueil des clientes et la deuxième partie réservée pour le Counseling et l'insertion du Norplant.

- **Matériel :**

L'unité de PF du centre de référence de la commune V comporte 2 tables servant de bureau, 5 chaises, un tensiomètre, 2 armoires, 2 registres pour le pontage des noms des différentes clientes, une pèse-personne, 2 tables de consultations, un stérilisateur, une boîte pour l'insertion et le retrait du Norplant et du DIU, une deuxième boîte pour l'insertion et le retrait du DIU, une boîte de compresse, une boîte contenant les champs pour l'insertion du Norplant, une boîte contenant des speculum, une lame lumineuse, un stérilisateur, un lavabo, trois seaux contenant de l'eau de décontamination, un isoloir placé dans la deuxième salle séparant la table de consultation et le bureau d'accueil, un ban pour l'accueil des clientes.

- **Organisation de l'unité :**

Le système de consultations de la PF au centre de santé de référence de la commune V est organisé comme suit : à l'arrivée de la cliente, elle est accueillie par la sage-femme de la salle qui demanda si elle est nouvelle ou ancienne ; si elle est ancienne, on demande la carte de suivi afin de savoir si c'est un contrôle ou un rappel ; dans le cas contraire elle est prise dans la salle de Counseling d'où elle recevra toutes les informations sur la PF. La sage-femme est l'agent destiné à faire la prescription de la méthode acceptée par la cliente.

- **Personnels :**

L'unité de PF comporte 4 sages-femmes qui s'occupent de Counseling de la consultation post-natale, 2 infirmières qui s'occupent de la stérilisation et de la prise des paramètres tel que la tension artérielle et le poids, un étudiant en année de thèse.

2. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive dans laquelle les éléments de l'enquête sont revus à l'intervalle régulier au cours de l'année.

3. Durée de l'étude :

L'étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006 soit une période de 12 mois.

4. Echantillonnage

Il s'agit d'un choix raisonné avec les critères suivants :

4.1. Taille de l'échantillon :

Nous avons ainsi recensé 566 patientes ayant choisi la contraception injectable.

4.2. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans cette étude toutes les consultant(e)s reçues à l'unité PF du CSREF CV dont le choix à porter sur la méthode injectable et ayant répondu à nos questionnaires.

4.3. Critères de non inclusion :

Les patientes qui ont choisi les autres formes contraceptives, ainsi que celles ayant refusées de répondre aux questionnaires n'ont pas fait partie de cette étude. Nous avons également exclus les dossiers incomplets et les patientes ayant bénéficié d'une seule consultation au cours de la période de l'étude.

5. Déroulement de l'enquête

L'étude a été menée par l'étudiant en thèse les 5 jours ouvrables sur 7 de la semaine au cours de la période d'étude. Après les salutations d'usage, l'enquêteur se présentait, expliquait l'objectif de l'étude en garantissant que l'anonymat sera gardé après un consentement obtenu, la prestation commence par la salle de counseling où les clientes sont reçues une à une. Dans cette salle, la cliente est enregistrée, on lui ouvre son dossier individuel ; la conseillère se charge de lui montrer les différentes méthodes disponibles, leur mode d'emploi, leurs indications, les effets secondaires possibles et éventuellement les inconvénients. Ensuite la cliente passe dans la salle de consultation de la sage femme, la prestataire procède à l'interrogatoire et à l'examen gynécologique. Elle confirme si la cliente est éligible à la méthode choisie

L'enquêteur assistait à toutes les étapes de la prestation du counseling à l'examen physique et intervenait souvent au cours de la consultation en posant des questions relatives à son questionnaire.

6. COLLECTE DE DONNEES

1. Support de collecte de données

Il s'agit de fiches d'enquête élaborées pour chaque cliente, ces fiches ont été complétées au besoin par des dossiers individuels.

7. TRAITEMENT DES DONNEES

Les données ont été saisies par le logiciel EPI INFO 5.0 CDC d'Atlanta et de l'OMS.

❖ Définitions opérationnelles :

- L'âge a été divisé en trois tranches :
 - < 20 ans : adolescentes
 - 20-34 ans : Les femmes en âge de procréer
 - ≥ 35 ans : L'âge élevé sur le plan obstétrical
- La gestité :
 - Primigeste : les femmes n'ayant fait qu'une seule grossesse
 - Multigeste : les femmes ayant fait entre 4 et 5 grossesses
 - Grande multigeste : les femmes ayant fait plus de 5 grossesses
- La parité :
 - Nullipare : toute femme n'ayant jamais accouché
 - Primipare : toute femme qui a accouché une fois
 - Multipare : toute femme qui a fait 4 à 5 accouchements
 - Grande multipare : toute femme qui a fait plus de 5 accouchements.

RESULTATS

1. Fréquence globale :

Nous avons colligés 4120 clientes entre Janvier 2006 et décembre 2006 et parmi lesquels 566 ont choisi la contraception injectable soit une fréquence de 13,73%.

