

**Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012-2013

N°.....

TITRE :

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DU PLANNING
FAMILIAL A LA CLINIQUE DU SIEGE DE L'AMPPF DE
BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 30 Décembre 2013

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : Lassana DIARRA

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

JURY

Président : Pr. Tieman COULIBALY

Membre : Dr. Sané N'DIAYE

Co. Directeur : Dr. Mamadou Salia TRAORE

Directeur : Pr. Mamadou M KONE

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail :

+ A mes parents : Karim Diarra et Djènèba Mariko

Chers parents j'ai hérité de vous l'honneur, la dignité, et surtout le respect de soi-même et l'amour d'autrui. En m'inclinant devant vous, je vous présente mes excuses pour tout le mal lié à mon âge et mon orgueil et demande vos bénédictions qui ne m'ont d'ailleurs jamais manquées.

Vous représentez ma première fierté dans ce bas monde. Ce travail est le résultat de votre engagement. Que Dieu Tout Puissant vous donne joie et longévité.

+ A ALLAH le Tout Puissant, le Très Miséricordieux ;

+ Au Prophète Mahomed, Paix et Salut sur Lui ;

+ A ma très chère tante Mariam Mariko, que son âme repose en paix amen ;

+ A mes frères et sœurs, pour tout ce que nous avons partagé et partagerons encore. Puisse Dieu nous garder dans l'union. Je vous aime ;

+ A ma grand-mère Salimata Diarra, tes bénédictions ont été d'un apport important pour moi. Qu'ALLAH Le Tout Puissant te donne santé et longévité ;

+ A mes amis Modi Sory Koïta, Maramori Kéïta, Adama Diallo, vous avez toujours été à mes côtés. Ce travail est le vôtre.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Je remercie ALLAH Le Tout Puissant de nous avoir assisté dans l'accomplissement de ce travail.

Je remercie Fousseni Sanogo dit Seni pour son soutien dans le déroulement de ce travail.

Je remercie mes tantes Assan Diarra et Kadiatou Niambélé pour leurs conseils et leur soutien.

Je remercie Dr TOURE Samba, Gynécologue-Obstétricien au CHU Point G pour sa contribution dans l'élaboration de ce travail.

Je remercie également tout le personnel du siège de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille, d'avoir tout mis en œuvre pour le bon déroulement de l'étude.

Enfin je remercie mes beaux-frères Yamadou Kéita et Siaka Sidibé pour toute l'aide qu'ils m'ont apportée.

HOMMAGES

AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Tieman COULIBALY

Chef du service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel Touré ;

Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU Gabriel Touré ;

Maître de conférence à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS);

Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Honorable maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre dynamisme, font de vous un maître accompli, respecté et respectable.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Docteur Sané N'DIAYE

Médecin à la clinique du siège de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) de Bamako.

Nous avons été touchés par votre disponibilité pour la recherche scientifique, votre simplicité et votre sens de l'humanisme.

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Mamadou Salia TRAORE

Gynécologue Obstétricien au CHU Point-G

Cher maître,

Vous nous avez guidé tout au long de l'élaboration de ce travail.

Vos qualités humaines, votre disponibilité malgré vos multiples occupations font de vous un maître apprécié.

Permettez-nous de vous exprimer ici notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Mamadou M KONE

Responsable de la filière de physiologie à la Faculté de Pharmacie (FAPH)

Professeur en physiologie à la Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie (FMOS) ;

Directeur technique des compétitions sous régionales des établissements polytechniques ;

Médecin du sport ;

Membre du comité scientifique international de la revue française de médecine du sport ;

Membre de l'observatoire de mouvement (ODM) ;

Président du collège malien de réflexion en médecine du sport ;

Deuxième vice Président de la fédération malienne de taekwondo ;

Votre simplicité, votre rigueur scientifique, l'étendue de votre savoir, font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1- 5
OBJECTIFS.....	6 - 7
GENERALITES.....	8 - 38
METHODOLOGIE.....	39 - 42
RESULTATS.....	43 - 68
COMMENTAIRES /DISCUSSION.....	69 - 76
CONCLUSION.....	77 - 78
RECOMMANDATIONS.....	79 - 80
REFERENCES.....	81 - 83
ANNEXES.....	84 - 92

ABREVIATIONS :

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

AMPR	= acétate de médroxyprogestérone retard
ASBC	= agent de services à base communautaire
ATCD	= antécédent
CAG	= centrale d'achat des génériques
CHU	= centre hospitalo-universitaire
CIC	= contraceptifs injectables combinés
CIP	= contraceptifs injectables aux progestatifs seuls
COC	= contraceptifs oraux combinés
Col.	= collaborateurs
COP	= contraceptifs oraux progestatifs
DIU	= dispositif intra utérin
DNS	= direction nationale de la santé
DPM	= direction de la pharmacie et des médicaments
DSFC	= division santé familiale et communautaire
DSR	= division santé de la reproduction
EDSM	= enquête démographique de santé au Mali
EE	= éthinyloestradiol
EN-NET	= énanthate de noréthistérone
GEU	= grossesse extra utérine
IPPF	= fédération internationale pour la planification familiale
IST	= infection sexuellement transmissible
IVG	= interruption volontaire de la grossesse
MGF	= mutilation génitale féminine
OMS	= organisation mondiale de la santé
PF	= planification familiale
PPM	= pharmacie populaire du Mali
SR	= santé de la reproduction
SSR	= santé sexuelle et reproductive
USAID	= agence des Etats Unis pour le développement international.

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

Des centaines de femmes enceintes, vivantes hier soir, n'ont pas vu le soleil se lever ce matin. Certaines voulant mettre fin à une grossesse non désirée, sont mortes sur la table d'un avorteur inexpérimenté. D'autres sont mortes dans un hôpital où il n'y avait pas de sang pour compenser leur hémorragie, et d'autres encore dans des convulsions douloureuses de l'éclampsie parce qu'elles étaient simplement trop jeunes pour devenir mères et n'avaient jamais suivi une consultation prénatale. A cela s'ajoutent les expositions aux IST/SIDA. Ce sont des femmes d'Asie, d'Afrique, d'Amérique latine, aujourd'hui [1].

Voilà des propos qui illustrent parfaitement les risques liés à la grossesse et à l'accouchement. Environ 90% des 500 000 décès annuels liés à la grossesse à travers le monde, proviennent des pays en développement.

En Afrique l'espérance de vie moyenne à la naissance est de 49 ans, et la mortalité infantile est de 149 pour 1000 naissances vivantes en moyenne. On estime que la mortalité maternelle se situe entre 110 et 647 décès pour 100 000 naissances vivantes [2].

D'après les estimations régionales de l'OMS réalisées entre 1995 et 2000, 20 millions de cas d'avortements dangereux avec 78 000 décès avaient été pratiqués à travers le monde. En Afrique on a estimé le nombre d'avortements à 5 millions de cas dont 34 000 décès. En Asie 9 900 000 cas avec 38 000 morts. En Europe 900 000 cas avec 500 décès. L'Amérique latine et les Caraïbes ont totalisé 4 millions de cas d'avortements avec 500 décès environ [2].

En 1990, l'OMS a estimé que un tiers des nourrissons, soit 14 000 000 avaient perdu la vie à travers le monde parce que leur mère a eu des grossesses « trop nombreuses ou trop rapprochées », ou parce qu'elle est « trop jeune » ou « trop âgée » [4].

La planification familiale, qui est définie par l’OMS comme : **«l’ensemble des techniques médico-sociales mises à la disposition du couple pour avoir des enfants voulus, au moment voulu, ensemble permettant un plein épanouissement sexuel et un développement économique rationnel devant lutter contre la stérilité du couple et les IST/SIDA»**, peut jouer un rôle de premier plan dans la protection de la vie des nourrissons, des femmes et de la famille toute entière sur le continent africain.

Les avantages de la planification familiale relatifs à la santé sont, soit le résultat de l’espacement des naissances, soit la conséquence de l’utilisation des méthodes contraceptives. Dans ces deux cas tous les membres de la famille en ressentent les bienfaits [2].

Trois facteurs importants liés à la planification familiale influencent l’issue d’une grossesse : la survie des enfants, leur santé et leur croissance ; la santé et la capacité d’engendrer des femmes enceintes ; et le bien-être des familles en général. Ces éléments importants comprennent :

- l’intervalle inter-général (la durée qui s’est écoulée entre une grossesse actuelle et la grossesse précédente) : il y a une diminution du risque de décès de moitié avant l’âge d’un an lorsque l’écart entre deux naissances s’élève à plus de deux ans par rapport au risque observé pour les naissances espacées de moins d’un an ;
- l’âge de la mère (l’âge de la femme enceinte) : les enfants nés de mères plus âgées courent beaucoup plus de risques de malformations congénitales que ceux nés de mères plus jeunes. Ce risque de malformations congénitales augmente rapidement pour les enfants nés de mères approchant la quarantaine. Ces malformations spécifiques comprennent les cardiopathies, le bec de lièvre et la division du voile du palais ainsi que le syndrome de Down (trisomie 21) ;
- le rang de grossesse ou de naissance (le nombre de grossesses ou de naissances que cette femme a eu) : le taux de mortalité tend à augmenter

avec le rang de naissance. A Tient sin en Chine, les décès se produisant sur 1000 accouchements au cours des deux derniers mois de grossesses et pendant la première semaine suivant la naissance font plus que quadrupler chez les femmes accouchant pour la troisième fois ou plus, par rapport à celles qui accouchent pour la première fois [2].

Plusieurs pays à travers le monde ont adopté des programmes de planning familial bien organisés. Nous pouvons mentionner qu'en plus de l'aide que la planification familiale apporte aux individus et à leurs familles, cette dernière peut avoir des conséquences positives pour la communauté et la société toute entière d'au moins trois façons différentes : une meilleure santé pour les femmes, les hommes et les enfants, ayant pour résultat une population plus productive ; le nombre de grossesses non désirées et d'avortements peut être réduit et diminuer ainsi la proportion de fournitures d'hôpitaux et le nombre d'heures demandé au personnel pour traiter les femmes victimes d'avortements incomplets et septiques ; et l'emploi de la planification familiale peut fournir à la compréhension des mécanismes qui permettent de saisir comment, où et quand se fait la croissance de la population. C'est ainsi que les plans de développement d'un pays peuvent être établis en fonction du nombre de population à servir.

C'est ainsi que la fécondité oscille aujourd'hui autour de 2.4 enfants par femme et le taux d'utilisation des méthodes contraceptives entre 70 et 80% dans les pays industrialisés avec 55% pour l'Amérique latine. En Corée, en Asie de l'Est le nombre de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans pratiquant la contraception est passé de 10% à plus de 70% entre 1960 et 1990 [5].

En Afrique subsaharienne, l'indice de fécondité est d'environ 6 enfants par femme avec un risque de décès de 1/18 pour une femme au cours de sa vie des suites d'un accouchement [5].

Au Mali, selon l'EDSM-II (1995-1996), la prévalence contraceptive moderne était de 4.5% [8]. En 2001 (l'EDSM-III), la prévalence contraceptive a atteint 6% [6].

La prévalence contraceptive moderne n'a pas connu beaucoup de variations, elle est seulement passée de 6% en 2001 (EDSM-III) à 7% en 2006 (EDSM-IV) [9]. Cependant les femmes savent l'existence des méthodes modernes de contraception (76%) pour espacer ou limiter leurs naissances mais elles sont très peu nombreuses à utiliser ces méthodes (7%) [9].

La satisfaction de cette demande se heurte généralement à deux types d'obstacles : d'une part il y a la crainte des effets secondaires liés à l'utilisation de certaines méthodes et d'autre part l'accès limité à la contraception par manque d'informations ou de moyens.

Compte tenu de ces différentes préoccupations, nous avons jugé utile de réaliser le présent travail qui s'intitule : *étude épidémiologique et clinique du planning familial à la clinique du siège de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille de Bamako.*

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

1) OBJECTIF GENERAL :

- Etudier les activités de planification familiale à la clinique de l'AMPPF.

2) OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Décrire le profil sociodémographique des utilisatrices du planning familial ;
- Déterminer le niveau des connaissances sur la planification familiale en général ;
- Déterminer le niveau des connaissances sur les IST/SIDA ;
- Décrire les effets secondaires des méthodes contraceptives.

GENERALITES

III- GENERALITES

1) GENERALITES SUR LE MALI

Situé en plein cœur de l'Afrique de l'ouest, le Mali couvre une superficie de 1204152 km². Il comprend huit (8) régions et le district de Bamako. Sa population était estimée à 10 472 782 habitants en 2001. Sa situation sanitaire se caractérise par la faiblesse de la couverture sanitaire soit 30 à 40% mais aussi par la mauvaise répartition des structures sanitaires et du personnel soignant. Bamako sa capitale, s'étend sur une superficie de 276 km² pour une population de 809 552 habitants. Elle comprend six (6) communes dont quatre (4) sur la rive gauche et deux (2) sur la rive droite. Elle est traversée par le plus long fleuve du pays 1200km qu'est le fleuve Niger. Le district de Bamako compte 20343 chômeurs déclarés lors de l'enquête nationale sur les activités économiques dite enquête sur le secteur informel qui sont pour près de 2/3 (64.5%) des primo demandeurs d'emploi [7].

Le Mali se caractérise par :

- un taux de mortalité infanto juvénile très élevé 229 pour 1000. En d'autres termes au Mali, 1 enfant sur 4 meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans ;
- un taux de mortalité maternelle aussi élevé : 582 pour 100 000 naissances vivantes ;
- un indice synthétique de fécondité de 7.3 enfants par femme en milieu rural ; 6.3 dans les autres villes et 4.9 dans la ville de Bamako [6] ;
- un taux brut de mortalité élevé : 40 pour 1000 en milieu urbain et 47.2 pour 1000 en milieu rural avec un total de 45.1 pour 1000 [8].

2) HISTORIQUE DU PLANNING FAMILIAL AU MALI

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement pro natalistes, cela pour des raisons d'ordre économique : avoir le maximum de bras travailleurs pour augmenter la production. La fécondité confère une valeur

sociale, et l'infécondité est toujours mal vécue. Une femme doit avoir des enfants, mais il demeure vrai que la venue d'une grossesse dans la période d'allaitement (deux ans en moyenne) soit sujet de moquerie. En milieu Bamanan par exemple, il existe des expressions consacrées pour désigner ces personnes « séré mouso » pour la femme et « séréden » pour l'enfant ; malgré le comportement pro nataliste, les maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances : c'est ainsi qu'après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant deux à trois ans ; ceci permet à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement. On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que certaines herbes ou dispositifs occlusifs, de « tafo »... La fréquence de ces pratiques serait en baisse surtout en milieu urbain.

3) PRINCIPALES DATES DE LA POLITIQUE DU PLANNING FAMILIAL AU MALI

Le Mali est l'un des premiers pays à développer une attitude de tolérance vis-à-vis du planning familial [10]. En effet depuis 1971, une délégation malienne s'est rendue à Montréal (Canada) pour participer à un séminaire sur la planification. Après le Mali a signé un accord avec les organisateurs de ce séminaire pour un projet d'assistance en planning familial pour quatre ans. A ce moment, entre l'approche démographique et sanitaire du planning familial, c'est l'approche sanitaire qui a été choisie en l'absence de paramètres démographiques suffisamment maîtrisés de l'époque [11]. C'est dans cet élan que l'association malienne pour la protection et la promotion de la famille (AMPPF) a été créée le 7 juin 1971.

- **En 1972**, le Mali abrogea la loi du 31 juillet 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisait la propagande anticonceptionnelle [10]. 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 mariées et parentale pour les célibataires [11].

