

LE COMPORTEMENT CONTRACEPTIF DES GABONAISES LES MÉTHODES MODERNES : FAIBLE TAUX D'UTILISATION ET DÉFICIT D'INFORMATION

S. CHIESA-MOUTANDOU, G. TIEMENI WANTOU.

RESUME

Les auteurs tentent d'apprécier le comportement des Gabonaises à l'égard de la contraception, à partir d'une enquête portant sur 850 femmes.

Il ressort que les Gabonaises ont très fréquemment recours à une méthode contraceptive mais il s'agit le plus souvent de méthodes naturelles peu efficaces. La contraception hormonale, orale ou injectable, et les DIU ne représentent que 11,5 % des moyens utilisés. Les condoms ne sont utilisés que comme moyens d'appoint (en phase présumée fécondante).

L'IVG clandestine est malheureusement encore très fréquemment pratiquée : 37,22 % des enquêtées reconnaissent y avoir eu recours au moins une fois.

L'absence d'une bonne information sur les moyens contraceptifs modernes semble être un facteur important limitant leur utilisation et la mise en place d'une régulation efficace des naissances.

INTRODUCTION

Les fortes mortalité et morbidité materno-infantiles observées dans les PVD sont très corrélées aux modèles de reproduction qui y ont cours (1).

La situation au Gabon est représentative : le taux de mortalité infantile est estimé à 99 % en 1993 (12) et celui de mortalité maternelle à 539/100000 naissances vivantes en 1995 (13).

Les causes et facteurs de risque sont classiques : complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'avortement, les grossesses chez l'adolescente ou à un âge avancé, les grossesses non désirées, nombreuses et rapprochées (13-14).

Notre étude fait une approche du comportement des Gabonaises à l'égard de la contraception. Elle porte sur 850 Librevilloises, chez lesquelles nous évaluons le taux d'utilisation des différentes méthodes contraceptives et les facteurs pouvant influencer cette utilisation.

Service de Gynécologie Obstétrique
Fondation Jeanne Ebori - BP 212 Libreville GABON

GENERALITES : INTERET DE LA RÉGULATION DES NAISSANCES AU GABON

I - Rappel historique

Les sociétés traditionnelles gabonaises avaient déjà perçu l'intérêt de gérer les capacités reproductives des femmes et elles avaient apporté une réponse à ce problème par une organisation sociale efficace :

* **L'allaitement maternel prolongé** avec abstinence était moralement obligatoire et devait se faire pendant au moins deux ans, entraînant ipso facto un allongement de l'intervalle intergénéral (10).

* **La polygamie** s'inscrivait dans le même esprit puisqu'elle visait à faire supporter la tâche fondamentale de la reproduction par le plus grand nombre de femmes fertiles sans que chacune d'elles soit biologiquement sur-sollicitée (10).

II - La régulation des naissances de nos jours

Avec la perte des structures sociales traditionnelles, et après une longue période de politique nataliste interdisant toute forme de contraception (ordonnance 64/69), le Gabon est, à nouveau, confronté au problème de la régulation des naissances.

Le comportement contraceptif...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (5)

Toutefois, le Gabon souffre d'un sous-peuplement chronique (11). La régulation des naissances au Gabon ne se pose donc pas en termes de limitation des naissances, comme c'est le cas de nombreux PVD (Bangladesh, Chine) (18), mais en termes de planification familiale.

Elle a pour but d'éviter les grossesses à un moment où elles ne sont pas désirées ou qu'elles risquent d'être dangereuses pour la mère et/ou l'enfant.

C'est dans ce nouveau contexte que la planification familiale est devenue une préoccupation pour les autorités politiques et médicales, marquée tout récemment par l'abrogation de l'ordonnance 64/69, le 7 avril 1999.

CADRE D'ETUDE - PATIENTES - METHODE

I - Cadre d'étude

L'étude se déroule du 15 octobre au 15 décembre 1998 à Libreville, capitale du Gabon, qui compte 40 % de la population totale du Gabon, soit 418000 habitants (11).

II - Méthode d'étude

L'étude, de type transversal, s'appuie sur un questionnaire rempli par une enquêtrice à partir des questions posées directement à l'enquêtée, avec son accord. L'anonymat est garanti.

Les questions portent sur les caractéristiques démographiques (âge, situation matrimoniale, niveau scolaire, activité professionnelle), sur les caractéristiques gynéco-obstétricales (âge des premiers rapports sexuels, gestité, parité, antécédents d'IVG), enfin, sur les méthodes contraceptives utilisées, les occasions de prescription et les réticences observées vis à vis de certaines méthodes.

Les questionnaires sont dépouillés à l'aide du logiciel SPSS et le test statistique utilisé lors des comparaisons est le Khi deux (le seuil de signification retenu est de 5 %).

Les limites relèvent essentiellement du fait que les questions touchent à l'intimité de la personne, mais le fait que les enquêteurs soient des femmes, que l'anonymat soit garanti, a facilité l'établissement d'une relation de confiance, permettant d'obtenir des renseignements d'assez bonne qualité.

III - Echantillon - Patientes

850 femmes composent l'échantillon, toutes de nationalité gabonaise, actives sexuellement et âgées de 13 à 40 ans. Elles sont choisies de façon aléatoire, rencontrées dans des lieux variés (lycées, centres de formation, université, lieux de travail, consultations externes des hôpitaux publics et des cabinets médicaux privés, dans la rue).

RESULTATS

I - Utilisation d'une méthode contraceptive

I.1 - Taux d'utilisation d'une méthode contraceptive

732 femmes sur 850 ne désirent pas de grossesse au moment de l'enquête, soit 86,1 %.

634 sur ces 732, soit 86,6 % déclarent utiliser une méthode contraceptive.

I.2 - Proportion des différentes méthodes utilisées

Leur répartition est représentée dans le tableau I ci-dessous.

Tableau I : Répartition des utilisatrices en fonction des méthodes contraceptives

	Méthodes	Effectif	Total
Méthodes efficaces	Contraceptifs oraux	69 (10,9%)	73 (11,5%)
	Injectables	1 (0,16%)	
	Stérilets	3 (0,47%)	
	Implants sous-cutanés	0	
	Méthodes locales	0	
	Condoms en permanence	0	
Méthodes dites naturelles peu efficaces	Abstinence périodique	415 (65,5%)	561 (88,5%)
	Retrait	167 (26,34%)	
	Douche vaginale	183 (28,86%)	
	Condoms en phase ovulatoire	348 (54%)	
Total			634 (100%)

Le comportement contraceptif...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (5)

I.3 - Recours à l'IVG

736 femmes sur 850 interrogées, soit 86,6 %, ont répondu à la question. Parmi celles-ci, 274 soit 37,22 % reconnaissent avoir déjà pratiqué une IVG.

Parmi ces 274 femmes, le nombre d'IVG varie de 1 à 6. Il est en moyenne de 1,63 par femme.

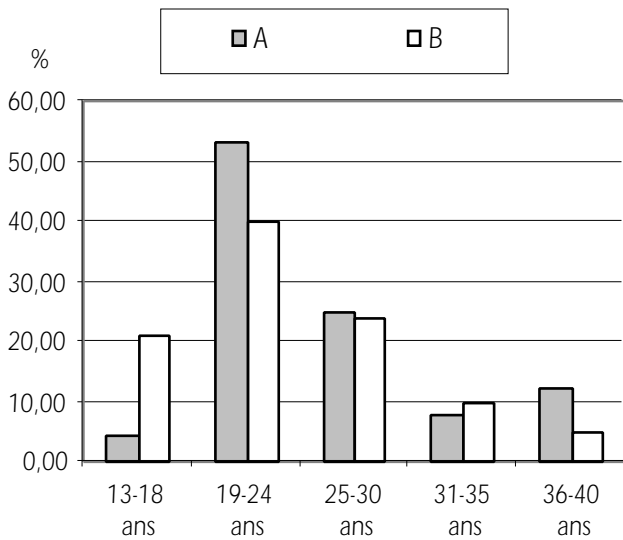
Enfin, 200 sur les 274 femmes, soit 73 %, ayant pratiqué l'IVG, déclarent l'avoir réalisée avant l'âge de 20 ans.

II- Comparaison des utilisatrices de la contraception orale aux non utilisatrices

Nous allons appeler le groupe des utilisatrices de la contraception hormonale, orale ou injectable et le DIU le groupe A (73 femmes) et le groupe des utilisatrices d'une méthode dite naturelle le groupe B (561 femmes).

II.1 - Comparaison en fonction de l'âge

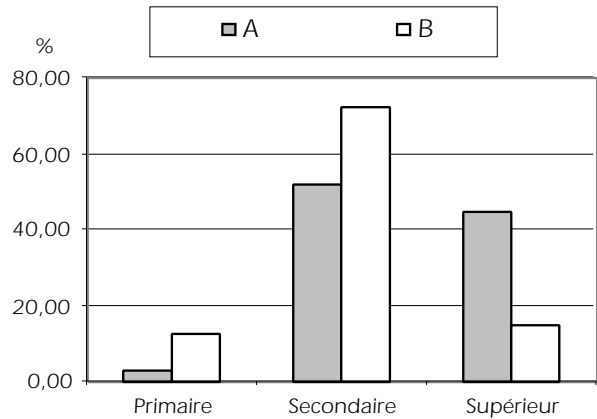
Figure 1 : Répartition en % des groupes A et B en fonction de l'âge



L'histogramme montre que les adolescentes (13-18 ans) n'ont quasiment pas recours à la contraception orale puisqu'elles ne représentent que 4,35 % du groupe de la contraception orale. En revanche, elles représentent 21 % du groupe B. La différence est très significative ($p < 0,05$).

II.2 - Comparaison en fonction du niveau scolaire

Figure 2 : Répartition en % des groupes A et B en fonction du niveau scolaire

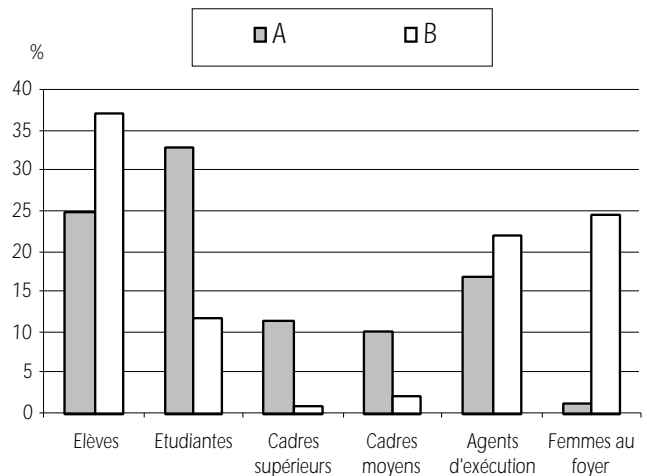


Les femmes ayant un niveau ne dépassant pas le primaire ne sont que 2,9 % dans le groupe A versus 12,8 % dans le groupe B.

Inversement, les femmes ayant fait des études supérieures sont massivement représentées dans le groupe A, 44,5 % versus 15 % dans le groupe B. Les différences sont tout à fait significatives ($p < 0,05$).

II.3 - Comparaison en fonction de l'activité professionnelle

Figure 3 : Répartition en % des groupes A et B en fonction de l'activité professionnelle



Le comportement contraceptif...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (5)

Ici encore l'influence de l'activité professionnelle est nette. Les femmes au foyer ne sont que 1,44 % dans le groupe A versus 24,8 % dans le groupe B.

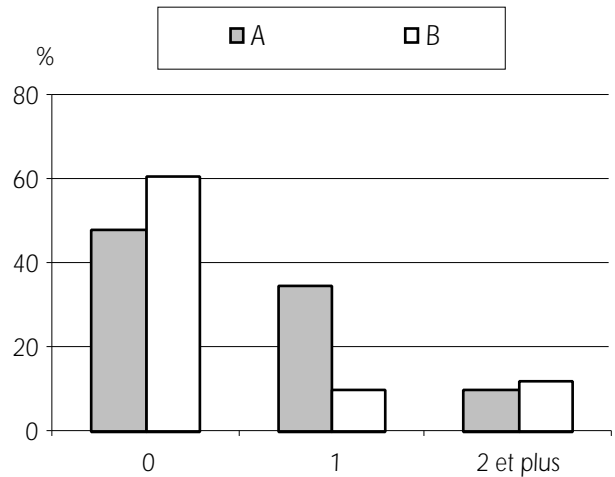
Inversement, les cadres supérieurs et moyens sont respectivement 11,59 % et 10,14 % dans le groupe A versus 1,1 % et 2,2 % dans le groupe B. Les différences sont très significatives ($p < 0,05$).

II.4 - Comparaison en fonction des antécédents d'IVG

545 femmes sur les 634 utilisant une méthode contraceptive, soit 86 %, ont répondu à la question. Leur répartition en fonction des antécédents d'IVG et du type de méthode contraceptive utilisée figure sur l'histogramme n°4.

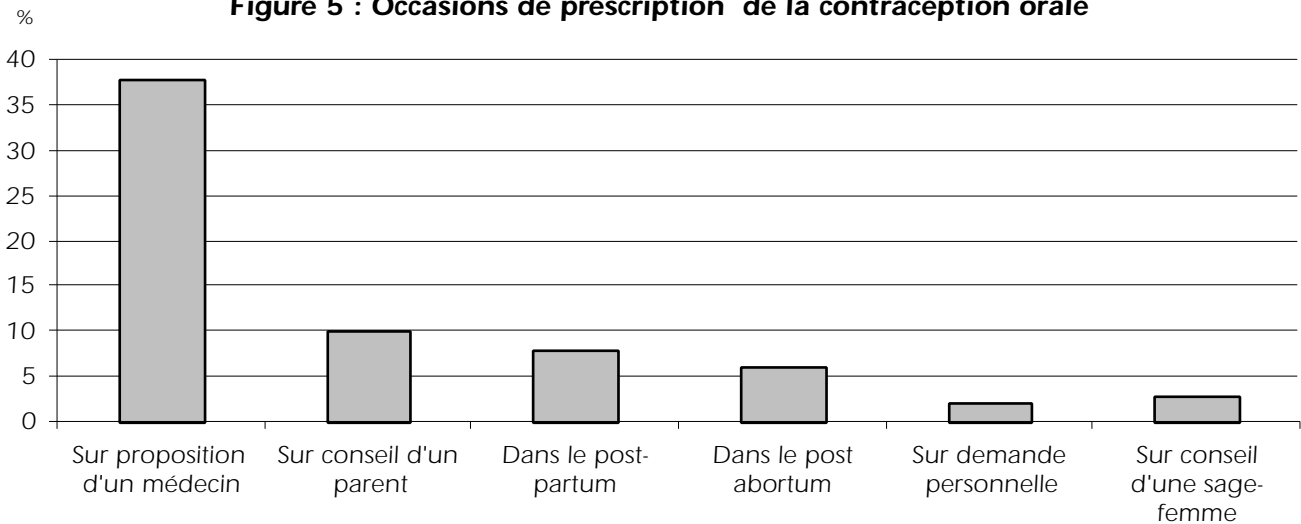
Les femmes qui utilisent la contraception orale ont plus souvent eu recours à l'IVG que les autres. Les différences sont significatives ($p < 0,05$).

Figure 4 :
Répartition en % en fonction des antécédents d'IVG et du type de méthode contraceptive utilisé



III - A quelles occasions la contraception orale est-elle prescrite ?

Figure 5 : Occasions de prescription de la contraception orale



Nous remarquons que c'est essentiellement, au contact du corps médical (médecins, post-partum, post-abortum, sages-femmes) que l'accès à la contraception orale se fait (84,1 % des réponses).

L'entourage ou la personne elle-même ne sollicite la prescription de la pilule que dans 15,5 % des cas.

IV - Les réticences vis-à-vis de la contraception orale

308 femmes sur les 561 qui utilisent une contraception autre que la pilule, ont répondu à la question de savoir quelles étaient leurs réticences vis à vis de la pilule. Une seule femme pouvait émettre plusieurs raisons.

Le comportement contraceptif...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (5)

Ainsi, 487 réponses ont été comptabilisées. La répartition des causes d'arrêt ou de refus figure dans le tableau II ci-dessous.

Tableau II : Répartition des causes de refus ou d'arrêt de l'utilisation de la contraception orale

Réponses	Nb	%
Peur de la stérilité	150	30,8
Mauvaise connaissance de la pilule	111	22,8
Peur de grossir	80	16,5
Contrainte d'une prise quotidienne	35	7,2
Ignorance de la pilule	25	5,2
Rapports sexuels occasionnels	21	4,4
Peur du spotting	20	4,1
Conviction religieuse	10	2
Contrainte de consulter un médecin	7	1,4
Interdiction par la loi	5	1
Peur d'infections génitales	4	0,8
Baisse de la libido	3	0,6
Peur des nausées, vomissements	2	0,4
Peur de l'acné	1	0,2
Peur d'une HTA	1	0,2
Peur d'un fibrome	1	0,2
Peur d'une grossesse sous pilule	2	1,2

Les principales raisons exprimées sont la peur de la stérilité, 150 réponses sur 487, soit 30,8 % et le manque d'information, 111 réponses sur 487, soit 22,8 %.

Les convictions religieuses ne sont évoquées que 10 fois sur 487, soit 2 % des réponses environ.

Enfin, notons que 16 femmes sur les 308 qui ont répondu à la question, soit 5,2 %, déclarent ignorer l'existence de la «pilule».

DISCUSSION - COMMENTAIRES

I - Etat actuel de la régulation des naissances

I.1. Une volonté individuelle de contrôler sa fécondité

634 sur 732, soit 86,6 % des femmes qui ne désirent pas de grossesse au moment de l'enquête utilisent une méthode contraceptive.

Nous constatons donc que malgré une politique nataliste depuis 30 ans avec interdiction de toute contraception, les Gabonaises expriment leur volonté de contrôler leur fécondité et une majorité a recours à une méthode contraceptive.

Ce taux est élevé par rapport à d'autres PVD. Au Mali, une enquête en 1991, portant sur 78 femmes de Bamako (24), ne trouvait que 14 utilisatrices d'une méthode contraceptive, soit un taux de 17,9 %, alors que le planning familial compte parmi les prestations sanitaires du Mali depuis les années 80 (24).

I.2 - Des méthodes utilisées peu efficaces

Malheureusement, les Gabonaises ont très peu recours aux méthodes efficaces, seulement 73 femmes sur 634, soit 11,5 % utilisent des méthodes modernes efficaces (contraception orale, DIU, injectables).

Les méthodes dites naturelles sont, en revanche, majoritairement utilisées : 551 femmes sur les 634, soit 88,5 %.

La même tendance, moins marquée, est notée au Mali. Une enquête de L'EDS montre que 6 % des femmes mariées de Bamako utilisent, en 1987, une méthode moderne de contraception contre 10 % qui utilisent une méthode traditionnelle (22).

Cette répartition est l'inverse de celle observée dans les pays occidentaux. En France, par exemple, les méthodes efficaces (pilule, stérilet, préservatifs utilisés comme moyen principal) représentent 84,4 % des méthodes choisies par les femmes de 20 à 44 ans, contre 15,6 % pour les autres méthodes (21).

I.3 - Recours à l'IVG fréquent

Le recours à l'IVG est fréquent : 274 femmes des 736 qui ont répondu à la question (37,22 %) reconnaissent avoir déjà pratiqué une IVG.

Ce taux élevé pourrait être corrélé au faible taux d'utilisation d'une méthode contraceptive efficace relevé ci-dessus.

Nous pouvons, en effet, supposer qu'un fort taux d'échec de la contraception lié aux méthodes peu efficaces entraîne un recours accru, en deuxième intention, à l'IVG.

Dans les pays occidentaux où la contraception moderne et efficace est bien implantée, le taux d'IVG est bas (2). Malgré la loi Simone Veil qui autorise l'IVG en France (8) il est estimé à 13 pour 1000 femmes de 15 à 44 ans (6). Au Gabon, le recours à l'IVG semble plus fréquent dans le groupe utilisant la contraception orale, 30,5 % ont fait une IVG, versus 15,6 % dans l'autre groupe. Ce résultat pourrait paraître contradictoire. En fait, l'IVG précède l'utilisation de la contraception orale. Elle constitue sans doute un déclic pour ces femmes les amenant à choisir une contraception efficace. C'est aussi le moment d'une rencontre avec le corps médical qui pourra les sensibiliser et leur prescrire la pilule (10,2 % des prescriptions ont été faites dans le post-abortum).

De même, une étude au Bénin semble montrer que la pratique des IVG augmente malgré l'augmentation de l'utilisation des moyens contraceptifs (3).

En fait, l'augmentation de la fréquence des IVG, reflète des modifications des mœurs, ne peut être totalement enrayée par une contraception efficace qui commence à peine à s'implanter.

II - Facteurs influençant l'utilisation de la contraception orale

II.1 - Accès limité à l'information

Les histogrammes n°1, 2 et 3 ont montré l'influence significativement négative sur l'utilisation de la pilule du jeune âge (<19 ans), d'un niveau scolaire ne dépassant pas le primaire et de l'absence d'une formation professionnelle.

Inversement, un niveau d'études élevé, une profession de cadre supérieur ou moyen favorisent son utilisation.

Ces différences peuvent s'expliquer par l'inégalité à l'accès à l'information. En effet, dans un pays où toute contraception était proscrite jusqu'à ce jour, où aucune information à grande échelle n'a jamais été faite, seules les femmes d'une certaine maturité et instruction ayant accès à une culture générale peuvent s'informer par elles-mêmes (lecture, médias internationales) et choisir avec discernement leur méthode contraceptive.

En France, où la légalisation de la contraception existe depuis 30 ans (loi Neuwirth de 1967) (8), où les médias, l'éducation nationale et le corps médical se sont faits les porte-parole de l'information sur la contraception, la situation est toute différente : la contraception orale est le moyen le plus utilisé par les adolescentes (47,7 % d'entre elles) (15). L'âge et le niveau scolaire ne sont plus des facteurs déterminants dans le choix d'une contraception.

II.2 - Le rôle du corps médical reste mineur

Bien que les trois-quarts des patientes qui prennent la pilule ont eu à la prendre après information lors d'une consultation médicale pour un autre motif (58 %), après un accouchement (13 %), après un avortement (10,2 %) ou sur conseil d'une sage-femme (2,9 %), le rôle du corps médical ne peut rester qu'insuffisant.

Les jeunes, en bonne santé, ont rarement l'occasion de consulter un médecin. L'information après un accouchement ou lors d'un avortement, bien que nécessaire, arrive trop tardivement.

Par ailleurs, les médecins n'ont, sans doute, pas toujours le temps lors de toute consultation de faire une bonne information à une patiente qui, d'une part, n'a pas toujours une idée précise sur la question et qui, d'autre part, est préoccupée par son motif de consultation.

C'est en partie par la création de centres spécialisés de planification familiale, dont l'accès est facile à toute personne qui le désire, que l'accessibilité à la contraception a été résolue dans les pays occidentaux (8).

Les femmes s'y présentent avec une demande vis-à-vis de ces structures. Elles sont prêtes à recevoir l'information et le personnel qui y travaille est entièrement disponible et formé pour fournir une bonne information (4).

II.3 - Le développement des mythes et des fausses rumeurs

L'absence d'une information précise et objective, accessible à la grande majorité des Gabonaises, laisse la place aux fausses rumeurs.

Ainsi, en analysant les réticences exprimées par les Gabonaises vis-à-vis de la contraception orale, les seules raisons objectives sont les convictions religieuses (2 % des réponses), l'interdiction par la loi (1 %), le coût

La laparoscopie diagnostique

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (5)

(2,7 %) et naturellement l'ignorance de l'existence de celle-ci (5,2 %).

Les autres raisons relèvent du préjugé ou de la mauvaise information :

- la peur de la stérilité (30,8 % des réponses) : les contraceptifs oraux ne provoquent pas de stérilité et un oubli de 24 heures peut aboutir à une grossesse ! (17)
- la peur d'une prise de poids (16,5 % des réponses). Les pilules mini-dosées ne font pas prendre de poids. Une variation pondérale peut être le fait d'une intolérance aux glucides que le suivi médical doit détecter (17)
- la peur d'un cancer (0,4 % des réponses) : la pilule diminue la fréquence des cancers de l'ovaire (1, 9) et de l'endomètre (16, 19). Quant à l'éventualité faible d'apparition d'un cancer du col de l'utérus (14) ou d'une tumeur mammaire (5, 23), elle est contrebalancée par un dépistage précoce grâce au suivi médical qu'implique l'utilisation de la contraception orale.
- la crainte de nausées, de vomissements, ou encore de spotting, ou de la survenue d'une hypertension artérielle repose, elle, sur des effets secondaires possibles de la contraception orale, mais qui peuvent souvent être jugulés par un changement du type de pilule (19).

En définitive, une meilleure connaissance de la contraception orale lèverait bon nombre de réticences à son utilisation.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Comité chargé de la population. Conseil National de la Recherche de Washington.
Contraception et reproduction : Conséquences sur la santé des femmes et des enfants dans les pays en voie de développement. *Economica Washington* ; 1991.
- 2 - ETIENNE R.
Contraception. IVG : Le profil des Françaises. *J Int Med* 1992 ; 249 : 47-55.
- 3 - FOURN L., FAYOMI EB., ZOHOUN T.
Prévalence des interruptions de grossesses et de la régulation des naissances au Bénin. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 1997 ; 26 : 804-8.
- 4 - HERSCHKORN P., THEBAUD-MONY A., LASSELAINE J., BRETIN H.
Médecins et contraception injectables. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 1990 ; 19 : 228-236.
- 5 - HUSSON T., PLUBUREAU, THALABARD JC., GOMPEL A., MAUVAIS-JARVIS P.
Réévaluation du rôle de la contraception orale dans le cancer du sein. *Rev Prat* 1990 ; 110 : 33-7.

CONCLUSION

Au terme de notre étude portant sur 850 femmes gabonaises de Libreville en âge de procréer, du 15 octobre au 15 décembre 1998, il est apparu que :

- 1) Les femmes gabonaises de Libreville expriment le besoin d'une régulation des naissances : 86,6 % des femmes ne désirant pas de grossesse utilisent une méthode contraceptive.
- 2) Les moyens utilisés sont malheureusement peu efficaces et seulement 11,5 % sont des méthodes efficaces représentées presque exclusivement par la contraception orale.
- 3) Le principal facteur limitant l'utilisation de la contraception orale est le manque d'une information objective et précise des Gabonaises en matière de contraception, ce qui est la conséquence logique de la politique nataliste qui a interdit la contraception durant les 30 dernières années.

La prise de conscience par les autorités politiques de l'intérêt d'une planification familiale et la levée récente de l'interdiction frappant la contraception, associées au désir exprimé par les femmes gabonaises d'une maîtrise de leur fécondité, devraient conduire à la mise en route d'un programme de planification familiale au Gabon.

Cette étude pourrait alors servir de point de départ pour suivre l'évolution du comportement des Gabonaises à l'égard de la contraception.

- 6 - KAMINSKI M., CROST M.
Les interruptions volontaires de la grossesse. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 1991 ; 20 : 767-73
- 7 - LALLEMAND-VERKINDT I.
Les femmes sous contraception orale en 1980. Thèse Lille : Université de Lille ; 1990.
- 8 - LEDANTEC FAIDHERBE V., MACAIGNE J.
La perception de la contraception orale chez l'adolescente : Enquête réalisée auprès de 646 jeunes filles, dans le cadre du centre d'exams de santé de l'Institut Pasteur de Lille. Thèse médecine. Lille : Université de Lille ; 1993.
- 9 - MISHHELL R.
Contraceptifs oraux : Risques et bénéfices. In : Symposium international sur la contraception. Paris : ORGANON ; 1995.
- 10 - MOUTANDOU-MBOUMBA J.
Mode d'exploitation capitaliste et sous-développement au Gabon : la communauté domestique, lieu de production/reproduction de la force de travail bon marché au Gabon.

Le comportement contraceptif...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (5)

Thèse Strasbourg : Université Descartes ; 1985.
 11 - Ministère de la Santé Publique et de la Population.
 Bureau National du Recensement.
 Recensement général de la population et de l'habitation. Résultats préliminaires.
 MSPP : Libreville ; 1993.
 12 - MSPP/UDEAC
 Enquête sur les conditions de maternité sans risque dans la province de La Ngounié.
 MSPP : Libreville ; 1993.
 13 - MSPP/UDEAC
 Enquête sur les conditions de maternité sans risque et sur les avortements dans la province de l'Estuaire.
 MSPP : Libreville ; 1995.
 14 - NZIENGUI AM.
 Avortements clandestins au Gabon. Quelles stratégies pour la maîtrise du phénomène.
 Thèse médecine Libreville : Université Omar Bongo ; 1995.
 15 - PICOD-BERNARD C., LEVY J., SAMSON JM.
 La contraception et les adolescentes. Rhône-Alpes 1990.
 Contracept Fertil Sex 1991 ; 19 : 915-18.
 16 - QUERLEU D.
 Contraception hormonale et cancers.
 J Int Med 1993 ; 274 : 19-23.
 17 - ROZENBAUM H.
 Mythes et réalités de la contraception orale.

Collection Gynécologie Oblig ; Paris : 1994.
 18 - RUF H., GAMERRE M., CONTE M.
 Régulation des naissances.
 Encycl Med Chir, Gynécologie 1990 ; 738A10 : 10 p.
 19 - SERFATY D.
 Contraception.
 Masson ; Paris : 1998.
 20 - SERFATY D.
 Contraception orale et risques d'infections génitales chez la femme.
 Rev Fr Gynécol Obstét 1989 ; 84 (3 bis) : 233-36.
 21 - TOULEMON L., LERIDON H.
 Vingt années de contraception en France : 1968-1988.
 Population 1991 ; 4 : 777-812.
 22 - TRAORE B., KONATE M., STANTON C.
 Enquête démographique et de santé au Mali.
 Bamako : Centre d'Etudes et de Recherches sur la Population pour le Développement et Institute for Resource development de Washington ; 1989.
 23 - TUBIANA M.
 Histoire naturelle du cancer du sein.
 Encycl Med Chir, Gynécologie 1991 ; 865A10 : 8p.
 24 - VAN DE WALLE F., MAIGA M.
 La planification familiale à Bamako au Mali.
 Perspectives Internationales sur le Planning Familial, The Ian Guttmacher Institute. New-York ; NS 1991.

Médecine d'Afrique Noire

Le Pharmacien d'Afrique

Odonto-Stomatologie Tropicale

Médecine du Maghreb

sont sur

www.santetropicale.com