2. Caractéristiques socio-démographiques des clientes :

Tableau I : Répartition des clientes selon l'âge.

Selon l'âge	Effectif	Pourcentage
< 20 ans	56	9,89%
20 – 34 ans	310	55%
≥ 35 ans	200	35,34%
Total	566	100%

Extrêmes : 15 ans et 40ans ; **Age moyen** : $30,5 \pm 7,56$. ; **Médiane** : 33 ans.

Tableau II : Répartition des clientes selon le statut matrimonial.

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Mariée	288	51%
Célibataire	278	49%
Total	566	100%

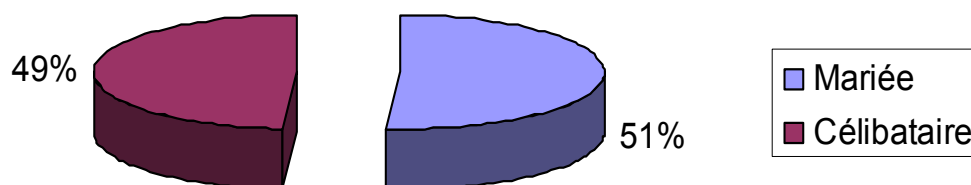


Figure 1 : Répartition des clientes selon le statut matrimonial

Tableau III : Répartition des clientes selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Sans profession	303	53,53%
Enseignants	32	5,65%
Médecins	33	5,83 %
Commerçantes	31	5,47%
Elèves et étudiants	100	17,70%
Couturières	14	2,47%
Vendeuses	33	5,83%
Autres	20	3,53%
Total	566	100%

Autres : toutes celles qui n'ont pas voulu parler de leur profession.

Tableau IV : Répartition des clientes selon de la religion

Religion	Effectif	Pourcentage
Islam	534	94,34%
Christianisme	32	5,65%
Total	566	100%

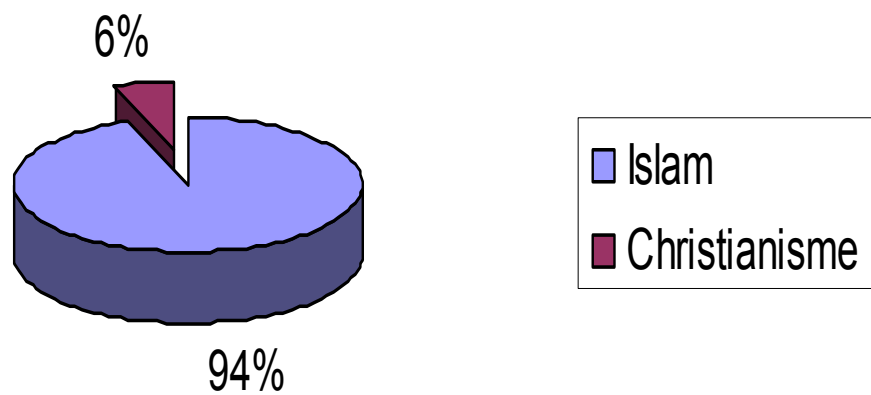


Figure 2 : Répartition des clientes selon de la religion

Tableau V : Répartition des clientes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Nulligeste	27	5%
Primigeste	32	6%
Paucigeste	177	31%
Multigeste	330	58%
Total	566	100%

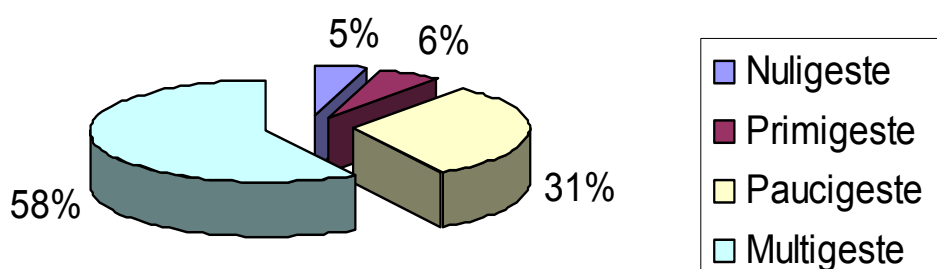


Figure 3 : Répartition des clientes selon la gestité.

Tableau VI : Répartition des clientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Supérieur	18	3,18%
Secondaire	103	18,20%
Primaire	325	57,42%
Non instruite	120	21,20%
Total	566	100%

Tableau VII : Répartition des clientes en fonction des raisons d'interruption.

Raison d'interruption	Effectif	Pourcentage
Besoin de conception	308	54,41%
Effets secondaires	180	31,80%
Pression du conjoint	48	8,48%
Allaitement	15	2,65%
Méthode difficile	10	1,76%
Echec de la méthode	5	0,89%
Total	566	100%

Tableau VIII : Répartition des clientes en fonction des effets secondaires.