- **En 1973**, deux séminaires dont un interafricain sur l'éducation sexuelle et l'autre intersyndicale sur le planning familial ont été organisés à Bamako [11].
- **En 1974**, le Mali a souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) pour le droit du planning familial.
- **En 1978**, le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaires 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 famille (DSF) a été créée au sein du ministère de la santé publique et des affaires sociales pour élargir les activités maternelle et infantile en y intégrant le planning familial [11].
- **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 [13].
- **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 4^{ème} conférence mondiale sur les femmes à Beijing (Chine) en septembre 1995.
- **En juin 1995**, a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle infantile et le planning familial [14].

Avec le temps le concept malien du 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 planning familial comme : l'ensemble des mesures et moyens de régulation de la fécondité,

d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelle, infantile et juvénile notamment celle liée aux IST/SIDA, aux grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel. Ceci implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou pour l'aider à choisir le ou les moyens de régulation de la fécondité [15].

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.

4) CHAINE D'APPROVISIONNEMENT AU MALI :

Dans le cadre de la politique d'approvisionnement en contraceptifs au Mali, l'USAID subventionne les produits à travers la DPM.

Cette structure ravitaille la CAG et la PPM.

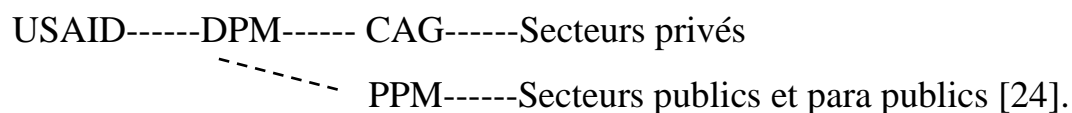
La CAG lui à son tour, fait des reconditionnés en Duofem (COC), Dépo-provera (injectable), Préservatif et ensuite approvisionne les secteurs privés.

La PPM vend en vrac aux secteurs publics et parapublics, souvent la PPM s'approvisionne auprès de la CAG en cas de rupture et vice versa.

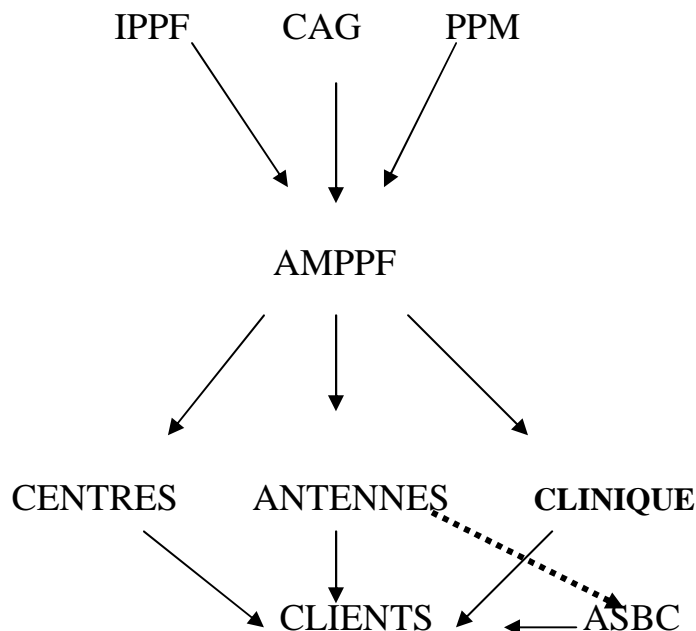
Au niveau National, seule la PPM ravitaille des magasins régionaux de la santé.

Par la suite, ceux-ci approvisionnent les dépôts répartiteurs des cercles.

Ce schéma se présente comme suit :



RESEAU DE DISTRIBUTION DE L'AMPPF :



Le réseau de distribution de l'association est composé de six (6) Antennes, d'un (1) Magasin central, d'une Clinique située au siège et des Centres. [24].

5) RAPPELS :

5-1) Définitions :

- **Concept de Planification Familiale** : Au Mali, le concept de PF comprend un ensemble de mesures et de moyens de régularisation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantile et juvénile notamment celles liées aux MST-VIH/SIDA, aux grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien être familial et individuel [17].
- **Concept de Santé de la reproduction** : Au Mali, le concept de SR comprend un ensemble de mesures préventives, curatives et promotionnelles

visant à améliorer la prise en charge des groupes vulnérables que constituent les femmes, les enfants, les jeunes adultes afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles, juvéniles et promouvoir ainsi le bien être de tous les individus [17].

- **Contraception** : c'est un ensemble de mesures et méthodes permettant de dissocier l'acte sexuel de la procréation. Elle vise à prévenir les grossesses non désirées et à espacer les naissances [18].

- **Espacement des naissances** : c'est la pratique qui consiste à maintenir un écart d'au moins deux ans entre la naissance des enfants [18].

5-2) Physiologie :

Durant la période féconde, le coït pratiqué au moment de l'ovulation aura pour résultat le déplacement rapide des spermatozoïdes à travers la glaire cervicale en direction des voies génitales hautes. On a constaté la présence de spermatozoïdes dans les trompes de Fallope dans les 5 minutes suivant l'éjaculation (même si dans la plupart des cas il faut beaucoup plus longtemps pour qu'ils y parviennent) et ils peuvent survivre pendant 5 jours, voire plus davantage dans les voies génitales féminines.

En règle générale la fécondation a lieu dans les heures qui suivent l'ovulation au niveau du tiers externe de la trompe.

L'ovule fécondé commence à se diviser dans la trompe, ce qui entraîne la formation d'une masse cellulaire appelée morula (embryon en développement). Le troisième jour après la fécondation, le morula atteint la cavité utérine. Il faut encore attendre deux (2) à trois (3) jours pour commencer à s'y implanter et il faut compter environ trois (3) autres jours pour que l'implantation soit un succès.

En moyenne il faut donc compter six (6) jours après la fécondation pour que l'embryon en développement s'implante. Une fois que l'embryon est à l'intérieur de la cavité utérine, les cellules qui l'enveloppent commencent à produire de la gonadotrophine chorionique, détectable dans le sang de la mère à

partir du huitième au neuvième jour après l'ovulation. On considère que la fin de l'implantation marque le début de la grossesse.

Un grand nombre d'ovules fécondés (environ 50%) ne s'implantent pas et sont résorbés avant les règles suivantes. S'il y'a grossesse, la gonadotrophine chorionique maintient en activité le corps jaune qui continue à sécréter œstrogènes et progestérone, jusqu'à ce que le placenta prenne le relais [19].

6) RAPPEL SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES :

Elles comprennent :

- les méthodes locales mécaniques ou chimiques ;
- la contraception hormonale ;
- la contraception d'urgence ;
- la stérilisation féminine ou masculine ;
- les méthodes naturelles.
- les méthodes traditionnelles.

6-1) Les méthodes locales mécaniques :

6-1-1) Le préservatif masculin :

- Définition :

Il se présente enroulé sous emballage individuel et se déroule sur le pénis en érection juste avant l'intromission [19].

- Mécanisme d'action :

Le préservatif masculin retient le fluide séminal, l'empêchant d'être en contact avec le col de l'utérus.

- Avantages :

- Empêche les MST, y compris le VIH/SIDA ainsi que la grossesse quand on s'en sert correctement à l'occasion de chaque rapport sexuel.
- Aide à protéger contre les situations provoquées par les MST : salpingite, douleurs chroniques et peut-être le cancer du col chez les femmes, stérilité chez les hommes et les femmes.

- Peut servir à empêcher l'infection par MST durant la grossesse.
- Peut être employé peu après l'accouchement.
- Sans danger, aucun effet secondaire hormonal.
- Offre un moyen occasionnel de contraception sans obligation d'utilisation quotidienne.
- Peut être utilisé par des hommes de tous âges.
- Aide souvent à empêcher l'éjaculation prématurée (aide l'homme à retarder son éjaculation) [19].

- **Effets secondaires :**

Ils sont exceptionnels : allergie au latex ou au lubrifiant utilisé dans le préservatif.

6-1-2) Le préservatif féminin :

- **Définition :**

C'est un mince fourreau de plastique mou et transparent. Avant le rapport sexuel la femme place le préservatif dans son vagin. Pendant le rapport le pénis de l'homme pénètre dans le préservatif féminin.

- **Mécanisme d'action :**

Le préservatif féminin retient le fluide séminal, l'empêchant d'être en contact avec le col de l'utérus.

- **Avantages :**

- Maîtrisé par la femme.
- Conçu pour empêcher les MST et la grossesse.
- Aucune pathologie ne semble limiter son emploi.
- Pas d'effets secondaires apparents ; aucune réaction allergique [20].

- **Inconvénients :**

- Coûteux actuellement.
- Efficacité relative en pratique courante.
- Exige d'ordinaire l'assentiment du partenaire.

- La femme doit toucher ses parties génitales.

6-1-3) Le diaphragme :

- Définition :

Le diaphragme se présente sous la forme d'une coupe en caoutchouc souple en forme de dôme, avec un rebord souple. Quand il est inséré correctement dans le vagin avant les rapports sexuels, le dôme couvre le col de l'utérus. Avant la pose, on applique une crème ou un gel spermicide à l'intérieur du dôme.

- Mécanisme d'action :

L'effet contraceptif du diaphragme repose d'une part sur la fonction de barrière entre les spermatozoïdes et le col de l'utérus, et d'autre part sur la fonction de récipient du spermicide.

- Effets secondaires :

Les effets secondaires liés à l'usage du diaphragme sont rares, mais ils existent :

- infection des voies urinaires ;
- irritation des voies génitales ;
- inconfort du partenaire ou de l'utilisatrice (crampes, pression sur la vessie et le rectum) au contact du diaphragme en raison de la pression exercée par le rebord du dispositif ;
- des pertes vaginales fétides peuvent se produire si le diaphragme est laissé plus de 24 heures dans le vagin ;
- lésions vaginales causées par le rebord du diaphragme [19].

6-1-4) La cape cervicale

- Définition :

La cape cervicale est une coupole de latex qui s'applique directement sur le col, sur lequel elle fait bouchon empêchant le passage des spermatozoïdes. Elle s'adapte étroitement au col et se maintient en place par un effet de succion.

Cette succion n'est pas toujours évidente dès l'insertion, il peut s'écouler jusqu'à 30 minutes avant qu'elle se produise.

- **Mécanisme d'action :**

L'effet contraceptif de la cape cervicale repose d'une part sur la fonction de barrière entre les spermatozoïdes et le col de l'utérus, et d'autre part sur la fonction de récipient du spermicide.

- **Effets secondaires :**

Les effets secondaires liés à l'utilisation de la cape cervicale sont très rares

- infection des voies génitales ;
- irritation des voies génitales.

- **Avantage :**

Peut être insérée d'avance et laissée en place jusqu'à 24 heures;

Confortable. Normalement la femme ne la sent pas. Si la femme la sent, c'est parce qu'elle est mal placée ou qu'elle n'est pas de la bonne grandeur.

6-1-5) Le stérilet :

- **Définition :**

Les stérilets ou dispositifs intra-utérins (DIU) sont de petits dispositifs flexibles de composition métallique ou plastique ; parmi les modèles les plus récents au cuivre, on trouve le CuT 380A, le CuT 220C, le Multiload 375 et le NovaT. Le délai d'utilisation des DIU varie de 5 à 10 ans selon le type de DIU [21].

- **Avantages :**

- Très efficace (99.2 à 99.4% d'efficacité)
- Son action est immédiate
- Actif pendant 12 à 13 ans dans l'organisme
- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- N'affecte pas l'allaitement

- Pas d'effet secondaire hormonal
- Cette méthode n'exige pas d'effort de mémoire
- Peu d'effets secondaires
- **Inconvénients :**
 - La pose et le retrait du DIU nécessitent un personnel qualifié
 - Le DIU peut être expulsé sans que la femme ne s'en rende compte
 - La femme doit vérifier la position du fil de temps à autre
 - Le DIU ne protège pas contre les IST/SIDA [22].
- **Effets secondaires :**
 - Il est possible que des douleurs similaires à des crampes surviennent dans les 24 à 48 heures qui suivent l'insertion du stérilet.
 - Un écoulement vaginal est possible au cours des premières semaines.
 - Les règles peuvent être plus abondantes que par le passé [21].

6-2) Les méthodes locales chimiques :

Les spermicides :

- Définition :

Ce sont des produits qui désactivent ou tuent les spermatozoïdes. Les principaux agents spermicides sont le nonoxynol-9, l'octoxynol, menfegol et le chlorure de benzalkonium. Dans certaines mesures ils agissent comme une barrière au niveau du col de l'utérus. Les spermicides se présentent sous différentes formes : crèmes, gels, ovules, comprimés ou aérosols moussants.

- Avantages :

Utilisés avec d'autres méthodes barrières, ils offrent une haute efficacité.

- Inconvénients :

Aucune donnée ne permet d'affirmer que les spermicides notamment le nonoxynol-9, offrent une quelconque protection contre l'infection à VIH et les autres IST. En plus selon certaines données l'utilisation fréquente de nonoxynol-9 (deux fois par jour ou plus) accroît plutôt qu'elle ne réduit le risque de

transmission du VIH, peut-être parce qu'il a pour effet de provoquer une irritation des muqueuses vaginales et du col utérin. Pour ces raisons on ne recommande pas l'utilisation des spermicides en guise de protection contre le VIH et les IST.

- **Effets secondaires :**

Les effets secondaires liés à l'utilisation des spermicides sont peu fréquents et mineurs :

Irritation locale provoquée par une forte sensibilité ou allergie [19].

6-3) La contraception hormonale :

6-3-1) Contraceptifs oraux combinés (COC) :

- **Définition :**

Ce sont des préparations à base d'œstrogènes et de progestatifs synthétiques extrêmement efficaces pour empêcher les grossesses.

Il existe deux types de COC :

- Monophasique : une dose fixe d'hormones œstrogènes et progestatifs pendant toute la durée du cycle.
- Multiphasique : deux (biphasique) ou trois (triphase) dosages d'œstrogènes et de progestatifs ou de progestatifs seuls pendant toute la durée du cycle [21].

- **Mécanisme de l'action contraceptive des COC :**

Il repose principalement sur :

- l'inhibition de l'ovulation ;
- l'épaississement de la glaire cervicale, ce qui rend difficile l'entrée des spermatozoïdes dans l'utérus et leur migration vers les trompes de Fallope [21].

- **Effets secondaires :**

Les effets secondaires suivants sont courants durant les trois premiers cycles. En général ils disparaissent ensuite. Ils ne justifient pas l'arrêt de la méthode :

- spotting et/ou métrorragies :
- nausées, étourdissement :
- sein douloureux ;
- légers maux de tête.

Parmi les autres effets secondaires possibles, citons la diminution de la lactation, la prise de poids, la rétention des fluides et la dépression [21].

6-3-2) Les contraceptifs oraux progestatifs (COP) :

- Définition :

Les pilules aux progestatifs seuls ne contiennent que des progestatifs, en dose plus faible que pour la pilule combinée. Les COP ne contiennent qu'entre 0.03 et 0.06 mg de progestatif (en fonction du type de progestatif utilisé) soit entre 10 et 50% de moins que les COC [21].

- Mécanisme de l'action contraceptive des COP :

Tout comme les autres contraceptifs aux progestatifs seuls, les COP fonctionnent selon deux mécanismes :

- l'effet des progestatifs sur la glaire cervicale est le principal facteur qui entre dans l'efficacité contraceptive des COP. La glaire devient moins abondante et plus visqueuse, ce qui empêche la pénétration du sperme ;
- les progestatifs agissent sur l'hypothalamus et sur l'hypophyse, et suppriment le pic de LH responsable de l'ovulation.
- Dans la plupart des cas l'endomètre montre des signes d'atrophie [21].

- Effets secondaires :

Parmi les effets secondaires les plus courants, citons les métrorragies, l'aménorrhée, les mastodynies et les céphalées. [21].

6-3-3) Contraceptifs injectables aux progestatifs seuls (CIP) :

- Définition :

Les contraceptifs aux progestatifs seuls se composent d'hormones stéroïdes synthétiques semblables à la progestérone, hormone féminine. Ils sont

administrés par injection intramusculaire, ce qui entraîne une résorption lente vers le sang. Une seule injection suffit à assurer une contraception sûre et hautement efficace pendant 2 ou 3 mois. Les injectables aux progestatifs seuls les plus couramment utilisés sont :

- **L'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) :** chaque dose de 1 ml contient 150 mg d'AMPR, elle est administrée tous les trois (3) mois.

- **L'énanthate de noréthistérone (EN-NET) :** chaque dose de 1 ml contient 200 mg d'EN-NET ; elle est administrée tous les deux (2) mois [19].

- **Mécanisme de l'action contraceptive :**

Tout comme les autres contraceptifs aux progestatifs seuls, les CIP fonctionnent selon deux mécanismes :

- l'effet des progestatifs sur la glaire cervicale est le principal facteur qui entre dans l'efficacité contraceptive des CIP. La glaire devient moins abondante et plus visqueuse, ce qui empêche la pénétration des spermatozoïdes ;

- les progestatifs agissent sur l'hypothalamus et sur l'hypophyse, et suppriment le pic de LH responsable de l'ovulation.

- Dans la plupart des cas l'endomètre montre des signes d'atrophie [19].

- **Avantages :**

- Les CIP n'affectent pas la production de lait ;

- Les femmes drépanocytaires qui ont recours à l'AMPR ont nettement moins de crises.

- Les CIP peuvent accroître la concentration d'hémoglobine, principalement en réduisant la perte sanguine.

- **Inconvénients :**

L'effet hypoœstrogénique des CIP chez les femmes de moins de 18 ans peut affecter la masse et la densité osseuses. Tout facteur de risque évident d'ostéoporose, comme la thérapie chronique aux corticoïdes, doit être pris en compte lorsqu'on recommande l'utilisation des CIP [21].

- **Effets secondaires :**

- Aménorrhée : effet secondaire courant, qui intervient après la 3^{ème} injection ;
- Spotting ou métrorragies : il est courant d'observer des métrorragies (saignement peu abondant) et un spotting, notamment à la suite des deux premières injections ;
- Effets secondaires mineurs : prise de poids ; légers maux de tête [19].

6-3-4) Contraceptifs injectables combinés (CIC) :

- **Définition :**

Les CIC contiennent un œstrogène à courte durée d'action associé à un progestatif. La préparation injectable est libérée lentement sur une période de 28 jours à partir de l'emplacement de l'injection. Une seule injection est administrée chaque mois [19].

- **Mécanisme de l'action contraceptive :**

Il repose principalement sur :

- l'inhibition de l'ovulation ;
- l'épaississement de la glaire cervicale, ce qui rend difficile l'entrée des spermatozoïdes dans l'utérus et leur migration vers les trompes de Fallope [21].

- **Effets secondaires :**

- l'aménorrhée est rare ;
- le premier cycle est généralement court, entre 10 et 20 jours
- prise de poids et légers maux de tête [19].

6-3-5) Les implants sous-cutanés :

- Définition :

Les implants aux progestatifs seuls sont insérés sous la peau et libèrent le progestatif à un rythme régulier. Ce qui permet la libération de dose quotidienne minimale pour obtenir l'effet contraceptif recherché.

Les trois marques d'implants disponibles sur le marché sont :

Le Norplant, constitué de six (6) capsules ; **le Jadelle**, constitué de deux (2) bâtonnets et **l'Implanon**, constitué d'un implant unique.

La protection contre la grossesse commence dans les 24 heures qui suivent l'insertion et dure au moins 7 ans dans le cas du Norplant, 5 ans pour le Jadelle et 3 ans pour l'Implanon. Le retour à la fécondité est immédiat après le retrait des capsules [19].

- Mécanisme de l'action contraceptive :

Tout comme les autres contraceptifs aux progestatifs seuls, les implants sous-cutanés fonctionnent selon deux mécanismes :

- l'effet des progestatifs sur la glaire cervicale est le principal facteur qui entre dans l'efficacité contraceptive des implants sous-cutanés. La glaire devient moins abondante et plus visqueuse, ce qui empêche la pénétration des spermatozoïdes ;
- les progestatifs agissent sur l'hypothalamus et sur l'hypophyse, et suppriment le pic de LH responsable de l'ovulation.
- Dans la plupart des cas l'endomètre montre des signes d'atrophie [21].

- Avantages :

- Aussi efficace que la ligature des trompes (99 à 99.8% d'efficacité), même chez les femmes de poids élevé.
- Son action est immédiate (elle commence 24 heures après l'insertion).

- N'interfère pas avec les rapports sexuels
 - N'affecte pas l'allaitement
 - Cette méthode n'exige pas d'effort de mémoire, sauf pour la date du rendez-vous
 - Elle peut prévenir l'anémie en diminuant le flux menstruel
 - Elle a peu d'effets secondaires à part les irrégularités du cycle menstruel et les spotting.
- **Inconvénients :**
- La pose et le retrait des implants nécessitent un personnel qualifié
 - Les implants ne protègent pas contre les IST/SIDA [19].
- **Effets secondaires :**
- Il est courant d'observer des modifications des saignements menstruels (métrorragies et spotting), notamment pendant la première année d'utilisation.
 - Les maux de tête constituent le 2^{ème} type d'effets secondaires le plus courant.
 - On observera fréquemment de la nervosité, des nausées, des vertiges, une prise de poids et des effets secondaires affectant la peau, comme l'acné.
 - L'expulsion des capsules (un problème rare). Dans ce cas on insère de nouvelles capsules dès que le point d'implantation est cicatrisé.

6-3-6) Autres dispositifs à base de contraceptifs hormonaux combinés :

Le patch transdermique :

- **Définition :**

Le patch transdermique est un nouveau dispositif de contraception à base d'œstrogène et de progestatif combinés. Son efficacité est similaire à celle des COC. Il est de couleur beige et mesure 4 cm de côté. Appliqué sur la peau, il libère chaque jour 150µg de norelgestromin et 20µg d'éthinylestradiol dans le

flux sanguin. Il peut être appliqué sur la partie basse de l'abdomen, sur une fesse, sur le bras ou sur le tronc (mais pas sur les seins). Il est conçu pour être porté pendant 7 jours consécutifs. Trois (3) patchs sont utilisés pour chaque cycle, suivi d'un intervalle de 7 jours sans patch.

- **Mécanisme de l'action contraceptive :**

Son mécanisme est identique à celui des œstroprogestatifs.

- **Avantages :**

Il est administré sur une semaine et non chaque jour ; ce qui améliore le respect des règles d'utilisation.

- **Inconvénients :**

- il est moins efficace chez les femmes qui pèsent plus de 90kg ;
- les risques liés à son utilisation sont les mêmes que pour les COC ;
- il ne protège pas contre les IST dont le VIH/SIDA [19].

L'anneau vaginal :

- **Définition :**

Il est fin, transparent et flexible. Inséré dans le vagin, il assure une protection contraceptive. Il libère de façon continue une faible dose d'œstrogène et de progestatif. Il est porté de façon continue pendant trois (3) semaines, puis enlevé pendant une semaine. Un nouvel anneau est inséré tous les mois.

- **Effets secondaires :**

Les effets secondaires hormonaux qui y sont associés sont les mêmes que pour les COC. Il ne protège pas contre les IST, dont le VIH/SIDA [19].

Les effets secondaires mécaniques observés sont :

- infection des voies urinaires et génitales;
- irritation des voies génitales ;
- inconfort du partenaire (troubles au niveau du pénis) ou de l'utilisatrice (sensation de corps étranger);des pertes vaginales fétides ;

6-4) La contraception d'urgence :

- Définition :

Le terme de contraception d'urgence s'applique à tous les types de contraception utilisés en tant que procédure d'urgence pour prévenir une grossesse non désirée à la suite d'un rapport sexuel non protégé. La contraception d'urgence est quelquefois appelée « pilule du lendemain » ou « contraceptif post-coïtal ». Cette terminologie peut être une source de confusion puisque le contraceptif n'est pas nécessairement une pilule et qu'il peut être utilisé jusqu'à cinq jours après un rapport sexuel non protégé et pas seulement le lendemain. L'expression « contraception d'urgence » est préférée car elle met aussi en relief la notion d'urgence.

- Indications générales :

La contraception d'urgence est censée être utilisée à la suite d'un rapport sexuel non protégé. Par exemple :

- Quand aucun contraceptif n'est utilisé.
- Lorsqu'un incident s'est produit qui a rendu le contraceptif inefficace ou lorsqu'il en a été fait un usage inadéquat. Par exemple :

trois pilules contraceptives combinées ou davantage ont été oubliées consécutivement ;

une pilule contraceptive aux progestatifs seuls a été prise avec trois (3) heures ou plus de retard ;

le préservatif s'est rompu ou a glissé ;

le diaphragme s'est déplacé ou a été retiré prématurément ;

le coïtus interrompu a échoué (d'où l'éjaculation dans le vagin ou sur les organes génitaux externes) ;

en cas d'utilisation d'une méthode fondée sur l'observation des signes de fécondité, la période favorable aux rapports sexuels a été mal évaluée ; le DIU a été expulsé.

- Quand la femme a été victime d'un viol [19].

- **Différents types de contraceptifs d'urgence :**

Les méthodes suivantes peuvent être utilisées pour une contraception d'urgence :

Pilule contraceptive d'urgence : contraceptifs oraux aux progestatifs seuls ou combinés.

DIU au cuivre.

6-4-1) Pilule aux progestatifs seuls :

Le système le plus pratique pour la femme consiste à prendre une dose unique de 1.5 mg de lévonorgestrel dès que possible après le rapport sexuel non protégé. On peut si on dispose de pilule dosée à 0.75 mg lévonorgestrel, prendre un comprimé le plus tôt possible après un rapport sexuel non protégé et un autre comprimé 12 heures plus tard.

Dans les deux cas, plus la pilule est prise rapidement après le rapport sexuel non protégé, plus elle est efficace. Les pilules donnent les meilleurs résultats si elles sont prises dans les trois jours (72 heures) qui suivent le rapport.

6-4-2) Pilule aux estroprogestatifs combinés :

Les pilules aux estroprogestatifs combinés contenant de l'éthinylestradiol (EE) et du norgestrel (ou du lévonorgestrel) sont connues sous le nom de « méthode de Yuzpe ».

Si on dispose de pilules dosées à 50µg d'éthinylestradiol et de 0.25 mg de lévonorgestrel : 2 pilules doivent être prises le plus tôt possible, mais plus tard que 72 heures après le rapport non protégé : 2 autres pilules doivent être prises 12 heures plus tard.

Si on ne dispose que de pilules dosées à 30µg d'éthinylestradiol et 0.15 mg de lévonorgestrel : 4 pilules doivent être prises le plus tôt possible, mais pas plus tard que 72 heures après le rapport non protégé ; 4 autres pilules doivent être prises 12 heures plus tard.

- **Mécanisme d'action :**

La contraception hormonale d'urgence agit selon plusieurs mécanismes en fonction du moment du cycle menstruel auquel les pilules sont absorbées :

- elle peut empêcher ou retarder l'ovulation ;
- elle agit sur le transport de l'ovule et du spermatozoïde, ainsi que sur la fécondation ;

- **Efficacité :**

Prise dans les 72 heures les pilules aux progestatifs seuls réduisent de 60 à 90% le risque de grossesse après un seul acte sexuel non protégé ; les pilules combinées de 56 à 89%. Cela veut dire que si la probabilité de grossesse est de 8% après un rapport non protégé, elle se trouvera à 1 ou 2%, respectivement grâce à la pilule contraceptive d'urgence.

- **Effets secondaires :**

- Nausées ;
- Vomissements ;
- Saignements utérins irréguliers ou spotting ;
- Autres effets secondaires : sein douloureux, maux de tête, fatigue, douleurs abdominales et vertiges [19].

6-4-3) Dispositif intra-utérin au cuivre :

Un DUI au cuivre peut être utilisé en guise de contraceptif d'urgence dans les cinq jours qui suivent un rapport non protégé. Quand la période d'ovulation peut être déterminée, le DIU peut être inséré au-delà de cinq jours, si nécessaire en ne dépassant pas cinq jours après l'ovulation.

En plus des indications énoncées plus haut, le DIU est spécialement indiqué :

- Quand les méthodes hormonales sont moins efficaces du fait que 72 heures se sont écoulées depuis le rapport sexuel non protégé ;
- Quand la cliente envisage d'utiliser un DIU pour une contraception continue à long terme.

- **Efficacité :**

Plusieurs études ont permis d'affirmer que cette méthode était la plus efficace. Après un rapport sexuel non protégé, moins de 1 % des femmes deviennent enceintes si elles utilisent un DIU en guise de contraceptif d'urgence.

- **Effets secondaires :**

Ils sont les mêmes qu'en cas d'utilisation continue du DIU [19].

6-5) La stérilisation féminine ou masculine :

- **Définition :**

La stérilisation volontaire, féminine (par ligature, obturation, ou résection des trompes) ou masculine (par vasectomie), aussi appelée contraception chirurgicale, figure parmi les méthodes de contraception les plus efficaces pour les hommes et les femmes qui ne désirent plus avoir d'enfants.

- **Indication générale :**

Tout individu qui a le nombre d'enfant qu'il désire, en fait la demande en toute connaissance de cause après avoir été dûment conseillé et qui ne présente aucune contre-indication.

Note : certaines affections psychiatriques ou neurologiques complexes et irréversibles incompatibles avec la paternité ou la maternité, peuvent conduire des tiers à faire une demande de stérilisation au nom d'un individu qui n'est pas en mesure de donner son consentement [19].

6-6) Les méthodes naturelles :

Selon l'OMS, les méthodes naturelles de planification familiale sont les méthodes basées sur l'identification des jours où la femme est féconde. Elles

utilisent soit un calcul de jours, soit une observation des signes cliniques de fertilité (les sécrétions cervicales et/ou la courbe des températures). Les méthodes naturelles sont aussi appelées les méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité.

6-6-1) Méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité :

Pour avoir recours aux méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité, une femme doit connaître le début et la fin de la période féconde de son cycle menstruel. Ces méthodes impliquent souvent la pratique de **l'abstinence périodique**, une méthode qui empêche le contact entre les spermatozoïdes et l'ovule puisque tout rapport sexuel est évité pendant la période féconde du cycle menstruel.

Les techniques utilisées pour identifier la phase féconde du cycle menstruel sont les suivantes :

- La méthode de la courbe des températures ;
- La méthode de la glaire cervicale ou de l'ovulation (Billings) ;
- La méthode du calendrier ou des rythmes (Ogino Knaus) ;
- La méthode sympto-thermique ;
- La méthode des jours fixes.

- Indications générales :

Les méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité constituent une option de substitution pour les couples qui ne souhaitent pas utiliser une méthode contraceptive plus efficace pour les raisons suivantes :

- crainte des effets secondaires ;
- obstacles religieux ou culturels
- difficultés rencontrées pour se procurer d'autres méthodes.

- Avantages :

- Aucun effet secondaire ;
- Meilleure compréhension du cycle menstruel ;

- Responsabilité partagée ;
 - Après la formation pas d'assistance nécessaire ;
 - Après la formation, coût négligeable ;
 - Après la formation, pas de personnel de santé requis.
- **Inconvénients :**
- Coopération et motivation nécessaires ;
 - Faible degré d'efficacité ;
 - Echec possible pendant la période de formation, assez longue ;
 - La surveillance et la consignation quotidienne peuvent constituer un désagrément.
 - Difficile à appliquer en cas de cycle irrégulier ;
 - Impossible de faire des prévisions en période d'allaitement.
 - Certaines méthodes comme celle de la courbe de température ne sont pas praticables en cas d'affections fébriles.

6-6-1-1) La méthode de la courbe des températures :

- **Définition :**

C'est une méthode qui repose sur le phénomène suivant : ce qui est lié à la sécrétion de progestérone par le corps jaune.

Après l'ovulation la température du corps augmente de 0.2 à 0.4°C et demeure élevée jusqu'à la menstruation suivante. On recommande aux couples d'éviter tout rapport sexuel allant du début de la montée thermique jusqu'au soir du troisième jour consécutif de température plus élevée (le début de cette période de trois jours représentant l'ovulation), qui ne peut intervenir moins de neuf (9) jours après la fin de la menstruation.

- **A quel moment le couple peut-il avoir des rapports sexuels ?**

Le couple peut avoir des rapports sexuels à la fin du troisième jour consécutif où la température est restée plus élevée que les six jours ayant précédé celui où

elle a augmenté. Il n'y a aucun risque de grossesse jusqu'au début des prochaines règles.

6-6-1-2) La méthode de la glaire cervicale (Méthode Billings) :

- Définition :

La méthode de la glaire cervicale repose sur l'observation des changements cycliques de la glaire cervicale qui se produisent sous l'influence des variations du niveau d'œstrogènes. Au cours du cycle menstruel, la femme peut ressentir diverses sensations à l'entrée du vagin et observer des modifications de la consistance de la glaire cervicale.

- A quel moment le couple peut-il avoir des rapports sexuels ?

Les rapports sexuels sont possibles :

- Dès la fin de la menstruation et jusqu'aux premiers signes de l'apparition de la glaire cervicale.
- A partir du soir du quatrième jour après le « jour du pic » jusqu'au début de la menstruation suivante.

- A quel moment le couple ne doit pas avoir de rapports sexuels ?

Il faut éviter les rapports sexuels :

- A partir de la première apparition de la glaire cervicale après la menstruation jusqu'à la fin du quatrième jour après le « jour du pic ».
- Si la femme a un doute sur l'évolution de la glaire cervicale.

6-6-1-3) La méthode du calendrier ou des rythmes (Ogino-Knaus) :

- Définition :

La méthode du calendrier ou des rythmes passe pour être la plus employée de toutes les méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité. Son

utilisation correcte implique des calculs reposant sur les cycles menstruels précédents, dans le but de déterminer le début et la fin de la période féconde. Le taux d'échec est élevé puisque la précision de la durée des cycles futurs repose sur des données passées, d'où une précision limitée.

- **Instructions aux clients :**

On recommande à la cliente de :

- Noter la durée en jours d'au moins six (6) cycles consécutifs en considérant le premier jour des règles comme le premier jour du cycle.
- Déterminer le premier jour de la période féconde en soustrayant 18 du cycle le plus court.

Premier de la période féconde = cycle le plus court - 18.

- Déterminer le dernier jour de la période féconde en soustrayant 11 du cycle le plus long.

Dernier jour de la période féconde = cycle le plus long - 11.

- Eviter les rapports sexuels pendant la période féconde. Par exemple si les six (6) derniers cycles ont duré **28, 26, 29, 27, 29 et 27** jours. Le premier jour de la phase féconde = **26 - 18 = 8**. Le dernier jour de la phase féconde = **29 - 11 = 18**.

- Par conséquent éviter les rapports sexuels à partir **du 8^{ème} jour jusqu'au 18^{ème} jour inclus du cycle menstruel**.

Après une naissance, les femmes peuvent employer la méthode du calendrier dès qu'elles ont eu leurs règles à 3 reprises. Après un avortement, les femmes peuvent utiliser la méthode du calendrier dès qu'elles ont eu au moins une fois leurs règles [23].

6-6-1-4) La méthode sympto-thermique :

- **Définition :**

La méthode sympto-thermique combine diverses techniques d'abstinence périodique, particulièrement la méthode de la glaire cervicale, la méthode du calendrier et celle de la courbe des températures basales.

- **Avantages :**

L'utilisation de plusieurs techniques accroît la probabilité d'exactitude de l'identification de la phase féconde du cycle, aussi la période d'abstinence exigée peut elle aussi être réduite au minimum [19].

6-6-1-5) La méthode des jours fixes :

La Méthode des jours fixes est une nouvelle méthode naturelle de planification familiale qui est présentée comme efficace à plus de 95 % si elle est utilisée correctement.

Le collier du cycle est un outil visuel qui aide les utilisatrices de la méthode des jours fixes à suivre visuellement leurs cycles menstruels et à connaître les jours où elles sont fécondes.

Chaque perle représente un jour du cycle menstruel et la femme peut savoir quel stade de son cycle elle a atteint en faisant avancer d'une perle à l'autre un anneau en caoutchouc noir bien ajusté.

Les perles sont de différentes couleurs : la perle rouge correspond au jour du début des règles. Les perles de couleurs marron indiquent que la grossesse est très improbable ; les perles blanches que la possibilité de grossesse est élevée.

NB : Le collier est adapté aux femmes qui ont une durée de cycle comprise entre 26 et 32 jours.

- **Mode d'emploi :**

- Le premier jour des règles, la femme doit placer l'anneau noir sur la perle rouge. Il est utile de noter ce jour sur un calendrier afin de pouvoir vérifier ultérieurement si l'on n'a pas oublié de faire avancer chaque jour l'anneau.

- Chaque jour elle doit faire avancer l'anneau d'un cran et le placer sur la perle suivante.
- Lorsque l'anneau noir se trouve sur l'une des perles blanches, la femme doit éviter les rapports sexuels non protégés ou utiliser une autre méthode de contraception (par exemple le préservatif) [19].

6-6-2) Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (M.A.M.A.) ou Méthode d'Aménorrhée de Lactation (M.A.L.)

La MAMA est une méthode contraceptive fondée sur la période d'infertilité qui survient naturellement pendant le post-partum, lorsque la femme est aménorrhéique et que le bébé est exclusivement nourri au sein.

- Mécanisme d'action de la M.A.M.A. :

Lorsque le nourrisson tète, la production des hormones nécessaires à l'ovulation est supprimée. Sans ovulation, la grossesse n'est pas possible.

- Qui peut utiliser la M.A.M.A. ?

Les femmes qui remplissent les trois critères suivants :

- Nourrir leur enfant au sein, exclusivement ou presque exclusivement
- Ne pas avoir eu leurs règles depuis l'accouchement
- Ne pas avoir dépassé le sixième mois du post-partum.

La femme qui veut recourir à la M.A.M.A. doit allaiter :

- Tôt après l'accouchement
- Fréquemment, à la demande et non à heure fixe
- Sans donner de biberon ni de sucette
- En évitant les longs intervalles entre les tétées de jour comme de nuit
- sans donner de supplément
- Même en cas de maladie de la mère ou de l'enfant.

- Avantages :

- Facile à utiliser
- Commence dès le début du post-partum

- Ne nécessite pas de fournitures particulières
- Ne gêne pas les rapports sexuels
- Sans effets secondaires
- Présente des avantages pour la santé de la mère et de l'enfant
- Se fonde sur des pratiques culturelles et religieuses établies

- **Inconvénients :**

- S'applique seulement aux femmes qui allaitent
- Le rythme de l'allaitement peut être difficile à maintenir
- La durée de la méthode est limitée
- Ne protège pas contre les MST ni le VIH [21].

6-6-3) Le retrait ou coït interrompu :

L'homme se retire avant l'éjaculation pour éviter que le sperme ne féconde la femme.

Cette méthode n'est pas efficace pour plusieurs raisons :

- durant le rapport sexuel il y a toujours un peu de sperme qui s'écoule du pénis ;
- il n'est pas très facile de se retenir et en plus c'est frustrant.

6-6-4) Les rapports sans pénétration :

S'il n'y a pas de pénétration vaginale, le sperme peut tout de même couler par accident dans le vagin, lors d'une éjaculation sur une partie du corps de la femme ou lors de la sodomie.

La frustration qu'elle provoque peut amener les partenaires à prendre des risques. Cette méthode n'est donc pas recommandée.

6-7) Les méthodes traditionnelles :

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples. On peut citer :

6-7-1) Le "tafo" :

Cordelette avec des nœuds, attachée autour du bassin de la femme dont le pouvoir repose sur la psychologie et sur le vécu socioculturel (par exemple perd son efficacité en cas de rapport avec un autre homme que son mari) [22].

6-7-2) La toile d'araignée :

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

6-7-3) Le miel et le jus de citron :

On les place dans le vagin avant le rapport sexuel ; ils entraînent soit une immobilisation des spermatozoïdes (miel), soit une destruction des spermatozoïdes (citron) agissant comme des spermicides.

6-7-4) Les solutions à boire :

Il peut s'agir : d'écorces d'arbres ou de plantes, de graines à avaler ou de "nassi" (solutions préparées par les marabouts et les charlatans).

Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles.

Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infections à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tels que l'infertilité et les algies pelviennes. [22].

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

1) Cadre de l'étude :

La clinique de l'AMPPF a servi de lieu de recrutement des dossiers des patientes. Créée le 3 mars 1972 l'**Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille** est à but non lucratif. Elle est membre à part entière de la Fédération Internationale Pour la Planification Familiale (IPPF) qui regroupe plus de 140 pays dans le monde. L'association compte six antennes régionales (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao) en plus des deux antennes du district de Bamako (AMPPF siège, AMPPF du District). La clinique de l'AMPPF est l'une des structures pilotes dont les prestataires ont été formés pour la prise en charge de toutes les méthodes modernes de planification familiale. Elle est sise à Bolibana, route du lido et sa gestion commune est assurée par le staff (administration et prestataires cliniques) et les volontaires de l'association.

- VISION de l'AMPPF :

Une société malienne dans laquelle chaque individu, chaque famille, connaît et exerce librement et pleinement tous ses droits en matière de santé sexuelle et reproductive et est protégé du VIH/SIDA ;

- MISSION :

Œuvrer à l'amélioration des conditions de vie des populations à travers des services de qualité fournis dans les domaines :

- De l'accès aux services de PF
- De la prévention et de la prise en charge du VIH/SIDA
- De la maternité sans risque notamment à travers la prévention et la prise en charge des complications liées aux avortements provoqués.
- De la réponse apportée aux besoins des adolescents/ jeunes en SSR
- Du plaidoyer en faveur de la SSR y compris les MGF et autres violences faites aux femmes ;

- **AXES STRATEGIQUES PROGRAMMATIQUES :**

- Adolescents et Jeunes
- IST /VIH-SIDA
- Accès aux services
- Santé maternelle et infantile et avortements à risque
- Plaidoyer [16,24].

2) Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale.

3) Période de l'étude :

La période qui a intéressé la présente étude va de janvier à mars 2009.

4) Population de l'étude :

Femmes utilisant une méthode de contraception à la clinique de l'AMPPF.

5) Echantillonnage

5-1) Critères d'inclusion :

Toute femme d'au moins 14 ans, utilisant une méthode de contraception et ayant accepté de participer à l'étude.

Au total 320 utilisatrices ont été retenues.

5-2) Critères de non inclusion :

Toute femme ayant refusé de participer à l'étude.

6) Collecte des données :

La collecte des données a été faite à l'aide d'une fiche d'enquête portée en annexe.

7) L'analyse des données

Les données ont été analysées à partir du logiciel SPSS 12.0.

8) Difficultés rencontrées

8-1) Durée d'utilisation de la contraception :

Certaines utilisatrices avaient plusieurs fois changé de méthodes de contraception ou observé une période d'arrêt d'utilisation de la méthode ; donc la durée totale de la pratique de la planification familiale ne correspondait pas toujours à la durée de la méthode utilisée au cours de l'étude.

8-2) Effets secondaires ressentis :

L'un de nos objectifs était de décrire les effets secondaires des méthodes contraceptives. Malheureusement il ressort que certaines femmes avaient eu à utiliser plus d'une méthode de contraception, d'autres étaient à moins d'un mois d'utilisation d'une méthode de contraception au moment de l'étude.

9) Ethique :

Sous le sceau de l'anonymat les supports de collecte des données n'ont été utilisés que dans le cadre de notre étude.

La confidentialité, le secret médical et la discrétion attendue par les femmes étaient respectés.

10) Statistique :

Le test du Khi2 a été utilisé. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

RESULTATS

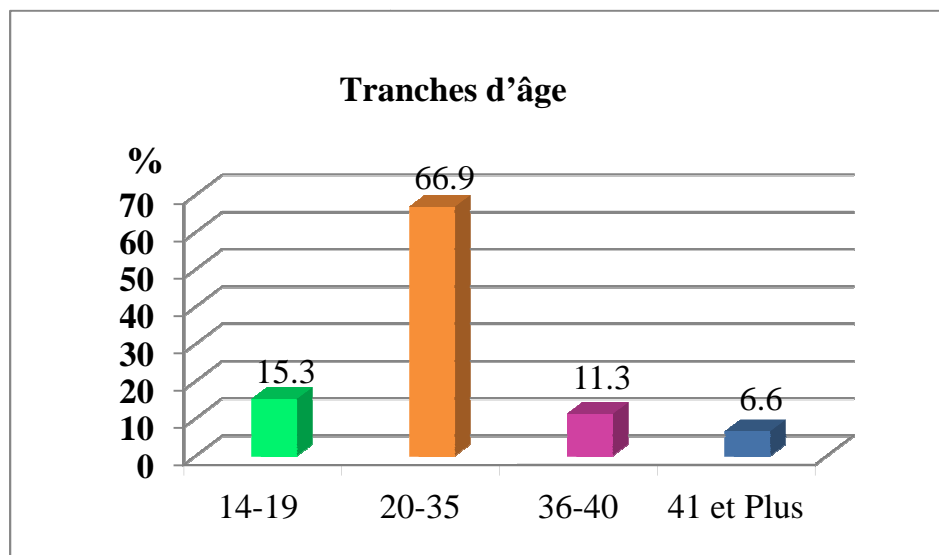
V- Résultats

► Résultats descriptifs

A- Caractéristiques socio démographiques des utilisatrices

1) Age

Figure 1 : Répartition des utilisatrices selon l'âge



La tranche d'âge 20-35 ans a été la plus représentée de notre échantillonnage soit 66,9%.

Les âges extrêmes étaient 14 et 51 ans.

L'âge moyen était 27,4 ans

La médiane était de 22 ans.

2) Ethnie

Tableau I : Répartition des utilisatrices selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Malinké	94	29,4
Bamanan	67	20,9
Peulh	66	20,6
Soninké	28	8,8
Dogon	5	1,6
Senoufo	10	3,1
Bobo	5	1,6
Kakolo	5	1,6
Touareg	15	4,7
Bozo	4	1,2
Maure	8	2,6
Minianka	4	1,2
Kassoka	2	0,6
Somono	1	0,3
Ethnie d'autres pays*	6	1,9
Total	320	100

Ethnie d'autres pays : sénégalaise =4 ; burkinabé =1 ; béninoise =1

Dans cette répartition les Malinké, les Bamanan et les Peulh ont été les plus représentés soit respectivement 29,4%, 20,9% et 20,6% de notre échantillonnage.

3) Profession

Tableau II : Répartition des utilisatrices selon la profession

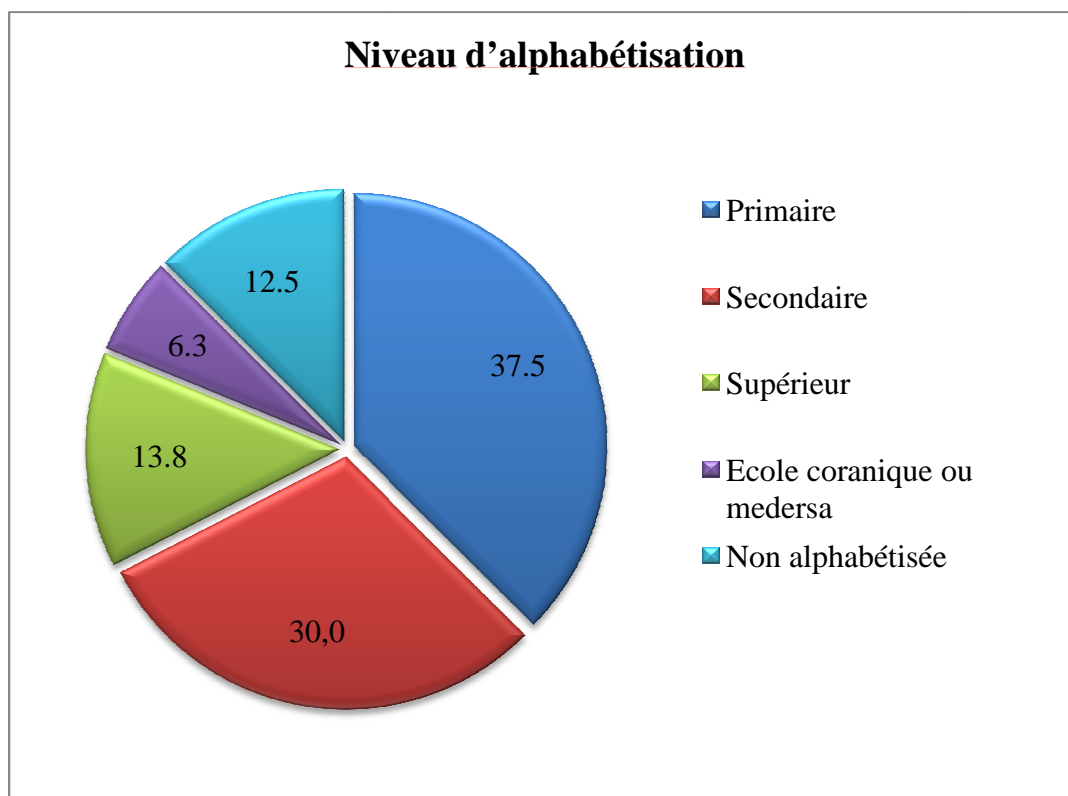
Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	97	30,3
Secrétaire	17	5,3
Juriste	4	1,3
Femme d'affaires	8	2,5
Elève/Étudiante	90	28,1
Enseignante	7	2,2
Comptable	11	3,4
Infirmière	7	2,2
Militaire	6	1,9
Informaticienne	3	0,9
Biologiste	1	0,3
Autres*	69	21,6
Total	320	100

Autres = vendeuses ambulantes, coiffeuses, couturières, teinturières, nettoyeuses, hôtelières.

Les ménagères sans emploi ont été les plus représentées dans cette répartition soit 30,3% ; suivies des élèves/étudiantes avec 28,1% de notre échantillonnage.

4) Niveau d'alphabétisation

Figure 2 : Répartition des utilisatrices selon le niveau d'alphabétisation



La majorité des utilisatrices était instruite du niveau primaire au supérieur soit 87,6% de notre échantillonnage.

5) Statut matrimonial

Tableau III : Répartition des utilisatrices selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Monogamie	172	53,8
Polygamie	40	12,5
Célibataire	103	32,2
Divorcée	2	0,6
Veuve	3	0,9
Total	320	100

Les utilisatrices vivant seules avec leur époux au moment de l'enquête ont été les plus représentées soit 53,8% de notre échantillonnage.

B- Caractéristiques obstétricales des utilisatrices

1) Gestité

Tableau IV : Répartition des utilisatrices selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
0	66	20,6
1	70	21,9
2-3	88	27,5
4-5	55	17,2
6 et plus	41	12,8

Total	320	100
--------------	------------	------------

Dans cette répartition les pauci gestes avec deux ou trois grossesses ont été les plus représentées, soit 27,5% de notre échantillonnage.

2) Parité

Tableau V : Répartition des utilisatrices selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
0	84	26,3
1	80	25,0
2-3	78	24,4
4-5	49	15,3
6 et +	29	9,1
Total	320	100

Dans cette répartition les nullipares ont été les plus représentées soit 26,3% de notre échantillonnage suivies des primipares avec 25%.

3) Nombre d'enfants vivants

Tableau VI : Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Effectif	Pourcentage
0	91	28,4
1	76	23,8
2	38	11,9
3	39	12,2
4	30	9,4
5	23	7,2

6	15	4,7
7	4	1,3
8	2	0,6
9	2	0,6
Total	320	100

Les utilisatrices n'ayant pas d'enfant ont été les plus représentées soit 28,4% de notre échantillonnage.

4) Nombre d'enfants décédés

Tableau VII : Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants décédés

Nombre d'enfants décédés	Effectif	Pourcentage
0	203	86,0
1	23	9,7
2	3	1,3
3	4	1,7
4	3	1,7
Total	236	100

Les utilisatrices qui n'avaient perdu aucun enfant ont été les plus représentées, soit 86,0% de notre échantillonnage.

5) Antécédents d'interruption de grossesse

Tableau VIII : Répartition des utilisatrices selon le type d'interruption de grossesse

Type d'interruption	Effectif	Pourcentage
IVG	38	11,9
Spontanée	59	18,4
Pas d'ATCD d'interruption	223	69,7

Total	320	100
--------------	------------	------------

Les utilisatrices n'ayant subi aucun antécédent d'interruption de grossesse ont été les plus représentées soit 69,7% de notre échantillonnage.

Tableau IX : Répartition des utilisatrices selon le nombre d'avortements provoqués

Nombre d'IVG	Effectif	Pourcentage
0	282	88,1
1	25	7,8
2	12	3,8
3	1	0,3
Total	320	100

Dans cette répartition les utilisatrices n'ayant pratiqué aucune IVG ont été les plus représentées soit 88,1% de notre échantillonnage.

Tableau X : Répartition des utilisatrices selon le nombre d'avortements spontanés

Avortements Spontanés	Effectif	Pourcentage
0	261	81,6
1	53	16,6
2	4	1,3
3	2	0,6
Total	320	100

Les utilisatrices n'ayant subi aucun avortement spontané ont été les plus représentées soit 81,6% de notre échantillonnage.

6) Intervalle intergénérisique

Tableau XI : Répartition des utilisatrices selon le nombre d'années entre les deux dernières grossesses

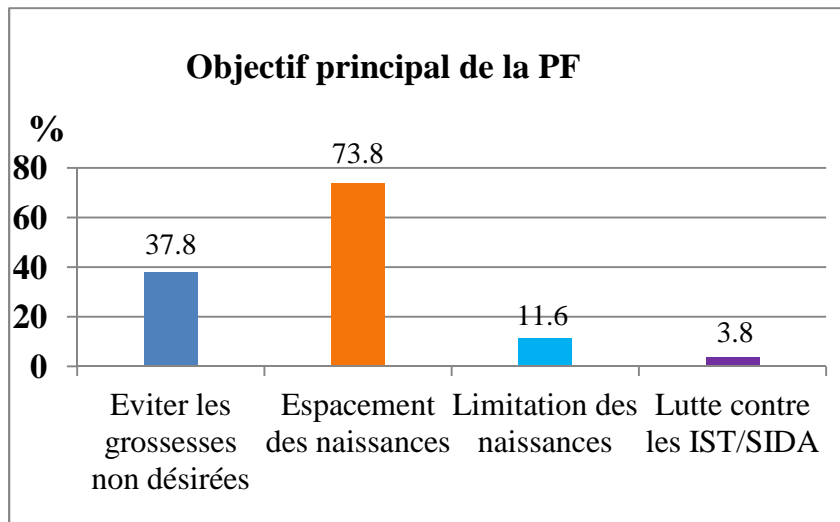
Intervalle intergénérisique	Effectif	Pourcentage
0	143	44,7
< 1 an	8	2,5
1- 2 ans	71	22,2
3-4 ans	63	19,7
5 ans et plus	35	10,9
Total	320	100

Les utilisatrices ayant un ou deux ans entre les deux dernières grossesses ont été les plus représentés soit 22,2 % de notre échantillonnage.

C- Niveau des connaissances des utilisatrices sur la Planification Familiale

1) L'objectif principal de la PF

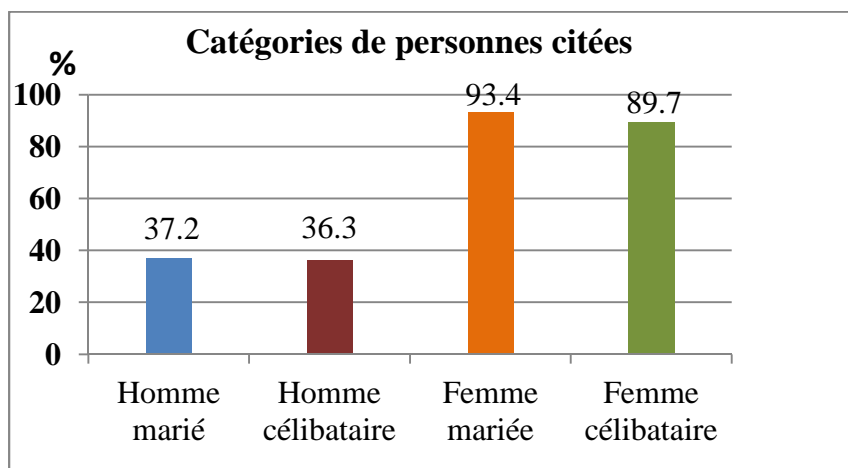
Figure 3 : Répartition des utilisatrices selon les objectifs évoqués



Une femme pouvait citer plusieurs objectifs. Cependant l'objectif le plus cité était l'espacement des naissances soit 73,8%.

2) Les catégories de personnes visées par la PF

Figure 4 : Répartition des utilisatrices selon les catégories de personne citées et visées par la PF

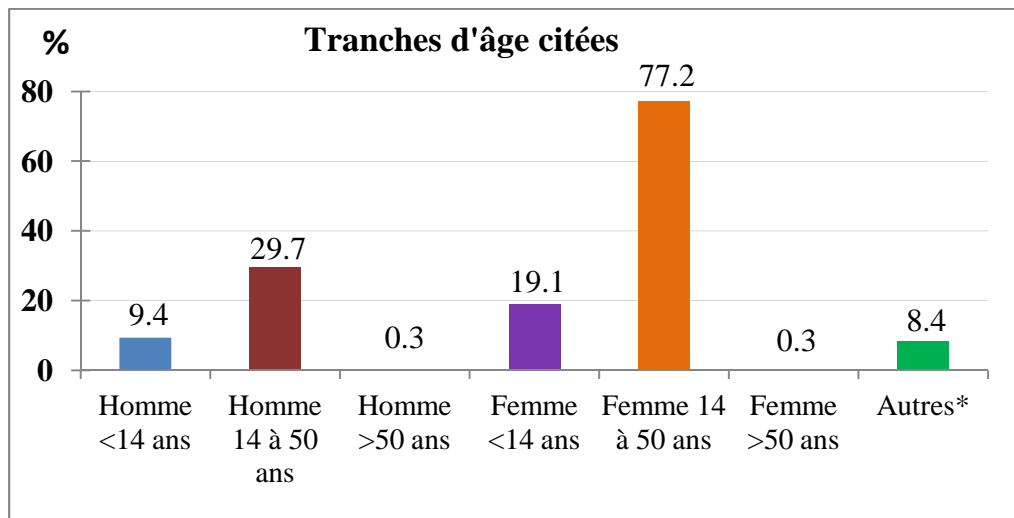


Une femme pouvait citer plusieurs catégories de personne, mais la majorité pensait que la PF visait les utilisatrices mariées soit 93,4% de notre échantillonnage.

3) Les tranches d'âge concernées par la PF

Figure 5 : Répartition des utilisatrices selon les tranches d'âge citées et

concernées par la PF

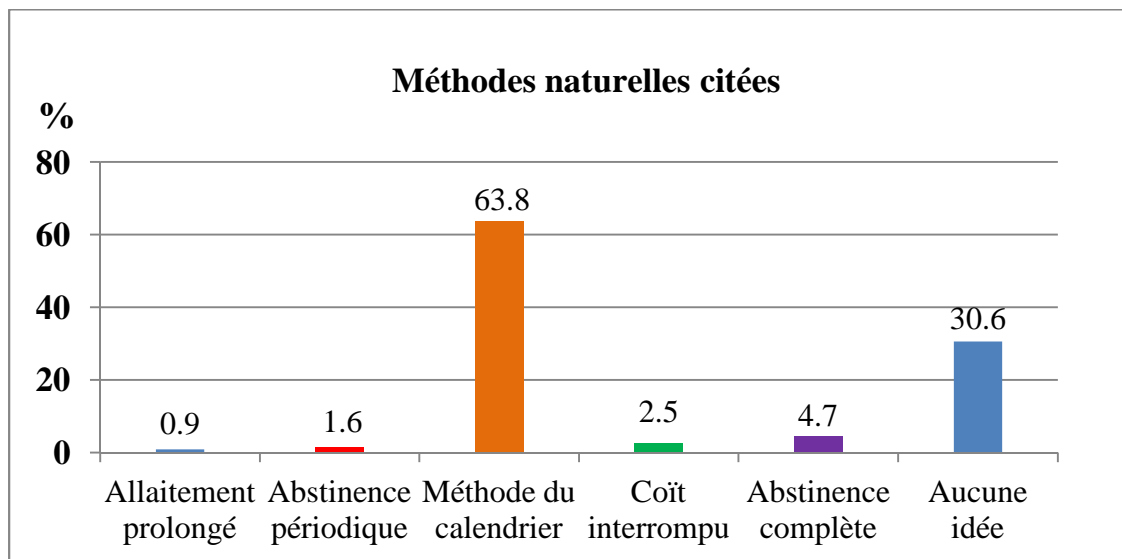


*Autres : à partir de 13 ans=2 ; à partir de la puberté=30 ; de 13 à 45 ans=1; dès le premier rapport sexuel=6 ; après une parité=3 ; à partir de 12 ans=2.

La majorité des utilisatrices pensaient que les femmes entre 14 et 50 ans étaient concernées la PF soit 77,2%.

4) Méthodes naturelles

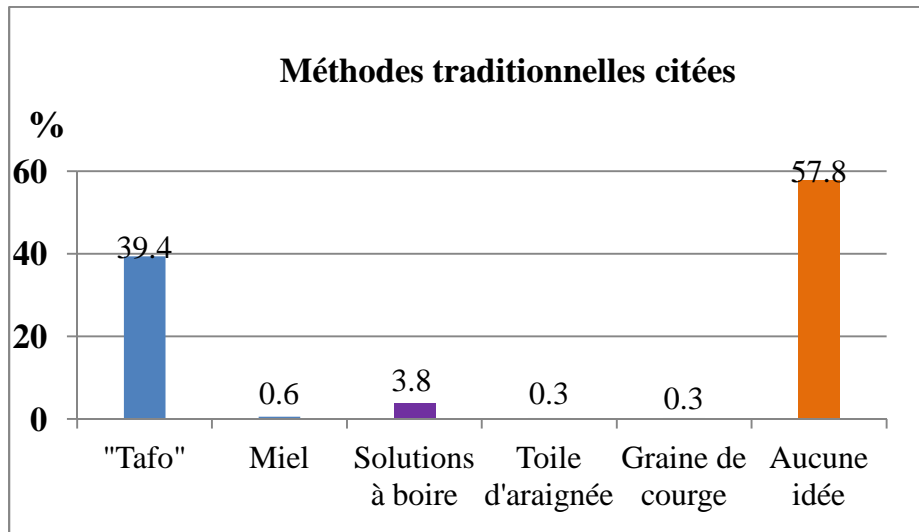
Figure 6 : Répartition des utilisatrices selon les méthodes naturelles citées



La méthode du calendrier était la plus connue des utilisatrices soit 63,8%.

5) Méthodes traditionnelles

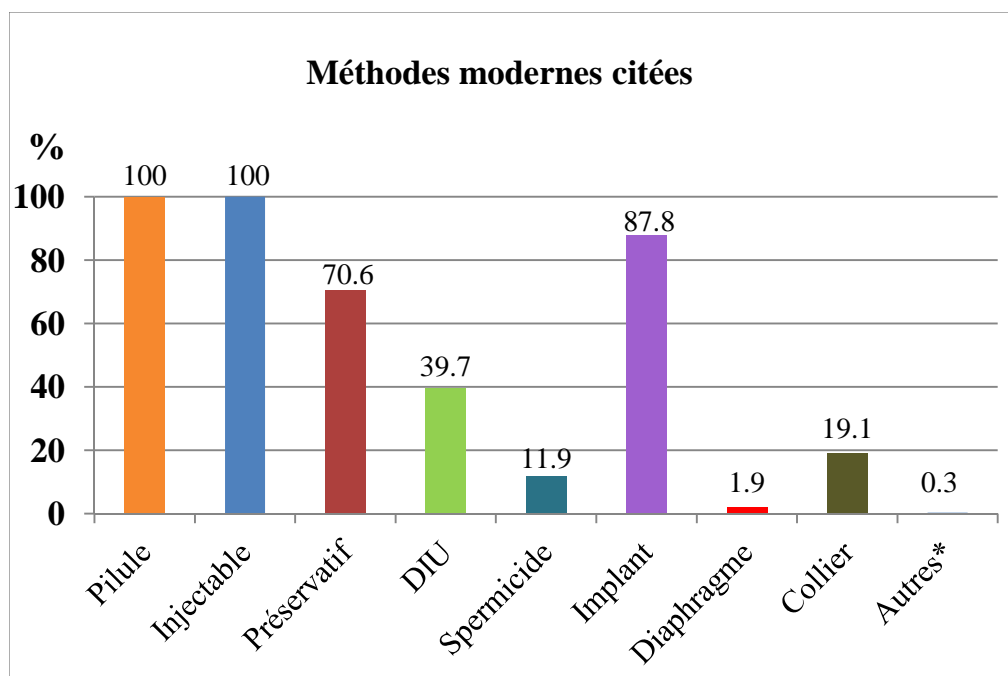
Figure 7: Répartition des utilisatrices selon les méthodes traditionnelles citées



La majorité des utilisatrices ne connaissait aucune méthode traditionnelle soit 57,8% de notre échantillonnage ; le "tafo" était la méthode traditionnelle la plus connue avec 39,4%.

6) Méthodes modernes citées

Figure 8 : Répartition des utilisatrices selon les méthodes modernes citées



*Autres= anneau vaginal.

Une femme pouvait citer plusieurs méthodes modernes.

La pilule et la contraception injectable ont été connues de toutes les utilisatrices

soit 100% de notre échantillonnage ; le diaphragme et l’anneau vaginal ont été les méthodes modernes les moins cités avec respectivement 1,9 et 0,3% de notre échantillonnage.

7) Méthodes permanentes

Tableau XII : Répartition des utilisatrices selon les méthodes permanentes citées

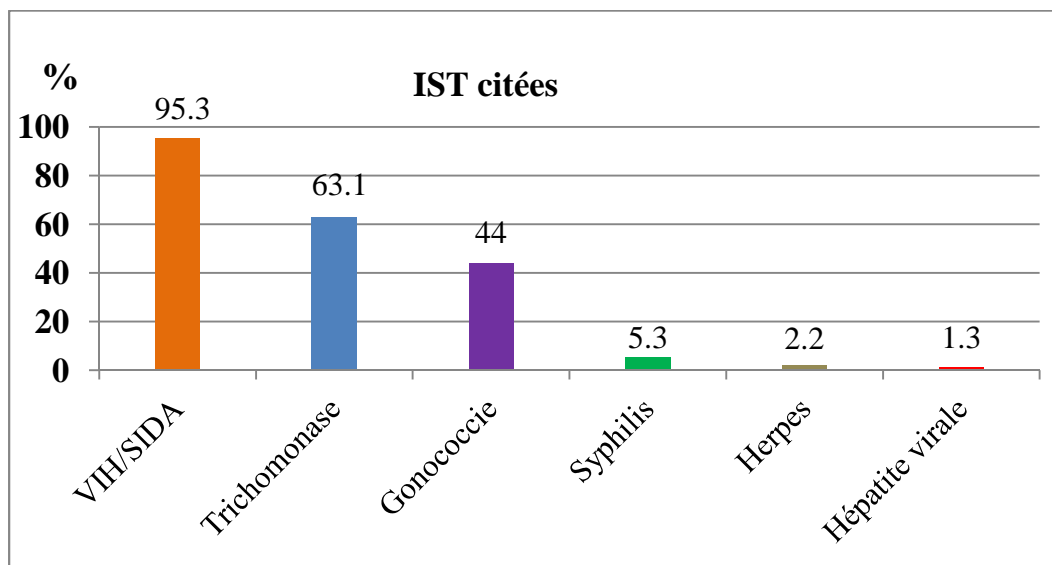
Méthodes permanentes	Effectif	Pourcentage
Ligature des trompes	124	38,8
Vasectomie	1	0,3
Aucune idée	195	60,9
Total	320	100

Les utilisatrices ne connaissant aucune méthode permanente ont été les plus représentées soit 60,9% de notre échantillonnage.

D- CONNAISSANCE DES IST/SIDA

1) IST/SIDA

Figure 9: Répartition des utilisatrices selon les IST citées



Une utilisatrice pouvait citer plusieurs IST.

Le VIH/SIDA a été l’IST la plus cité.

2) PF et lutte contre les IST/SIDA

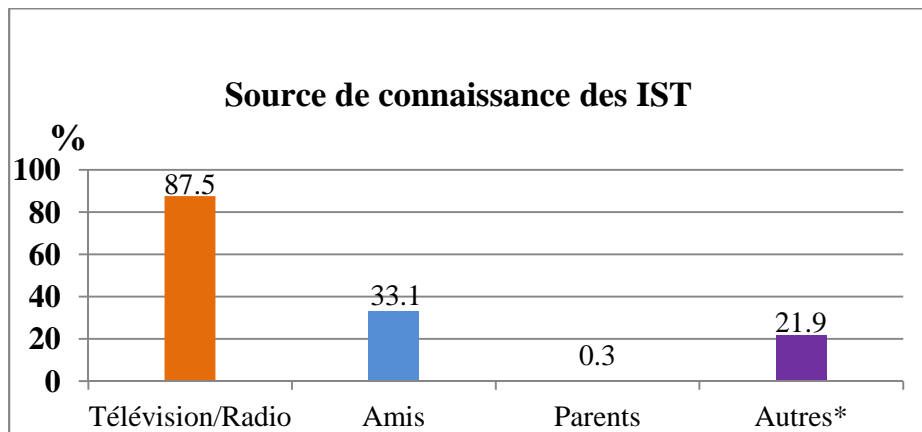
Tableau XIII : Répartition des utilisatrices selon les méthodes modernes citées jouant un rôle dans la lutte contre les IST/SIDA

Méthodes modernes	Effectif	Pourcentage
Préservatif	150	46,9
Abstinence complète	1	0,3
Aucune méthode	169	52,8
Total	320	100

Dans cette répartition, la majorité des utilisatrices pensent que les méthodes de contraception ne jouent aucun rôle dans la lutte contre les IST/SIDA soit 52,8% de notre échantillonnage.

3) Source de connaissance des IST

Figure 10 : Répartition des utilisatrices selon la source de connaissance des IST



*Autres= école, campagnes de formation sur la santé de la reproduction.

Une femme pouvait citer plusieurs sources, mais la télé et la radio étaient la source principale de la connaissance des IST soit 87,5% de notre échantillonnage.

E- UTILISATION DU PLANNING FAMILIAL

Tableau XIV : Répartition des utilisatrices selon les méthodes modernes utilisées

Méthodes modernes utilisées	Effectif	Pourcentage
Pilule	49	15,3
Injectable	116	36,3
Implant	113	35,3
DIU	40	12,5
Collier	1	0,3
Spermicide	1	0,3
Total	320	100

La contraception injectable a été la méthode la plus utilisée suivie des implants soit respectivement 36,3 et 35,3% de notre échantillonnage.

2) Durée d'utilisation

Tableau XV : Répartition des utilisatrices selon la durée d'utilisation de la contraception

Durée de la contraception	Effectif	Pourcentage
<1 an	131	40,9
1-2 ans	79	24,7
3-4 ans	57	17,8
5 ans et plus	53	16,6
Total	320	100

Les utilisatrices ayant une durée d'utilisation inférieure à un an ont été les plus représentées soit 40,9% de notre échantillonnage.

3) Motifs du recours à la contraception

Tableau XVI : Répartition des utilisatrices selon le motif de la contraception

Motifs de la contraception	Effectif	Pourcentage
Prévenir les grossesses non	136	42,5

désirée		
Espacement des naissances	157	49,1
Limitation des naissances	27	8,4
Total	320	100

L'espacement des naissances a été le motif de la contraception pour la majorité des utilisatrices soit 49,1% de notre échantillonnage.

Tableau XVII : Répartition des utilisatrices selon le conseil suivi en matière de PF

Conseil suivi	Effectif	Pourcentage
Oui	320	100
Total	320	100

Toutes les utilisatrices avaient suivi un conseil en matière de PF, soit 100% de notre échantillonnage.

Tableau XVIII : Répartition des utilisatrices selon la consultation gynécologique

Consultation gynécologique	Effectif	Pourcentage
Oui	206	64,4
Non	114	35,6
Total	320	100

Dans cette répartition la majorité des utilisatrices avait subi une consultation

gynécologique avant d'utiliser la méthode soit 64,4% de notre échantillonnage.

Tableau XIX : Répartition des utilisatrices selon l'accueil au centre

Accueil au centre	Effectif	Pourcentage
Très satisfaisant	140	43,8
Satisfaisant	178	55,6
Peu satisfaisant	2	0,6
Total	320	100

Les utilisatrices ayant trouvé l'accueil satisfaisant ont été les plus représentées soit 55,6% de notre échantillonnage.

Tableau XX: Répartition des utilisatrices selon les difficultés rencontrées au centre

Difficultés rencontrées	Effectif	Pourcentage
Aucune	305	95,3
Longue attente	9	2,8
Coût élevé des services	6	1,9
Total	320	100

La majorité des utilisatrices du centre n'avait rencontré aucune difficulté soit 95,3% de notre échantillonnage.

Tableau XXI : Répartition des utilisatrices selon le type de personne qui a conseillé de pratiquer la PF

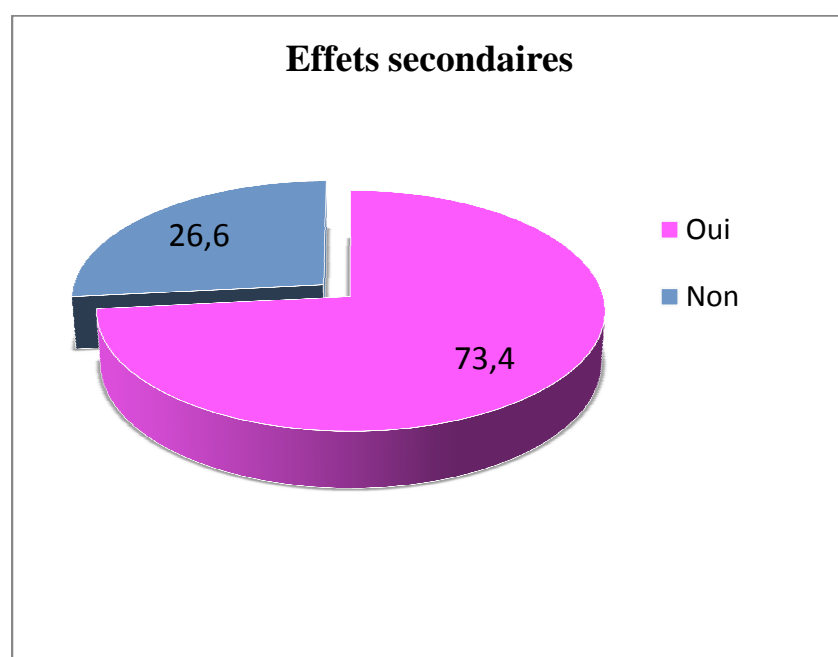
Type de personne	Effectif	Pourcentage
Après réflexion personnelle	272	85,0
Epoux	17	5,3

Parents	28	8,8
Agent de santé	3	0,9
Total	320	100

Dans cette répartition les utilisatrices qui ont pratiqué la PF après réflexion personnelle ont été les plus représentées soit 85% de notre échantillonnage.

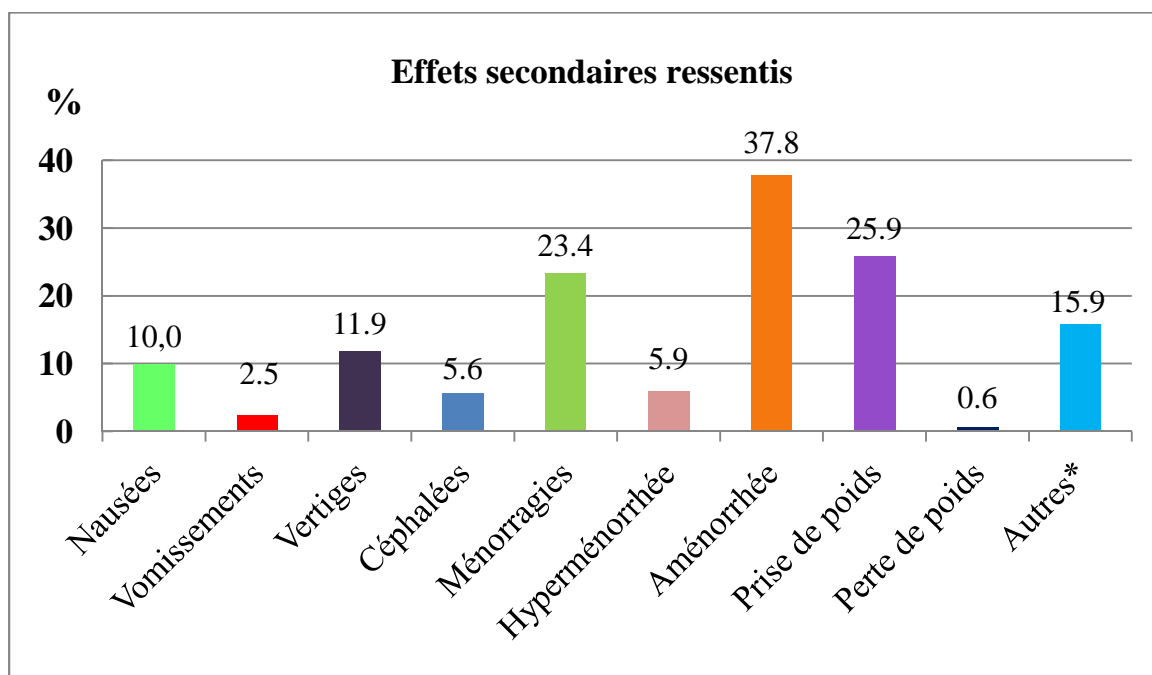
F- EFFETS SECONDAIRES

Figure 11 : Répartition des utilisatrices selon l'apparition d'effets secondaires



Des effets secondaires ont été observés chez la grande majorité des utilisatrices, soit 73,4%.

Figure 12: Répartition des utilisatrices selon le type d'effets secondaires ressentis



Autres* : douleurs abdominales=24 ; ballonnements=4 ; douleurs pelviennes=16 ; leucorrhées=1 ; dyspareunie=2 ; HTA=3 ; tension mammaire=1.

Une femme pouvait ressentir plusieurs effets secondaires.

L'aménorrhée a été l'effet secondaire le plus évoqué soit 37,8% de notre échantillonnage.

Tableau XXII : Répartition des utilisatrices selon la réaction à l'apparition des effets secondaires

Réaction	Effectif	Pourcentage
Aucune réaction	38	11,9
Retourner au centre pour explication	166	51,9
Demander conseil à d'autres personnes	2	0,6
Retourner au centre+Abandonner la méthode	8	2,5
Retourner au centre+Changement de la méthode	24	7,5
Pas d'effet secondaire	82	25,6
Total	320	100

Dans la majorité des cas les utilisatrices qui ont ressenti des effets secondaires

retournaient au centre pour explication soit 51,9% de notre échantillonnage.

G- SUGGESTIONS DES UTILISATRICES

Tableau XXIII : Répartition des utilisatrices selon les suggestions pour améliorer les prestations

Suggestions	Effectif	Pourcentage
<i>Aucune suggestion</i>	303	94,7
Diminuer le coût des services	9	2,8
Augmenter le nombre de personnel	2	0,6
Faire un bilan sanguin avant d'utiliser une méthode moderne	2	0,6
Renforcer le counseling	1	0,3
Réapprovisionner le service en instruments de petite chirurgie	1	0,3
Ouvrir tôt le service	2	0,6
Total	320	100

Les utilisatrices satisfaites des prestations offertes ont été les plus nombreuses soit 94,7% de notre échantillonnage.

► Résultats analytiques

Tableau XXIV : Répartition des utilisatrices selon la profession et selon la méthode moderne pratiquée

Profession	Méthodes modernes pratiquées						Total
	Pilule	Injectable	Implant	DIU	Collier	Spermicide	
Ménagère	14	31	30	20	1	1	97
Secrétaire	1	8	7	1	0	0	17
Juriste	1	1	1	1	0	0	4
Femme d'affaires	0	5	3	0	0	0	8
Elève/Étudiante	11	40	36	3	0	0	90
Enseignante	2	1	1	3	0	0	7
Comptable	4	2	4	1	0	0	11
Infirmière	1	2	4	0	0	0	7
Militaire	4	1	0	1	0	0	6
Informaticienne	0	1	2	0	0	0	3
Biologiste	0	1	0	0	0	0	1

Autre*	11	23	25	10	0	0	69
Total	49	116	113	40	1	1	320

La contraception injectable a été la méthode la plus pratiquée par les élèves/étudiantes

$$\chi^2 = 0.66 \quad P = 0.21$$

Le test du Khi-2 ne montre pas de dépendance entre la situation professionnelle et le choix de la méthode pratiquée ($p > 5\%$).

Tableau XXV : Répartition des utilisatrices selon la parité et la durée de la contraception

Durée de la contraception	Parité					Total
	0	1	2-3	4-5	6 et+	
< 1 an	35	36	30	16	14	131
1-2 ans	23	25	22	4	5	79
3-4 ans	16	11	17	9	4	57
5 ans et +	10	8	9	20	6	53
Total	84	80	78	49	29	320

Les utilisatrices qui avaient une durée de contraception inférieure à un an ont été les plus représentées soit un total de 131 utilisatrices; dans cette même série les primipares ont été les plus représentées avec un total de 36 utilisatrices.

$$\chi^2 = 0.01 \quad P = 0.46$$

Le test du Khi-2 ne montre pas de dépendance entre la parité et la durée de la contraception ($p > 5\%$).

Tableau XXVI : Répartition des utilisatrices selon l'âge et selon la parité

Parité	Tranches d'âge				Total
	14-19	20-35	36-40	41 et +	
0	32	52	0	0	84
1	13	64	3	0	80
2-3	4	65	6	3	78
4-5	0	24	15	10	49
6 et +	0	9	12	8	29
Total	49	214	36	21	320

Les utilisatrices ayant eu entre 2 ou 3 accouchements ont été les plus représentées dans la tranche d'âge 20-35 avec 65 utilisatrices.

$$\chi^2 = 3.34 \quad P = 0.06$$

Le test du Khi-2 ne montre pas de dépendance entre l'âge et selon la parité (p>5%).

Tableau XXVII : Répartition des utilisatrices selon la gestité et la durée de la contraception

Durée de la contraception	Gestité					Total
	0	1	2-3	4-5	6 et +	
< 1 an	24	34	31	25	17	131
1-2 ans	19	21	28	5	6	79
3-4 ans	14	10	18	9	6	57
5 ans et +	9	5	11	16	12	53
Total	66	70	88	55	41	320

Les utilisatrices qui avaient une durée de contraception inférieure à un an ont été les plus représentées avec un total de 131 utilisatrices ; dans cette même répartition les pauci gestes (2-3 grossesses) ont été les plus nombreuses avec un total de 88 utilisatrices.

$$\chi^2 = 0,25 \quad P = 0,30$$

Le test de Khi 2 ne montre pas de dépendance entre la gestité et la durée de la contraception.

Tableau XXVIII : Répartition des utilisatrices selon le niveau d’alphabétisation et selon la méthode moderne pratiquée

Niveau d'alphabétisation	Méthodes modernes pratiquées						Total
	Pilule	Injectable	Implant	DIU	Collier	Spermicide	
Primaire	24	38	40	17	1	0	120
Secondaire	16	37	36	6	0	1	96
Supérieur	5	17	17	5	0	0	44
Ecole coranique ou medersa	2	6	6	6	0	0	20
Non Alphabétisée	2	18	14	6	0	0	40
Total	49	116	113	40	1	1	320

Le niveau primaire a été le plus représenté (120 utilisatrices) ; dans la même série les implants ont été la méthode la plus pratiquée (40 utilisatrices).

$$\chi^2 = 0.13 \text{ P} = 0.62$$

Le test du Khi-2 ne montre pas de dépendance entre le niveau d’alphabétisation et le choix de la méthode pratiquée (p>5%).

Tableau XXIX : Répartition des utilisatrices selon les tranches d’âge et selon les méthodes modernes citées

Méthodes modernes	Tranches d’âge				Total	Pourcentage
	14-19 n=49	20-35 n=214	36-40 n=36	41 et + n=21		
Pilule	49	214	36	21	320	100
Injectable	49	214	36	21	320	100
Préservatif masculin	26	157	26	17	226	70,6
DIU	8	80	24	15	127	39,7
Spermicide	2	27	5	4	38	11,9
Implant	40	190	30	21	281	87,8
Diaphragme	0	5	1	0	6	1,9
Collier	8	43	5	5	61	19,1
Autres*	0	1	0	0	1	0,3

*Autres= anneau vaginal.

Une femme pouvait citer plusieurs méthodes modernes.

La pilule et la contraception injectable étaient connues de toutes les utilisatrices soit 100% de notre échantillonnage.

Tableau XXX : Répartition des utilisatrices selon les tranches d'âge et selon le type de méthode moderne utilisée

Méthodes utilisées	Tranches d'âge				Total	Pourcentage
	14-19	20-35	36-40	41 et +		
Pilule	6	37	5	1	49	15,3
Injectable	21	76	10	9	116	36,3
Implant	22	77	9	5	113	35,3
DIU	0	24	11	5	40	12,5
Collier	0	0	1	0	1	0,3
Spermicide	0	0	0	1	1	0,3
Total	49	214	36	21	320	100

Les implants ont été la méthode la plus pratiquée dans la tranche d'âge 20-35 ans

$$\chi^2 = 0,69 \quad P = 0,40$$

Le test du Khi-2 ne montre pas de dépendance entre le choix de la méthode contraceptive et la tranche d'âge ($p > 5\%$).

COMMENTAIRES

& DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude est une étude transversale portant sur les utilisatrices de planning familial à la clinique de l'AMPPF de Bamako.

A- Caractéristiques socio démographiques

1- Age

Les femmes de l'étude avaient toutes un âge compris entre 14 et 51 ans.

Notre population d'étude était jeune (la médiane était de 22 ans).

Cette surreprésentation des femmes jeunes peut s'expliquer par les facteurs suivants : la tranche d'âge la plus représentée dans notre série était celle des 20-35 ans avec 66.9% qui sont pour la plupart des élèves/étudiantes. Cette tranche

d'âge correspond également aux utilisatrices les plus sexuellement actives et qui fréquentent plus le centre de planification familiale. Ces chiffres ne reflètent pas la population générale.

Ces résultats sont comparables à ceux de Boubacar M [5] qui a trouvé 77.2% pour cette tranche.

2- Statut matrimonial

Dans notre étude 66,3% des utilisatrices étaient mariées ; contre 33,7% des utilisatrices non mariées. Cette surreprésentation des utilisatrices mariées peut s'expliquer par le fait qu'elles appartiennent à la tranche d'âge 20-35 ans qui est la plus représentée. Ces résultats sont comparables à ceux de N'Diaye S qui a trouvé 66,1% [24]. Ces chiffres sont inférieurs à ceux de Boubacar M [5] qui a trouvé 82% de femmes mariées.

3- Profession

Les ménagères sans emploi ont été les plus représentées dans cette répartition soit 30,3% ; suivies des élèves/étudiantes avec 28,1% de notre échantillonnage.

Ces chiffres peuvent être expliqués par plusieurs hypothèses :

- La majorité des ménagère a au moins un ou plusieurs enfants ce qui les motive à espacer ou limiter les naissances.
- La grossesse de par ses conséquences néfastes sur la poursuite des études, incite les élèves/étudiantes à utiliser le planning familial pour prévenir les grossesses non désirées.

Dans notre étude il n'a pas été démontré de dépendance entre la situation professionnelle et le choix contraceptif.

Boubacar M [5] a trouvé 74% pour les ménagères sans emploi et 11,7% pour les élèves/étudiantes.

3- Niveau d'alphabétisation

Dans notre échantillon 81.3% de nos utilisatrices étaient scolarisées en français du niveau primaire au niveau supérieur. Cette surreprésentation des utilisatrices scolarisées peut s'expliquer par le fait que les femmes instruites en français ont plus d'accès aux informations concernant la planification familiale, de plus la grossesse étant un facteur entravant la poursuite des études chez les élèves et les étudiantes, ce qui les motive davantage à pratiquer une méthode de contraception durant les études. Boubacar M [5] a trouvé 48.1% pour la même donnée.

Il n'a pas été démontré de dépendance entre le niveau d'alphabétisation et le choix contraceptif.

B- Caractéristiques obstétricales

1- Gestité - Parité :

Au cours de notre étude les paucigestes et les nullipares ont prédominé avec respectivement 27.5% et 26.3%. Cela peut s'expliquer par le fait que la majorité de nos utilisatrices étaient jeunes (la médiane était de 22 ans) qui sont pour la plupart des célibataires. Ces résultats sont comparables à ceux de Boubacar M [5] qui a trouvé 29.1% pour les paucigestes et 6.8% pour les nullipares.

Dans notre étude les utilisatrices ayant moins d'un an de contraception étaient les plus représentées soit 40,9% de notre échantillonnage.

2- Antécédent d'interruption de grossesse :

Dans notre étude il ressort que 11.9% de nos utilisatrices ont présenté au moins un antécédent d'interruption volontaire de grossesse contre 18,4% d'interruption spontanée.

Il faut noter que ces chiffres sont en deçà de la réalité, car l'interruption volontaire de grossesse est pratiquée clandestinement et une femme ne souhaiterait publier une telle pratique.

Ces interruptions de grossesses sont dans la majorité des cas pratiquées par un agent de santé (médecin, infirmier, aide-soignant...) et consistent à faire un curetage utérin ou une aspiration du contenu utérin voire l'utilisation de produits utérotoniques. Certaines femmes utilisent des produits embryotoxiques et / ou fœtotoxiques pour interrompre leurs grossesses. Un aveu de la part de la femme est généralement obtenu après les complications liées à l'IVG (complications à type de perforation utérine, hémorragie importante, pelvipéritonite, état de choc).

C- Niveau des connaissances des utilisatrices

Dans notre étude il ressort que la majorité des utilisatrices pensaient que l'objectif principal de la planification familiale était l'espacement des naissances et la prévention de grossesses non désirées.

La lutte contre les IST/SIDA a été évoquée par 12 utilisatrices soit 3,8% de notre échantillonnage. Ces chiffres peuvent avoir les explications suivantes :

- Les méthodes hormonales de contraception sont les plus connues et les plus pratiquées comme contraceptifs de longue durée. Elles savent que ces méthodes ne protègent pas contre les IST/SIDA.
- Les préservatifs sont reconnus pour leur capacité à prévenir les IST/SIDA et sont en même temps considérés comme moyen de contraception

occasionnel pour la plupart des femmes, ce qui les conduit à ne pas le voir comme un contraceptif de longue durée.

Ces différentes considérations amènent la plupart des utilisatrices à ne pas voir la planification familiale comme solution dans la lutte contre les IST/SIDA. Nos résultats sont inférieurs à ceux de Boubacar M [5] qui a trouvé 22,8% pour ces mêmes données.

La majorité des utilisatrices pensaient que les femmes entre 14 et 50 ans sont favorables à la PF soit 77,2%. Elles considéraient qu'une femme était fertile dans cette tranche d'âge.

Concernant les méthodes de contraception, les utilisatrices ne connaissant aucune méthode traditionnelle étaient les plus nombreuses soit 57,8% de notre échantillonnage.

Le "tafo" a été la méthode traditionnelle la plus citée soit 39,4%.

La méthode du calendrier était la méthode naturelle la plus citée. Cette méthode est pratiquée par de nombreuses femmes dans nos sociétés.

Les méthodes modernes de contraception les plus connues de toutes les utilisatrices étaient la pilule et les injectables, suivies des implants et du préservatif masculin avec respectivement 87,8% et 70,6% de notre échantillonnage.

Concernant les IST/SIDA, il ressort que la majorité des utilisatrices connaissaient le VIH/SIDA (95% des utilisatrices), suivi de la trichomonase et de la gonococcie, avec respectivement 63,1% et 44%. Ces chiffres peuvent avoir les explications suivantes :

- Le VIH/SIDA est un sujet d'actualité, il fait aussi l'objet de sujet de discussion au sein des groupes d'amis.

- La trichomonase et la gonococcie sont des infections sexuellement transmissibles très répandues et très gênantes par leurs symptômes.
- La plupart des utilisatrices ne faisaient pas la différence entre les IST ayant des symptômes communs. Les prurits génitaux sont considérés comme étant la trichomonase et les brûlures mictionnelles comme étant la gonococcie.

D- Utilisation du planning familial

Dans notre étude, la méthode la plus utilisée était les contraceptifs injectables (36,3% de notre échantillonnage), suivie des implants (35,3%). Le choix pour ces méthodes est lié :

- aux durées d'action : intermédiaire des injectables et prolongée des implants ce qui facilite leur utilisation ;
- à la discrétion totale qu'apportent ces méthodes

Le collier du cycle et les spermicides étaient les méthodes les moins pratiquées soit 0,6% de notre échantillonnage. On note pour le collier ses exigences de mémoire et pour les spermicides leur application contraignante (la femme est obligée de toucher à ses parties génitales).

Nous avons été surpris par le faible taux d'utilisation du collier du cycle (0,3% de notre étude), car la méthode du calendrier était la méthode naturelle la plus connue. Notre hypothèse principale est que cette méthode a beaucoup d'exigences de mémoire et sa fiabilité repose sur l'utilisation d'autres méthodes contraceptives.

Dans notre étude nous n'avons recensé aucune utilisation de méthodes de barrières comme le préservatif, le diaphragme ou la cape cervicale. Cela pourrait s'expliquer par les contraintes liées à l'utilisation de ces méthodes : le préservatif (masculin et féminin) qui exige le consentement du partenaire, le

coût élevé du préservatif féminin, du diaphragme et de la cape cervicale ainsi que leur utilisation contraignante pour certaines femmes.

Il n'a pas été démontré de dépendance entre l'âge et le choix contraceptif. Le choix des femmes plus âgées (à partir de 36 ans) portait davantage sur le DIU. La peur du DIU et la limitation de son insertion en cas d'infection génitale pourraient expliquer son faible taux d'utilisation.

Les résultats de notre étude montrent que l'espacement des naissances était le motif de la contraception pour la majorité des utilisatrices (49,1%), suivi de la prévention de grossesses non désirées 42,5%.

Boubacar M [5] a trouvé 75,7 % pour l'espacement des naissances et 5,8% pour la prévention de grossesses non désirées.

Il ressort qu'aucun motif ne portait sur la lutte contre la stérilité et la lutte contre les IST/SIDA. Une grande majorité de la population ne connaît pas le spectre d'activité des centres de planification. Pensant que la planification familiale c'est pour «empêcher d'avoir des enfants», elles vont surtout vers les hôpitaux ou les centres de santé lorsqu'une infection génitale ou un désir d'enfant est là.

E- Effets secondaires

Dans notre étude, 73,4% des utilisatrices ont ressenti au moins un effet secondaire après l'utilisation d'une méthode. L'aménorrhée était l'effet secondaire le plus évoqué avec 37,8%, suivie de la prise de poids avec 25.9%.

Les perturbations du cycle menstruel, plus ou moins associées à d'autres types d'effets secondaires, ont été ressenties par 67,1% de notre échantillonnage.

N'Diaye S [24] a trouvé 75,1% des utilisatrices ayant ressenti des effets secondaires suite à l'utilisation du Norplant.

Nous pouvons tirer la conclusion que les perturbations du cycle menstruel étaient les effets secondaires les plus courants des contraceptifs hormis les méthodes naturelles de contraception.

CONCLUSION

VII- CONCLUSION

De janvier 2009 à mars 2009 nous avons entrepris une recherche dans le but d'étudier les aspects épidémiologique et clinique du planning familial à la clinique de l'AMPPF de Bamako.

Durant ces trois mois, 320 utilisatrices ont fait l'objet de notre étude.

Notre étude a révélé que

- les utilisatrices de PF faisaient pour la plupart partie de la tranche d'âge de 20-35 ans avec 66,9% et étaient mariées soit 66,3% de notre échantillon.
- la majorité était scolarisée soit 80,8% de notre échantillon.

- les nullipares ont constitué 26,3% ; les pauci pares (2-3 naissances) ont représenté 24,4% de notre échantillon ; les pauci gestes (2-3 grossesses) ont représenté 27,5%. Aussi 11,9% de notre échantillon avaient au moins un antécédent d'interruption volontaire de grossesse.

- les effets secondaires ont été observés chez 73,4% de notre échantillon mais seulement 2,5% ont abandonné pour cette raison et 7,5% avaient changé de méthode contraceptive.

Les perturbations du cycle menstruel associées à la prise de poids, ont été les plus fréquentes soit 93% des effets secondaires.

Mots clés : PF, Contraception, IST/SIDA.

RECOMMANDATIONS

VIII- RECOMMANDATIONS

Aux termes de cette étude les recommandations suivantes sont proposées :

AU MINISTRE DE LA SANTE

- Recycler les agents formés du public et du privé par des séminaires au niveau régional ou cercle afin de les rendre plus aptes à une plus grande communication et à une plus grande

sensibilisation des communautés (hommes et femmes) pour un changement favorable de comportement vis-à-vis de la PF.

AUX PRESTATAIRES

- Améliorer la qualité des services de planification familiale et informer la cliente de la survenue possible des effets secondaires dont la plupart sont passagers et n'imposent pas toujours l'arrêt de la méthode, afin d'augmenter le nombre d'utilisatrices et baisser le taux d'abandon par manque d'informations sur les effets secondaires.
- Instituer pour chaque cliente un dossier dûment rempli pour une plus grande fiabilité des données statistiques et servir d'outil pour des travaux de recherche biomédicale.

AUX UTILISATRICES

- Respecter les rendez vous fixés pour les suivis pour une prise en charge précoce des effets secondaires ou des complications.
- Signaler tous les effets indésirables mêmes minimes à chaque rendez-vous.

REFERENCES

IX- REFERENCES

1. OMS, Complications des avortements : Directives techniques et gestionnaires pour la prévention et le traitement. Edition 1997 ; 11
2. Planification familiale : Méthodes et pratique pour l'Afrique. Edition 1985 ; 3-32
3. Network en français- family health international : Santé sexuelle 2002 ; 21, (4) :1 – 35

4. OMS, Savoir pour sauver. Edition Révisée 1993 ; 3
5. Boubacar M, Etude épidémio-clinique du planning familial au centre de référence de la commune IV. Thèse, Médecine, Bamako - Mali 2005 ; 3-49
6. Traoré S et col, Enquête démographique et de santé du Mali. Planification familiale Bamako - Mali, EDSM-III juin 2002 ; 57-80
7. Fomba S, Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé de MIPROMA DE Magnambougou en commune VI du District de Bamako - Mali, Thèse, Médecine 2003 ; 7
8. Coulibaly S et col Enquête démographique et de santé du Mali Planification familiale, Bamako - Mali, EDSM- II Décembre 1996 ; 61-82
9. Ba S et col Enquête démographique et de santé du Mali Planification familiale, Bamako - Mali, EDSM -IV Décembre 2006 ; 63-80
10. Ministère de la santé publique et des affaires sociales : Projet de développement sanitaire. Stratégie nationale en PF et en IEC Bamako-Mali 1987
11. Ministère de l'économie, des finances et du plan Sénégal : Enquête sur la planification familiale en milieu urbain Dakar Sénégal 1994
12. Sango S, Contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune IV du District de Bamako. Thèse, Médecine, Bamako - Mali 1996 n° 32.
13. Ministère de la santé publique, des affaires sociales et de la promotion féminine : Déclaration nationale de politique de population. Bamako-Mali Août 1991
14. Ministère de la santé des personnes âgées et de la solidarité DNSP/DSFC : Rapport d'analyse des données statistiques de SMI/PF 91 Bamako-Mali Juin 1993
15. Network en français- family health international : Planification familiale et IST 2001 ; 20, (4) : 1-35
16. AMPPF, Manuel de Procédure Administrative Financière et Budgétaire, chapitre gestion logistique des contraceptifs. 1997

- 17.** Ministère de la Santé, République du Mali
Politique et Normes des services de santé de la reproduction. février 2000.
- 18.** OMS, Dossier d'information sanitaire de la région africaine de l'AFR/INF/99.1
- 19.** Directives Médicales et de Prestation de Services, Santé Sexuelle Et Reproductive 3^e édition 2004 ; 28-118
- 20.** Elément de la technologie contraceptive, Manuel à l'intention du personnel clinique Edition 2000
- 21.** Planification Familiale, Directives Médicales et Prestation de Services Seconde Edition 2000 ; 13-57
- 22.** Tamboura F, Préférence des adolescentes et jeunes adultes en matière de contraception à la clinique de l'AMPPF Thèse, Médecine, Bamako - Mali 2007 ; 37
- 23.** OMS, Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, Genève, 3^e éd., 2005.
- 24.** N'Diaye S, Etude épidémiologique et clinique des implants de type Norplant à la clinique de l'AMPPF Thèse - Médecine, Bamako - Mali 2008 ; 10 - 37.

ANNEXES

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Diarra

Prénom : Lassana

Nationalité : Malienne.

Titre de la thèse : Etude épidémiologique et clinique du planning familial à la Clinique du siège de l'AMPPF de Bamako.

Année de soutenance : 2013

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Secteur d'intérêt : Santé Publique, Gynécologie- Obstétrique.

RESUME : De janvier 2009 à mars 2009 nous avons entrepris une recherche dans le but d'étudier les aspects épidémiologique et clinique du planning familial à la clinique de l'AMPPF de Bamako.

Durant ces trois mois, 320 utilisatrices ont fait l'objet de notre étude.

Notre étude a révélé que :

- les utilisatrices de PF faisaient pour la plupart partie de la tranche d'âge de 20-35 ans avec 66.9% et étaient mariées soit 66.3% de notre échantillon ;
- la majorité était scolarisée soit 87.6% de notre échantillon ;
- les nullipares ont constitué 26.3% ; les pauci pares (2-3 naissances) ont représenté 24.4% de notre échantillon ; les paucigestes (2-3 grossesses) ont représenté 27.5%. Aussi 11.9% de notre échantillon avaient au moins un antécédent d'interruption volontaire de grossesse ;
- toutes les utilisatrices connaissaient la pilule et la contraception injectable ;
- les effets secondaires ont été observés chez 73.4% de notre échantillon, mais seulement 2.5% ont abandonné pour cette raison et 7.5% avaient changé de méthode contraceptive ; les perturbations du cycle menstruel associées à la prise ou la perte de poids, ont été les plus fréquentes soit 93% des effets secondaires.

Mots clés : PF, Contraception, IST/SIDA.

FICHE D'ENQUETE N°

I) Données sociodémographiques :

1) Identification de la personne :

Nom :

Sexe :

Ethnie :

Prénoms :

Adresse :

Age :

Profession :

2) Caractéristiques socio-économiques :

2-1) Niveau d'alphabétisation :

Primaire : /_/ Secondaire : /_/ Supérieur : /_/

Ecole coranique : /_/ Aucun : /_/

Autre (à préciser) -----

2-2) Etat matrimonial :

Marié(e) : /_/ Célibataire : /_/ Sans enfant : /_/

Monogamie : /_/ Divorcé(e) : /_/ Avec enfant : /_/

Polygamie : /_/ Veuve /Veuf : /_/

2-3) Antécédents gynéco-obstétricaux :

Parité : ----- Nombre d'enfants vivants : -----

Gestité : ----- Nombre enfants décédés : -----

Nombre d'avortements spontanés : -----

Nombre d'avortements provoqués : -----

Intervalle inter génésique : -----

II) Connaissance du PF :

1) Quel est l'objectif principal du PF ?

Prévention de grossesses non désirées : /_/

Espacement des naissances : /_/

Limitation des naissances : /_/

Lutte contre la stérilité : /_/

Lutte contre les IST/SIDA : /_/

Autres (à préciser) : -----

2) **Quelles sont les catégories de personne visées par le PF :**

Homme (Célibataire : /_/ Marié : /_/)

Femme (Célibataire : /_/ Mariée : /_/)

Aucune idée : /_/

Autres (à préciser) : -----

3) **A partir de quel âge une personne peut se faire planifier ?**

Homme de moins de 14 ans : /_/ entre 14 et 50 ans : /_/

plus de 50 ans : /_/

Femme de moins de 14 ans : /_/ entre 14 et 50 ans : /_/

plus de 50 ans /_/

Aucune idée : /_/

Autre à préciser : -----

4) **Quelles sont les méthodes de PF que vous connaissez ?**

4-1) **Méthodes naturelles :**

Allaitement maternel prolongé : /_/

Contenance : /_/

Méthode calendrier : /_/

Coït interrompu : /_/

Aucune idée : /_/

Autres (à préciser) : -----

4-2) **Méthodes traditionnelles :**

Tafo : /_/ Miel : /_/ Toiles d'araignée : /_/

Solutions à boire : /_/

Aucune idée : /_/

Autres (à préciser) : -----

4-3) **Méthodes modernes :**

Pilules : /_/

Injectables : /_/

Condom : /_/

D.I.U : /_/

Spermicides : /_/

Implants : /_/

Diaphragme : /_/

Cape cervicale : /_/

Aucune idée : /_/

Autres (à préciser) : -----

4-4) Méthodes permanentes :

Ligature des trompes : /_/

Vasectomie : /_/

Aucune idée : /_/

Autres (à préciser) : -----

**4-5) Existe-t-il des méthodes contraceptives qui jouent un rôle dans la
contre les IST/SIDA ?**

Oui : /_/

Non : /_/

Si oui lesquelles : -----

III) Connaissance des IST/SIDA :

1) Quelles sont les IST que vous connaissez ?

2) Quelle est la source de ces connaissances ?

Télé/Radio : /_/

Amis : /_/

Parents : /_/

Autres (à préciser) : -----

IV) **Pratique du PF :**

1) **Utilisez-vous une ou plusieurs méthodes de contraception ?**

Oui : /_/

Non : /_/

Si oui lesquelles et depuis combien de temps ?

Méthode 1° ----- Durée : -----

Méthode 2° ----- Durée : -----

Méthode 3° ----- Durée : -----

2) **Qui vous a conseillé de pratiquer le PF ?**

Après réflexion personnelle : /_/ Parent : /_/ Mari : /_/

Ami : /_/ Agent de santé : /_/

Autre (à préciser) : -----

3) **Pourquoi pratiquez-vous le PF ?**

Prévention de grossesses non désirées : /_/

Espacement des naissances : /_/

Limitation des naissances : /_/

Lutte contre la stérilité : /_/

Lutte contre les IST/SIDA : /_/

Autres (à préciser) : -----

4) **Avez-vous suivi un conseil en matière de planning familial ?**

Oui : /_/

Non : /_/

5) **Avez-vous subi une consultation gynécologique avant l'utilisation de la méthode ?**

Oui : /_/

Non : /_/

6) **Avez-vous ressenti des effets secondaires après utilisation de la méthode ?**

Oui : /_/

Non : /_/

Nausées : /_/

Vomissements : /_/

Vertiges : /_/

Ménorragies : /_/

Aménorrhée : /_/

Dessèchement vaginal : /_/

Prise de poids : /_/

Perte de poids : /_/

HTA : /_/

Autres (à préciser) : -----

7) **Qu'est-ce que vous avez fait après l'apparition des effets secondaires de la méthode pratiquée ?**

Rien : /_/ Retourner au centre pour explication : /_/

Demander conseil à d'autres personnes : /_/

Changement de la méthode : /_/

Abandonner la méthode : /_/

Autres (à préciser) : -----

8) **Comment vous avez trouvé l'accueil au centre ?**

Très satisfaisant : /_/ Satisfaisant : /_/ Peu satisfaisant : /_/

9) **Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées au centre ?**

Longue attente : /_/ Ruptures fréquentes de stock : /_/

Aucune idée : /_/

Autres (à préciser) : -----

10) **Le PF a-t-il comblé vos attentes depuis que vous le pratiquez ?**

Oui : /_/

Non : /_/

Justifiez votre réponse : -----

11) **Quelles sont vos suggestions pour l'amélioration des pratiques en matière de planification familiale ?**

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !