

MINISTRE 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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

N° / /

TITRE

EVALUATION DES CONNAISSANCES DES
ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE SUR LES
MOYENS DE CONTRACEPTION.

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 17 /01 /2019 devant le jury de
la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : M. Souleymane SAMATE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ÉTAT)**

Jury

Président: Pr Adama konoba KOITA

Membre: Dr Mamadou SIMA

Codirecteur: Dr Modibo SANGARE

Directeur: Pr Drissa TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A L'ETERNEL, mon DIEU, Qui m'a permis de réaliser ce travail.

Tu m'as guidé tout au long de ce travail, Je te confie mon avenir !

Merci Seigneur !!!

A mon père

feu Aly SAMATE,

premier artisan de notre avenir, tu n'as ménagé aucun effort pour le bon déroulement des études de tes enfants. C'est le moment pour moi de me prosterner sur votre tombe. Vous nous avez inculqué le sens de l'honneur, du devoir, de la dignité, et vous n'avez eu cesse de nous rappeler que les attributs qui font valoir un homme sont: sa culture, sa connaissance et que le meilleur des héritages est la bonne éducation. Éternellement nous vous serons reconnaissants mes frères et moi pour vos sages conseils qui ont éclairé notre chemin et aussi notre conduite sociale dans un monde où les valeurs sociétales connaissent une déperdition accélérée.

Que ce travail soit le témoignage de ma fidèle reconnaissance.

A mes mères

*Assétou KONE; Awa KONE et feu Fatoumata KONE,
je ne trouverai jamais assez de mots pour exprimer tout
mon amour et ma profonde gratitude pour les sacrifices
consentis. La joie serait encore plus grande si vous aviez
été témoin de ce long parcours.*

REMERCIEMENTS

A mes frères,

**Bakary, Lamine, Madou, Diakaridia, Bourama, Seydou, Karim, Adama,
Drissa, Sinaly , Youssouf et Mory .**

Vous êtes les piliers de notre famille. Trouvez ici l'expression de mon profond
attachement à la famille soudée.

A mes sœurs Awa,

Minata, Mariam, Mama, Sali, Fana, Ami,

Pour votre attention inestimable à mon endroit, trouvez dans ce modeste travail
toute mon affection.

A ma chère femme,

Mme SAMATE Aichata Diallo,

Je remercie incessamment le bon Dieu de t'avoir mise sur ma route. Ta
compagnie et ton assistance ont été pour moi une source de joie et
d'encouragement face à toutes épreuves.

Aicha, ton entrée dans ma vie, a été la réponse à ma prière, tu demeures la
lumière qui guide mes pas. Ce travail est le nôtre.
Qu'ALLAH(SWT) mette la baraka dans notre foyer.

A mes cousins,

Trossouran SANOU, Kassoum SANOU

J'ai toujours pu compter sur vous. Recevez par ce travail la preuve de ma grande
affection.

A mes oncles,

Doh KONE et Dibizaga SAMATE,

Votre soutien moral et financier ne m'a jamais fait défaut. Recevez par ce travail
ma profonde gratitude.

A docteur,

DEMBELE M Bakary médecin de son état,

Vous m'avez accueilli les bras ouverts dans votre service. Je ne vous
remercierai jamais assez de votre grande disponibilité

A tout le personnel du CSREF de San,

Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

Aux docteurs,

Dao seydou Z chef de service du gyneco-obstetrique du CS Réf CII,

Sakoba KONATE,

Bakary Abou TRAORE,

Aux internes en gynéco-obstétrique du CS Réf CII,

à tout le personnel du CS Réf CII;

Recevez tous l'expression de ma profonde gratitude pour votre grande
hospitalité.

Au conférencier **Moussa DIARRA,**

Aux étudiants de la troisième année de médecine pour leur apport capital à la
réalisation de ce travail.

Recevez chacun l'expression de mes sentiments les plus distingués.

A mes amis,

**KEITA Victor, KOUYATE Mohamed, Gouro S CISSE, Moussa DIAKITE,
Mohamed S HAIDARA, Ousmane DIARRA, Mamadou TRAORE,
Abdramane DIAOU, Ousmane baba DJENEPO, Boubacar L DIALLO.**

L'heure est venue de vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi au moment opportun. Avec vous j'ai passé mes meilleures années de fac.

Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

A tous mes amis de la FMOS/FAPH merci pour tout.

A tout le personnel enseignant de la FMOS/FAPH.

L'enseignement que vous nous avez dispensé avec dévouement restera un précieux souvenir qui guidera notre vie professionnelle.

Veillez mes chers maîtres, agréer l'expression de mes sentiments déferents et l'hommage de ma respectueuse reconnaissance.

A la promotion 2009-2010 du lycée publique de San ;

A tous mes amis depuis San trouvé ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A ma chère famille **ALLURE**,

Celle qui m'a accueilli à bras ouverts à la faculté, une famille sans père ni mère mais constituées de frères et de sœurs qui se donnent la main pour aider leur prochain ;

ALLURE ma famille je ne vous remercierai jamais pour tous ce que vous avez fait pour moi vous avez fait de moi ce que je suis aujourd'hui, recevez ici chère famille l'expression de mes sentiments les plus distingués.

**A l'Association des Elèves et Etudiants du Mali,
Particulièrement au C/AEEM 2016-2017,**

Avec vous j'ai su que mieux vaut être deux qu'un et mieux vaut être trois que deux car c'est dans le nombre que existe la force la sagesse et le leadership. C'est avec vous aussi que j'ai pu défendre les intérêts matériels et moraux de l'ensemble des étudiants de nos deux facultés merci chers camarades.

A tous ceux ou celles dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président de jury

Professeur Adama konoba KOITA

- **Maître de conférence à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Praticien hospitalier au C.H.U. Point. G**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré de tous.

Vous êtes un modèle pour nous étudiant de cette faculté.

Veillez agréer cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

A notre Maitre du juge

Docteur Mamadou SIMA

- **Maitre-assistant en Gynéco-obstétrique.**
- **Gynéco-Obstétricien au CHU du Point G,**
- **Praticien hospitalier du CHU du Point G,**
- **Charger de cours à l'INFSS**

Cher Maître,

Nous vous remercions de la spontanéité et de la simplicité avec lesquelles vous avez accepté de juger ce travail ;

Nous avons eu le privilège de travailler sous votre jugement et avons trouvé auprès de vous le guide et le conseiller qui nous a reçu en toutes circonstances avec sympathie, sourire et bienveillance;

Votre probité au travail et votre dynamisme, votre sens de responsabilité nous ont toujours impressionnés et sont pour nous un idéal à atteindre ;

Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes, et nous vous prions cher maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre profond attachement.

A notre Maitre et Co-directeur de thèse,

Docteur Modibo SANGARE,

- ❖ **Enseignant titulaire des cours d'anglais à la FMOS/FAPH/FST ;**
- ❖ **Maitre-assistant à la FMOS ;**
- ❖ **Spécialiste en neurosciences ;**
- ❖ **Investigateur principal du projet d'autisme au MaLi.**

Vous nous faites un honneur en acceptant de codiriger ce travail auquel vous avez été un apport capital.

Vos immenses qualités scientifiques et humaines, votre disponibilité et votre complicité avec vos étudiants ne peuvent inspirer que respect et admiration.

Cher maître, soyez rassuré de votre profond attachement aux valeurs qui vous sont chères tels que le travail bien fait.

Recevez ici, cher maître, le témoignage de notre reconnaissance et nos sincères remerciements.

A notre Maître et Directeur de thèse :

Professeur Drissa TRAORE

- **Maître de conférences agrégé à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Praticien hospitalier au C.H.U. Point. G**
- **Membre de l'association française des chirurgies**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali**
- **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré de tous.

Vous êtes un modèle pour nous étudiant de cette faculté.

Veillez agréer cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

SIGLES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

Sigles, abréviations et acronymes

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FAPH : Faculté de Pharmacie

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

DNSI : Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EF : Economie Familiale

ISF : Indice Synthétique de Fécondité

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PF : Planification Familiale

UNESCO : United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

USAID : United States Agency for International Development

VIH/SIDA: virus de l'Immunodéficience Acquise/ Syndrome Immunodéficience
Acquise

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

INED : Institut National des Et des Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

DIU : Dispositif Intra Utérin.

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des étudiants selon la période du test.

Tableau II : Répartition des étudiants selon la tranche d'âge.

Tableau III : Répartition des étudiants selon la filière d'étude.

Tableau IV : Répartition des étudiants selon le statut matrimonial.

Tableau V : Répartition des étudiants selon ceux qui ont eu d'enfant.

Tableau VI : Répartition des étudiants selon la connaissance sur la pilule oestro-progestative.

Tableau VII : Répartition des étudiants selon la connaissance sur la prise de la pilule.

Tableau VIII : connaissance des étudiants sur la nécessité d'un arrêt ente 2 plaquettes.

Tableau IX : Répartition des étudiants selon la connaissance du risque de cancer du sein avec la pilule.

Tableau X : Répartition des étudiants selon l'oubli de prendre la pilule de moins de 12 heures.

Tableau XI : Répartition des étudiants selon l'oubli de prendre la pilule de plus de 12 heures.

Tableau XII : Répartition des étudiants selon la connaissance en cas de vomissement après 4 heures.

Tableau XIII : Répartition des étudiants selon la connaissance sur progestative orale.

Tableau XIV : Répartition des étudiants selon connaissance des perturbations du cycle menstruel avec la progestative orale.

Tableau XV : Répartition des étudiants selon la connaissance des antécédents de grossesse extra-utérine avec la progestative orale.

Tableau XVI : Répartition des étudiants selon le temps de risque d'exposition à la grossesse.

Tableau XVII : Répartition des étudiants selon la connaissance sur le délai d'efficacité.

Tableau XVIII : Répartition des étudiants selon le niveau d'information.

Tableau XIX : Répartition des étudiants selon la connaissance sur le dispositif intra-utérin.

Tableau XX : Répartition des étudiants selon la connaissance du dispositif intra-utérin s'il peut être posé chez une femme n'ayant jamais d'enfant

Tableau XXI : Répartition des étudiants selon la connaissance sur la période d'efficacité du stérilet.

Tableau XXII : Répartition des étudiants selon la connaissance sur le mode d'action de l'implant.

Tableau XXIII: Répartition des étudiants selon leurs connaissances sur les perturbations du cycle menstruels observées avec l'utilisation de l'implant.

Tableau XXIV : Répartition des étudiants selon la période d'efficacité.

Tableau XXV : Répartition des étudiants selon le délai d'utilisation de l'anneau vaginal.

Tableau XXVI : Répartition des étudiants selon le mode d'utilisation de l'anneau vaginal.

Tableau XXVII : Répartition des étudiants selon le temps d'utilisation du patch.

Tableau XXVIII: Répartition des étudiants selon le mode d'utilisation du patch

Tableau XXIX : Répartition des étudiants selon la connaissance si le patch a les mêmes contre-indications que la pilule oestro-progestative.

Tableau XXX : Répartition des étudiants selon le moyen de contraception qu'il utilise.

Tableau XXXI : Répartition des étudiants selon la connaissance sur l'association des contraceptifs locaux.

Tableau XXXII : Répartition des étudiants selon les méthodes d'efficacités.

Tableau XXXIII: Répartition des étudiants selon la connaissance sur l'efficacité du préservatif.

Tableau XXXIV : Répartition des étudiants selon l'âge de la première contraception.

Tableau XXXV : Répartition des étudiants selon le type de contraception utilisé la première fois.

Tableau XXXVI : Répartition des étudiants selon le type de contraception utilisé actuellement.

Tableau XXXVII : Répartition des étudiants selon la raison de non utilisation de contraceptif.

Tableau XXXVIII: Répartition des étudiants selon une grossesse non désirée.

Tableau XXXIX : Répartition des étudiants selon leurs premiers recours en cas de besoin de conseils.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	5
GENERALITES.....	7
MATERIEL ET METHODES.....	27
RESULTATS.....	30
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	70
CONCLUSION.....	78
RECOMMANDATIONS.....	80
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	83
ANNEXES.....	89

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

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 comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » (1).

Il existe plusieurs méthodes de contraception, d'action locale ou générale, à l'efficacité et aux contraintes variables. Parmi ces méthodes, le préservatif peut également être utilisé pour la prévention des infections sexuellement transmissibles. Plus généralement, la contraception peut s'intégrer dans une stratégie de contrôle des naissances ou de planification familiale, à un niveau individuel ou collectif. La contraception est souvent associée aux femmes, la majorité des solutions proposées (pilule, stérilet...) étant conçues pour elles.

Les étudiants demeurent de nos jours précocement actifs sur le plan sexuel (1). 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 (1).

La contraception est une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé (2).

L'intérêt accru que suscite la jeunesse est dû en partie à l'importance de la population estudiantine. De nos jours la jeunesse est la plus nombreuse qui ne soit jamais apparue (plus de 3 milliards de personnes) est âgée de moins de 25 ans. Quatre-vingt-quinze pour cent (95%) des jeunes vivent dans les pays en développement (2).

Vu le taux d'accroissement rapide de la population africaine, cette population jeune sera de plus en plus importante. Les étudiants contribuent de plus en plus à la croissance de la population, car la fécondité est de plus en plus précoce(3). C'est vrai, quoi que nos sociétés soient perméables aux idées progressistes, elles gardent souvent un esprit « sclérosé » sur certains sujets. Toujours élucidée elle demeure cependant au centre de toutes les préoccupations de la société. Les étudiants sont assurément le public cible, qui doit être éduqué à un changement de mentalité pour une vie sexuelle saine et responsable (1).

La fécondité précoce comporte des risques de santé pour la mère et le fœtus pendant la grossesse et l'accouchement. En dehors des risques encourus par l'individu, l'activité sexuelle précoce est à la base d'une mortalité, d'une morbidité materno-infantile non négligeable au niveau national selon l'EDSIV (Enquête Démographique et de Santé) Mali 2006. En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation de la contraception moderne est de 7% selon EDSIV Mali 2006. Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de la planification familiale représente environ 20% de la demande potentielle soit 80% de besoins non satisfaits (4).

Au Mali plusieurs travaux se sont intéressés aux différents problèmes liés à la grossesse chez les étudiants les différents travaux nous ont permis d'avoir des données épidémiologiques cliniques.

Malgré ces études, l'aspect socio-culturel relatif aux différents moyens de contraception n'est pas encore assez bien étudié.

Face à cette synthèse documentaire notre étude s'est proposée d'évaluer les connaissances des étudiants à la FMOS sur les différentes méthodes contraceptives, afin de mieux comprendre les connaissances et attitudes des étudiants de la FMOS face aux moyens de contraception.

II-Hypothèse de recherche

1) L'utilisation appropriée de la contraception à la FMOS résulte d'une bonne connaissance des moyens de contraception par les étudiants.

Questions de recherche

- 1) Peut-on affirmer dans ces conditions que les méthodes de contraception sont utilisées par les étudiants de la FMOS/FAPH?
- 2) Quels sont les connaissances des étudiants sur l'utilisation des méthodes de contraception?

OBJECTIFS

III. Objectifs :

1- Objectif général:

Evaluer les connaissances et attitudes des étudiants de la FMOS face aux moyens de contraception

2- Objectifs spécifiques

- 2.1. Déterminer le niveau de connaissances des étudiants de la FMOS sur les moyens de contraception;
- 2.2. Déterminer les attitudes des étudiants de la FMOS face aux moyens de contraception;
- 2.3. Corréler les connaissances/attitudes des étudiants de la FMOS avec l'utilisation des moyens de contraception.

GENERALITES

IV- Généralités

1) Définition

1- 1) La contraception

La contraception est une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé (5).

Cette définition est incomplète car certaines méthodes de contraception sont irréversibles ou permanentes. En général, le contrôle des naissances ou la contraception est une méthode qui empêche une femme d'être enceinte (6).

Les méthodes modernes de contraception apparaissent dans le courant du XIX^{ème} siècle et surtout dans sa seconde moitié. La contraception n'est pas une question nouvelle mais s'accompagne toujours de débat (7).

1- 2) Planification familiale

Elle est l'ensemble des moyens et méthodes qui permettent de conformer à la volonté des parents le nombre et l'espacement des naissances dans une famille (8).

2) Histoire de la contraception

2-1) Dans le monde

La limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances (9). La contraception était pratiquée dans l'antiquité, elle le fut ensuite et l'est encore de nos jours dans les proportions respectives 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 (9).

Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix. C'est le

propre de la pensée religieuse (9). L'histoire de la contraception n'est en dehors des moyens employés, qu'une illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée toujours présents dans la société ou chez l'individu lui-même: le conservatisme ou le changement ; la tradition ou le progrès ; la foi ou la raison (9). Autrement, si l'homme tend en général à vouloir modifier son être, non pas pour le sens d'un artifice destructeur, mais pour son bien actuel et futur, le contrôle de sa reproduction fait partie de ce souci d'une vision large de son avenir.

2-2) Au Mali

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 (10).

La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme (9).

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 (9).

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 mois. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement (9).

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 (6).

La société malienne contemporaine est prise en porte – à – faux entre les valeurs séculaires (culturelles, morales et religieuses) et les logiques post-coloniales

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 (9).

Les principales dates de la politique de planning familial au Mali [10]:

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 (4) ans. A 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 maîtrisé 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 (Egypte), 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.

Avec le temps le concept malien en matière de planning familial a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuel qui définit le PF comme : l'ensemble des moyens et mesures de régulation de la fécondité d'éducation et de prise en charge d'affection de la sphère génitale ,mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles , infantiles et juvéniles notamment celles liées aux IST/SIDA ,aux grossesses non désirées et avortements, et assurer ainsi le bien-être familial et individuel.

Ceci implique, la responsabilité la liberté et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir le ou les moyens de régulation de la fécondité. Pour le Mali la santé de la reproduction englobe la santé de la mère y compris le planning familial et la santé de l'enfant y compris celle de la petite fille.

Les principales lois relatives à la santé de la reproduction au Mali [9]:

A/La loi N° 02-044 relative à la santé de reproduction dite loi Lahaou Touré adoptée le 24 juin 2002. Il est à noter que la loi sur la santé de la reproduction a été initiée par l'assemblée nationale sous forme de proposition de loi introduite par le REMAPOD et adoptée à partir d'une proposition régionale ouest africaine (côte d'ivoire 1999). Cette introduction

a été faite dans un contexte marqué par de nombreuses barrières juridiques et non juridiques à la santé de la reproduction 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 articles 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.

B/Lettre circulaire N° 004/MSA-AS/CAB du 25 janvier 1991

Cette lettre adressée aux responsables administratifs, politiques et sanitaires, stipule que l'accès à une méthode contraceptive reste libre pour toute femme en âge de procréer qui le désire ou qui le nécessite.

3) Les méthodes de contraception modernes :

3-1) Les contraceptifs oraux ou pilules :

Il existe deux grands groupes : les contraceptifs oraux progestatifs et combinés (Œstrogène plus progestérone).

3-1-1) Mode d'action :

- La pilule oestro-progestative bloque l'ovulation, modifie l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf fécondé et la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col utérin.

- La micropilule (micro dose de progestatif) agit uniquement sur la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col utérin. Cerazette® a la particularité de supprimer aussi l'ovulation.

3-1-2) Les différentes pilules contraceptives :

Il existe :

- différents dosages même si l'oestrogène utilisé est toujours le même : 50-35-30-20 et 15 microgrammes.

- différents types de progestatifs.

- des variations de dosages des oestrogènes et des progestatifs sur la plaquette pour les différentes pilules déterminent les biphasiques et les triphasiques. Les pilules sans variations sont les monophasiques.

- il y a des pilules de 21 ou 28 comprimés par boîte pour un mois de traitement.

3-1-3) Les avantages des pilules :

C'est une méthode contraceptive très efficace, efficace dès le 1^{er} comprimé, très bien tolérée, réversible dès l'arrêt. Elle permet d'avoir des cycles réguliers et les règles sont moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

3-1-4) Les inconvénients des pilules :

Il peut y avoir des petits saignements (*spotting*) en dehors des règles surtout lors des premières plaquettes, un peu de nausées, quelques douleurs et des gonflements des seins.

3-1-5) Les contre – indications des pilules :

Les pilules sont contre indiquées en cas d'hypercholestérolémie, d'hypertension artérielle, d'antécédent d'accident thromboembolique, de certains cancers, de tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans (11). La prise de poids, exceptionnelle, est toujours modérée.

3-2) Les contraceptifs injectables :

Les contraceptifs injectables sont des méthodes populaires parce que leurs utilisatrices n'ont besoin de consulter un prestataire qu'à certains intervalles, mais aussi parce qu'ils sont très efficaces. De plus, ils peuvent être utilisés à l'insu du partenaire et qu'ils ne gênent pas les relations sexuelles.

Les contraceptifs injectables combinés contiennent deux hormones, l'œstrogène et un progestatif. Ils sont administrés par voie intramusculaire une fois par mois.

Les contraceptifs injectables progestatifs (tels le Dépo-Provera et le Noristérat) ne contiennent pas d'œstrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite tous les deux ou trois mois, selon le type de contraceptif injectable choisi (12).

3-3) La contraception mécanique :

3-3-1) Les préservatifs :

Les préservatifs représentent la meilleure des protections contre les IST/VIH/SIDA.

a) Le préservatif masculin :

Etui en latex avec ou sans réservoir, au moment de l'éjaculation le sperme est recueilli dans le préservatif et n'est pas répandu dans le vagin.

- Mode d'emploi du préservatif masculin :

S'il ne possède pas de réservoir laisser 1 à 2 cm en haut afin de créer un réservoir, pincer le haut du préservatif entre les doigts pour en chasser l'air, dérouler le sur le pénis en érection avant la pénétration, aussi loin que possible; le petit bourrelet de l'anneau doit être tourné vers l'extérieur. Se retirer avant la fin de l'érection en le retenant par la base.

- Efficacité du préservatif masculin :

Le taux d'échec est inférieur à 5 % s'il est bien utilisé, son efficacité est renforcée s'il est associé à des spermicides.

- **Avantages du préservatif masculin :**

C'est la meilleure protection contre les IST et le VIH/SIDA. C'est une méthode simple, facile à se procurer, prend en charge la contraception chez l'homme, et protège contre le cancer du col utérin. Il est disponible en vente libre.

- **Inconvénients du préservatif masculin :**

Il peut diminuer la qualité et la spontanéité de l'acte sexuel. Il doit être mis sur le pénis en érection et être retiré avant la fin de l'érection sinon le préservatif n'est plus maintenu et peut laisser passer le sperme dans le vagin. Il peut se déchirer. Le taux de grossesses non-désirées est plus important qu'avec la pilule ou le stérilet.

b) Le préservatif féminin ou Femidon :

C'est une gaine cylindrique pré-lubrifiée en polyuréthane.

- **Mode d'emploi du Femidon :**

Un anneau interne facilite l'introduction dans le vagin et son maintien pendant le rapport, un anneau externe repose sur la vulve pour permettre de retenir le préservatif pendant le rapport. Il peut être mis à n'importe quel moment avant le rapport sexuel.

- **Efficacité du Femidon :**

Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

- **Avantages du Femidon :**

C'est une excellente protection contre les IST/SIDA. Elle est utilisable par la femme en cas de refus ou d'impossibilité d'utilisation du préservatif masculin.

3-3-2) Le diaphragme et cape cervicale :

Le diaphragme est une membrane en latex ronde et concave tendue sur un ressort circulaire. La cape cervicale est une cupule en silicone.

- **Mode d'emploi du diaphragme et de la cape cervicale :**

Le diaphragme est placé dans le vagin avant les rapports sexuels pour recouvrir le col de l'utérus. La cape cervicale est placée au fond du vagin avant les rapports sexuels pour couvrir le col de l'utérus, comme un dé à coudre.

Ils sont à utiliser avec des spermicides. Ils empêchent le sperme de pénétrer dans le col de l'utérus.

Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape.

L'utilisation de la cape cervicale est à rapprocher à celle du diaphragme : Le choix de la taille est évalué par le médecin qui aide la femme à apprendre à placer le diaphragme ou la cape cervicale.

- **Efficacité du diaphragme et de la cape cervicale :**

S'ils sont correctement utilisés et à tous les rapports sexuels, leur efficacité est supérieure à celle des spermicides seuls et équivalente à celle des préservatifs masculins.

- **Avantages du diaphragme et de la cape cervicale :**

C'est la méthode vaginale de contraception la plus fiable, peu onéreuse, pas de contre-indication médicale, pas de risque pour la santé. Peut être placé discrètement à l'avance, diminue le risque du cancer du col de l'utérus, immédiatement réversible.

- **Inconvénients du diaphragme et de la cape cervicale :**

Le taux d'échec est élevé si mal utilisé. La mise en place nécessite un apprentissage avec un médecin entraîné, le spermicide peut couler de façon excessive. Ils sont encombrants (11).

3-3-3) Les dispositifs intra-utérins (stérilet) :

- **Mode d'emploi des D.I.U :**

Plusieurs modes d'action sont avancés : une altération des spermatozoïdes par l'action du cuivre qui empêche la fécondation, une modification de l'endomètre qui empêche la nidation de l'œuf, une modification de la glaire cervicale pour les stérilets au progestatif ce qui empêche les spermatozoïdes de franchir le col.

Il existe différentes formes (au cuivre ou au progestatif), et différentes tailles. Le médecin choisira le stérilet le mieux approprié à chaque femme.

Il est posé par le médecin ou la sage-femme formée, en principe à la fin des règles ou n'importe quel jour du cycle. Sans anesthésie, il est introduit par le col,

placé au fond de l'utérus, les fils du stérilet dépassant le col pour permettre le contrôle du stérilet (par le médecin et par la femme) et pour permettre le retrait. En cas de contraception d'urgence à poser dans les cinq (5) jours suivant le rapport sexuel non protégé éventuellement.

- **Durée du D.I.U :**

Le D.I.U peut rester sur place pendant trois à cinq ans selon les stérilets avec une surveillance médicale régulière, une à deux fois par an.

Le D.I.U au cuivre reste efficace jusqu'à 10 ans

Le retrait se fait pendant ou après les règles. Il est indolore et simple.

- **Efficacité du D.I.U :**

Il est efficace dès la pose.

- **Avantages du D.I.U :**

C'est une méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée, réversible dès le retrait.

- **Inconvénients du D.I.U :**

Les règles peuvent être abondantes et longues avec certains stérilets. Il y a la possibilité de douleurs et de saignements en dehors des règles, des risques d'infection en cas de partenaires multiples. Dans certains cas, le D.I.U est peu conseillé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants en raison du risque de stérilité en cas d'infection. Le risque d'infection est moindre avec le stérilet au progestatif. Il y a un risque de grossesses intra ou extra-utérines et d'expulsion de fœtus.

- **Contre-indications du D.I.U :**

Le D.I.U est contre-indiqué en cas d'infection récente de l'utérus ou des trompes, d'antécédents de grossesses extra-utérines (dans certains cas), les malformations utérines importantes, les maladies hémorragiques (sauf stérilet au progestatif), certains fibromes, les femmes n'ayant jamais eu d'enfants (12).

3-4) Les autres méthodes modernes de contraception :

3-4-1) L'implant "Implanon" :

C'est un implant sous-cutané composé d'un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et 2 mm de large, qui délivre en continu de faibles doses d'hormone (progestérone). Au Mali, on dispose la jadelle qui a deux bâtonnets plus fréquent et surtout du Norplant qui est à 6 capsules pour 5 à 7 ans.

- Mode d'action d'Implanon :

Il empêche l'ovulation et modifie la glaire cervicale.

- Mode d'emploi d'Implanon :

L'implant se met sous la peau de la face interne du bras, à l'aide d'un applicateur stérile à usage unique après une anesthésie locale. Il se retire aussi après une anesthésie locale, à l'aide d'une petite incision de 2 mm, avec une pince. La pose et le retrait sont simples et rapides, environ 1 minute 30 secondes pour la pose et 3 minutes 30 secondes pour le retrait. Il est mis en place pour 3 ans par le médecin ou la sagefemme pendant une consultation.

- Efficacité d'Implanon :

Elle est très efficace dès la pose.

- Avantages d'Implanon :

Le problème d'observance ne se pose pas. Il est bien toléré et réversible dès le retrait.

- Inconvénients d'Implanon :

Il peut y avoir des troubles du cycle, pouvant être un motif de retrait, il laisse une petite cicatrice de 2 mm au niveau de la zone d'insertion.

- Contre- indications d'Implanon :

L'Implanon est contre-indiquée en cas de thrombose évolutive, et d'affection hépatique sévère.

3-4-2) Le patch "EVRA" :

C'est un patch de 20 cm² qui délivre une association oestroprogestative, comme une pilule à 20 microgrammes.

- **Mode d'action du patch "EVRA" :**

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

- **Mode d'emploi du patch "EVRA" :**

Utiliser un patch par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch). Les 4 sites d'application possibles sont : le bras, l'abdomen, le tronc, et les fesses.

Attention: ne pas appliquer sur les seins.

- **Efficacité du patch "EVRA" :**

Il est très efficace à condition d'être bien utilisé.

- **Avantages du patch "EVRA" :**

C'est la meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oubli, très bien toléré et réversible dès l'arrêt. Il permet d'avoir des cycles réguliers, des règles moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

- **Inconvénients du patch "EVRA" :**

Il est visible et peut se décoller dans 2 à 3% des cas. Les effets secondaires sont les céphalées, les nausées, une prise de poids, et une tension mammaire.

- **Contre- indications du patch "EVRA" :**

Les contre-indications sont les mêmes que pour la pilule oestro-progestative.

3-4-3) L'anneau vaginal "Nuvaring" :

L'anneau NUVARING (diamètre = 54 mm et section = 4 mm) délivre une association oestro-progestative, comme une pilule à 15 microgrammes.

- **Mode d'action du Nuvaring :**

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

- **Mode d'emploi du Nuvaring :**

Il faut utiliser un anneau par cycle, trois semaines avec anneau, une semaine sans anneau. Les règles auront lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule. L'insertion et le retrait sont simples.

- **Efficacité du Nuvaring :**

Comme la pilule oestro-progestative, il est efficace à condition d'être bien utilisé. Efficace dès la pose du 1er anneau et aussi pendant la semaine d'arrêt.

- **Avantages du Nuvaring :**

La mise en place et le retrait du Nuvaring sont faciles. L'observance est meilleure qu'avec la pilule. Il y a moins de risques d'oublis. Les avantages sont les mêmes que pour la pilule.

- **Inconvénients du Nuvaring :**

Le Nuvaring peut entraîner des nausées, des céphalées, une prise de poids, et de la tension mammaire.

- **Contre – indications du Nuvaring :**

Elles sont les mêmes que pour la pilule oestro-progestative (13).

3-4-5) La contraception d'urgence :

C'est une contraception d'exception à utiliser en cas de rapport sexuel non ou mal protégé et quel que soit le moment du cycle. A prendre si possible dans les 12 heures et au plus tard jusqu'à cinq jours pour le stérilet.

D'une part, elle agirait en retardant l'ovulation ou en la perturbant lorsqu'elle est sur le point de se produire, d'autre part, elle modifierait l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel oeuf.

Les différents types de contraception d'urgence :

La Pilule (le plus connu est le Norlevo) et le Sterilet (dispositif intra-utérin).

- **Mode d'emploi de la contraception d'urgence :**

Le Norlevo à prendre pendant le repas pour éviter les nausées, dans les 12 heures après le rapport mal ou non protégé, au plus tard dans les 72 heures après le rapport sexuel.

- **Efficacité de la contraception d'urgence :**

Elle varie avec la méthode.

- **Inconvénients de la contraception d'urgence :**

En général, elle est bien tolérée. Il y a la possibilité de nausées/vomissements.

- **Contre- indications de la contraception d'urgence :**

Le Norlevo comme le Sterilet ne peut pas, dans certains cas, être posé chez des femmes n'ayant pas eu d'enfants (14).

2- 4- 6) Les spermicides :

3- Mode d'action des spermicides :

Les spermicides se présentent sous forme d'ovules, de crèmes, de gel ou d'éponges. Ils sont essentiellement faits de Chlorure de Benzalkonium. Ils sont introduits dans le vagin avant le rapport sexuel. Ils se dissolvent et se dispersent dans le vagin et immobilisent les spermatozoïdes.

- **Avantages des spermicides :**

Ils sont simples à utiliser, sans prescription donc facilement disponibles, sans contre-indications médicales ni de risque pour la santé ; Ils peuvent jouer un rôle de lubrifiants.

- **Inconvénients des spermicides :**

L'efficacité des spermicides est insuffisante. Ils sont coûteux avec un mode d'emploi contraignant. En d'autres termes, il faut respecter un certain délai pour sa mise en place. Certains peuvent couler de façon excessive. Il y a une possibilité d'intolérance locale au produit.

3-4-7) La stérilisation à visée contraceptive :

Elle est régie par des lois dans plusieurs pays (15)

a) La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes

- **Méthode par coelioscopie et laparotomie /vaginale**

Elle se pratique sous anesthésie générale (avec hospitalisation). Elle consiste soit à : sectionner et électro-coaguler les trompes ; poser des anneaux de Yoon (clips) sur les trompes.

Cette méthode est en principe irréversible.

- **Méthode par les voies naturelles :**

C'est une nouvelle méthode : le dispositif Essure se pratique par hystéroscopie sans anesthésie générale et sans hospitalisation.

On accède aux trompes pour y placer un micro-implant souple dans chacune des trompes pour les obstruer.

C'est une méthode simple et rapide (environ 30 minutes) ne laissant pas de cicatrice. Il faut attendre 3 mois (et continuer sa méthode de contraception habituelle) avant que la méthode soit efficace. Elle est irréversible.

b) Stérilisation masculine : la vasectomie

C'est la section des canaux déférents (canaux transportant les spermatozoïdes). C'est une intervention chirurgicale simple, sous anesthésie locale, sans grands risques opératoires, en principe irréversible ; il existe la possibilité d'autoconservation du sperme au préalable dans des banques de sperme.

Au Mali, les services de prestation de PF mettent la plus part de ces méthodes à la disposition de la population.

3-5) Méthodes naturelles : les moins efficaces des contraceptions

Historiquement, ce sont les plus utilisées et pourtant ce sont les moins fiables. Elles peuvent être utilisées par des femmes voulant espacer les grossesses et qui accepteraient l'échec de ces méthodes.

3-5-1) Retrait ou coït interrompu :

L'homme retire son pénis juste avant l'éjaculation pour qu'elle se produise à l'extérieur du vagin. Si le retrait n'est pas effectué à temps, il y a un risque de grossesse, de même qu'il arrive très souvent qu'avant l'éjaculation, un peu de liquide contenant des spermatozoïdes s'écoule du pénis. C'est une méthode qui rompt l'harmonie du rapport sexuel.

3-5-2) Abstinance périodique/Collier :

Il s'agit de détecter la phase fertile du cycle menstruel et de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels ou d'utiliser des contraceptions locales pendant cette période.

Cette méthode est fondée sur le fait que les spermatozoïdes et les ovules ont une durée de vie de quelques jours. La fécondation ne peut se réaliser que si les rapports sexuels ont lieu quelques jours avant, pendant ou après l'ovulation. Cette méthode nécessite un apprentissage.

Le moment de l'ovulation est évalué de plusieurs façons.

a- Méthode du calendrier ou Ogino :

C'est la plus largement connue et pourtant la moins efficace.

Elle est basée sur le calcul de la période fertile (ovulation), considérant les autres périodes du cycle comme non à risque de grossesse.

Cette méthode est peu fiable car la date de l'ovulation n'est jamais prévisible, elle peut être décalée même si les cycles sont réguliers et de nombreux facteurs peuvent perturber le cycle.

Tout rapport sexuel présente un risque de grossesse, quel que soit le jour du cycle (même pendant les règles).

b- Méthode de la température corporelle :

Lors de l'ovulation la température basale du corps monte de 1 à 4 degrés et reste la même (en plateau) jusqu'aux règles suivantes.

Cette méthode consiste à détecter l'ovulation en prenant sa température rectale tous les matins au réveil avant de se lever.

L'abstinence est longue. Elle doit se faire du début des règles jusqu'au 2ème jour après la montée de température. De nombreux facteurs peuvent perturber la température basale (infections, nuits courtes, heure du réveil) et induire en erreur l'utilisatrice. Cette méthode est contraignante.

c- Méthode de la glaire ou Billings :

La glaire cervicale change de consistance au moment de l'ovulation.

Cette méthode consiste à détecter la modification de la consistance de la glaire cervicale observée à l'entrée du col tous les jours : il faut pour cela imbiber le pouce de glaire et apprécier la longueur du "fil" obtenu (5 à 10 cm) et la transparence de la glaire.

Au moment de l'ovulation et juste avant, la glaire cervicale est plus abondante et a une consistance comparable à celle du blanc d'œuf. L'abstinence doit se faire à partir de cette modification et jusqu'à 3 jours après qu'elle ait disparu.

Cette méthode demande un apprentissage et est réservée aux initiées motivées, elle est source de nombreuses erreurs.

d- Tests d'ovulation : Persona

Ce sont des tests qui permettent de détecter le début et la fin de l'ovulation par la mesure des variations hormonales dans les urines, si les cycles sont réguliers.

Ils ont une efficacité légèrement supérieure aux méthodes précédentes toutefois leur coût reste très élevé(16).

3- 5-3) Allaitement maternel :

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est le recours à l'allaitement comme méthode temporaire de planification familiale. La MAMA est efficace à 98 % environ contre la grossesse si les critères suivants sont remplis : la mère n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement ; elle nourrit son enfant au sein, exclusivement ou presque exclusivement ; le bébé a moins de 6 mois.

Outre son effet contraceptif temporaire, l'allaitement protège le nourrisson contre les maladies infectieuses, lesquelles peuvent être mortelles. Toutefois, dans le cas des femmes séropositives pour le VIH, il convient de peser soigneusement le risque de transmission de ce virus de la mère à l'enfant contre les avantages bien connus de l'allaitement (17).

4) Méthodes de contraception traditionnelles au Mali

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples (18).

On peut citer :

a- Cordelette imprégnée (Tafo) :

Cordelette avec des nœuds imprégnée d'incantations et attachée autour du bassin de la femme. Son pouvoir reposerait sur la psychologie mais également sur le vécu ou valeurs socioculturelles (par exemple perd son efficacité en cas de rapport avec un autre homme que son mari).

b- Toile d'araignée :

Se place dans le vagin de façon à obstruer l'orifice externe du col, empêchant donc la montée des spermatozoïdes, donc méthode de barrière.

c- 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.

d- Solutions à boire :

Il peut s'agir : d'écorces d'arbres ou de plantes, des graines à avaler ou de « nasi » solution préparée par les marabouts ou des charlatans.

e- Séparation du couple après accouchement :

Après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant 40 jours. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement.

Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles. Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infection à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tel que l'infertilité, des algies pelviennes.

5) Morale et éthique de la reproduction :

5- 1) 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(19).

5-2) Aspects religieux et philosophiques :

a- Christianisme et la contraception :

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larchet (20), 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 (21).

b- Islam et contraception :

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 (22) 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 ».

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 (23).

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 (13).

MATERIEL ET METHODES

V. Matériel et Méthodes

1. Lieu d'étude:

L'étude a été réalisée à la faculté de médecine d'odontostomatologie et la faculté de pharmacie.

1. Période de l'étude:

Les données ont été recueillies en avril 2018.

2. Type d'étude:

Nous avons mené une étude transversale descriptive.

3. Population d'étude:

La population représente un groupe entier pour lequel nous avons un intérêt particulier.

Cet intérêt particulier représente tout étudiant de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

3.1. L'échantillonnage :

Généralement l'étude ne porte que sur un groupe restreint de membres ou d'individus d'une population ; un tel groupe constitue un échantillon de la population qui est tout étudiant de la troisième année de médecine.

3.2. Critères d'inclusion:

Tout étudiant de tout sexe et de tout âge ayant suivie la conférence débat sur les moyens de contraception ; et ayant fait faits le prétest et ou posttest avant et après la conférence-débat.

3.3. Critères de non inclusion:

- Tout étudiant de la FMOS n'ayant pas passé le prétest et posttest avant et après la conférence-débat.

4. Le questionnaire de l'étude:

Le questionnaire de l'étude a été conçu en prétest et en posttest. La première partie permettait de recueillir les données sociodémographiques comme l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la filière, le lieu d'habitation, et le statut matrimonial et le type de contraception utilisée pour la première fois ou type de la

contraception actuelle. La deuxième partie portait sur les connaissances sur les moyens de contraception et les attitudes devant la contraception.

5. Déroulement de l'étude:

Le thème de la conférence débat était les différentes méthodes contraceptives. Nous avons distribué le questionnaire d'auto administration de l'étude (le prétest) aux étudiants présents dans le grand amphithéâtre de la FMOS/FAPH avant le début de la conférence-débat de deux heures d'affilée animée par un gynécologue. Les étudiants ont remplis le prétest en gardant l'anonymat. L'objectif du prétest était de déterminer le niveau de connaissances de base avant de recevoir une information quelconque sur la contraception du conférencier. Après, les étudiants ont suivis la conférence-débat. Ensuite, les étudiants ont reçu le posttest pour le remplir. L'objectif du posttest était de déterminer le niveau de connaissances pour estimer l'efficacité de l'intervention (la conférence-débat).

6. Collecte, saisie et analyse des données:

Les données ont été recueillies à l'aide du logiciel Microsoft Office 2010, et analysées avec SPSS 16. Le test statistique de Khi^2 a été utilisé pour comparer les proportions. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

RESULTATS

VI. RESULTATS

Dans cette étude, 189 étudiants ont été inclus au total.

Tableau I : Répartition des étudiants selon la période du test

Période	Effectif	Pourcentage
Pré test	111	58,7
Post test	78	41,3
Total	189	100,0

Sur les étudiants enquêtés, 58,7% (111/189) avaient participé au pré-test contre 41,3% (78/189) au posttest.

Donnée sociodémographiques

Tableau II : Répartition des étudiants selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (en année)	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
< 21	16 (59,3)	11 (40,7)	27 (14,3)
21 – 23	67 (57,8)	49 (42,2)	116 (61,4)
> 23	19 (67,9)	9 (32,1)	28 (14,8)
Indéterminée	9 (50)	9 (50)	18 (9,5)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p = 0,665 (Khi²)

Les étudiants étaient âgés de 21 à 23 ans dans 61,4% (116/189) des cas.

Tableau III : Répartition des étudiants selon la filière d'étude

Filière	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Médecine générale	106 (60,2)	70 (39,8)	176 (93,1)
Odontostomatologie	5 (38,5)	8 (61,5)	13 (6,9)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p = 0,124 (Khi²)

Dans notre étude, les étudiants de la médecine générale ont représenté 93,1 % des cas.

Tableau IV : Répartition des étudiants selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Célibataire	97 (58,8)	68 (41,2)	165 (87,3)
Marié	9 (69,2)	4 (30,8)	13 (6,9)
Indéterminé	5 (45,5)	6 (54,5)	11 (5,8)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p = 0,497 (Correction de continuité)

Les étudiants étaient célibataires dans 87,3% (165/189) contre 6,9% (13/189) qui étaient mariés.

Tableau V: Répartition des étudiants (es) ayant ou pas au moins un enfant

Avoir un enfant	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Oui	6 (100)	0 (0)	6 (3,2)
Non	100 (57,1)	75 (42,9)	175 (92,6)
Indéterminé	5 (62,5)	3 (37,5)	8 (4,2)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p = 0,042 (Test exact de Fisher)

Les étudiants sans enfant ont représenté 92,6 % (175/189) dans notre échantillon.

Contraception œstro-progestative orale (pilule)

Tableau VI : Répartition des étudiants selon leurs connaissances sur la pilule œstro-progestative.

Mode d'action de la pilule œstroprogestative	Période		Total (%)	P
	Pré test (%)	Post test (%)		
Blocage de l'ovulation	72 (63,2)	42 (36,8)	114 (60,3)	0,127
Modification de la glaire cervicale	12 (50)	12 (50)	24 (12,7)	0,352
Modifications de l'endomètre rendant la nidation impossible	19 (55,9)	15 (44,1)	34 (18)	0,710

Les étudiants avaient répondu que la pilule œstroprogestative agissait en bloquant uniquement l'ovulation dans 60,3% (114/189).

Tableau VII : Répartition des étudiants selon leur connaissance sur la prise de la pilule.

Prise de pilule aux heures régulières	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Oui	49 (42,6)	66 (57,4)	115 (60,8)
Non	19 (67,9)	9 (32,1)	28 (14,8)
Ne sait pas	43 (93,5)	3 (6,5)	46 (24,3)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

$p < 10^{-3}$ (Khi²)

Dans 60,8% (115/189), les étudiants savaient que la prise de la pilule est quotidienne et à une heure régulière. 42,6% (49/115) au prétest contre 57,4% (66/115) au posttest.

Tableau VIII : connaissance des étudiants sur la nécessité d'un arrêt d'une semaine entre deux plaquettes.

Un arrêt d'une semaine entre deux plaquettes est nécessaire	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Oui	17 (77,3)	5 (22,7)	22 (11,6)
Non	30 (37)	51 (63)	81 (42,9)
Ne sait pas	64 (74,4)	22 (25,6)	86 (45,5)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

$p < 10^{-3}$ (Khi²)

Les étudiants ne savaient pas si un arrêt d'une semaine entre deux plaquettes est nécessaire dans 74,4% (64/86) lors du pré-test contre 25,6% (22/86) lors du posttest.

Tableau IX : Répartition des étudiants selon leur connaissance du risque de cancer du sein avec la pilule.

Diminue le risque du cancer du sein	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Oui	10 (20,8)	38 (79,2)	48 (25,4)
Non	51 (61,4)	32 (38,6)	83 (43,9)
Ne sait pas	50 (86,2)	8 (4,2)	58 (30,7)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

$p < 10^{-3}$ (Khi²)

Les étudiants ne savaient pas que la pilule oestro-progestatif ne diminue pas le risque du cancer de sein lors du prétest et le posttest respectivement 86,2 % (50/58) et 4,2% (8/58).

Tableau X : Répartition des étudiants selon la connaissance de la conduite à tenir devant l'oubli de prendre la pilule de moins de 12 heures

En cas d'oubli moins de 12 heures	Période		Total (%)	P
	Pré test (%)	Posttest (%)		
Poursuivre la plaquette	20 (54,1)	17 (45,9)	37 (19,6)	0,519
Poursuivre la plaquette + préservatif	31 (52,5)	28 (47,5)	59 (31,2)	0,244
Contraception d'urgence ou pilule du lendemain	46 (63,9)	26 (3,1)	72 (38,1)	0,258
Arrêt de la plaquette	8 (72,7)	3 (27,3)	11 (5,8)	0,512

Dans notre cohorte 38,1% (72/189) des étudiants connaissaient la conduite à tenir en cas d'oubli de moins de 12 heures.

Tableau XI : Répartition des étudiants selon la connaissance de la conduite à tenir devant l'oubli de prendre la pilule de plus de 12 heures

En cas d'oubli de plus de 12 heures	Période		Total (%)	P
	Pré test (%)	Post test (%)		
Poursuivre la plaquette	12 (52,2)	11 (47,8)	23 (12,2)	0,496
Poursuivre la plaquette + préservatif	23 (57,5)	17 (42,5)	40 (21,2)	0,859
Contraception d'urgence ou pilule du lendemain	35 (52,2)	32 (47,8)	67 (35,4)	0,179
Arrêt de la plaquette	20 (74,1)	7 (25,9)	27 (14,3)	0,080

Seulement 35,4% (67/189) connaissaient la conduite à tenir pour un oubli de prendre la pilule de plus de 12 heures.

Tableau XII : Répartition des étudiants selon leur connaissance en cas de vomissement dans les 4 heures après la prise d'une pilule.

Vomissement après 4h équivalent à oublié	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Oui	16 (57,1)	12 (42,9)	28 (14,8)
Non	51 (58)	37 (42)	88 (46,6)
Ne sait pas	44 (60,3)	29 (39,7)	73 (38,6)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

P = 0,940 (Khi²)

Seulement 14,8% (28/189) des étudiants savaient qu'un vomissement survenant dans les 4 heures après la prise d'une pilule équivalent à un oublié.

Contraception progestative orale (Microval, milligynon)

Tableau XIII : Répartition des étudiants selon leur connaissance sur la pilule progestative orale.

Mode d'action de la progestative orale	Période		Total (%)	P
	Pré test (%)	Post test (%)		
Blocage de l'ovulation	51 (56)	40 (44)	91 (48,1)	0,052
Modification de la glaire cervicale	15 (50)	15 (50)	30 (15,9)	0,290
Modifications de l'endomètre rendant la nidation impossible	34 (65,4)	18 (34,6)	52 (27,5)	0,252

Seulement 15,9% (30/189) des étudiants avaient correctement répondu à la question sur le mode d'action de la pilule progestative orale.

Tableau XIV : Répartition des étudiants selon leur connaissance des perturbations du cycle menstruel avec la pilule progestative orale.

La pilule progestative entraîne des perturbations du cycle menstruel.	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Oui	69 (60)	46 (40)	115 (60,8)
Non	12 (40)	18 (60)	30 (15,9)
Ne sait pas	30 (68,2)	14 (31,8)	44 (23,3)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p = 0,049 (Khi²)

Pour cette question Les étudiants savaient dans 60,8% (115/189) des cas qu'il est possible d'avoir des perturbations du cycle menstruel sous la pilule progestative.

Tableau XV : Répartition des étudiants selon leur connaissance des antécédents de grossesse extra-utérine (GEU) avec la pilule progestative orale.

La pilule progestative est déconseillée en cas d'ATCD de GEU	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Oui	53 (57)	40 (43)	93 (49,2)
Non	14 (38,9)	22 (61,1)	36 (19)
Ne sait pas	44 (73,3)	16 (26,7)	60 (31,7)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p = 0,004 (Khi²)

Sur les étudiants enquêtés, 49,2% des étudiants (93/189) pensaient que la pilule progestative orale est déconseillée en cas de grossesse extra-utérine.

Tableau XVI : Répartition des étudiants selon le temps de risque d'exposition à la grossesse.

Temps de risque d'exposition à la grossesse	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
3 heures	1 (8,3)	11 (91,7)	12 (6,3)
6 heures	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (1,6)
12 heures	22 (56,4)	17 (43,6)	39 (20,6)
24 heures	61 (65,6)	32 (34,4)	93 (49,2)
Indéterminé	26 (61,9)	16 (38,1)	42 (22,2)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p = 0,002 (Test exact de Fisher)

Seulement 6,3% des étudiants savaient qu'au-delà de 3 heures, un oubli expose à un risque de grossesse.

Contraception d'urgence

Tableau XVII : Répartition des étudiants selon leur utilisation de la contraception d'urgence

Avez-vous déjà utilisé une contraception d'urgence ?	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Oui	9 (4,8)	5 (35,7)	14 (7,4)
Non	84 (62,7)	50 (37,5)	134 (70,9)
Ne sait pas	14 (73,7)	5 (26,3)	19 (10,1)
Indéterminé	4 (18,2)	18 (81,8)	22 (11,2)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p = 0,001 (Khi²)

Sur les étudiants enquêtés, seulement 7,4% (14/189) ont déjà eu recours à la pilule du lendemain.

Tableau XVIII : Répartition des étudiants selon leur connaissance sur le délai d'efficacité de la contraception d'urgence.

Délai d'efficacité de la contraception d'urgence	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
12 heures	57 (65,5)	30 (34,5)	87 (46)
24 heures	15 (62,5)	9 (37,5)	24 (12,7)
48 heures	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (4,8)
72 heures	16 (55,2)	13 (44,8)	29 (15,3)
Indéterminé	19 (47,5)	21 (52,5)	40 (21,2)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p = 0,312 (Correction de continuité)

Sur les étudiants enquêtés, seulement 15,3% (29/189) savaient que la contraception d'urgence peut être prise dans un délai de 72 heures.

Tableau XIX : Répartition des étudiants selon leur niveau d'information.

Niveau d'information	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Parfaitement	7 (36,8)	12 (63,2)	19 (10,1)
Correctement	29 (61,7)	18 (38,3)	47 (24,9)
Insuffisamment	41 (77,4)	12 (22,6)	53 (28)
Pas du tout	26 (65)	14 (35)	40 (21,2)
Indéterminé	8 (26,7)	22 (73,3)	30 (15,9)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

$p < 10^{-3}$ (Khi²)

Sur les 189 étudiants enquêtés, 28% (53/189) pensent être insuffisamment informés.

Stérilet ou Dispositif intra-utérin

Tableau XX : Répartition des étudiants selon leur connaissance sur le dispositif intra-utérin (DIU).

Mode d'action	Période		Total (%)	P
	Pré test (%)	Post test (%)		
Blocage de l'ovulation	18 (52,9)	16 (47,1)	34 (18)	0,146
Effet anti-nidatoire	62 (67,4)	30 (32,6)	92 (48,7)	0,019
Modifications de la glaire cervicale	15 (53,6)	13 (46,4)	28 (14,8)	0,548

Sur les étudiants enquêtés 48,7% (92/189) connaissent le mécanisme d'action du stérilet.

Tableau XXI : Répartition des étudiants selon leur connaissance du DIU s'il peut être posé chez une femme n'ayant jamais d'enfant.

Peut être posé chez une femme n'ayant jamais eu d'enfants	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Oui	53 (67,9)	25 (32,1)	78 (41,3)
Non	20 (37,7)	33 (62,3)	53 (28)
Ne sais pas	38 (65,5)	20 (34,5)	58 (30,7)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p = 0,001 (Khi²)

sur les étudiants enquêtés 41,3% (78/189) savaient que l'on peut le poser chez une femme n'ayant jamais eu d'enfants.

Tableau XXII : Répartition des étudiants selon la connaissance sur la période d'efficacité du stérilet.

Période d'efficacité du stérilet	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
3 mois	17 (54,8)	14 (45,2)	31 (16,4)
6 mois	16 (72,7)	6 (27,3)	22 (11,6)
1 an	6 (75)	2 (25)	8 (4,2)
3 ans	15 (83,3)	3 (16,7)	18 (9,5)
5 ans	28 (50)	28 (50)	56 (29,6)
Indéterminée	29 (53,7)	25 (46,3)	54 (28,6)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p = 0,066 (Correction de continuité)

Sur les étudiants enquêtés, 29,6% (56/189) savaient que le DIU est efficace pour 5 ans en moyenne.

Implant (Implanon ou Nexplanon)

Tableau XXIII : Répartition des étudiants selon leur connaissance sur le mode d'action de l'implant.

L'implant délivre en continu un progestatif.	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Oui	24 (41,4)	34 (58,6)	58 (30,7)
Non	12 (30)	28 (70)	40 (21,2)
Ne sais pas	75 (82,4)	16 (17,6)	91 (48,1)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

$p < 10^{-3}$ (Khi²)

Sur les étudiants enquêtés, 30,7% (58/189) savaient que l'implant agissait en libérant continuellement un progestatif.

Tableau XXIV: Répartition des étudiants selon leurs connaissances sur les perturbations du cycle menstruels observées avec l'utilisation de l'implant.

Perturbations des cycles menstruels observées	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Oui	49 (59)	34 (41)	83 (43,9)
Non	15 (35,7)	27 (64,3)	42 (22,2)
Ne sais pas	47 (73,4)	17 (26,6)	64 (33,9)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p = 0,001 (Khi²)

Sur les étudiants enquêtés, 43,9% (83/189) savaient que des perturbations du cycle menstruel peuvent être constatées en cas d'utilisation de cette contraception.

Tableau XXV: Répartition des étudiants selon la période d'efficacité de l'implant.

Période d'efficacité de l'implant	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
1 an	18 (62,1)	11 (37,9)	29 (15,3)
3 ans	27 (54)	23 (46)	50 (26,5)
5 ans	30 (66,7)	15 (33,3)	45 (23,8)
Indéterminée	36 (55,4)	29 (44,6)	65 (34,4)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p = 0,559 (Khi²)

Sur les étudiants enquêtés, 26,5% (29/189) savaient que la durée d'efficacité de l'implant était de 3 ans.

Tableau XXVI : Répartition des étudiants selon le mode d'utilisation de l'anneau vaginal.

L'anneau vaginal peut- être retiré avant un rapport sexuel.	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Vrai	21 (55,3)	17 (44,7)	38 (20,1)
Faux	11 (64,7)	6 (35,3)	17 (9,0)
Ne sais pas	74 (77,1)	22 (22,9)	96 (50,8)
Indéterminé	5 (13,2)	33 (86,8)	38 (20,1)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

$p < 10^{-3}$ (Khi²)

Sur les étudiants enquêtés, 20,1% (38/189) des étudiants savaient que l'anneau vaginal peut être retiré avant un rapport sexuel.

Patch (Evra)

Tableau XXVII : Répartition des étudiants selon le temps d'utilisation du patch.

Le patch doit rester en place.	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
1 semaine	10 (50)	10 (50)	20 (10,6)
3 semaines	13 (26)	37 (74)	50 (26,5)
Ne sais pas	80 (97,6)	2 (2,4)	82 (43,4)
Indéterminé	8 (21,6)	29 (78,4)	37 (19,6)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

$p < 10^{-3}$ (Khi²)

Seulement 10,6% (20/189) des étudiants savaient que le patch doit être changé toutes les semaines.

Tableau XXVIII: Répartition des étudiants selon le mode d'utilisation du patch

Le changement de patch se fait toujours le même jour de la semaine.	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Vrai	13 (46,4)	15 (53,6)	28 (14,8)
Faux	12 (46,2)	14 (53,8)	26 (13,8)
Ne sais pas	81 (77,1)	24 (22,9)	105 (55,6)
Indéterminé	5 (16,7)	25 (83,3)	30 (15,9)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

$p < 10^{-3}$ (Khi²)

Seulement 14,8% (28/189) des étudiants savaient que le patch doit être changé toujours le même jour de la semaine.

Tableau XXIX : Répartition des étudiants selon la connaissance si le patch a la même contre-indication que la pilule œstro progestative.

Contre-indications sont les mêmes que celles de la pilule œstro- progestative	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Vrai	19 (46,3)	22 (53,7)	41 (21,7)
Faux	11 (29,7)	26 (70,3)	37 (19,6)
Ne sais pas	80 (98,8)	1 (1,2)	81 (42,9)
Indéterminé	1 (3,3)	29 (96,7)	30 (15,9)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

$p < 10^{-3}$ (Khi²)

Seulement 21,7% (41/189) des étudiants savaient que les contre-indications du patch étaient les mêmes que celles de la contraception œstro-progestative orale.

Autres moyens de contraception

Tableau XXX : Répartition des étudiants selon le moyen de contraception qu'il utilise.

Moyens de contraception déjà utilisés	Période		Total (%)	P
	Pré test (%)	Post test (%)		
Abstinence pendant la période de fertilité	45 (71,4)	18 (28,6)	63 (33,3)	0,012
Retrait	5 (35,7)	9 (64,3)	14 (7,4)	0,069
Spermicide	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (4,8)	0,586
Courbe de température	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (3,2)	1,000
Diaphragme	1 (16,7)	5 (83,3)	6 (3,2)	0,083

Sur les étudiants enquêtés, 33,3% (63/189) utilisent déjà l'abstinence comme moyen de contraception.

Tableau XXXI : Répartition des étudiants selon leur connaissance sur l'association des contraceptifs locaux.

Pour plus d'efficacité, associer plusieurs contraceptifs locaux	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Vrai	23 (53,5)	20 (46,5)	43 (22,8)
Faux	21 (55,3)	17 (44,7)	38 (20,1)
Ne sais pas	60 (83,3)	12 (16,7)	72 (38,1)
Indéterminé	7 (19,4)	29 (80,6)	36 (19)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p < 10⁻³ (Khi²)

dans notre cohorte 22,8% (43/189) des étudiants savaient que pour plus d'efficacité il vaut mieux associer plusieurs contraceptifs locaux.

Tableau XXXII : Répartition des étudiants selon leurs avis sur l'efficacité des méthodes naturelles (courbe de température, retrait, abstinence) comparées à la contraception orale.

Méthodes aussi efficaces que la contraception orale	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Vrai	31 (51,7)	29 (48,3)	60 (31,7)
Faux	16 (84,2)	3 (15,8)	19 (10,1)
Ne sais pas	56 (78,9)	15 (21,1)	71 (37,6)
Indéterminé	8 (20,5)	31 (79,5)	39 (20,6)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

$p < 10^{-3}$ (Khi²)

Seulement 31,7% (60/189) des étudiants pensaient que les méthodes barrières ou naturelles sont aussi efficaces que la contraception hormonale.

Tableau XXXIII : Répartition des étudiants selon leur connaissance sur l'efficacité du préservatif.

Préservatif : seule contraception qui protège de la grossesse et des IST	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Vrai	59 (62,1)	36 (37,9)	95 (50,3)
Faux	15 (78,9)	4 (21,1)	19 (10,1)
Ne sais pas	30 (85,7)	5 (14,3)	35 (18,5)
Indéterminé	7 (17,5)	33 (82,5)	40 (21,2)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

$p < 10^{-3}$ (Khi²)

Sur les étudiants enquêtés, 50,3% savaient que le préservatif est la seule méthode contraceptive qui protège aussi bien contre les maladies sexuellement transmissibles que les grossesses non désirées.

Tableau XXXIV : Répartition des étudiants selon l'âge de la première contraception

Age de la 1 ^{ère} contraception (en année)	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
< 21	39 (45,3)	47 (54,7)	86 (45,5)
21 – 23	39 (86,7)	6 (13,3)	45 (23,8)
> 23	13 (76,5)	4 (23,4)	17 (9,0)
Indéterminé	20 (48,8)	21 (51,2)	41 (21,3)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p < 10⁻³ (Khi²)

Sur les étudiants enquêtés, 45,5% (86/189) avaient commencé leur première contraception avant l'âge de 21 ans.

Tableau XXXV : Répartition des étudiants selon le type de contraception utilisé la 1^{ère} fois.

Type de contraception utilisée la 1 ^{ère} fois	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Abstinence	6 (54,5)	5 (45,5)	11 (5,8)
Implant	18 (85,7)	3 (14,3)	21 (11,1)
Pilule	16 (66,7)	8 (33,3)	24 (12,7)
Préservatif	36 (46,8)	41 (53,2)	77 (40,7)
Retrait	2 (100)	0 (0)	2 (1,1)
Stérilet	11 (100)	0 (0)	11 (5,8)
Aucun	2 (100)	0 (0)	2 (1,1)
Indéterminé	20 (4,8)	21 (51,2)	41 (21,7)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p = 0,0001 (Test exact de Fisher)

Sur les étudiants enquêtés, 40,7% (77/189) avaient utilisé le préservatif la première fois comme moyen de contraception.

Tableau XXXVI : Répartition des étudiants selon le type de contraception utilisé actuellement.

Type de contraceptif utilisé actuellement	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Abstinence	8 (57,1)	6 (42,9)	14 (7,4)
Implant	13 (81,3)	3 (18,7)	16 (8,5)
Pilule	17 (81)	4 (19)	21 (11,1)
Préservatif	13 (29,5)	31 (70,5)	44 (23,3)
Confiance	0 (0)	1 (100)	1 (0,5)
Retrait	5 (100)	0 (0)	5 (2,6)
Stérilet	7 (100)	0 (0)	7 (3,7)
Aucun	28 (70)	12 (30)	40 (21,2)
Indéterminé	20 (4,8)	21 (51,2)	41 (21,7)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p = 0,0001 (Test exact de Fisher)

Dans notre cohorte 23,3% (44/189) des étudiants continuaient à utiliser le préservatif comme moyen de contraception.

Tableau XXXVII : Répartition des étudiants selon la raison de non utilisation de contraceptif.

Raison de non utilisation de contraceptif	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Abstinence	2 (50)	2 (5)	4 (9,1)
Célibataire	7 (87,5)	1 (12,5)	8 (18,2)
Diminue le sentiment	5 (71,4)	2 (28,6)	7 (15,9)
Immaturité	0 (0)	1 (100)	1 (2,3)
Ne sait pas	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (15,9)
Pas besoin	6 (75)	2 (25)	8 (18,2)
Religion	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (15,9)
Vierge	2 (4,5)	0 (0)	2 (4,5)
Total	30 (68,2)	14 (31,8)	44 (100)

p = 0,533 (Test exact de Fisher)

Seulement 18,2% (8/44) des étudiants n'utilisaient pas de contraception parce qu'ils étaient célibataires contre 9,1% (4/44) pour abstinence.

Tableau XXXVIII : Répartition des étudiants selon une ou plusieurs grossesses non désirées.

Déjà eu une ou plusieurs grossesses	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Oui	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (4,8)
Non	49 (63,6)	28 (36,4)	77 (40,7)
Indéterminé	58 (56,3)	45 (43,7)	103 (54,5)
Total	111 (58,7)	78 (41,3)	189 (100,0)

p = 0,414 (Correction de continuité)

Sur les étudiants enquêtés, seulement 4,8% (9/189) avaient eu au moins une grossesse non désirée.

Tableau XXXIX : Répartition des étudiants selon leurs premiers recours en cas de besoin de conseils.

1 ^{ère} recours pour des conseils	Période		Total (%)
	Pré test (%)	Post test (%)	
Ami (e)	17 (48,6)	18 (51,4)	35 (18,5)
Mère ou sœur	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (1,6)
Milieu universitaire	0 (0)	8 (100)	8 (4,2)
Internet	6 (50)	6 (50)	12 (6,3)
Médecin traitant	18 (81,8)	4 (18,2)	22 (11,6)
Gynécologue	30 (78,9)	8 (21,1)	38 (20,1)
Centre de planification	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (3,2)
Autre	2 (50)	2 (50)	4 (2,1)
Indéterminé	32 (52,5)	29 (47,5)	61 (32,3)
Total	30 (68,2)	14 (31,8)	44 (100)

p = 0,0001 (Test exact de Fisher)

Sur les étudiants enquêtés, 20,1% (38/189) avaient fait recours à un gynécologue pour avoir des conseils.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

I. Discussion sur les méthodes :

1.1. Choix de la population cible :

Sur un effectif de 441 en troisième année médecine générale à la FMOS, nous avons pu enquêter 111 étudiants (25,2%) pendant le prétest parmi lesquels 78 (17,7%) ont participé au posttest. Ce taux de participation est faible mais il pourrait être amélioré si cette activité était intégrée dans un module d'enseignement de la 3^{ème} année médecine générale. Malheureusement, il n'existe pas de module sur la santé de reproduction même dans le cours de gynéco-obstétrique à la FMOS. Nous avons décidé d'enquêter les étudiants de la 3^{ème} année médecine générale car d'une part ils ont les notions de base nécessaires sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil reproducteur masculin et féminin et surtout de la sémiologie générale pour mieux appréhender le mode d'action, le mode d'utilisation, les avantages et les inconvénients ainsi que les contre-indications des moyens de contraception. D'autre part, les étudiants des classes supérieures à la 3^{ème} année médecine générale ayant déjà appris la gynécologie et fait des stages pratiques auraient une connaissance solide des moyens de contraception. Par conséquent, il serait difficile d'évaluer l'impact de la conférence en termes d'acquisition de connaissances.

1.2. Le choix du format prétest-conférence-posttest :

Initialement, nous avons programmé de faire la conférence au milieu du cours pour forcer les étudiants à rester du début à la fin. Malheureusement, du fait du retard accusé par le conférencier et l'emploi de temps d'utilisation de l'amphithéâtre pour les cours, la conférence a été mise à la dernière moitié du cours d'anglais. Ce qui justifie d'ailleurs la différence importante entre l'effectif du prétest et celui du posttest. Ceci peut représenter un biais de sélection dans les deux sens : d'une part les étudiants paresseux peuvent quitter l'amphithéâtre pour vaguer à leur occupation ; extra-académique et d'autre part même les très bons étudiants orientés vers l'obtention d'un excellent résultat académique

peuvent quitter pour aller apprendre les leçons (sur lesquelles ils seront évalués en fin d'année) avant l'arrivée du professeur du cours suivant.

1.3. L'échantillonnage :

Nous avons distribué 200 questionnaires prétest et 200 questions posttest au hasard dans l'amphithéâtre. Le taux de rétention des questions était 44,5% (89/200) pour le prétest et 61% (122/200) pour le posttest. Nous aurions pu donner systématiquement à toute la classe pour éviter que ceux qui n'en avaient pas reçu ne découragent ceux qui en avaient reçu. Notre étude est juste pilote. Elle doit servir de base pour faire une étude plus large avec une taille de l'échantillon prédéfini et bien reparti de façon proportionnelle entre les différentes classes de médecine, de pharmacie et même dans les autres universités à Bamako.

1.4. Rédaction du questionnaire et le choix du type de questions :

Nous avons posé une série de 58 questions, 15 questions sur les informations personnelles de l'étudiant et 43 questions sur les différentes méthodes contraceptives. Cela avait pour but d'évaluer leur connaissances sur leur propre contraception mais aussi sur les autres méthodes qu'ils n'utilisent pas. Or, toujours pour la même raison, dans un contexte d'urgence, le questionnaire a pu paraître un peu long à remplir. Afin d'obtenir des résultats exploitables, nous avons choisi de poser majoritairement des questions à choix multiples, plus simples à remplir. D'une part pour les questions à réponses libres, la participation n'a pas atteint 100% d'autres parts les réponses étaient plus difficiles à analyser.

1.5. Analyse des résultats :

L'analyse statistique selon la loi du Khi 2 a été réalisée de manière systématique, mais certains effectifs étant inférieurs à 5, nous ont induit à faire un test de Fisher.

II. Discussion sur les résultats :

1. Caractéristiques de la population

Nous n'avons pas jugé nécessaire de mettre un tableau sur la résidence car nous pensons que l'internat et le village du Point G expose les étudiants à une vie sexuelle très active loin du regard et du contrôle des parents. Très peu d'étudiants restent en famille pour faire la navette entre le cours, les stages et le domicile en ville.

Age :

14,3% (27/189) des étudiants avaient moins de 21 ans (**Tableau II**).

Parmi les enquêtés, 45,5% (86/189) avaient commencé leur première contraception avant l'âge de 21 ans $p < 10^{-3}$ (**Tableau XXXIV**). L'âge moyen du premier rapport sexuel était de 15,9 ans au Mali dans la population générale (24) et 15,74 ans dans le milieu scolaire (24). En somme, les étudiants avant d'arriver à la faculté sont le plus souvent sexuellement actifs, ce qui justifie ce taux d'utilisation de la contraception avant l'âge de 21 ans.

Contraception utilisée :

Selon les étudiants enquêtés, le préservatif a été utilisé comme leur tout premier moyen de contraception dans 40,7% (77/189) des cas $p = 0,0001$ (**Tableau XXXV**).

Dans notre étude, 23,3% (44/189) des cas $p = 0,0001$ (**Tableau XXXVI**) des étudiants enquêtés affirmaient utiliser régulièrement le préservatif. La peur des infections sexuellement transmissibles représentait la cause majeure de son utilisation (25) ; ce résultat est différent de celui rapporté dans le Baromètre Santé de l'INPES de 2010, qui confirmaient que chez les 15-24 ans, le préservatif est majoritairement utilisé (90%). C'est seulement avec l'âge et/ou l'installation dans une stabilité affective que les jeunes femmes se voient prescrire la pilule (13).

Statut matrimonial :

Les étudiants étaient célibataires dans 87,3% (165/189) contre 6,9% (13/189) qui étaient mariés (**Tableau IV**). Cela peut être dû au développement actuel de

nos sociétés où l'âge du mariage est de plus en plus repoussé d'une part au profit des études et d'autre part à cause de l'influence des ONG contre le mariage précoce.

Contraception actuelle :

Dans notre cohorte, certains étudiants utilisaient une contraception avec une nette prédominance du préservatif. Il a été utilisé par 23,3% des étudiants. D'après le Baromètre Santé de 2005, trois quarts des femmes avaient déclaré avoir fait un moyen contraceptif (25). Le préservatif est la méthode la plus utilisée et ce quel que soit l'âge.

La pilule était le second moyen de contraception le plus utilisé dans notre cohorte dans 12,7% (24/189) (**Tableau XXXV**). Le choix de la population d'étude est probablement à l'origine de cette différence puisque seules les nouvelles méthodes comme l'implant, l'anneau ou le patch transdermique sont très peu connues et par conséquent moins utilisées dans la population estudiantine (26).

Degré et sources d'information des étudiants sur les moyens de contraception:

Sur les 189 étudiants enquêtés, la majorité, soit 63% étaient informés sur la contraception en général $p < 10^{-3}$ (**Tableau XVIII**) contrairement à la population malienne à l'instar des autres pays en voie de développement (26) ; cet état de fait est en déphasage avec tous les moyens investis dans le planning familial et la propagande hautement médiatisée depuis des années dans le pays. Au Togo, dans une étude qualitative menée en 1996-1997, 85,60 % (n=132) des patientes savaient qu'il existait des méthodes contraceptives et 77,28 % connaissaient le lieu d'approvisionnement des contraceptifs mais 81,82 % ne l'avaient jamais adopté. Les patientes avaient choisi volontairement une méthode moderne de contraception dans 86,36% des cas à la fin de leur étude illustrant l'importance de l'information dans le choix, l'utilisation et l'adhésion aux moyens contraceptifs (4).

A la question « A qui demandez-vous des informations si vous avez une question sur la contraception ? », nous avons vu que les étudiants s'adressent en priorité à leur gynécologue dans 20,1% (38 /189) pour un $p=0,0001$ (**Tableau XXXIX**) et leurs amis n'interviennent qu'en deuxième intention avec 18,5% (35/189). Toutefois, chez les autres, nous pouvons constater l'importance de l'entourage et des sites internet. Les centres de planification n'interviennent qu'en avant dernière position (3,2%) (**Tableau XXXIX**), ce faible taux pourrait s'expliquer par la facilité d'accès des étudiants au gynécologue et autres professionnels en santé de la reproduction compte tenu de la proximité de l'hôpital.

Antécédent de grossesses non désirées :

Dans notre cohorte, 4,8% (9/189) des étudiants ont déjà eu une ou plusieurs grossesses non désirées (**Tableau XXXVIII**). Ces grossesses non désirées pourraient être évité par les moyens de contraception.

2. Connaissances des différentes méthodes contraceptives :

Dans notre cohorte, les étudiants connaissaient mal de manière générale le mode d'utilisation de la contraception orale. Les carences concernaient surtout le mode d'action, les contre-indications et les conduites à tenir en cas d'oubli.

a. Réponses des étudiants sur la conduite à tenir en cas d'oubli :

Environ 35,4% (67/189) $p=0,179$ des étudiants interrogés savaient qu'un oubli de plus de 12 heures pour la contraception oestro-progestative est à risque de grossesse (**Tableau XI**).

Par contre seulement 6,3% (12/189) $p=0,002$ connaissent le délai de 3 heures de la contraception progestative (**Tableau XVI**). L'étude EPILULE avait montré que 43% des patientes savaient que le délai au-delà duquel un oubli est à risque de grossesse est de 12 heures pour la pilule oestro-progestative et de 3 heures pour la pilule progestative (sauf Cérazette® 12 heures) (27).

En cas d'oubli de plus de 12 heures, seulement 35% des étudiants adoptaient la bonne attitude. On retiendra que les connaissances de nos

étudiants sur la conduite à tenir en cas d'oubli de plus de 12 heures, sont sensiblement moins bonnes.

b. La contraception d'urgence :

Sur les étudiants enquêtés 15,3% (29/189) $p=0,312$ (**Tableau XVIII**) savaient qu'elle doit être prise dans les 72 heures après un rapport à risque pour être efficace et 12,7% (24/189) ont répondu dans les 24 heures. D'après les résultats de l'étude, plus du tiers (35 %) des personnes déclarant connaître la contraception d'urgence pense qu'elle ne concerne que les jeunes femmes de moins de 25 ans et seuls 5 % des français (et 15 % des 15-20 ans) connaissant la contraception d'urgence savent qu'il est possible de l'utiliser jusqu'à 72 heures après un rapport non protégé. Un français sur quatre n'a aucune idée du délai d'efficacité de la contraception d'urgence (28). Cependant la question est ambiguë car la contraception d'urgence doit être prise le plus rapidement possible pour avoir la meilleure efficacité (95% à 24 heures, 75% à 72 heures). Il est donc important pour les professeurs d'informer les étudiants sur l'importance de l'utilisation de la contraception d'urgence et de les inciter, si l'occasion se présentait, à ne pas attendre le délai de 72 heures afin d'obtenir une efficacité optimale, d'autant plus que 12,7% (24/189) des étudiants se pensent protéger à 100% si elles l'utilisent dans les 24 heures (**Tableau XVIII**).

c. Le dispositif intra-utérin

Notre étude a relevé que 48,7% (92/189) $p=0,019$ (**Tableau XX**) des étudiants connaissent le mécanisme d'action du stérilet et 29,6% (56/189) $p=0,066$ (**Tableau XXII**) des étudiants savent qu'il est efficace en moyenne 5 ans. Ces chiffres pourraient s'expliquer par le fait que le niveau d'études des étudiants n'est pas assez élevé pour comprendre un tel moyen de contraception malgré la conférence débat.

d. L'implant sous cutané, le patch transdermique et l'anneau vaginal

Concernant ces méthodes de contraception, les résultats sont plutôt insuffisants.

On a vu que 26,5% (50/189) $p=0,559$ (χ^2) (**Tableau XXV**) des étudiants ne connaissaient pas la durée d'action de l'implant ; alors que 45% (85/189) $p<10^{-3}$ (χ^2) (**Tableau XXV**) ne connaissent pas celle de l'anneau et seulement 10,6 (20/189) $p<10^{-3}$ (χ^2) (**Tableau XXVII**) savaient que le patch doit être changé toutes les semaines. Ce faible niveau de connaissance traduit un manque d'information sur le sujet de la part des étudiants.

e. Autres méthodes contraceptives

Plus d'un tiers des étudiants ne savent pas que les méthodes naturelles ont une efficacité moindre par rapport aux autres méthodes contraceptives et 37,6% (71/189) $p<10^{-3}$ (χ^2) (**Tableau XXXII**) ne savent pas que seul le préservatif protège à la fois contre une éventuelle grossesse non désirée et contre les IST. A l'heure actuelle ces résultats peuvent paraître étonnants pourtant l'étude BVA-INPES a montré que chez les jeunes, persistent de nombreuses lacunes : un jeune sur dix âgé de 15 à 20 ans, n'a pas conscience que la pilule ne protège pas du VIH et des infections sexuellement transmissibles (25). On constate donc que malgré des cours d'éducation sexuelle à l'école et de larges campagnes de prévention sur les IST et la contraception, il faut rester vigilant car ce qui est acquis pour certains ne l'est pas pour d'autres et ne pas hésiter à rappeler aux femmes et en particulier aux jeunes les dangers d'une activité sexuelle non protégée car le rôle du médecin est aussi un rôle de prévention.

CONCLUSION

VIII. Conclusion

Au terme de notre étude transversale d'évaluation du niveau de connaissances des étudiants de la 3^{ème} année de médecine de la FMOS, nous avons trouvé que le 1/3 des étudiants enquêtés avait un niveau d'information insuffisant sur les méthodes de contraception et avait utilisé le préservatif comme tout premier moyen de contraception. Un étudiant sur cinq prenait ses informations sur la contraception directement avec le gynécologue. Le caractère socio-culturel et infrastructurel de notre société influence beaucoup l'utilisation des contraceptifs. Les principales raisons de la non-utilisation de la contraception étaient le célibat et les croyances religieuses.

Les étudiants étaient sexuellement actifs. Dans notre cohorte, les connaissances sur les modes d'utilisation, les effets secondaires et les contre-indications de la pilule, du DIU, du patch et l'anneau vaginal étaient mal connues par les étudiants. De tout temps, par divers procédés, la contraception a existé et est légale au Mali.

RECOMMANDATIONS

IX. Recommandations

2-1 A l'Etat Malien

-Mener des campagnes d'information et de sensibilisation sur la contraception pour combler l'ignorance des adolescents tout en respectant leurs découvertes personnelles, les aidera à faire le lien entre l'acte sexuel et les conséquences nuisibles à leur épanouissement.

- Promouvoir la pratique de la contraception en levant les incompréhensions sociales, culturelles et religieuses pour améliorer la prévalence contraceptive chez les adolescentes.

- Connaitre la clientèle visée et planifier en conséquence.

Les besoins contraceptifs des jeunes, mariés ou pas, varient énormément. Les programmes doivent déterminer où se trouve les lacunes dans les services et quel segment des jeunes ils peuvent le mieux atteindre.

- Identifier les lacunes dans les prestations des services et régler les obstacles entravant l'accès.

Déterminer où se situent les lacunes et où se trouvent les opportunités pour atteindre les jeunes mal desservis, de façon rentable.

- Vulgariser l'accès aux méthodes contraceptives et les rendre disponibles pour les jeunes.

2-2- Aux jeunes étudiants

- S'informer avant même la puberté des différentes modifications physiologiques de l'organisme afin de comprendre le cycle menstruel, l'acte sexuel, la contraception, etc.

- Discuter avec les parents, les amis des problèmes de sexualité pour lever les tabous et éviter les idées fausses qui constituent un obstacle à la prise de contraception.

2-3- Au personnel médical et para médical

- Il doit être attentif, disponible
- Manier aisément les concepts médicaux de la sexualité
- Maîtriser les différentes méthodes contraceptives
- Comprendre le monde psychoaffectif des jeunes, s'y adapter, parler et agir en conséquence.
- Dans les centres de santé, l'infirmier se doit d'être accessible pour permettre une meilleure vulgarisation des méthodes contraceptives auprès des jeunes.

2-4- Aux parents

Dépasser les tabous sexuels, religieux, socioculturels pour permettre aux jeunes d'affronter leur sexualité d'une manière responsable.

2-5-Aux autorités universitaires

- Introduire un module sur la sante de la reproduction dans l'enseignement a la FMOS à partir de la 3eme année médecine générale

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

X- Références bibliographiques :

1. **OMS.** Child and Adolescent health and development.
<http://www.who.int/child-adolescent-health/over.htm>. Consulté le 7 janvier 2007.
2. **ONU.** “World Population Prospects: The 2004 Revision: File 1: Total Population Both Sexes by Age Group, Major Area, Region and Country, Annually for 1950-2050 (in thousands) (Pop/DB/WPP/Rev.2004/4/F1).”
Tableau électronique. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU : New York 2005 .
3. Echange MAQ. Les adolescents, <http://www.maqweb.org/franco/slides/ModAdolescents.pdf>. Consulter le 20/06/2018.
4. Mariko S, Mohamed A, Rathavuth H, Kéïta O, Diop M. Pratique contraceptive et importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali, de 1995 à 2006: Analyses approfondies des Enquêtes Démographiques et de Santé au Mali, 1995-1996, 2001 et 2006. Rapports d'analyses approfondies des EDS 2009, n°69.
5. Les contraceptifs injectables <http://search.fhi.org/sitesearch.asp?query=injectables+progestatif>. Consulter le 05/06/2018.
6. **ONU.** Rapport mondial sur la jeunesse, 2005. 48p.
Rapport du Secrétaire général (A/60/61 – E/2005/7), p. 1. New York: ONU .
7. Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce : Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique(DNSI) enquête démographique et de santé du Mali (EDS IV). Planification familiale, Bamako, Mali 2006. 535p.
8. Moussa B. Etude épidémio-clinique du planning familial : Enquête auprès de 206 utilisatrices au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako d'Avril à Juin 2003. Thèse Med Bamako 2005, n° 183.
9. Coulibaly I. Fécondité: cas du mali. DNSI-Mali.
https://questionspopulationmali.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/19936/telechargement_fichier_fr_fecondite.fr.pdf. Consulter le 03/04/2018.
10. Speizer IS, Magnani RJ and Colvin, CE. The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence. J. Adolescent Health 2003;25(33): 324-348.

11. Camara M. La contraception chez l'adolescente. Thèse Med Bamako 1992, n°44.
12. Berthe F. Vulnérabilité des jeunes liées aux pratiques et aux comportements néfastes à la santé en milieu urbain et périurbain bamakois. Thèse Méd Bamako 2004, n° 49.
13. Langille D B , Dalaney M E. Knowledge and use of emergency post coital. Contraception by female students at a high school in Nova Scotia. Canadian J. Public Health 1999;91(1):29-32.
14. Bilodeau A, Forget G, Tetrault J. L'auto efficacité relative à la contraception chez les adolescents: validation de la version française de l'échelle de mesure de Levinson. Revue canadienne de santé publique 1994; 85(2):115-120.
15. **Niane M.** Approche épidémio-clinique de la grossesse chez l'adolescente à l'hôpital régional de Kayes. Thèse Med Bamako 2000, n°99
16. Pichot F, Dayan Lintzer M. Résistance et compliance à la contraception à l'adolescence. Contracept Fertil Sex 1985;19(10):1055-61.
17. Fédération internationale pour la planification familiale. L'islam et la planification familiale Rabat 1971. I.oma/if, 87. Avril 1977. pp. 8•9.
18. Neguessama A. Les média occidentaux face aux problèmes d'aliénation culturelle d'une jeunesse bamakoise en quête d'identité culturelle 2008.
19. Nkandjeu Mono H. Etude épidémio-clinique de la ménarche en milieu scolaire (2nd cycle fondamental et lycées) à Bamako de Mars à Avril 2004. Thèse Med Bamako 2005, 108p, n° 87.
20. Hanna B. Adolescent parenthood: a costly mistake or a search for love? Reproductive Health Matters 2001; 9; (17): 101-107.
21. Adjahoto E O, Kossi AS, Hodonou, Komi A, Koffi A, Sename B. Contraception et avortement provoqué en milieu africain. Méd Afr Noire: 1999, 46 (8/9):416-420.
22. **Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales.** Planification familiale, disponible.
23. Jean Claude L. Pour une éthique de la procréation. Paris : Editions du Cerf 1998;2:31.
24. Sangaré A K. Connaissances, attitudes pratiques des adolescentes en matière des IST/ SIDA et de planification familiale, comportement en matière de

- sexualité dans 3 lycées du district de Bamako. Thèse Med Bamako 2003, n°6.
25. Beck F, Richard J B. Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p.
26. Traore S et col. Enquête démographique et de santé du Mali: planification familiale. Bamako, Mali, EDS M IV juin 2002 ; 450 : 57-80.
27. Kamtchouing P, Takoungi, N'Goh N, Yakam I. La sexualité des adolescents en milieu scolaire à Yaoundé (Cameroun). Contraception, fertilité, sexualité 1997;25(10):798-801.
28. L'allaitement maternel <http://www.FHI.org/fr/Topics/Breastfeeding.htm>. Consulter le 08/06/2018.

ANNEXES

XI. Annexes

Questionnaire

Données sociodémographiques:

- 1) **Age?**/...../ en année Classe /...../
- 2) **Filière ?** Médecine générale Odontostomatologie Pharmacie
- 3) **Statut matrimonial:** Célibataire Mariage Divorce
- 4) **Etes-vous?** Seul (e) En couple
- 5) **Lieu d'habitation:** Campus Village Point G En famille (navette)
- 6) **Avez-vous déjà eu des enfants?** Oui Non

Instructions: Cochez la case devant la ou les bonne (s) réponse (s).

Objectif spécifique 1: Déterminer le niveau de connaissances des étudiants de la FMOS/FAPH sur les moyens de contraception

A propos de la contraception oestro-progestative orale (la pilule)

- 7) **Mode d'action:** Blocage de l'ovulation Modifications de la glaire cervicale Modifications de l'endomètre rendant la nidation impossible
- 8) **Lorsqu'elle est bien utilisée, la pilule est efficace à plus de 99%**
 Vrai Faux Ne sais pas
- 9) **La pilule doit être prise à une heure régulière.**
 Vrai Faux Ne sais pas
- 10) **Un arrêt d'une semaine entre deux plaquettes est nécessaire.**
 Vrai Faux Ne sais pas
- 11) **Il est déconseillé de fumer avec ce type de pilule?**
 Vrai Faux Ne sais pas

12) Il est contre-indiqué de prendre la pilule si vous avez des antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle (phlébite par exemple)

Vrai Faux Ne sais pas

13) Elle diminue le risque du cancer du sein.

Vrai Faux Ne sais pas

14) Elle diminue le risque de cancer de l'ovaire et du corps de l'utérus?

Vrai Faux Ne sais pas

15) Au bout de combien de temps un oubli expose-t-il à un risque de grossesse?

3 heures

12heures

36 heures

6 heures

24 heures

48 heures

16) En cas d'oubli de prendre la pilule de moins de 12 heures, que faites-vous?

Vous prenez le comprimé oublié et poursuivez la plaquette normalement jusqu'à la fin.

Vous prenez le comprimé oublié, poursuivez la plaquette normalement jusqu'à la fin et utilisez en plus des préservatifs

Vous prenez la contraception d'urgence ou pilule du lendemain s'il y a eu un rapport sexuel récent

Vous arrêtez la plaquette.

17) En cas d'oubli de prendre la pilule de plus de 12 heures, que faites-vous?

Vous prenez le comprimé oublié et poursuivez la plaquette normalement jusqu'à la fin.

Vous prenez le comprimé oublié, poursuivez la plaquette normalement Jusqu'à la fin et utilisez en plus des préservatifs.

Vous prenez la contraception d'urgence ou pilule du lendemain si il y'a eu un Rapport sexuel récent.

Vous arrêtez la plaquette.

18) Un vomissement survenant dans les 4 heures après la prise de votre pilule équivaut à un oubli de prendre la pilule. Vrai Faux Ne sais pas

19) Les conseils en cas d'oubli figurent sur la notice de la plaquette.

Vrai Faux Ne sais pas

A propos de la pilule progestative (Microval®, milligynon®)

20) Mode d'action: Blocage de l'ovulation Modification de la glaire cervicale

Modifications de l'endomètre rendant la nidation impossible

21) Il peut être normal d'avoir des perturbations du cycle menstruel avec ce type de pilule (saignements en dehors des règles, arrêt des règles...).

Vrai Faux Ne sais pas

22) La pilule est déconseillée en cas d'antécédents de grossesse extra-utérine.

Vrai Faux Ne sais pas

23) La pilule se prend tous les jours à heure fixe.

Vrai Faux Ne sais pas

24) Un arrêt d'une semaine entre deux plaquettes est nécessaire.

Vrai Faux Ne sais pas

25) Au bout de combien de temps un oubli de prendre la pilule expose-t-il à un risque de grossesse?

3 heures

12 heures

6 heures

24 heures

A propos de la contraception d'urgence.

26) Avez-vous déjà l'utilisée ? Oui Non Ne sais pas

27) Pour être efficace, elle doit être prise dans un délai maximum après un rapport non protégé: 12 heures 24 heures 36 heures 48 heures
72heures

28) Elle est efficace à 100% si elle est prise dès le lendemain du rapport sexuel non protégé. Vrai Faux Ne sais pas

29) Elle est gratuite pour les mineures. Vrai Faux Ne sais pas

30) Elle peut être délivrée sans ordonnance. Vrai Faux Ne sais pas

31) Comment estimez-vous être informée sur la pilule du lendemain?

Parfaitement

Insuffisamment

Correctement

Pas du tout

A propos du stérilet ou dispositif intra-utérin

32) Mode d'action:

Blocage de l'ovulation Effet anti-nidatoire Modification de la glaire cervicale

33) Il peut être posé chez une femme n'ayant jamais eu d'enfants.

Vrai Faux Ne sais pas

34) Il est efficace: 3 mois 6 mois 1 an 3 ans 5 ans

35) Il est contre-indiqué en cas d'antécédents de grossesse extra-utérine ou d'infections des trompes (salpingite)? Vrai Faux Ne sais pas

36) Il est efficace tout de suite après sa pose? Vrai Faux Ne sais pas

A propos de l'implant (Implanon® ou Nexplanon®)

37) Il agit en délivrant en continu un progestatif ? Vrai Faux Ne sais pas

38) Des perturbations des cycles menstruels sont fréquemment observées (saignements, arrêt des règles). Vrai Faux Ne sais pas

39) L'implant est efficace: 1 an 3 ans 5 ans

A propos de l'anneau vaginal (Nuvaring®)

40) Combien de temps le laissez-vous en place? 1 semaine 3 semaines
Ne sais pas

41) Il peut se retirer avant un rapport sexuel? Vrai Faux Ne sais pas

A propos du patch (Evra®)

42) Combien de temps le laissez-vous en place? 1 semaine 3 semaines
Ne sais pas

43) Le changement de patch se fait toujours le même jour de la semaine?

Vrai Faux Ne sais pas

44) En cas d'oubli de changement de patch comme prévu, il y a un risque de grossesse si l'oubli dépasse 12 heures?

Vrai Faux Ne sais pas

45) Ses contre-indications sont les mêmes que celles de la pilule oestroprogestative?

Vrai Faux Ne sais pas

A propos des autres contraceptions

46) lequel de ses moyens de contraception vous ou votre partenaire avez ou a déjà utilisé ? Diaphragme Spermicides Retrait Courbes de température en abstinence pendant la période de fertilité

47) Pour plus d'efficacité, il vaut mieux associer plusieurs contraceptifs locaux (ex: préservatifs et spermicides...)? Vrai Faux Ne sais pas

48) Ce sont des méthodes aussi efficaces que la contraception orale?

Vrai Faux Ne sais pas

49) Le préservatif est la seule contraception qui protège de la grossesse et des maladies sexuellement transmissibles? Vrai Faux Ne sais pas

Objectif spécifique 2: Déterminer les attitudes des étudiants de la FMOS/FAPH sur les moyens de contraception

50) A quel âge avez-vous fait votre première contraception: /...../
en année

51) A quel type de contraception avez-vous utilisé ?

/...../

52) Quel type de contraception utilisez-vous actuellement ?

53) Si vous n'en avez pas, pourquoi ?:/...../

54) Ce moyen de contraception actuel vous convient-il? Oui Non

**55) Depuis combien de temps utilisez-vous votre moyen de contraception
actuel? :/...../**

**56) Avez-vous déjà eu une ou plusieurs grossesses non désirées qu'elles
aient été poursuivies ou non? Oui Non**

**57) Si vous avez besoin de conseils sur la contraception, à qui les demandez-
vous? (notez de 1 à 5 si besoin, 1 étant votre premier choix)**

Ami (e)

Médecin traitant

Mère ou sœur

Gynécologue

Presse/média

Pharmacien

Milieu universitaire

Centre déplanification

Internet

Autres

**58) Pensez-vous que votre médecin vous donne suffisamment
d'informations sur la contraception? Oui Non**

**59) Combien de fois avez-vous oublié ou pris avec retard une pilule? (Écrire un
chiffre):**

/...../
...../

MERCI BEAUCOUP

Fiche signalétique

Nom : SAMATE

Prénom : Souleymane

Titre de la thèse : évaluation des connaissances des étudiants de la faculté de médecine d'odontostomatologie, de la faculté de pharmacie sur les moyens de contraception.

Année Universitaire: 2018 – 2019

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Santé Publique ; Gynéco-obstétrique.

RESUME

Notre étude transversale s'est déroulée à Bamako en juillet 2017 au décembre 2018. L'objectif consistait à analyser les connaissances et attitudes des étudiants de la FMOS face aux moyens de contraception

La majorité des étudiants soit 77,4%(41/53) (**tableau XIX**) lors du prétest déclaraient avoir une connaissance insuffisante sur les méthodes de contraceptions et parmi eux 85,7%(30/35) pour un $p < 10^{-3}$ (χ^2) (**tableau XXXIV**) lors du prétest ne savaient rien comme connaissance sur l'efficacité du préservatif.

L'absence de besoin et de religion était la principale raison de non-utilisation de certains étudiants alors que la majorité vivait au village du point-G.

La grande majorité des jeunes étaient sexuellement actifs, la tranche d'âge moyen au premier rapport sexuel était 21 à 23

Mots Clefs : évaluation-Connaissances- étudiants-FMOS-FAPH

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et jure, au nom de l'Etre

Suprême, 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 ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui m'y 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 partis ou 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.