Effets secondaires	Effectif	Pourcentage
Métrorragies	306	54,06%
Aménorrhée	223	39,40%
Prise de poids	24	4,24%
Céphalées	13	2,30%
Total	566	100%

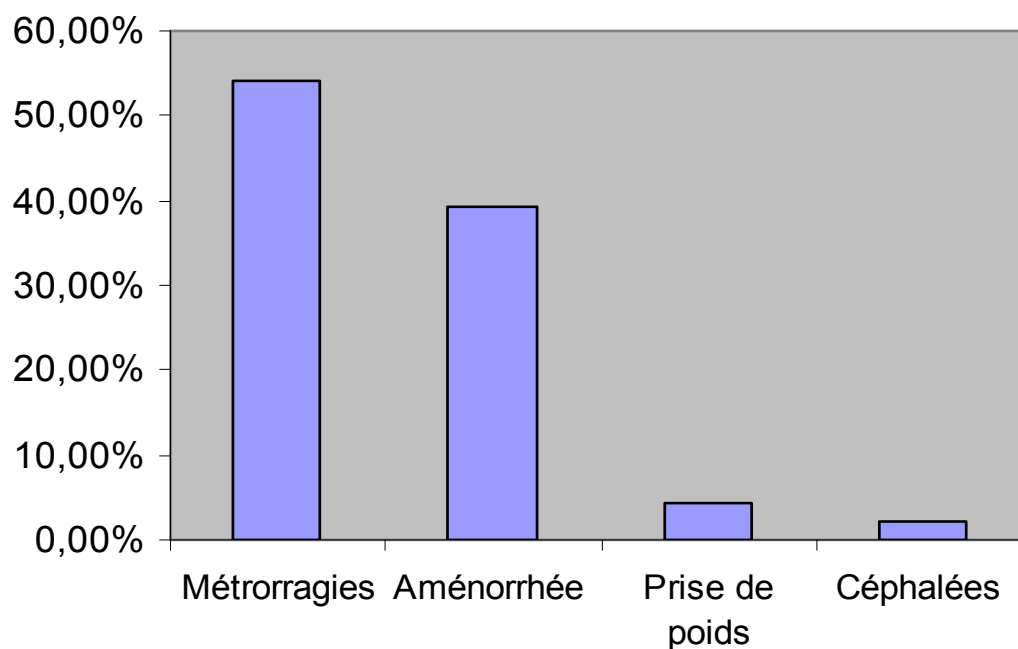


Figure 4 : Répartition des clientes en fonction des effets secondaires.

Tableau IX : Répartition des clientes selon l'intervalle inter génésique

Intervalle inter génésique	Effectif	Pourcentage
< 2 ans	208	36,74%
> 2 ans	358	63,25%
Total	566	100%

Tableau X : Répartition des patientes en fonction du nombre de rendez-vous.

Rendez-vous effectué	Effectif	Pourcentage
Vient pour la première fois	103	18,19%
1-2	139	24,68%
3 et plus	324	57,24%
Total	566	100%

Tableau XI : Répartition des clientes selon la durée d'utilisation

Durée d'utilisation	Effectif	Pourcentage
3 mois	98	17%
6 mois	224	40%
9-12 mois	244	43%
Total	566	100%

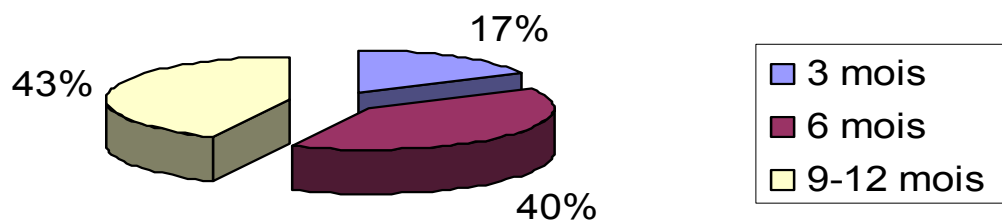


Figure 5 : Répartition des clientes selon la durée d'utilisation

Tableau XII : Répartition des clientes en fonction de leur opinion.

Perception	Effectif	Pourcentage
Efficace	27	4,77%
Moins efficace	9	1,59
Cher	4	0,70%
Moins cher	99	17,49%
Moins d'effet gênant	327	57,77%
Simple	100	17,66%
Total	566	100%

Tableau XIII : Répartition des clientes selon le prescripteur.

Auteurs	Effectif	Pourcentage
Sage-femme	300	53%
Gynéco-obstétricien	125	22,08%
Médecin généraliste	111	19,61%
Infirmière obstétricienne	30	5,30%
Total	566	100%

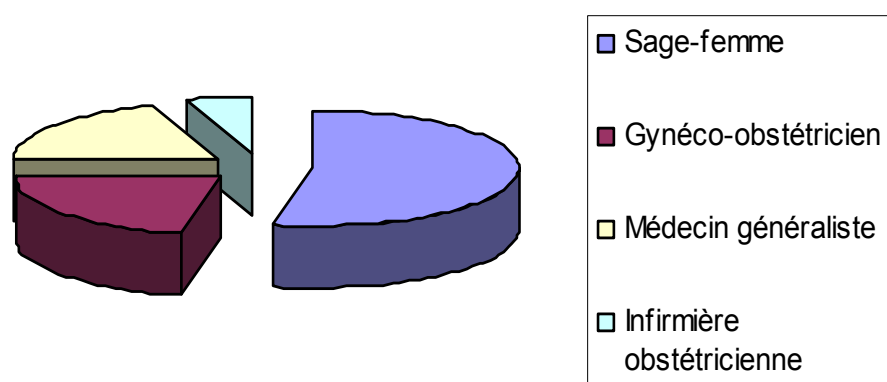


Figure 6 : Répartition des clientes selon le prescripteur.

COMMENTAIRES

Cette étude a porté sur un échantillon de 566 femmes fréquentant le centre de santé de référence de la commune V pour motif de contraception injectable. Elle nous a permis de retrouver un seul contraceptif injectable disponible au Centre de Santé de Référence V qui est l'acétate de médroxyprogesterone (dépo-provera).

Les effets secondaires :

Les effets secondaires cités par nos clientes peuvent être considérés comme mineurs et passagers : les métrorragies dans 54,06% des cas, 17,31% de nos clientes nous consultent pour métrorragie pendant le premier trimestre au cours du suivi contre 43% de nos clientes pour aménorrhée dans 9 à 12 mois. Aucun cas de dépression, baisse de la libido n'a été retrouvé au cours de l'étude.

Selon l'âge :

55% de nos clientes appartiennent à la tranche d'âge de 20 à 34 ans qui est l'âge optimal de la procréation, l'âge moyen était de $30,5 \pm 7,56$ avec des extrêmes 15 ans et 40 ans.

Les adolescentes représentaient 9,89% de nos clientes, la plus jeune avait 15 ans.

En effet une étude menée en milieu scolaire bamakois par Traoré J.M [99] montre que 9,12% des filles ont déjà eu au moins un rapport sexuel entre 13 et 15 ans et les premiers rapports n'ont pas été consentant pour 8,18% de ces filles, la faible prévalence des adolescentes s'expliquent en grande partie par une insuffisance d'éducation sexuelle.

Selon le statut matrimonial :

La contraception étant considérée comme l'affaire des femmes mariées ce qui justifie leur prédominance 51%.

Dans cette étude environ 41% des clientes sont des célibataires, nos résultats sont différents de ceux de Maïga S [59] qui rapporte 81,65% des femmes mariées.

Selon la profession :

53,53% de nos clientes sont des ménagères suivies par des élèves et étudiantes qui représentent 17,70% de l'échantillon.

Selon la religion :

94,34% des nos clientes pratiquent l'islam, et la religion n'a aucune influence sur la contraception.

En effet EDS II [35] prouve que 90,66% de la population malienne est musulmane 3% chrétienne et 4,9% animiste.

Selon la gestité :

Dans notre étude les primigestes représentaient 5,65% de notre échantillons, quant aux multigestes : elles représentaient 58,30%.

Interruption de la contraception :

Dans notre étude 54,41% de nos clientes interrompent la contraception pour le désir d'avoir des enfants, contre 31,41% qui interrompent la contraception à cause d'effets secondaires.

Par rapport au rendez-vous :

Une grande proportion de nos clientes était à trois rendez-vous soit 57,24% avaient comme résultat la notion d'aménorrhée, contre 18,19% des clientes qui sont venues pour la première fois.

Par rapport à la durée d'utilisation :

Dans notre étude 43% de nos clientes ont suivi la contraception pendant au moins 9 -12 mois contre 17,39% qui viennent juste de commencer leur contraception.

Par rapport de leur opinion :

58% de nos clientes déclaraient que cette méthode à moins d'effets gênants en particulier les métrorragies qui surviennent surtout pendant le premier trimestre alors que la majorité de nos clientes affirment que l'aménorrhée peut s'installer sous Dépo-provera pendant une année et le retard à la fécondité peut survenir après l'arrêt de cette méthode.

En effet les raisons, que donnent des utilisatrices et le personnel de la planification familiale pour expliquer la popularité des injectables sont entre autres : la commodité, la discrétion, l'accessibilité, le coût.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous retenons qu'il y a une forte adhésion à la contraception injectable au Centre de Santé de Référence de la Commune V. Ce sont surtout les femmes en âge optimal de procréation (20 -35 ans) qui y adhèrent soit 54,77%.

Le niveau d'instruction de nos clientes est assez moyen dans l'ensemble 57,72% des femmes sont du niveau d'étude primaire et la religion prédominante est l'islam. Les célibataires sont prédominantes dans notre étude à 51%.

La gamme de contraceptifs injectables disponibles au Centre de Santé de Référence de la Commune V n'est pas variée. Elle se compose de progestatifs purs : acétate de médroxyprogestérone (dépo-provera ou DMPA), seul utilisé au Centre de Santé de Référence de la Commune V comme contraceptif injectable.

L'utilisation de contraceptifs injectables est prédominante et occupe la deuxième méthode après la méthode par voie orale.

Face à cette situation nous proposons les recommandations suivantes :

RECOMMANDATIONS

D'abord aux autorités sanitaires:

- Veiller à réglementer les contraceptifs injectables déjà disponibles sur le marché Malien.
- Augmenter la gamme de contraceptifs injectables par l'introduction des gammes combinées sur le marché Malien.

Aux prestataires

- Mieux informer les clientes sur les effets secondaires possibles des contraceptifs injectables.
- Etre plus à l'écoute des clientes pour mieux connaître leurs problèmes.

Enfin aux clientes :

- Observer scrupuleusement les instruction et conseils donnés par les prestataires.
- Respecter le plus possible les rendez-vous.
- S'informer auprès des personnes compétentes lors de la survenue d'effets secondaires avant d'interrompre la contraception.
- Respecter scrupuleusement la figure trimestrielle jusqu'à la création d'un réflexe conditionné permettant de suivre les rendez-vous.

REFERENCES

1. **AMPPF** : Bulletin semestriel : Espacez les naissances, N°00, 30 octobre 1991, P12
2. **AMPPF** : Belletin trimestriel : Le parcours des femmes N°9, décembre 1995. La restructuration de l'AMPPF en détail, P8
3. **AMPPF & FHI** : Connaissance et attitude pratique en matière de PF des professionnels de la santé au Mali. Rapport d'étude, juin 1989, P12
4. **AMPPF & FNUAP** : Appui aux activités IEC et de prestations des services pour les jeunes et adolescents en santé sexuelle et de la reproduction. Projet MLI/95/P07, P11.
5. **AMPPF & FNUAP** : Rapport de la revue tripartite finale du projet MLI/95/P07, janvier 1998
6. **AMPPF & JHU** : Ce que les maliens disent de la PF. Résultats des interviews des groupes, Bamako, Mali, mars 1986
7. **BADAoui M. EL.** : Pratique islamique et réalités biomédicales et pharmaceutiques. Thèse Pharmacie N°3, Bamako, 1995.
8. **BAGAYOKO M.** : La contraception et les contraceptifs. Mémoire Biologie, Ensup Bamako, 1983-1984
9. **BAILLIERE J.B** : La contraception Edition ballière 1975, PP 12-15
10. **banque mondiale** : Pour une meilleure santé en Afrique. Les leçons de l'expérience, septembre 1994, 1^{ère} édition.
11. **BAIRD D.T. & GLASIER A.F.**, Contraception hormonale : Où en est-on en 1993 ? N. Eng J Medline, 328 : 1543-9 ; 1993.
12. **BARBARA B.** : Prendre conscience de la fécondité, Network en français, 17 (1), Automne 1996, FHI.
13. **BARBARA B.** : Tirer le maximum de ressources de santé, Network en français, (17) 2, Hiver 1997, FHI.

14. **BARCELONA D.R., PAULINA F.B., DONALD J.B. :** La contraception. Guide des méthodes de PF, 1982.
15. **BARROT J., GAYMARD H. :** Fiches de transparence, 1997
16. **BARNETT B., :** Les vues des femmes influencent l'utilisation des contraceptifs. Network en français FHI (16)4. Eté 1996. PP. 16 – 18.
17. **BLANEY C., :** Une contraception d'urgence fournie par les contraceptifs oraux. Network en français (16)4. Eté 1996, PP 14 – 17
18. **BLANEY C., :** Le choix d'un contraceptif, Network en français (10)1, février 1995, FHI, P31
19. **BLANEY C.L. :** Stérilisation masculine et féminine, Network en français (18)1, Automne 1997, P23.
20. **BRYANT R., PHYLLIS T.P, SALTER C. :** Les leçons et défis de PF Population Reports (J) 40, août 1994, P27
21. **BRYANT R., RUTSTEN S.O., MORRIS L. :** La révolution de la procréation : Résultats de nouvelles enquêtes Population Reports (M), déc. 1992, P27.
22. **BESAO O. :** Evaluation de la qualité des soins dans l'unité de planification familiale thèse Méd, 2007 Bamako n°08 M, P104.
23. **BUREAU G.P. :** Contraception orale et sein, aspects épidémiologiques INSERM, U 351, 1991.
24. **CAMARA M.** La contraception chez l'adolescente. Thèse Méd., 1992, Bamako.
25. **CATHELEEN A., CHURCH M.H.S. & WARD R.M.A. :** Consultations: les clientes et la pilule Population Reports (A) 8, mai 1990.
26. Centres pour le contrôle des maladies transmissibles (C.D.C) Planification familiale : Méthodes et pratiques pour l'Afrique : 1985, USAID, PP 115-284.

27. **CERPOD** : PF et Santé maternelle, Bamako, 1990.
28. **CERPOD/AMPPF – JHLI/PCS** : Enquête de base à Bamako auprès des populations, 1992.
29. **COHEN Y.** : Abrégé de Pharmacologie, Masson, 1981.
30. **CONDON J.T., NEED J.A., FITZSIMMENDS D., LUCY S., PERIODIQUE** : PP 37-43 (16)1, 1995 – JPOGPD
31. **CONLY S.R.** : Choix de contraception : accès international au planning Population Action International [http/www](http://www) 1997, P5.
32. **COULIBALY B.** : Planification familiale traditionnelle, séminaire régional sur la PF du 26 au 28 janvier 1987.
33. **DEMBELE F.** : Les avortements provoqués à l'Hôpital Gabriel TOURE (à propos de 189 cas). Thèse Méd., 1997, M. 41.
34. **DONNAY F.** : l'enfant en milieu tropical, Maîtrise de la fécondité 1991, N°193.
35. **EDS II MALI** (Enquête Démographique et de Santé), 1995-1996.
36. **FAMILY HEALTH INTERNATIONAL** : Contraceptifs oraux, série de mise à jour de la technologie contraceptive, juillet 1997, PP13-26.
37. **FAMILY PLANNING PROSPECTIVES** (1) 4, déc. 1996.
38. **FALCONE C.M., AREF I., HEFNAWI F.** : La Minipilule : Une option limitée pour certaines femmes, Population Reports (A) 3, juin 1997.
39. **FAUNDES A.,** : Les dispositifs intra-utérins, Network en français (16)2, Hiver 1996, P31.
40. **FELDBLUM J., JOANIS C.,** : Méthodes de barrière, Network en français (16)3, Printemps 1996, FHI,
41. **FINGER W.R.,** : L'introduction des contraceptifs, Network en français (10)4, octobre 1995, FHI, PP10-14
42. **FISHER A., LAING J., STOECKED J.** : Manuel de recherché opérationnelle en matière de planification familiale. The population Council 1993.

43. **FRED T.S./M.M.D/M.E.R – D.A.A/O.A.L/F.D.** : L'innocuité des méthodes contraceptives, vue d'ensemble, Population Référence Bureau sept. 1988.
44. **GIROULD J.P., MATHE G., MEYNIEL G.** : Pharmacologie clinique, bases de la thérapeutique. Volume 1978.
45. **HANNEFORD P.C.** : Contraception (Stoncham) USA. Période (51) PP. 325-327.
46. **HAUPT A. & KANE T.T.** : Guide de Démographie : Population référence Bureau, 2^{ème} édition 1987.
47. **HTTP/WW REPROLINE** : jhu edu la contraception après 40 ans medline 1998.
48. **HTTP/WW IB.BE/MS/MINI/GYNECO/CONTRA6.HTML** : La contraception : Les associations à éviter – Oubli d'une pilule contraceptive – Pilule histoire d'une évolution, principe d'action medline 1998, P6
49. **INTERNATIONAL POPULATION CONFERENCE** (International Union for the scientific study of population). Montréal, 1993.
50. **IPPF** (International Family Planning Perspectives). Rapport annuel, 1992-1993.
51. **IPPF** : La fécondité des adolescentes, rapport sur une consultation internationale (Jennifer Marckey), Londres, 1983, P60
52. **KALLER S.** : Les méthodes de barrière. Network en français (16)3, Printemps 1996, FHI.
53. **KLEINMAN R.L, & SENAYAKE P.,** : Allaitement maternel. Fécondité et contraception, IPPF, 1987.
54. **LISKIN L., BLACKBURN R.** : Contraceptifs injectables et implants, Population Reports (A) 8, mai 1990, P19.
55. **L'OBJECTIF MEDICAL** : Les contraceptions difficiles ou impossibles Magazine N°163, juin-juillet 1997, PP15-17.

56. **LOUISOT P., SEMIOLOGIE BIOLOGIQUE** : analyses biologiques, explorations fonctionnelles.
57. **MAGASSA D.** : Méthodes contraceptives, AMPPF, Bamako, P6.
58. **MAIGA M.D.** : Contribution de la PF à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant en milieu rural au Mali. Thèse Méd. N°7, Bamako, 1977.
59. **MAIGA S.** : Contribution à l'étude du planning familial auprès des utilisateurs du centre de santé de la Commune VI. Thèse Méd. 1996. N° 52.
60. **MANCHESTER A.** : L'âge au mariage et la fécondité, Population reports (M) 4, décembre 1980, PP11-12.
61. **MC CAULEY A. P, SALTER C.** : Répondre aux besoins des jeunes adultes Population Reports (XXIII) 3, oct. 1997, P43.
62. **MCINTOSH N., M.D., SCD.** : Avances en matière de contraception. Quatrième Congrès de la SAGO – ABIDJAN 10 – 14 décembre 1996, JHU/JHPIEGO, PP 1-18.
63. **MISKELL R.** : Contraceptifs oraux : risque et bénéfices. <http://www.Gyneweb./F/Divers/Sympcont/risqben.Html>, PP 1-4.
64. **MOIRA G. & LETTENMAIER C.** : Améliorer l'accès à la contraception Network en français (8) 2, mai1993.
65. **MONNIER J., HANCIAUX M., RAIMBAULT A.M., DESCHAMPS P. FABRY J.** : Santé publique, santé de la communauté. SIMEP.
66. **NETWORK PUBLICATION** : The front lines of sexuality education, 1984.
67. **OMS** : choix des methods contraceptives, 1996.
68. **OMS** : Communicating Family Planning in Reproductive Health, 1997.
69. **OMS**: Contraceptives Method Mixt, Geneva, 1994.

70. **OMS:** La distribution communautaire des contraceptives, Genève, 1995, PP. 7-8.
71. **OMS :** La santé des jeunes, Un déficit, un espoir. PP. 20-33, Genève, 1994.
72. **OMS :** Les contraceptifs oraux : Aspects techniques et considération de sécurité, 1982.
73. **OMS/FNUAP/FISE :** Les aspects médico-sanitaires de la reproduction chez les adolescentes 1989.
74. **PARKASH A.V. :** Indian J. exp Biol. 1978, P16.
75. **PAUL D.B., NOËL. M.:** Guide de poche à l'intention des prestataires de planification familiale. JHPIEGO corporation, 1995, 295 P.
76. **PDS/CERPOD :** Les défis de la connaissance rapide de la population. 1990, Bamako, Mali.
77. **PALINIFICATION FAMILIALE :** Santé familiale et développement, PDS, 1990.
78. **POPULATION REFERENCE BUREAU :** Jeunesse du Monde, 1994. Rapport annuel 1991.
79. **POPULATION REPORTS :** Les contraceptifs oraux – données récentes concernant leur usage, leur innocuité et leurs effets secondaires (A) 5, juin 1979.
80. **PRM** Décret N°009-95 instituant un visant des produits pharmaceutiques au Mali 1995.
81. **POTTER L., BRETIN H. :** Contraception : quel choix pour quelle vie ? INSERM, décembre 1990, PP 170-192.
82. **ROUAMBA A. :** La planification familiale, AMPPF, 1986 Bamako, Mali.
83. **SABAN T. :** Contraception et PF au Maroc : (Enquête menée à Fès sur les problèmes liés à la contraception). Thèse Pharmacie, Dakar 1983, P 94, n°120.

84. **SADIK N.** : Etat de la population Mondiale, 1996.
85. **SANGHO S.** : Contribution à l'étude de la planification familiale dans la Commune IV du District de Bamako. Thèse Médecine 96 M 32, P73.
86. **SANGO R.** : Contribution à l'étude des méthodes traditionnelles de contraception en milieu Bamanan, Soninké et Sénoufo au Mali. Thèse Pharmacie 1989, pp.611.
87. **SERFATY D.** : La contraception Doin Editeurs, 8 place de l'Odéon, Paris, 1986, pp 141-329.
88. **SERVICE D'ESPACEMENT DES NAISSANCES DE QUALITE EN AFRIQUE FRANCOPHONE CONFERENCE DES EXPERTS :**
Rapport final mai 1987, Abidjan.
89. **SHANE B.** : La PF sauve des vies, Population Référence Bureau. 2^{ème} édition périodique, septembre 1991.
90. **SIDIBE D.** : Bilan de l'activité de PF, 6^{èmes} journées de gynéco-obstétriques de l'hôpital du Point G, 1996, pp. 28-31.
91. **SPIRA A.** : INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale). Paris 1993.
92. **STERGACHIS A.** : American Journal of obstetrics ans gynecology périodique (167) 4, 1992, pp. 1165-1170.
93. **STUDIES IN FAMILY PLANNING** (23) 6, novembre – décembre 1992, pp. 1-13.
94. **TALL F.S.** : Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé de la région de Koulikoro, Thèse Méd. N°6, Bamako, 1992, ENMP.
95. **TANGARA H.** : HTA et contraceptifs oraux. Thèse Med. N°11, 1986, Bamako.

96. **TEGUETE I.** : Mme KANTE : Bilan de l'activité de la planification familiale ; 5^{èmes} journées de Gynécologie et Obstétrique de l'Hôpital National du point G, 1995, pp. 21-23.
97. **TRAORE B., KONATE M., CYNTHIA S.** Institut de Sahel Bamako Mali & Institute for resource development wetighouse, Columbia Maryland, USA EDS I 1987 Bamako.
98. **TRAORE D.** : Médecine et magies africaines ou comment le noir se soigné t-il ? ACCT, présence africaine, Paris 1983, P 569.
99. **TRAORE J. M.** : Etude du développement pubertaire et du comportement sexuel des filles en milieu scolaire Bamakois. Thèse Méd., 98 n°26, pp. 131-133.
100. **UNICEF** : Trop grandes pour jouer, trop jeunes pour être mères 1991, pp 12-14.
101. **WANG C., HUANG H., ET COLL** : in CA 1981, 95-20957.
102. **WHARTON C., BLACKBURN** : Pilules faiblement dossées, Population reports (A) 7, novembre 1988.
103. **WOLFF J.A, MC G.E.C, R.C JR F.A.K... SCB. BEYOD THE CLINIC WALLS** : Case studies in community Based Distribution. Management Sciences for health, 1990.
104. **ZABRAMBA M.** : Contraception : problèmes biologiques et humaines (enquête menée au Sénégal et an haute Volta) Thèse Pharmacie, Dakar, 1982, n°110.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DAO

Prénom : Nangazanga

Titre : **Etude des Effets Secondaires de la contraception Injectable au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako**

Date et lieu de naissance : le 30 avril 1975 à N'Gorola

Nationalité : Malienne

Année de soutenance : 2008

Pays d'origine : Mali

Email : Daonangazanga@hotmail.com

Lieu de dépôt : *Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.*

Secteur d'intérêt : Santé publique/Santé de la reproduction

Résumé : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive qui a porté sur 566 femmes de 15 à 40 ans ; fréquentant le Centre de Santé de Référence de la Commune V pour motif de contraception injectable.

Les variables déterminées sont le contraceptif, l'âge, la profession, le statut matrimonial, la religion, l'interruption de la contraception, les raisons d'interruption, les facteurs influençant, les effets secondaires.

Nous avons recensé un progestatif injectable, donnée à toutes nos clientes ayant choisies la méthode injectable.

La gamme de contraceptifs injectables, disponible au Centre de Santé de Référence de la Commune V n'est pas assez variée.

La prévalence de la contraception injectable est élevée par rapport aux autres méthodes, soit 13,73% sauf la méthode orale qui vient en première position, mais le taux d'abandon est aussi pour diverses raisons ; ce phénomène est encore observé chez les femmes ayant un intervalle inter gésique inférieur à deux ans et chez celles n'ayant besoin de concevoir l'âge, la religion, la situation matrimoniale n'ont pas eu d'influences sur l'interruption de la contraception dans cette étude. Le niveau d'instruction, la profession, le temps d'utilisation, et surtout les effets secondaires influent beaucoup sur cette contraception.

Les contraceptifs injectables progestatifs sont disponibles au Centre de Santé de Référence de la Commune V et seul le Depro-provera est utilisé chez nos clientes.

FICHE D'ENQUETE

I. Identité :

Q.1. Nom

Q.2. Prénoms

Q.3. Age :

Q.4. Adresse :

1 – Commune V

2 – Hors Commune V

II – Caractéristiques socio-démographiques :

Q.5. Ethnie

1 – Bambara 2 – Malinké 3 – Sénoufo 4 – Peuhl 5 –
Sarakolé 6 – Bozo 7 – Sonrhäi
9 – Autres

Q.6. Situation matrimoniale

1. marié
2. célibataire
3. divorcée
4. veuve

Q.7. Religion :

1. islam
2. christianisme
3. autres

Q.8. Profession :

1. élève
2. fonctionnaire
3. commerçant
4. ménagère
5. autres

Q.9. Si autres, préciser

Q.10. niveau d'instruction

1- illettrée 2 : primaire 3 : secondaire 4 : supérieur

Q.11. motif de consultation

1 = désir de conception

Q.12. temps d'utilisation

1 = plus d'un an 2 = moins d'un an

Q.13. nulligeste

1 = oui 2 = non

Q.14. antécédents d'IVG

1 = oui 2 = non

Q.15. primipare

1 = oui 2 = non

Q.16. multipare (2 à 6)

1 = oui 2 = non

Q.17. grande multipare

1 = oui 2 = non

Q.18. allaitement

1 = oui 2 = non

Q.19. espace intergénésiq

1 = moins de 2 ans 2 = plus de 2 ans.

III. Information sur les contraceptifs utilisés

Q.20. utiliser un seul contraceptif

1 = oui 2 = non

Q.21. a déjà utilisé d'autres contraceptifs

1 = oui 2 = non

Q.22. interruption de la contraception

1 = oui 2 = non

Q.23. si oui, raison

1 = besoin de contraception

2 = effets gênants induits

3 = affections non liées à la contraception

4 = échec de la méthode

5 = coût élevé

6 = pression du conjoint

Q.24. si effets gênants, préciser

- métrorragies

- aménorrhée
- dépression
- vertiges
- céphalées
- prises de poids

IV – Information sur la contraception prescrite à la consultante

Q.25. nom du produit :

Q.26. quantité prescrite :

Q.27. durée de la prise :

Q.28. perception des clients :

1 = plus efficace

2 = moins d'effets gênants

3 = moins cher

4 = Connaissance

V – Suivi des clientes

Q29. Durée d'utilisation

Q30. Rendez-vous

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'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE