

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



République du Mali
Un peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T-B

**UNIVERSITÉ DES SCIENCES,
DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

Année universitaire : 2018 - 2019

N°/.... /.... /

**PRÉFÉRENCES DES FEMMES ÂGÉES
DE 14 A 45 ANS EN MATIÈRE DE
CONTRACEPTION DANS LA COMMUNE
URBAINE DE KOULIKORO**

**Présentée et soutenue publiquement le 08/10/2019 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie**

Par : Mme DENA Juliette MOUNKORO

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

Jury

Président : Pr. Sekou Fantamady TRAORE

Membre : Dr Sory Ibrahim DIAWARA

Co-directrice : Dr. Lalla Fatouma TRAORE

Directeur de Thèse : Pr. Samba DIOP

Gloire à Dieu

**GLOIRE A DIEU AU PLUS HAUT DES CIEUX, LE TOUT PUISSANT,
LE MISERICORDIEUX POUR TOUTES CES GRACES ET
BENEDICTIONS QUI M'ONT PERMIS
DE REALISER CE TRAVAIL.**

DEDICACE

Dédicace

A mon père Damy David Mounkoro

Papa, je ne saurais jamais te remercier car ton soutien, ta rigueur, ton honnêteté, et l'amour que tu as pour tes enfants m'ont fait voir ce jour.

Que Dieu te donne une longue vie et une très bonne santé afin que tu puisses jouir du fruit de notre travail.

Reçois à travers ce travail ma reconnaissance et toute mon affection.

Que Dieu te bénisse !

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A ma mère Tièmany Elisabeth Koné

Maman chérie, femme battante et courageuse, tu t'es toujours investie pour donner à tes enfants ton amour et une bonne éducation. Tes sages conseils et encouragement m'ont permis de réaliser ce travail, sache que je suis très fière de toi. Je prie Dieu qu'il t'accorde une longue vie et une très bonne santé afin que tu puisses jouir du fruit de notre travail.

Reçois à travers ce travail ma reconnaissance et toute mon affection.

Que Dieu te bénisse !

A mon mari Hermann Déna

Cher époux, tu m'as été d'un grand soutien, par ta compréhension durant mon cycle à la Faculté de médecine jusqu'à ce jour, merci pour ton amour.

Que Dieu bénisse notre mariage !

A mes adorables enfants : Jean Jacques, Alice Monique, Emmanuel Michel, et mon futur bébé

Mes chéries sachez que je suis fière d'être votre maman et que je vous aime beaucoup. Je prie Dieu pour que vous grandissez dans la sagesse et en parfaite santé, et que votre père et moi nous soyons toujours là pour vous donner notre amour et notre soutien afin que vous devenez des grands hommes responsables un jour.

Vous avez toujours ma bénédiction. Que Dieu vous bénisse !

A mes frères : Nestor, Schadrac, Abraham, Marc,

vous étiez toujours présent quand j'avais besoin de vous. Recevez par ce travail, la preuve de ma grande affection.

Que Dieu vous bénisse !

A mes sœurs : Agnès, Noellie, Christine

Merci pour tout le soutien et le respect que vous me témoignez.

Que Dieu vous bénisse !

Remerciements

Aux Prêtres et aux Pasteurs : Père Pierre Landreau, Père Rudi, Père Laurent Ballas, Père Jean Bevan, Ab André Doumbia, Pasteur Michel Samaké, Pasteur Jacques Drabo et frère Joseph Bagayogo

Grand merci pour vos nombreuses prières pour moi, puisse Dieu vous récompenser, demeurez toujours bénis et que continuez à être ses bons serviteurs.

A ma belle-famille Déna

Vous m'avez acceptés dans votre famille avec amour, je ne me suis jamais senti étrangère, merci pour votre amour et votre soutien, que Dieu nous unisse d'avantage et qu'il vous bénisse !

Aux Professeurs : Niany Mounkoro, Ibrahim Tékété

Merci pour votre disponibilité et pour votre soutien durant mon cycle à la FMOS. Que Dieu vous bénisse !

Aux Docteurs : Hyacinthe Dackouo, Hamadou Coulibaly et Ladj Camara

Merci pour votre disponibilité et pour votre soutien pour la réalisation de ce travail, que Dieu vous récompense et qu'il vous bénisse !

A mes collègues et amis : Nadège, Magui, Jeanne Keita, Fatou Diarra, Baba, Safi et son mari, Sali et son mari Isac, Aicha et son mari

Merci pour votre amitié et pour votre soutien. Que Dieu vous bénisse !

A notre Maitre et Président du jury
Professeur Sékou Fantamady TRAORE

- **PhD en entomologie médicale**
- **Professeur en entomologie médicale**
- **Directeur du département d'entomologie d'ICER-Mali**
- **Professeur de biologie cellulaire à la FMOS**

Cher maitre,

c'est un honneur pour nous de vous avoir comme président du jury. Votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie ont suscité notre grande admiration.

Recevez ici, cher maitre, l'expression de notre infinie reconnaissance ainsi que nos profonds respects.

Que Dieu vous bénisse !

A notre Maitre et Juge

Docteur Sory Ibrahim DIAWARA

- **MD, PhD**
- **Médecin chercheur au MRTC**

Cher maitre,

vous nous faite honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Votre simplicité, votre disponibilité et votre amour du travail bien fait nous donne entière satisfaction. Trouvez ici l'expression de notre profond respect.

Que Dieu vous bénisse !

A notre Maitre et Co-directrice de thèse

Docteur Lalla Fatouma TRAORE

- **Médecin de santé publique**
- **MD ; PhD**

Chère maitre,

nous avons été impressionnés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Votre immense expérience, votre esprit méthodique, votre amour pour le travail bien fait et votre façon chaleureuse d'accueillir restent pour nous source d'inspiration et mettent en évidence vos qualités incontestables de chercheur émérite.

Nous avons apprécié à sa juste valeur la disponibilité et l'attention particulière dont vous avez fait preuve pour que ce travail puisse être mené à bout.

Docteur en plus d'être scientifique vous avez été une bonne mère pour nous.

Veillez accepter chère maitre l'expression de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous donne longue vie, une très bonne santé, vous récompense et qu'il vous bénisse !

A notre Maitre et Directeur de thèse

Professeur Samba DIOP

- **Professeur titulaire en anthropologie médicale**
- **Enseignant-chercheur spécialisé en Ecologie humaine, anthropologie et éthique publique**
- **Responsable de la section Sciences humaines et sociales d'ICER Mali, SEREFO/ VIH/ SIDA/FMOS**
- **Membre du comité d'éthique de la FMOS, INRSP et CNESS**
- **Membre du réseau multidisciplinaire et recherche en éthique médicale et droit de la santé.**

Chère maitre,

nous tenons à vous dire toute notre reconnaissance pour avoir accepté et diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Formateur émérite, votre générosité, votre modestie, votre rigueur et votre désir permanent de perfectionnement dans tout travail scientifique font de vous un maitre exemplaire et reconnu de tous. Nous vous remercions et vous assurons de notre sincère gratitude et de notre plus profond respect.

Que Dieu vous bénisse !

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF: Centre de santé de Référence

DIU : Dispositif intra utérin

EDS VI : Enquête démographique et de santé, sixième édition

FAPH : Faculté de pharmacie

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

ISF : Indice synthétique de fécondité

IST : Infection sexuellement transmissible

MAMA : Méthode d'allaitement d'allaitement maternel et d'aménorrhée

OMS : Organisation mondiale de la santé

PF : Planification familiale

% : Pourcentage

SIDA : Syndrome immunodéficience acquise

USAID: United States Agency for International Development

VIH : Virus de l'immunodéficience humain

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition de l'échantillon en fonction du niveau d'instruction

Tableau II : Répartition de l'échantillon en fonction du statut matrimonial

Tableau III : Répartition de l'échantillon par ethnie

Tableau IV : Répartition de l'échantillon en fonction de la durée d'utilisation de la méthode choisie

Tableau V : Répartition de l'échantillon en fonction des personnes qui les orientent

Liste des figures

Figure 1 : Répartition de l'échantillon par âge

Figure 2 : Répartition de l'échantillon par profession

Figure 3 : Répartition de l'échantillon en fonction du choix préféré des femmes en méthodes de contraception

Figure 4 : Répartition de l'échantillon en fonction des raisons du choix préféré des femmes

Figure 5 : Répartition de l'échantillon en fonction des sources d'approvisionnement en méthodes de contraception

Table des matières

I.	Introduction.....	1
II.	Cadre conceptuel.....	5
III.	Objectifs.....	30
3.1.	Objectif général.....	30
3.2.	Objectifs spécifiques.....	30
IV.	Méthodologie de recherche.....	32
4.1.	Type d'étude.....	32
4.2.	Choix et description du site d'étude.....	32
4.3.	Population d'étude.....	33
4.4.	Critères d'inclusion.....	34
4.5.	Critères de non inclusion.....	34
4.6.	Echantillonnage.....	34
4.7.	Taille de l'échantillon.....	34
4.8.	Calendrier d'étude.....	35
4.9.	Technique et outils d'enquêtes.....	35
4.10.	Saisie, traitement et analyse des données.....	35
4.11.	Considération éthiques.....	35
V.	Résultats.....	38
5.1.	Caractéristiques sociodémographiques.....	38
5.2.	Méthodes de contraception préférées des femmes.....	46
5.3.	La durée d'utilisation des méthodes de contraception préférées des femmes.....	48
5.4.	Les raisons du choix préféré des femmes de la méthode de contraception.....	48
5.5.	Les personnes qui les orientent.....	50
5.6.	Les sources d'approvisionnement.....	51
VI.	Commentaires et discussions.....	60
VII.	Conclusion.....	65

VIII. Recommandations.....	67
IX. Références.....	69
X. Annexes.....	73

INTRODUCTION

I. Introduction :

La planification familiale est une question de santé publique et peut se définir comme étant l'ensemble des moyens utilisés pour espacer et contrôler les naissances dans une famille [1]. Elle contribue dans la préservation de la santé de la mère et de l'enfant et participe aussi au développement durable d'un pays.

Dans le monde, les femmes représentent la couche la plus importante de la population. Les pays subsahariens ne restent pas en marge de cette vérité. Ces mêmes femmes sont souvent exposées au cours de leur vie à pas mal de problèmes tels que : les grossesses à haut risque, les grossesses non désirées, et les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions [2].

Pour résoudre ce problème, des mesures préventives ont été envisagées à partir des années 1960 par les différents programmes de planification familiale. La mise en application de ces programmes a permis d'aider les femmes du monde entier à éviter 400 millions de grossesses non désirées ainsi que les grossesses à haut risque et les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions [2].

Dans beaucoup de pays à travers le monde, les économistes ont prouvé que pour éviter la misère, il faut que l'accroissement économique dépasse l'accroissement démographique, ou que les deux accroissements aillent de pair [3].

Vu cette pensée des économistes, pour le bien-être de la population, il fallait chercher et trouver des méthodes qui permettent de contrôler le taux de natalité. C'est dans ce cadre que pour appuyer les économistes, les hommes de santé à travers l'OMS ont préconisé d'introduire la planification familiale [3].

Tout ceci prouve que le développement socioéconomique d'un pays ne peut se promouvoir que par la régulation du taux de natalité [3].

Aujourd'hui, la santé et la qualité de vie des individus s'améliorent lorsqu'ils décident de respecter l'espacement des naissances. La politique nationale de population passe aussi par la santé de la reproduction.

En s'inscrivant dans le cadre des dites mesures, cette santé de la reproduction comporte un ensemble de mesures préventives, curatives et promotionnelles qui visent à améliorer la prise en charge des personnes vulnérables (les femmes, les enfants, les jeunes adultes) afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelle, infantile, juvénile et promouvoir ainsi le bien-être de tous les individus [2]. C'est dans cet ordre d'idées que le gouvernement du Mali a introduit la dimension population dans tous les programmes de développement afin de réduire le taux de fécondité [2].

Aujourd'hui, beaucoup de femmes ont recours à des méthodes contraceptives, cette pratique des femmes à plusieurs raisons à savoir : assurer le bien-être familial, assurer la santé de la mère et de l'enfant.

Au Mali, la prévalence contraceptive a augmenté grâce aux efforts consentis par les médias et les points focaux en matière de sensibilisation sur les bienfaits de cette méthode d'espacement des naissances, elle est passée de 10% en 2012-2013 à 16% en 2018. Cela a été senti à travers les résultats de l'enquête démographique et de santé au Mali (EDSM.VI) [4].

Du point de vue du milieu de résidence, c'est en zone urbaine que l'utilisation de la contraception moderne par les femmes mariées est la plus fréquente (22% à Bamako et 20% dans les autres villes) qu'en milieu rural (15%) ; quant aux célibataires, 44% utilisent une méthode moderne en milieu urbain contre 27% en milieu rural [4].

Les études ont montré qu'une méthode de contraception adaptée à la situation personnelle d'une femme est mieux acceptée et bien suivie par elle, et faisant de cette méthode sa préférence [5].

Au Mali plusieurs études ont été faites sur la contraception comme celles de :

- Penda Sangaré sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception chez les adolescentes en milieu scolaire cas du Lycée Ba Aminata Diallo en 2016.
- Thèse de Mlle Zouna Fopa Marie Michel sur les perceptions et les pratiques en matière de contraception et de CPN au village du point-G en commune III dans le district de Bamako en 2013.
- A Koulikoro, thèse de Mr Hyacinthe Dackouo sur l'évaluation de l'apport de Marie Stopes Internationale dans l'amélioration de la performance contraceptive dans cinq aires de santé du district sanitaire de Koulikoro (Mali) couvertes par l'ONG en une année d'intervention en 2011 etc.

Aucune étude n'a porté sur le choix des femmes en matière de contraception à Koulikoro, cette étude est la première.

Face à la diversité de méthodes contraceptives, chaque femme a un choix pour ses propres raisons, ce qui justifie cette étude du choix des femmes face à cette multitude de méthodes de contraception.

CADRE CONCEPTUEL

II. Cadre conceptuel

Il s'agissait d'une étude prospective transversale et médico-anthropologique

2.1. Synthèse de la revue critique de la littérature

Dans le monde entier en général et dans les pays en voie de développement en particulier, la contraception est très active. Face aux nombreux défis à relever dans ces pays figure le problème démographique. Dans bon nombre de ces pays, la faiblesse de l'espérance de vie est liée au niveau de vie très bas de la population.

Aujourd'hui, un des vrais moyens pour relever le niveau de vie est de maintenir l'équilibre entre la croissance démographique et la croissance économique est la contraception. Convaincu de cela, du niveau national ainsi que familial, on tente des solutions. Il semble montrer que le vécu quotidien de beaucoup de famille (mauvaise condition) les pousse à expérimenter les mesures qui leur sont proposées.

A cet effet, la contraception contribue beaucoup en favorisant la réduction du taux de natalité, en favorisant un bien-être familial par la santé de la mère et de l'enfant, et la réduction de la charge familiale. Vu l'importance du sujet, plusieurs études ont été menées et dont les résultats quel que soit les thèmes concourent à la maîtrise de la contraception dans tous ces paramètres et faire d'elle un moyen sûr et efficace qui pourra être accepté de tous.

La contraception peut ainsi résoudre un des grands problèmes du monde : la faim par sa capacité de maintenir l'équilibre entre croissance démographique et croissance agricole. A travers la revue littéraire, la remarque pesante qui ressort est le bien-fondé de la contraception malgré quelques critiques.

Le choix des femmes est fonction : des époques et de l'âge, le préservatif est le plus choisi dans la catégorie des jeunes alors qu'il n'est presque pas utilisé chez les adultes.

Le choix est aussi fonction de la disponibilité des produits à telle ou telle époque donnée. Aujourd'hui, il est clair que chaque femme choisie sa méthode de contraception en fonction de ses besoins.

En cherchant à mieux connaître les différents produits contraceptifs, leur bonne utilisation, les conditions de choix ; cela pourraient permettre d'éviter les critiques et les nombreux effets indésirables qui sont à la base du rejet de certains produits contraceptifs ou même un rejet total de la contraception.

Il existe plusieurs méthodes contraceptives, cette diversité des méthodes s'explique d'une part par la volonté de donner aux femmes un meilleur choix de méthodes et d'autre part de limiter les risques face à l'inefficacité de certaines méthodes. Nous retenons 3 grandes catégories de méthodes : les méthodes naturelles, les méthodes modernes, et les méthodes traditionnelles.

L'utilisation des méthodes naturelles est limitée car souvent difficile à supporter par certains partenaires à cause de l'abstinence, ces méthodes ne protègent pas contre les IST/SIDA d'où le risque, dépourvues d'effets secondaires et ne sont pas couteuses. Les méthodes modernes jugées plus pratiques et assez efficaces doivent répondre aux critères d'éligibilité et au counseling ; le choix de beaucoup de femmes pour ces méthodes s'explique par leur durée et aussi leur discrétion ; ces méthodes ne demandent pas d'abstinence, cependant à l'exception des préservatifs elles ne protègent pas contre les IST /SIDA, et ont beaucoup d'effets secondaires et des contres indications. Les méthodes traditionnelles qui étaient beaucoup plus utilisées auparavant conviennent moins aujourd'hui et peuvent entraîner des infections, des douleurs pelviennes et même l'infertilité. Toutes ces méthodes visent un espacement des naissances, mais il faut reconnaître qu'elles n'ont pas aujourd'hui les mêmes valeurs.

2.2. Définitions théoriques

a. La contraception

Selon l’OMS (organisation mondiale de la santé), la contraception se définit comme l’utilisation d’agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l’éviter [1].

Elle est également une méthode visant à éviter de façon réversible et temporaire tout phénomène de fécondation ou de reproduction chez une femme [5].

b. La planification familiale

Elle se définit comme l’ensemble des moyens qui concourent au contrôle des naissances dans le but de permettre aux familles de choisir d’avoir un enfant [5].

2.3. Histoire de la planification familiale

a. Dans le monde

La question du planning familial n’est pas une pratique récente. Elle existait dans le monde bien fort longtemps, mais n’était pas connu de tous. Sa valorisation remonte aux années 1974 où l’accent particulier a été mis sur les actions en faveur des femmes.

Dans la genèse du planning familiale, on retient que c’est le fruit de plusieurs conférences et rencontres à travers le monde. Parmi ces différentes rencontres, Mexico en 1975 avait abouti à la proclamation de l’année interna et de la décennie de la femme ; c’est surtout la réunion tenue à ALMAATA (URSS) en septembre 1978 qui peut être considérée comme le point de départ de toutes les autres actions futures en l’endroit des femmes. Elle aboutit à partir des années 1980 à la multiplication des rencontres dans différents pays du monde. Ces rencontres pour la plupart étaient basées sur la santé de la femme et de la famille ; beaucoup d’association de planning familial qui existaient déjà à travers le monde étaient affiliées à des ONG et à la fédération internationale pour la planification familiale. A travers ces différents regroupements et associations de femmes à travers le monde, la planification familiale se diffusa

pour être accessible à toutes les femmes. C'est dans ce sens que l'organisation mondiale de la santé a eu la ferme volonté de promouvoir la planification familiale en mettant à disposition une gamme variée de produits contraceptifs tout en veillant sur leur qualité [2].

b. En Afrique

Les réalités démographiques, économiques et socioculturelles diffèrent selon les continents, cela s'explique par le fait que la planification familiale soit bien connue ou peu connue selon les continents. C'est ainsi qu'un continent comme l'Afrique, malgré les exigences de ses caractéristiques sociodémographiques va s'introduire.

C'est ainsi qu'à travers tout le continent seront organisées des rencontres ; une des plus importantes réunions au Mali(Bamako) avait regroupé presque tous les responsables de la santé du continent.

Après une série de rencontre basée sur la femme et l'enfant et la réunion de l'IB (initiative de Bamako), la question du planning familial commença à se dessiner à travers le continent, ces rencontres témoignaient de l'intérêt que les leaders africains portaient sur le planning familial.

Ainsi dans les années 80, les associations pour la planification familiale étaient encouragées, et dans les années 90 ont été celles de symposium sur la santé de la reproduction, la santé génésique, la santé sexuelle des individus, des couples et des familles [2].

c. Au Mali

Comme tout pays soucieux de son développement, le Mali n'est pas resté en marge de la politique de la planification familiale. C'est ainsi que très tôt les autorités avaient adopté une attitude encourageant l'initiative.

En témoignant de cette attitude, une délégation malienne avait pris part à un séminaire sur la planification familiale en 1971 au Canada(Montréal).

Vu l'importance et les bienfaits, le Mali avait seulement signé un accord avec des organisations mais aussi avait soumis pour un projet d'assistance en planification familiale pour 4 ans lors de la déclaration de Bucarest (Roumanie) en 1974. Après la création de l'association malienne pour la protection et la promotion de la femme (AMPPF) le 7 Juin 1971, un centre pilote fut créé à Bamako par cette association et visait à espacer les naissances. Au tout début, la pratique n'était pas libre mais conditionnée à une autorisation du mari pour les femmes et des parents pour les célibataires.

Après deux séminaires organisés au Mali sur l'éducation sexuelle et le planning familial et en Roumanie sur le droit au planning familial, l'année 1978 voit le Mali prendre un envol prodigieux en souscrivant à la déclaration d'Alama Ata (URSS) [2].

d. Epidémiologie du choix préféré des femmes

-Dans le monde

Le choix préféré des femmes en matière de contraception est sur la stérilisation féminine avec 19% d'utilisatrices par rapport aux autres méthodes contraceptives comme DIU 14%, pilule 9%, préservatif 8%, méthodes traditionnelles 7%, et les injectables 4%. Les femmes qui n'utilisent aucune méthode contraceptive sont de 37% [6].

-Dans les pays en voie de développement

Le choix préféré est toujours porté sur la stérilisation féminine avec 25% d'utilisatrices par rapport aux autres méthodes contraceptives, pilule 17%, préservatif 14%, stérilisation masculine 13%, DIU 6%, méthodes traditionnelles 6%, injectables 1%, et implant 1%. Les femmes qui n'utilisent aucune méthode contraceptive sont de 17% [6].

-Dans les pays les moins développés

Le choix préféré est porté sur la pilule avec 11% d'utilisatrices, injectable 7%, méthode traditionnelle 6%, préservatif 2%, stérilisation féminine 1%, implant

1%, DIU 1%, et vasectomie -1%. Les femmes qui n'utilisent pas de contraception sont de 68% [6].

-Au Mali

Le choix préféré est porté sur les implants avec 31% d'utilisatrices, suivie des injectables 14% de leur échantillon selon l'enquête démographique et de santé sixième édition 2018 [4].

-A Koulikoro

Les méthodes de longue durée sont les plus utilisées par les clientes en 2008-2009, parmi lesquelles les contraceptifs injectables sont le choix préféré des femmes en fonction du nombre de contraceptifs distribués avec 1603 produits injectables distribués contre 191 pilules distribuées, 665 Norplant distribués et 71 DIU distribués en 2010. Le choix des méthodes de planification se fait surtout sur la base de la discrétion [7].

e. Indice synthétique de fécondité (ISF)

- Au Mali

L'indice synthétique de fécondité est estimé en moyenne à 6,3 enfants par femme. Le taux de fécondité augmente par groupe d'âges passant de 164% chez les femmes de 15-19ans, à 278% chez celles de 20-24 ans avant de décroître très rapidement et atteindre 24% chez celles de 45-49 ans [4].

Les données mettent en évidence des différences très nettes de fécondité selon le milieu de résidence. En effet, les femmes du milieu urbain ont une fécondité nettement plus faible que celles du milieu rural (4,9 enfants par femme contre 6,8 enfants par femme) [4].

Cette différence de niveau de fécondité entre urbain et rural s'observe à tous les groupes d'âges. Par contre, en milieu urbain, l'écart entre le district de Bamako et les autres villes est très faible (respectivement 4,8 et 5,1 enfants par femme) [4].

Dans le district de Bamako, le niveau de l'ISF n'a pratiquement pas varié d'une enquête à l'autre depuis 1996 ; l'ISF a été estimé à 4,7% en 1996 et à 4,8% en

2018. La prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est passée de 10% en 2012-2013 à 16% en 2018 [4].

- **A Koulikoro**

Dans la région de Koulikoro, l'ISF a fortement diminué entre EDS IV de 2006 et l'EDS V de 2012-2013, passant de 7,3 à 6,0. Cependant, le niveau de l'ISF en 2018 reste quasiment le même que celui de 2012-2013 (5,8 contre 6,0). La prévalence contraceptive moderne dans la région de Koulikoro est de 19% [4].

2.4. Méthodes de contraception

A. Méthodes naturelles

a. L'abstinence

Elle est une méthode où l'homme et la femme n'entretiennent aucun rapport sexuel [8].

Les avantages

Ils sont nombreux :

Dans un premier temps, il n'y a aucune possibilité de grossesse et dans le second temps ne requiert aucune prise de médicaments contraceptives [8].

Les Inconvénients

Elle est complexe, délicate et difficile à supporter car elle entraîne très souvent l'infidélité dans certains couples et est source de mésentente dans le foyer [8].

b. La méthode de température

Vu que la température du corps varie au moment de l'ovulation, qu'elle diminue de 0,5°C avant l'ovulation et augmente de 0,2 à 0,5°C au moment de l'ovulation, la femme doit se montrer méthodique en prenant sa température chaque matin au réveil à la même heure et la noter sur une courbe.

Les variations de températures ainsi observées pendant un cycle sont dépendantes de celles du taux de progestérone durant le cycle.

Elle doit être à l'affût du jour où la température va dépasser 37°C pour savoir qu'elle est dans une période d'ovulation et donc de fécondité. Cette période

féconde s'étale sur une durée de trois jours après l'ovulation. Avec cette méthode, la femme se doit de s'abstenir de tout rapport sexuel du premier au troisième jour après la montée de la température [8].

Les avantages

Les avantages sont multiples, non seulement elle ne nécessite pas la prise de médicament et ne coûte pas cher, mais aussi est d'une efficacité dont le taux varie de (94% à 97%) et surtout elle est acceptée par les religions. Elle est aussi réversible pour couronner le tout [8].

Les inconvénients

Certains couples l'acceptent mal à cause d'une période d'abstinence plus ou moins longue, difficile à utiliser pour une femme non scolarisée et s'applique difficilement chez une femme qui travaille la nuit. De même si la femme fait de la fièvre pour motif de maladie (infection, etc.) et ne protège pas contre les IST/SIDA [8].

c. La méthode de la glaire cervicale

Peu abondante avant l'ovulation, cependant elle est très abondante dans le vagin durant la période féconde du cycle menstruel. Elle est filante et gluante pendant la période féconde, la glaire devient peu abondante après l'ovulation, épaisse et collante. Pour la bonne application de cette méthode, la femme se doit de tâter sa glaire chaque matin au réveil et éviter tout rapport sexuel dès qu'elle constate que la glaire est abondante et filante c'est-à-dire qu'elle est gluante et élastique. Elle peut reprendre les rapports sexuels quand cette glaire redeviendra peu abondante et collante [8].

Les avantages

Elle ne sollicite aucun médicament, ne coûte pas cher, permet à la femme de mieux connaître et comprendre le fonctionnement de son corps. Elle n'a point d'effets secondaires indésirables sur la femme et de surcroît est réversible [8].

Les inconvénients

Elle a un taux d'échec accru car elle nécessite une longue période d'apprentissage, exige une période d'abstinence plus ou moins longue, ne protège pas contre les IST/SIDA et expose à un risque d'infection [8].

d. La sympto-thermique

Elle associe la glaire cervicale et la température [8].

e. La méthode des jours fixes ou méthode du collier du cycle

C'est une méthode basique et surtout naturel qui est basée sur la connaissance du cycle menstruel. Il s'agit d'un collier de perle à différentes couleurs représentant chaque jour du cycle menstruel de la femme qui peut aider la femme à savoir quand elle peut tomber enceinte suite à de rapports sexuels non protégés.

Chacune de ses perles à couleur a une signification qui lui est propre ; les perles blanches marquent les jours où la femme peut tomber enceinte, les perles marronnes marquent les jours où il est peu probable de tomber enceinte durant les jours de règles et quant au cylindre noir avec une flèche, il indique dans quel sens il faut déplacer l'anneau. Cette méthode est plus appréciée par les femmes qui privilégient une méthode naturelle et efficace de planification familiale ainsi que celles qui ont des cycles compris entre 26 à 32 jours [8].

Pour une bonne utilisation du collier du cycle, certaines précautions sont à prendre : Dès le premier jour de vos règles, mettre l'anneau sur la perle rouge et marquer le premier jour de vos règles sur votre calendrier. Il est primordial de connaître ce jour au cas où on oubliera de déplacer l'anneau. Chaque matin, déplacer l'anneau dans la direction de la flèche sur le cylindre d'une perle à l'autre et ce, même les jours où vous avez les règles. Le jour où les règles

viennent, mettre de nouveau l'anneau sur la perle rouge. Au cas où il reste des perles marronnes, quand l'anneau est sur une perle blanche, vous pouvez tomber enceinte à la suite de rapports sexuels sans non protégés.

Les avantages

C'est une méthode simple facile à enseigner, à utiliser, efficace à 95%(quand elle est utilisée correctement) elle réduit de manière considérable la probabilité d'une grossesse non désirée, faible cout, elle fait participer les deux partenaires en offrant les possibilités d'améliorer la communication au sein du couple [8].

Les inconvénients

C'est une méthode qui expose aux IST/SIDA, nécessite une abstinence durant les jours de fécondité et requiert (demande) l'utilisation d'une méthode de barrière efficace telle que l'usage du préservatif [8].

f. La méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

C'est une méthode de contraception temporaire pour les mères qui n'ont pas encore eu leur retour de couches, la mère doit pratiquer l'allaitement exclusif jour et nuit, et son bébé doit avoir moins de 6 mois. Cette méthode empêche la libération des ovules des ovaires (ovulation) [8].

Les avantages

Elle favorise la pratique de l'allaitement maternel, n'a pas d'effet secondaire et de plus est réversible [8].

Les inconvénients

L'allaitement maternel à la demande est une tâche délicate pour certaine mère et n'est valable que 6 mois au moins. L'allaitement maternel exclusif n'est pas encore accepter par tous car une ovulation peut subvenir à l'insu de la mère qui pourrait tomber enceinte.

Cela ne protège pas contre les IST/SIDA et n'est pas conseillée aux femmes qui présentent une maladie immunodéprimée telles que le VIH, le SIDA, la tuberculose, le cancer, la cardiopathie sévère, etc. [8].

g. Le Retrait (coït interrompu)

Cette pratique amène l'homme à retirer son pénis du vagin de sa partenaire pour éjaculer à l'extérieur évitant du même coup que le sperme n'entre en contact avec les parties génitales extérieures de la femme. C'est une méthode qui empêche le sperme de pénétrer dans le corps de la femme et donc la fécondation à hauteur de 96% moyennant un usage correct et régulier, 73% dans la pratique courante [8].

h. La méthode Ogino et Knauss

Elle est largement la plus connue et cependant la moins efficace. Elle est basée sur le calcul de la période fertile (ovulation), considérant les autres périodes du cycle comme non à risque de grossesse. Le manque de fiabilité de cette méthode est dû à l'imprévisibilité de la date de l'ovulation qui peut être décalé et ce, même si les cycles sont réguliers et de nombreux facteurs peuvent perturber le cycle. Tout rapport sexuel présente un risque de grossesse, quel que soit le jour du cycle [9].

B. Les Méthodes modernes

a. Préservatif masculin

Il s'agit d'un capuchon en caoutchouc, très fin et très souple, destiné à être adapté au pénis et servant de contraceptif ou de moyen de protection contre les maladies transmissibles sexuellement [9].

Les avantages

Très abordable, disponible partout sur le marché, il a peu d'effets secondaires, protège contre les IST/SIDA et convient aux rapports sexuels occasionnels. Aucun besoin d'ordonnance, elle fait de l'homme, un acteur de la planification familiale, efficace immédiatement, elle est utilisable en plus d'autres méthodes [9].

Les inconvénients

L'efficacité est liée à notre ferme volonté à écouter, suivre et appliquer les conseils à savoir utiliser un préservatif par rapport sexuel [9].

Les effets secondaires

Il faut noter que certaines personnes sont allergiques au latex et donc ne le supporte pas [9].

b. Le Préservatif féminin

Tout comme le préservatif masculin, le préservatif féminin est un dispositif utilisé lors des rapports sexuels pour empêcher le passage des spermatozoïdes dans le vagin [9].

Les avantages

Ses avantages sont multiples :

Le préservatif féminin présente de nombreux avantages :

- Plus solide que le préservatif masculin, il est donc moins sujet aux déchirures éventuelles
- Il peut être mis en place longtemps avant le rapport (jusqu'à plusieurs heures), ce qui n'interrompt pas les préliminaires
- Il prolonge l'intimité, puisqu'il n'est pas nécessaire de le retirer aussitôt après éjaculation
- N'étant pas en latex, il ne provoque pas d'allergie
- Il est possible d'ajouter tout type de lubrifiant (pas uniquement les lubrifiants aqueux), même s'il est déjà lubrifié.
- Il protège contre les MST et les grossesses non-désirées [9].

Les inconvénients

Son coût est élevé comparativement à celui du préservatif masculin, ajouté à cela la difficulté d'insertion lors de la première utilisation. Il n'est utilisable qu'une seule fois lors de chaque rapport sexuel et son efficacité dépend de la volonté des partenaires à suivre les instructions. Les couples sont parfois ennuyés par l'aspect du préservatif féminin du fait de :

- Certaines difficultés peuvent être liées à son insertion dans le vagin. Il peut être nécessaire de l'utiliser plusieurs fois avant de se sentir à l'aise avec cette méthode.

- Il est nécessaire de le tenir au moment de la pénétration.
- L'anneau extérieur peut être embarrassant pour certaines femmes ou s'avérer gênant pour certains préliminaires.
- Peut-être bruyant. Cela peut dépendre du mouvement du pénis dans le vagin ou de la position adoptée.
- Son coût relativement élevé peut constituer un obstacle à son utilisation [9].

Ces points expliquent le succès limité de cette méthode de contraception.

c. Les spermicides

Les spermicides se trouvent sous différentes formes : crèmes, gels, ovules, éponges, comprimés, suppositoires, tampons... Ces substances spermicides neutralisent les spermatozoïdes, les empêchent de continuer leur progression vers l'ovocyte, pour le féconder. Ils doivent être introduits profondément dans le vagin avant un rapport sexuel et est composé de chlorure de benzalkonium [9].

Les avantages

Très discret et facilement accessibles, les spermicides peuvent être achetés sans ordonnance et présentent l'avantage de ne pas interférer avec le système hormonal ni la durée du cycle. Ils peuvent également servir de lubrifiants vaginaux lors des rapports [9].

Les inconvénients

Il y'a beaucoup d'échecs, le spermicide peut provoquer des lésions sur le pénis ou dans le vagin. Sa présence dans le vagin gêne le rapport sexuel (sensation de brûlure, de picotement, de flottement, inflammation du vagin etc.), ne protège pas contre les IST/SIDA.

Les spermicides sont peu choisis par les femmes, et peu conseillés par les médecins, car ils présentent plus d'inconvénients que d'avantages :

- Ils sont coûteux, pas toujours faciles à utiliser et peu efficaces seuls.
- Ils doivent être associés à un préservatif, à un diaphragme ou à une cape cervicale.
- L'usage de spermicides affecte la spontanéité des relations sexuelles.

- Selon les spermicides utilisés, il faut attendre jusqu'à 15 minutes après l'insertion afin de leur permettre de se dissoudre sans oublier que leur efficacité est limitée en temps.
- Certaines femmes peuvent développer des allergies locales aux spermicides.
- La toilette intime doit se faire à l'eau uniquement pendant les quelques heures qui suivent le rapport [9].

d. La Pilule combinée

Elle contient deux hormones à savoir un œstrogène et un progestatif d'où l'expression combinée et a pour but d'empêcher la libération des ovocytes des ovaires (ovulation) [9].

Les avantages

La pilule combinée soulage non seulement certaines maladies, mais aussi régularise les cycles irréguliers et surtout n'entraîne pas d'infections génitales chez la femme tout en étant réversible [9].

Les inconvénients

- La pilule combinée n'est pas efficace comme méthode contraceptive pour chacun ;
- Elle peut ne pas être efficace si utilisé conjointement avec d'autres médicaments ;
- Elle doit être prise quotidiennement ce qui peut être problématique ;
- Elle ne protège pas contre les IST/SIDA [9].

Les effets secondaires

Elle provoque entre-autre des saignements vaginaux, une tension mammaire, des maux de têtes, une aménorrhée, des nausées, des acnés, une prise de poids, une hypo galaxie, des douleurs à la poitrine, une élévation de la tension artérielle, etc. [9].

e. La Pilule progestatif ou pilule minidosée

Contrairement aux pilules combinées, les pilules progestatives ne contiennent qu'un progestatif de synthèse (le désogestrel ou le lévonorgestrel) et donc pas

d'œstrogène. Elle épaissit la glaire cervicale empêchant par la même occasion les spermatozoïdes et l'ovule de se rencontrer et du coup rend impossible l'ovulation [9].

Les avantages

Prise à la même heure chaque matin, elle est très efficace avec très peu de contre-indications. Avec très peu d'effets secondaires, elle soigne certaines maladies, n'entraîne pas d'infections génitales chez la femme et est réversible [9].

Les effets secondaires

Aménorrhée, saignements, prise ou perte de poids [9].

Les inconvénients

Elle nécessite une surveillance médicale, sa prise est très contraignante (le fait d'avaler un comprimé chaque jour et à la même heure) ; elle ne protège pas contre les IST/SIDA. L'oubli augmente l'échec de la méthode et l'efficacité peut être diminuée par la prise de certains médicaments [9].

Les contre-indications des deux pilules

Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [9].

f. Les Contraceptifs injectables à progestatifs seuls

Une injection intramusculaire tous les 2 ou 3 mois, selon le produit. Elle empêche la libération des ovocytes des ovaires (l'ovulation) [9].

g. Les contraceptifs injectables mensuels ou contraceptifs combinés

Administrés par injection intramusculaire mensuel, ils contiennent un œstrogène et un progestatif. Ils épaississent la glaire cervicale, ce qui empêche les spermatozoïdes et l'ovule de se rencontrer et empêche l'ovulation [9].

Les avantages des deux contraceptifs injectables

Leur utilisation est discrète, la prise est suffisamment espacée et plus supportable, ils ne provoquent pas d'infection génitale et ne gêne pas la production de lait chez la femme allaitante [9].

Les effets secondaires des deux contraceptifs injectables

Ils peuvent occasionner une prise de poids, aménorrhée, des saignements vaginaux, nausées, vertiges, vomissement, et, une, tension, artérielle élevée. Les inconvénients Leur utilisation nécessite un personnel qualifié, aussi un suivi médical [9].

Les contre-indications

L'existence d'une grossesse ou soupçonnée, les cancers du sein, du col, de l'endomètre ou soupçonné des saignements vaginaux inexpliqués [9].

h. Les implants (Jadelle, Implanon)

Ce sont de petits bâtonnets ou capsules souples qui sont placés sous la peau dans la partie supérieure du bras ; ils contiennent uniquement un progestatif. Les implants épaississent la glaire cervicale ce qui empêche les spermatozoïdes et l'ovule de se rencontrer, et empêche aussi l'ovulation [10].

Les avantages

Les implants préviennent la grossesse pendant un maximum de cinq ans.

- Ils ne sont pas liés aux rapports sexuels.
- Ils ne présentent pas de danger pour les mères qui allaitent et leurs bébés.
- Vous ne devez pas penser à faire quelque chose chaque jour [9].

Les effets secondaires

Saignement, absence de règles (aménorrhée), nausées, vertiges, nervosité, expulsion de capsule, infection du site d'intervention, prise ou perte de poids, tension mammaire [9].

Les inconvénients

- Les implants (Jadelle, Implanon) ne protègent pas contre l'infection à VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles.

- Ils requièrent une petite incision sur l'avant-bras, incision qui laisse une petite cicatrice.
- Ils provoquent chez la plupart des femmes des règles irrégulières et des saignements pendant les six premiers mois. Vos règles peuvent ensuite redevenir normales. Il se peut aussi que vous n'ayez pas du tout de règles.
- Un médecin ou un agent de santé qualifiée doit insérer et retirer les implants.
- Vous devez penser à faire retirer les implants après cinq ans [9].

Les contre-indications

Thrombose évolutive, affection hépatique sévère [9].

i. Le dispositif intra-utérine(DIU) (ou stérilet) au cuivre

Il s'agit d'une petite armature flexible en plastique, partiellement recouverte d'un fil ou de manchons en cuivre qui est insérée dans l'utérus. Le composant en cuivre endommage les spermatozoïdes et empêche la rencontre avec l'ovule [9].

j. Le dispositif intra-utérin (DIU) au lévonorgestrel

Il s'agit d'un moyen de contraception qui se place dans l'utérus (par un professionnel de santé). Il est en forme de "T, mesure 3.5 cm de long et libère de petites quantités de lévonorgestrel quotidiennement. Il se termine par un fil qui est coupé très court au moment de la pose [9].

Les avantages des deux DIU

Pour ce qui est du « DIU » au cuivre, son efficacité atteint les 99%, discret, il n'a pas cependant les effets secondaires de la pilule. Son effet peut durer jusqu'à 10 ans et a pour avantage d'être réversible dès son retrait [9].

Les effets secondaires

Saignement abondant, douleur au bas ventre, perte des fils, infection génitale [9].

Les inconvénients

Sa pose et son retrait sont un peu problématiques car demandent l'intervention d'un personnel qualifié. Il est impossible de placer le DIU chez

une femme qui n'a pas accouché, ne protège pas contre les IST/SIDA et son examen est parfois nécessaire car il peut s'expulser spontanément [9].

Les contre-indications des deux DIU

Infection récente de l'utérus ou des trompes, antécédent de grossesse extra-utérine (dans certains cas), les malformations utérines importantes, les maladies hémorragiques (sauf stérilet au progestatif) certains fibromes, les femmes n'ayant jamais eu d'enfants [9].

k. La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes

Elle est une technique de stérilisation féminine à visée contraceptive. Elle est principalement destinée aux femmes ne désirant pas ou plus avoir d'enfant.

Elle consiste à occlure les trompes de Fallope (ces petits conduits qui transportent les spermatozoïdes vers l'ovule et l'ovule vers l'utérus), soit en :

- Les ligaturant et en les sectionnant ;
- Les électro-coagulant ;
- Les pinçant avec un anneau ou un clip.

Cela empêche le fonctionnement normal des trompes et évite ainsi tout risque de grossesse [9].

l. La stérilisation masculine : vasectomie

Il s'agit d'une contraception permanente qui consiste à obturer ou couper les canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes jusqu'au pénis. La vasectomie empêche les spermatozoïdes de se mêler au sperme éjaculé [9].

Les avantages des deux méthodes chirurgicales (ligature des trompes et vasectomie)

Leur action est durable, elles sont discrètes, possèdent peu de contre-indications et peu d'effets secondaires. Elles conservent les capacités sexuelles de l'homme et de la femme [9].

Les inconvénients et les effets secondaires des deux méthodes chirurgicales

L'intervention nécessite un personnel qualifié avec un risque d'infection de la plaie opératoire. Ces deux méthodes sont irréversibles et ne protègent pas contre les IST/SIDA [9].

m. La contraception d'urgence

Il s'agit d'une contraception d'exception qu'on utilise en cas de rapport sexuel non ou mal protégé sans tenir compte du moment du cycle. A prendre très tôt, si possible dans les 12h et au plus tard jusqu'à 5 jours en ce qui est du stérilet.

Dans un premier temps elle retarderait ou la perturberait lorsqu'elle est sur le point de se produire, dans un second temps elle modifierait l'endomètre de façon à ce qu'il soit dans l'incapacité d'accueillir un œuf [9].

Les différents types de contraception d'urgence : La pilule (le plus connu est le Norlevo) et le stérilet (dispositif intra-utérine).

Le Norlevo pour être plus efficace doit être pris le plus tôt possible pendant le repas afin d'éviter les nausées dans les 72 heures après le rapport sexuel.

Les avantages

C'est une méthode efficace à 97%, le DIU inséré reste comme une méthode de longue durée [2].

Les inconvénients

Ne protège pas contre les IST/SIDA, le DIU nécessite un personnel formé, la contraception d'urgence ne peut pas être utilisée si une grossesse est confirmée ou suspectée [2]. Le Stérilet ne peut pas, dans certains cas, être posé chez des femmes n'ayant pas eu d'enfants [9].

n. Le patch(EVRA)

C'est un patch de 20 cm² qui délivre une association oestro-progestative, comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale. Le patch est utilisé par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch). Les

4 sites d'application possibles sont : la face externe du bras, le bas ventre, le tronc, les fesses, ne pas appliquer sur les seins. Le patch est très efficace à condition d'être bien utilisé [9].

Les avantages

Meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risque d'oubli, très bien toléré et réversible dès l'arrêt, il permet d'avoir des cycles réguliers, des règles moins abondantes, moins longues et moins douloureuses [9].

Les inconvénients

Il est visible et peut se décoller dans 2 à 3% des cas. Comme pour toute contraception hormonale on peut observer : des céphalées, nausées, prise de poids et une tension mammaire [9].

Les contre-indications

Comme la pilule oestro-progestatif ; hypercholestérolémie hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [9].

o. L'anneau vaginal (Nuvaring)

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

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale. Utiliser un anneau par cycle trois semaines et faire une semaine sans l'utiliser. Les règles auront lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule. L'insertion et le retrait sont simples. Comme la pilule oestro-progestatif, il est efficace à condition d'être bien utilisé. Efficace dès la pose du premier anneau et aussi pendant la semaine d'arrêt [9].

Les avantages

La mise en place et le retrait sont faciles, meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risque d'oublis. La mise en place ainsi que le retrait demeure relativement faciles, on constate une meilleure observance qu'avec la pilule avec de plus moins de risque d'oubli [9].

Les inconvénients

Comme toute contraception hormonale, on peut observer : des nausées, céphalées, prise de poids, tension mammaire [9].

Les contre-indications

Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de 35 ans [9].

C. Les méthodes traditionnelles

Elles sont fonction de la réalité socioculturelle des différents peuples au Mali [10].

a. Le Tafo

C'est une petite corde munie de nœuds imprégnés d'incantation que la femme attache autour de son bassin [10].

b. La toile d'araignée

Elle se place dans le vagin de façon à fermer l'orifice externe du col, et empêchant ainsi la montée des spermatozoïdes [10].

c. Le miel et le jus de citron

Ils sont placés dans le vagin avant les rapports sexuels, ils peuvent immobiliser les spermatozoïdes (miel) ou détruire les spermatozoïdes (citron) [10].

d. Les solutions buvables

Elles peuvent concerner les écorces d'arbres des plantes, des graines à avaler ou des solutions préparées soit par des marabouts ou des charlatans [10].

e. La séparation du couple après accouchement

Dans cette pratique, le couple est séparé après accouchement permettant ainsi à la femme de récupérer et un développement normal de l'enfant [10].

Aucune étude scientifique n'a jusqu'ici confirmé l'efficacité de ces méthodes traditionnelles. Quel que soit leur valeur, elles sont souvent facteurs d'infection régulière, d'infertilité et des algies pelviennes [10].

2.5. Aspect religieux

a. Christianisme et contraception

L'Eglise n'est pas contre la pratique et opte à 100% pour l'amour et la vie. Elle bannit tout moyen qui fait obstacle à la procréation et limite le sexe à un simple moyen de plaisir [11].

Certains moyens contraceptifs comme les pilules, injectables, implants etc... n'empêchent pas l'ovulation à 100%. A cet effet un enfant conçu malgré la pilule sera avorté parce que cette même pilule a aussi pour effet de rendre l'utérus inhospitalier empêchant la nidation. Il devient ainsi inacceptable de risquer la vie d'un enfant pour toute personne qui respecte la vie humaine [11].

Du point de vue de la santé, ces produits favorisent l'éclosion de certains cancers. Les stérilets peuvent être aussi considérés comme des abortifs car ils rendent l'utérus inhospitalier et peuvent favoriser par la même occasion de nombreuses infections utérines [11].

Le préservatif masculin introduit un obstacle de latex dans ce qui devrait être l'union amoureuse de deux corps.

Il ne protège qu'à 90% contre les IST/SIDA, information qui délibérément n'est jamais donnée dans les campagnes de prévention (chiffre de l'académie nationale de médecine) [11].

Face à cette situation, l'Eglise propose aux couples une méthode de régulation des naissances se basant sur l'observation du cycle menstruel de la femme et épanouissant pour le couple et par la même occasion invite le mari à connaître et respecter le rythme naturel de sa femme [11].

Une des grandes raisons pour lesquelles l'Eglise condamne les méthodes artificielles est d'ordre spirituel. Pour l'Eglise à travers l'utilisation des méthodes artificielles, l'homme et la femme brisent le lien établi par Dieu entre amour et fécondité. Ils cessent ainsi de s'accepter et de se donner l'un à l'autre selon la vérité de leur être, à la fois physique et spirituel (ont tous promis devant Dieu et les hommes de se donner l'un à l'autre le jour de leur mariage) [11].

Dans les méthodes naturelles l'homme et la femme choisissent de s'unir lorsque le lien entre amour et fécondité est inopérant. Ce faisant, ils respectent l'ordre sacré par Dieu. Dieu aurait tout aussi bien pu rendre la femme féconde chaque jour du mois, mais il a au contraire prévue des périodes infécondes pour permettre l'union de sa procréation. De nos jours les méthodes naturelles sont rejetées par les média et le corps médical [11].

Cette vision de l'Eglise sur la contraception est inspirée par la Bible qui ne condamne pas la pratique temporaire de la contraception. Tous les couples mariés doivent rechercher la volonté du Seigneur concernant le moment, ou tenter d'avoir des enfants et le nombre d'enfants qu'ils doivent avoir [12].

b. Islam et contraception

La planification familiale n'est pas quelque chose de nouveau pour la religion Islamique. Elle était pratiquée par les compagnons du prophète, qui discutaient beaucoup avec lui à ce sujet. Si la contraception était prohibée par les textes coraniques, elle serait strictement interdite aux musulmans, ce qui n'est pas le cas [13].

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence Islamique internationale de Rabat 1971 est la suivante : la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, consentants sans contraintes, d'une méthode sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux couples en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille [14].

Le musulman garde comme objectif de mettre au monde le nombre possible d'enfants, et l'Islam n'est pas cependant contre les moyens de recours des couples leur permettant de maîtriser cette procréation. Il revient aux musulmans à cet effet de faire leur choix de méthode de contraception en tenant compte des exigences de l'Islam [15].

2.6. Hypothèses de recherche :

- a) Les femmes de Koulikoro semblent préférer plus le Jadelle par rapport aux autres méthodes de contraception.
- b) Les femmes de Koulikoro semblent préférer plus les méthodes de contraception qui ont une longue durée.

OBJECTIFS

III. Objectifs

3.1. Objectif général :

Etudier le choix des femmes face à diverses méthodes de contraception.

3.2. Objectifs spécifiques :

- a) Identifier la méthode de contraception préférée des femmes
- b) Déterminer la durée d'utilisation des méthodes de contraception préférée des femmes
- c) Identifier les raisons du choix préféré des femmes parmi les méthodes de contraception.
- d) Identifier les caractéristiques sociodémographiques des participantes.

DEMARCHE METHODOLOGIQUE

IV. Démarche méthodologique :

4.1 Type d'étude

Il s'agissait d'étude prospective mixte c'est à dire avec un volet quantitatif et un volet qualitatif.

4.2 Choix et description du site d'étude

L'enquête a été réalisée dans quatre quartiers de la commune urbaine de Koulikoro (Souban, Bakaribougou, gare, plateau).

a. Description de la situation géographique du cercle de Koulikoro

Le cercle de Koulikoro occupe la partie nord-est de la deuxième région. Son relief est dominé par les plateaux et les plaines. La chaîne de montagne du Mont Mandingue prend fin au niveau du cercle. Le fleuve Niger constituant le seul cours d'eau permanent qui traverse le cercle sur plus de 130 Km, il offre ainsi des possibilités de navigation. Le climat de type soudano-sahélien se caractérise par deux saisons bien distinctes :

-La saison sèche (Octobre-Avril)

-La saison pluvieuse (Du mois de mai au mois de septembre)

La moyenne pluviométrique annuelle se situe entre 700 à 900 mm en année normale. Le cercle de Koulikoro avec le nouveau découpage territorial dans le cadre de la décentralisation comprend une commune urbaine à savoir celle de Koulikoro et 8 communes rurales : Méguetan, Dinandougou, Doumba, Koula, Nyamina, Tougouni, Sirakorola, et Tienfala. Le cercle de Koulikoro représente les limites suivantes :

-Au nord le cercle de Banamba

- Au sud –ouest le cercle de Kati

-A l'est les cercles de Ségou et Baraouéli

- A l'ouest par le cercle de Kolokani [7].

b. Population

Le cercle de Koulikoro couvre une superficie de 7260 Km² et compte environ 149.435 habitants composés essentiellement de Bamanan, Bozo, Somono, Peulh etc.

La religion dominante est l'Islam à côté du quel est pratiqué le Christianisme et l'Animisme [7].

c. Aperçu historique

La ville de Koulikoro retient deux versions pour sa création :

- * La première version indique que Koulikoro a été fondé au début du dix-huitième siècle par un Bambara Dioba Diarra, qui venant de Farakoba dans le cercle de Ségou, s'installa avec son frère d'abord à Kélé, puis à Kélan et Kayo avant de s'installer au pied de la montagne (Koulo-Koro en Bambara). Ce qui était au départ un simple hameau devint un village puis la capitale du Méguetan, une principauté Bambara affiliée au royaume Bambara de Ségou [7].
- * Selon la deuxième version, Koulikoro serait créé par un chasseur du nom de Teleme Diarra petit frère de Dioba qui quitta Kayo pour venir s'installer au flanc de la colline d'où le nom Koulikoro. En 1850 les familles Singaré et Fofana arrivèrent du Kaarta sous la pression de El hadj Oumar et vinrent s'installer en paisible cultivateurs, pasteurs et pêcheurs auprès des Bambaras fondateurs. L'économie du cercle repose sur : l'agriculture, l'élevage, et pêche [7].

En 1979, Koulikoro devient la capitale administrative de la deuxième région du Mali [16].

La commune urbaine de Koulikoro est située dans la deuxième région administrative du Mali à 60 km à l'est de Bamako.

4.3. Population d'étude

Les femmes âgées de 14 à 45 ans pratiquant la contraception ont constitué notre population d'étude.

4.4. Critères d'inclusion

- Femmes consentantes
- Age ≥ 14 ans et ≤ 45 ans
- Pratiquant la contraception.

4.5. Critères de non inclusion

- Femmes non consentantes,
- Age < 14 ans, ou supérieur à 45 ans
- Femmes ne pratiquant pas la contraception.

4.6. Echantillonnage

Nous avons adopté un échantillonnage à choix raisonné basé sur les critères suivants : l'âge, le consentement, les femmes pratiquant la contraception.

4.7. Taille de l'échantillon

Notre étude a porté sur un échantillon de 214 femmes tirées d'une population de 149.435 habitants dans la commune urbaine de Koulikoro.

Le nombre de sujet est donné par la formule suivante :

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{i^2}$$

n : taille minimum de l'échantillon

p : prévalence contraceptive 16% au Mali selon l'enquête démographique et de santé sixième édition (EDS VI) [2].

q : $1-p = 0,84$

i : précision de la prévalence p. Nous avons fixé i à 5%

z = 1,96

La taille minimale $n = 206$

Les femmes ont été sélectionnées de façon raisonnée, nous avons pris $n = 214$

4.8. Calendrier d'étude

	Juin-Aout18	Sep-Dec-18	Jan-Mars19	Avr 19	Mai-Juin19	Jul-19
Finalisation protocole						
Récolte de données						
Analyse des données						
Rédaction du rapport						
Appréciation du Directeur						

4.9. Technique et outils d'enquêtes

a. Les données quantitatives

La collecte des informations a été faite selon un questionnaire semi-directif sur les caractéristiques sociodémographiques, la méthode choisie et la raison, les personnes qui les ont orientés et la source d'approvisionnement en produit contraceptif.

b. Les données qualitatives

La collecte des informations a été faite à l'aide d'un guide d'entretien individuel approfondi.

4.10. Saisie, traitement et analyse des données

Les logiciels suivants ont été utilisés pour la saisie du rapport et à l'exploitation des données :

- SPSS 25 : logiciel d'épidémiologie pour la saisie et l'analyse des données.

- Word 2010 : pour le traitement de texte et pour la saisie,

- Excel 2007 : pour les tableaux.

4.11. Considérations éthiques

Le protocole a été soumis à la revue critique du comité d'éthique de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako et a reçu l'autorisation avant le début des travaux. Il s'agissait d'une étude prospective avec des entretiens guidés sans prélèvement ni intervention.

Les éléments de nature éthiques suivants ont été pris en considération dans l'élaboration du protocole :

- L'enquête était essentiellement basée sur l'interrogatoire des participants, ne comportant pas de dangers et d'inconvénient pour les personnes interviewées.
- L'adhésion à l'étude pour tous les participants était libre et sans contrainte et toute personnes volontairement pouvait arrêter sa participation à n'importe quel moment de l'étude.
- L'étude n'a commencé qu'après l'obtention du consentement éclairé et verbal des femmes pratiquant la contraception avec la garantie de garder l'anonymat.

RESULTATS

V. Résultats

Résultat quantitatif

La collecte des informations a été faite selon un questionnaire semi-directif sur les caractéristiques sociodémographiques, la méthode préférée, la raison, les personnes qui orientent et la source d’approvisionnement en produit contraceptif.

Notre étude réalisée dans la commune urbaine de Koulikoro a porté sur 214 femmes.

5.1 Caractéristiques sociodémographiques

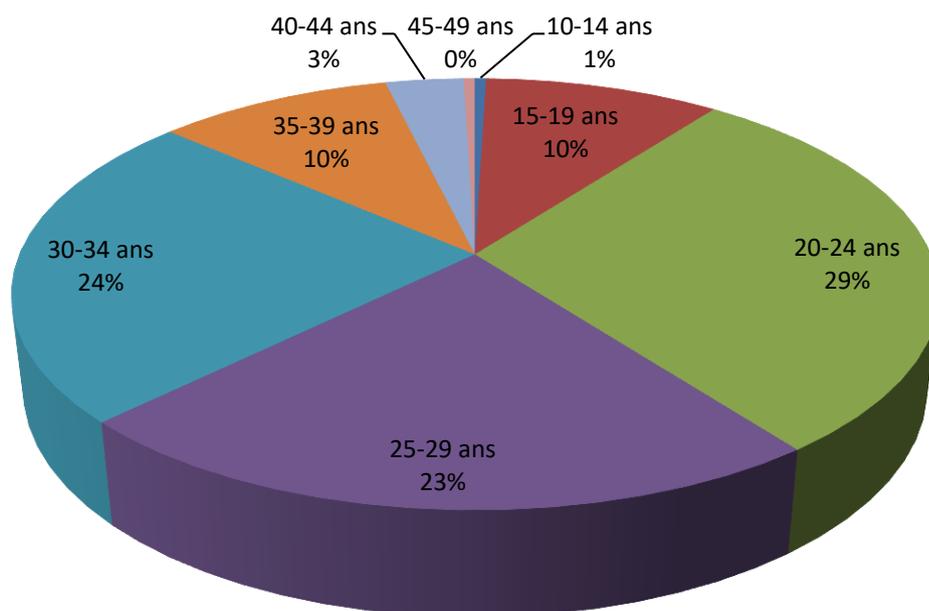


FIGURE 1 : Répartition de l'échantillon par âge

Les femmes âgées de 20-24 ans pratiquent le plus une méthode de contraception avec 29,4% de l'échantillon, 23,8% des femmes âgées de 30-34 ans, 22,9% des femmes âgées de 25-29 ans, 9,8% des femmes âgées de 15-19 ans, 9,8% des femmes âgées de 35-39 ans, 3,3% des femmes âgées de 40-49 ans, et seules

0,5% des femmes âgées de 10-14 ans, et seules 0,5% âgées de 45-49 ans pratiquent une méthode de contraception. L'âge moyen passe de 29,5 ans.

Tableau I : Répartition de l'échantillon en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non scolarisée	62	29,0
Primaire	56	26,2
Secondaire	81	37,9
Supérieur	15	7,0
Total	214	100,0

Les femmes enquêtées qui ont un niveau d'instruction secondaire sont les plus représentées soit 37,9% de l'échantillon, 29% sont non scolarisées, 26,2% ont un niveau d'étude primaire et 7% ont un niveau d'étude supérieur.

Le croisement des tableaux (âge et niveau d'instruction) donne les résultats suivants :

Parmi les 29% des femmes non scolarisées de notre échantillon ; 6,5% d'entre elles sont âgées de 20 à 24 ans ; autant que pour les 25 à 29 ans et pour les 30 à 34 ans ; 4,2% de 35 à 39 ans ; 2,8% de 15 à 19 ans ; 1,8% de 40 à 44 ans ; 0,4% de 45 à 49 ans.

Parmi les 37,9% des femmes qui ont un niveau d'instruction primaire de notre échantillon ; 9,3% d'entre elles sont âgées de 20 à 24 ans ; 5,1% de 25 à 29 ans ; 4,6% de 30 à 34 ans ; 3,2% de 35 à 39 ans autant que pour les 15 à 19 ans ; 0,4% de 10 à 14 ans.

Parmi les 26,2% des femmes qui ont un niveau d'instruction secondaire de notre échantillon ; 10,7% d'entre elles sont âgées de 20 à 24 ans ; 10,2% de 30 à 34

ans ; 9,8% de 25 à 29 ans ; 3,7% de 15 à 19 ans ; 1,8% de 35 à 39 ans ; 1,4% de 40 à 44 ans.

Parmi les 7% des femmes qui ont un niveau d’instruction supérieur de notre échantillon ; 2,8% d’entre elles sont âgées de 20 à 24 ans ; 2,3% de 30 à 34 ans ; 1,4% de 25 à 29 ans ; 0,4% de 35 à 39 ans.

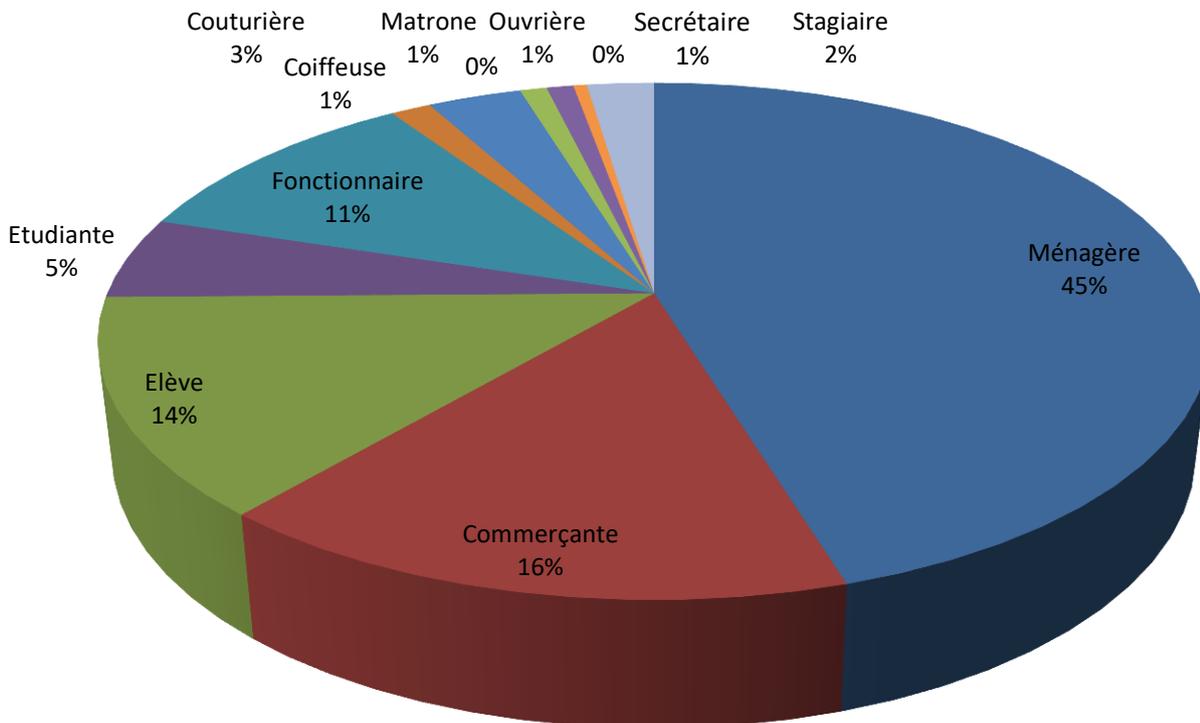


Figure 2 : Répartition de l’échantillon en fonction de la profession

Selon notre enquête, 45,3% de nos femmes sont des ménagères, 15,9% de l’échantillon sont des commerçantes, 13,6% sont des élèves, 10,7% sont des fonctionnaires, et les autres professions sont faiblement exercées.

Tableau II : Répartition de l'échantillon en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	178	83,2
Célibataire	30	14,0
Divorcée	1	,5
Veuve	5	2,3
Total	214	100,0

La majorité de nos femmes enquêtées mariées soit 83,2% de l'échantillon, 14% célibataires, 2,3% veuves et 0,5% divorcées.

Tableau III : Répartition de l'échantillon par ethnie

Ethnies	Effectif	Pourcentage
Bambara	114	53,3
Peulh	19	8,9
Sarakolé	14	6,5
Dogon	12	5,6
Sénoufo	11	5,2
Bobo	10	4,7
Autres	34	15,8
Total	214	100

L'ethnie Bamanan est plus représentée soit 53,3% de l'échantillon, suivie de l'ethnie peulh avec 8,9%, l'ethnie Sarakolé est représentée avec 6,5% et les autres ethnies sont faiblement représentées.

5.2. Méthodes de contraception préférées des femmes

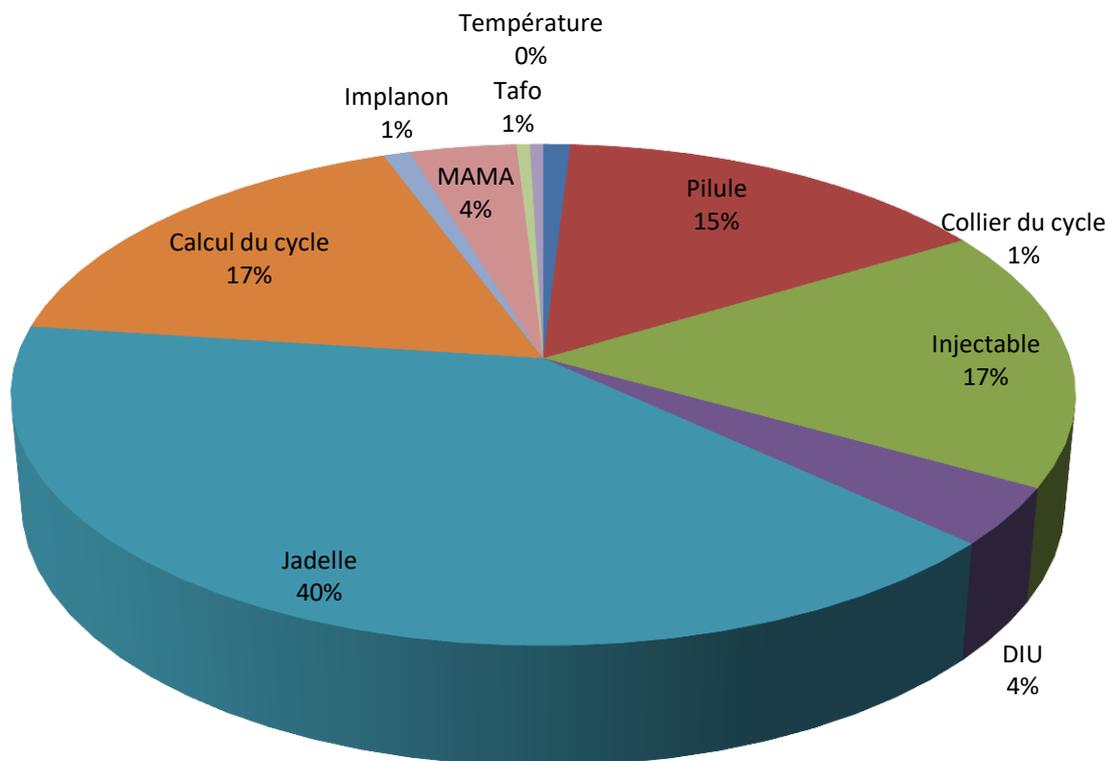


Figure 3 : Répartition de l'échantillon en fonction du choix des femmes

La méthode de contraception la plus utilisée par les femmes enquêtées le Jadelle avec 40,2% de l'échantillon. Les méthodes moyennement utilisées : le calcul du cycle menstruel avec 17,3% de l'échantillon, injectable 16,8%, pilule 15,4%, et les autres méthodes faiblement utilisées sont : DIU et MAMA 3,7% de l'échantillon, 0,9% pour le collier du cycle et l'implanon, et seules 0,5% des femmes de notre échantillon ont utilisé la méthode de température et le tafo. Aucune de nos femmes enquêtées n'a utilisé le préservatif

5.3. La durée d'utilisation des méthodes de contraception préférées des femmes

Tableau IV : Répartition de l'échantillon en fonction de la durée d'utilisation de la méthode contraceptive préférée des femmes

Durée d'utilisation	Effectif	Pourcentage
Moins 1 an	8	3,7
1-5 ans	24	11,2
Plus 5 ans	182	85,0
Total	214	100,0

Selon notre enquête, 85% des femmes ont utilisé leur méthode de contraception pendant une durée de plus de 5 ans, 11,2% l'ont utilisé pendant un intervalle de 1 à 5 ans, et 3,7% ont utilisé leur méthode de contraception pendant une durée de moins d'un an, la durée moyenne d'utilisation est plus ou moins 3 ans.

5.4. Les raisons du choix des femmes de la méthode de contraception

Raison du choix	Effectif	Pourcentage
Efficacité	36	16,8
Réversibilité	23	10,7
Discrétion	2	,9
Pas d'effets secondaires	83	38,8
Absence de gêne pour le partenaire	2	,9
Pas d'autres choix	1	,5
Longue durée	42	19,6
Pas d'oubli	21	9,8
Pas d'aménorrhée	4	1,9
Total	214	100,0

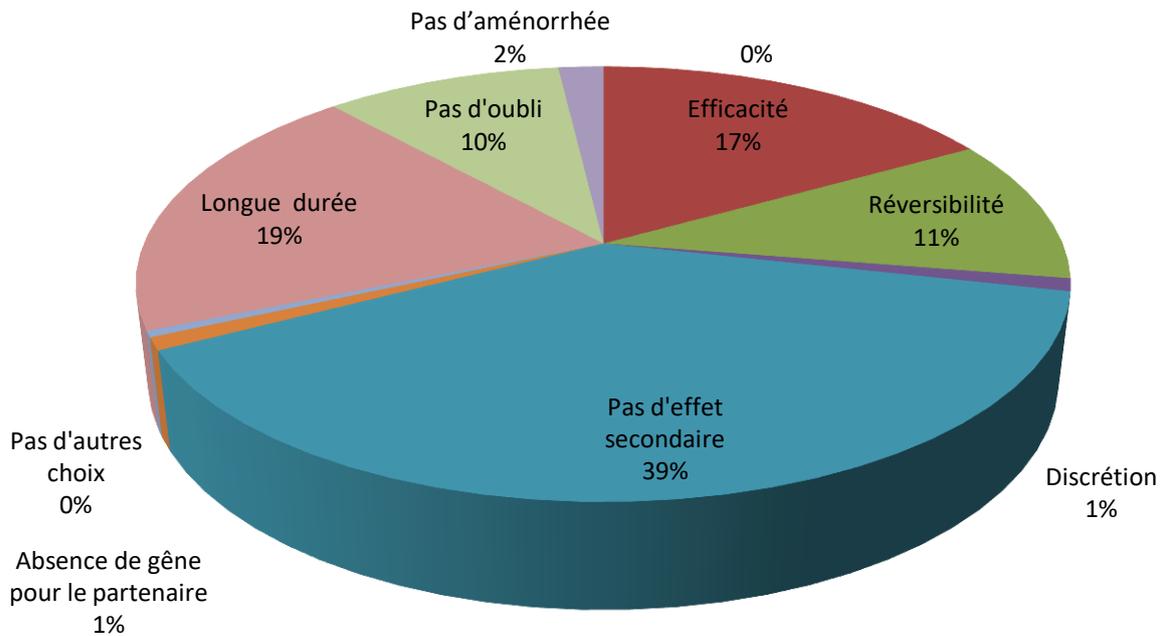


Figure 4 : Répartition de l'échantillon en fonction de la raison du choix préféré de la méthode contraceptive

Les effets secondaires sont à la base du choix difficile des femmes en matière de contraception, raison pour laquelle 38,8% de l'échantillon ont choisi la méthode de contraception qu'elles jugent sans effets secondaires, 19,6% pour raison de longue durée, 16,8% pour raison d'efficacité, 10,7% pour raison de réversibilité, 9,8% à cause de l'absence d'oubli, 1,9% ont choisi leur méthode pour raison d'absence d'aménorrhée, 0,9% des femmes ont fait leur choix à base de la discrétion et de l'absence de gêne pour le partenaire, 0,5% des femmes n'avaient pas d'autres choix.

5.5. Les personnes qui les orientent

Tableau V : Répartition des femmes selon la personne qui conseille sur la méthode

Sources d'information	Effectif	Pourcentage
Agent de santé	95	44,4
Automédication	75	35,0
Partenaire	19	8,9
Ami(e)	3	1,4
Parent	11	5,1
Voisine	11	5,1
Total	214	100,0

Selon notre enquête, 44,4% des femmes ont été orienté dans leur choix par un agent de santé, 35% par automédication, 8,9% par leur partenaire, 5,1% par leur parent, 5,1% par leur voisine, et 1,4% par leur amie.

5.6. Les sources d'approvisionnement

Source d'approvisionnement	Effectif	Pourcentage
Centre de sante	47	22,0
Pharmacie	130	60,7
Boutique	32	15,0
Pharmacie par terre	5	2,3
Total	214	100,0

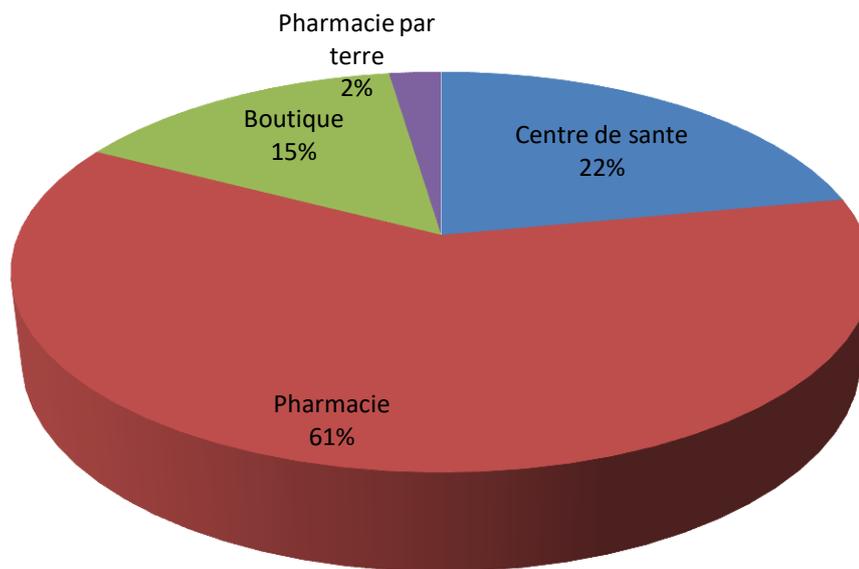


Figure 5 : Répartition de l'échantillon en fonction de la source d'approvisionnement

Selon notre enquête, 60,7% des femmes s'approvisionnent en méthode de contraception dans les pharmacies, 22% dans les centres de santé, 15% dans les boutiques, et 2,3% au niveau des pharmacies par terre.

Résultat qualitatif

La collecte des informations a été faite à l'aide d'un guide d'entretien individuel approfondi adressé aux sages-femmes ou aux infirmières obstétriciennes des CSCOM et du CSREF.

Un entretien avec les sages-femmes ou les infirmières obstétriciennes des 4 CSCOM (Souban, Kolébougou, gare et Koulikoroba) et du CSREF de la commune urbaine de Koulikoro a donné les résultats suivants :

1. Les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes trouvent que l'utilisation des méthodes de contraception par les femmes est une bonne chose, car elle favorise l'épanouissement des parents et la bonne santé de l'enfant, en le permettant de bien profiter de sa mère avec un lien affectif entre mère et enfant, et en lui donnant une bonne éducation, elle permet la réduction des dépenses dans la famille, elle permet aux femmes d'éviter les grossesses indésirées, en cas de viol la victime une fois sous contraception ne peut pas tomber enceinte, la contraception permet d'éviter les maladies sexuellement transmissibles (préservatifs), elle permet aux femmes d'exercer leur profession, et contribue au développement d'un pays.

2. Les méthodes de contraception disponibles sont :

a. Dans les CSCOM :

-Jadelle, implanon, injectable, pilule, DIU, préservatif, calcul du cycle menstruel, collier du cycle, spermicide, contraception d'urgence, MAMA

b. Dans le CSREF :

-Jadelle, implanon, injectable, pilule, DIU, préservatif, calcul du cycle menstruel, collier du cycle, spermicide, contraception d'urgence, vasectomie, ligature et résection des trompes, MAMA

3. La méthode de contraception préférée des femmes est le Jadelle dans deux CSCOM (centre de santé communautaire de Kolébougou, et Koulikoroba) et dans le CSREF (centre de santé de référence), par contre l'injectable est le choix

préférés des femmes des deux autres CSCOM (centre de santé communautaire de Souban et gare).

4. Les raisons de la préférence des femmes pour le Jadelle sont les suivantes : longue durée, discrétion, moins coûteux, pas d'oubli, et nécessite pas beaucoup de rendez-vous, réversibilité.

Les raisons du choix pour l'injectable par les femmes sont les suivantes : prix abordable, facile à utiliser, discrétion, courte durée.

5. Les inconvénients, les effets secondaires et la non connaissance de certaines méthodes empêchent les femmes d'utiliser les autres méthodes de contraception. Les méthodes chirurgicales ne sont pas pratiquées dans les CSCOM parce qu'il y a un manque de plateau technique et de personnel qualifié. Les sages-femmes affirment que les femmes qui veulent les utiliser sont référées dans le CSREF.

6. Les contraintes ou les inconvénients des autres méthodes de contraception que les femmes leur apportent sont :

a. Injectable : aménorrhée, spotting (petits saignements), métrorragies (saignement en dehors des règles), vertiges, tension mammaire, prise ou perte de poids, douleurs abdominales, céphalées. (Deux CSCOM et le CSREF).

b. Jadelle : indiscretion, peur de la mise en place sous la peau et douloureux pendant l'insertion, saignement abondant, disparaît sous la peau. (Deux autres CSCOM).

c. DIU : peur de la mise en place dans l'utérus, infection, retour difficile à la fécondité, prolongement de la durée des règles, douleur pelvienne et lombaire.

d. Pilule : courte durée, oubli, refus d'avaler les comprimés, tremblement, nausées, mauvaise compréhension de l'utilisation.

e. MAMA : conditions d'allaitement exclusif difficiles à respecter (les pensées des vieilles qui s'occupent d'elles, leur profession)

f. Préservatif : refus du partenaire, honte d'utiliser.

g. Collier du cycle : manque de confiance, refus du partenaire, difficile à appliquer, risque d'oubli.

h. Calcul du cycle menstruel : manque de confiance, difficile à appliquer.

i. Quant aux spermicides et aux contraceptifs d'urgence, les femmes ont leur connaissance dans les centres de santé, mais ils sont disponibles dans les pharmacies, donc les femmes les utilisent volontairement sans passer par elles souvent.

7. Les autres méthodes de contraception telles que l'abstinence, la méthode de la glaire cervicale, la méthode de température, le pacht EVRA, et les méthodes traditionnelles ne sont pas disponibles dans les centres de santé parce que les femmes ne connaissent pas ces méthodes, la méconnaissance de ces méthodes par les femmes est dues aux prestataires (sages-femmes ou les infirmières obstétriciennes qui n'ont pas reçu de formation par rapport à ces méthodes de contraception).

L'anneau vaginal, les femmes en ont une connaissance et l'ont expérimenté mais il n'est pas recommandé car elles en ont du dégoût. Le retrait coït interrompu, les hommes en ont une connaissance et l'ont expérimenté mais ils trouvent que c'est difficile à pratiquer par les hommes.

Quant à la vasectomie, les hommes en ont une connaissance mais n'est pas recommandé car ils espèrent avoir des enfants avec d'autres femmes.

Résultats du croisement des tableaux

Le croisement des tableaux (méthodes préférées des femmes et durée d'utilisation) ; nous a permis d'avoir les résultats suivants.

Méthodes préférées	Durée d'utilisation		
	Moins 1 an	1-5 ans	Plus 5 ans
Jadelle	17	59	10
Calcul du cycle	10	21	6
Injectable	21	11	4
Pilule	16	10	7
Autres	12	5	5
Total	76	106	32

Parmi les 40,2% des femmes de notre échantillon qui ont préféré le Jadelle comme méthode de contraception, 7,9% d'entre elles l'ont utilisé pendant une durée d'au moins 1 an, 27,5% l'ont utilisé pendant une durée comprise entre 1 à 5 ans, et 4,6% l'ont utilisé pendant plus de 5 ans.

Parmi les 17,3% des femmes de notre échantillon qui ont préféré le calcul du cycle menstruel comme méthode de contraception, 4,6% d'entre elles l'ont utilisé pendant une durée d'au moins 1 an, 9,8% l'ont utilisé pendant une durée comprise entre 1 à 5 ans, et 2,8% l'ont utilisé pendant plus de 5 ans.

Parmi les 16,8% des femmes de notre échantillon qui ont préféré l'injectable comme méthode de contraception, 9,8% d'entre elles l'ont utilisé pendant une durée d'au moins 1 an, 5,1% l'ont utilisé pendant une durée comprise entre 1 à 5 ans, et 1,8% l'ont utilisé pendant plus de 5 ans.

Parmi les 15,4% des femmes de notre échantillon qui ont préféré la pilule comme méthode de contraception, 7,4% d'entre elles l'ont utilisé pendant une durée d'au moins 1 an, 4,6% l'ont utilisé pendant une durée comprise entre 1 à 5 ans, et 3,2% l'ont utilisé pendant plus de 5 ans.

La méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée(MAMA) est utilisée par 3,7% de notre échantillon pendant une durée d'au moins 1 an.

Parmi les 3,7% des femmes de notre échantillon qui ont préféré le DIU, 0,4% d'entre elles l'ont utilisé pendant une durée d'au moins 1 an, 1,8% l'ont utilisé pendant une durée comprise entre 1 à 5 ans, et 1,4% l'ont utilisé pendant plus de 5 ans.

Parmi les 0,9% des femmes de notre échantillon qui ont préféré l'implanon, 0,4% d'entre elles l'ont utilisé pendant une durée d'au moins 1 an, et 0,4% l'ont utilisé pendant une durée comprise entre 1 à 5 ans.

La méthode de température a été utilisée par 0,4% de l'échantillon pendant une durée d'au moins 1 an. Le tafo a été utilisé par 0,4% de l'échantillon pendant plus de 5 ans.

Le croisement des tableaux (âges et méthodes utilisées) nous a donné les résultats suivants :

Ages	Méthodes utilisées				
	Jadelle	Calcul du cycle	Injectable	Pilule	Autres
10-14	0	1	0	0	0
15-19	10	4	3	3	1
20-24	26	9	14	9	5
25-29	21	8	7	10	3
30-34	16	11	9	6	9
35-39	8	4	2	3	4
40-44	5	0	1	2	0
Total	86	37	36	33	22

Parmi les 40,2% des femmes qui ont utilisé le Jadelle, aucune d'elles n'avait un âge compris entre 10 et 14 ans ; 4,6% des femmes âgées de 15 à 19 ans l'ont utilisé ; 12,1% des femmes de 20 à 24 ans ; 9,8% des femmes de 25 à 29 ans ; 7,4% des femmes âgées de 30 à 34 ans l'ont utilisé ; 3,7% des femmes de 35 à 39 ans ; 1,8% des femmes de 40 à 44 ans et seulement 0,4% des femmes dont l'âge est compris entre 45 et 49 ans l'a utilisé.

Parmi les 17,3% des femmes de notre échantillon qui ont préféré le calcul du cycle menstruel, 0,4% d'elles est âgée de 10 à 14 ans ; 1,8% sont âgées de 15 à 19 ans ; 4,2% sont âgées de 20 à 24 ans ; 3,7% sont âgées de 25 à 29 ans, 5,1% sont âgées de 30 à 34 ans ; 1,8% sont âgées de 35 à 39 ans ; aucune femme âgée de 40 à 44 ans ni de 45 à 49 ans n'a utilisé le calcul du cycle menstruel.

Parmi les 16,8% des femmes de notre échantillon qui ont préféré l'injectable ; aucune d'elle âgée de 10 à 14 ans ne l'a utilisé ; 1,4% âgées de 15 à 19 l'ont utilisé ; 6,5% âgées de 20 à 24 ans ; 3,2% âgées de 25 à 29 ans ; 4,2% âgées de

30 à 34 ans ; 0,9% âgées de 35 à 39 ans ; 0,4% âgées de 40 à 44 ans ; et aucune femme âgée de 45 à 49 ans n'a utilisé l'injectable.

Parmi les 15,4% des femmes de notre échantillon qui ont préféré la pilule ; aucune d'elles n'est âgée de 10 à 14 ans ; 1,4% des femmes âgées de 15 à 19 ans ; 4,2% des femmes âgées de 20 à 24 ans ; 4,6% des femmes âgées de 25 à 29 ans ; 2,8% des femmes âgées de 30 à 34 ans ; 0,9% des femmes âgées de 35 à 39 ans et de 40 à 44 ans l'ont utilisé ; aucune femme âgée de 45 à 49 ans n'a utilisé la pilule.

Parmi les 3,7% des femmes qui ont préféré le DIU, aucune femme âgée de 10 à 14 ans l'a utilisé ; 0,4% des femmes âgées de 15 à 19 ans l'ont utilisé ; aucune femme âgée de 20 à 24 ans l'a utilisé ; 0,4% des femmes âgées de 25 à 29 ans ; 2,3% des femmes âgées de 30 à 34 ans ; 0,4% des femmes âgées de 35 à 39 ans ; aucune femme âgée de 40 à 44 ans ni de 45 à 49 ans n'a utilisé le DIU.

Parmi les 3,7% des femmes qui ont préféré la méthode MAMA ; aucune femme âgée de 10 à 14 ans ni de 15 à 19 ans n'a utilisé cette méthode ; 1,8% des femmes âgées de 20 à 24 ans ; 0,9% des femmes âgées de 25 à 29 ans ; 0,4% des femmes âgées de 30 à 34 ans et de 35 à 39 ans l'ont utilisé ; aucune femme âgée de 40 à 44 ans ni de 45 à 49 ans n'ont utilisé la méthode MAMA.

Concernant la méthode du collier du cycle, les 0,9% des femmes de notre échantillon qui l'a utilisé ont un âge compris entre 35 et 39 ans.

Pour l'implanon, les 0,9% des femmes de notre échantillon qui l'ont utilisé ont un âge compris entre 30 et 34 ans. Concernant la méthode traditionnelle le tafo, 0,4% des femmes de notre échantillon qui l'a utilisé ont un âge compris entre 30 et 34 ans. Pour la méthode de température, 0,4% des femmes de notre échantillon qui l'a utilisé ont un âge compris entre 20 et 24 ans.

Le croisement des tableaux (méthodes préférées et raisons du choix), donne les résultats suivants :

Méthodes préférées	Raisons du choix			
	Absence d'effets secondaires	Longue durée	Efficace	Autres
Jadelle	20	40	4	22
Calcul du cycle	18	0	15	4
Injectable	16	1	2	17
Pilule	24	0	5	4
Autres	5	1	11	5
Total	83	42	37	52

Parmi les 40,2% de nos femmes enquêtées qui ont préféré le Jadelle ; 18,6% d'entre elles l'ont choisie pour une raison de longue durée ; 9,3% pour une raison d'absence d'effets secondaires ; 6% pour non oubli ; 3,7% pour sa réversibilité ; 1,8% pour son efficacité ; 0,4% pour sa discrétion.

Parmi les 17,3% de nos femmes enquêtées qui ont préféré le calcul du cycle menstruel ; 8,4% d'entre elles l'ont choisie pour raison d'absence d'effets secondaires ; 7% pour son efficacité ; 0,9% pour absence de gêne pour le partenaire ; 0,4% aussi pour non oubli.

Parmi les 16,8% de nos femmes enquêtées qui ont préféré l'injectable ; 7,4% d'entre elles l'ont choisie pour raison d'absence d'effets secondaires ; 4,2% pour sa réversibilité ; 2,8% pour non oubli ; 0,9% pour son efficacité ; 0,4% n'ont pas eu d'autres choix ; 0,4% pour sa longue durée ; 0,4% pas d'aménorrhée.

Parmi les 15,4% de nos femmes enquêtées qui ont préféré la pilule ; 11,2% d'entre elles l'ont choisie pour raison d'absence d'effets secondaires ; 2,3% pour

son efficacité ; 1,4% pour sa réversibilité ; 0,4% pour une absence d'aménorrhée.

Parmi les 3,7% de nos femmes enquêtées qui ont préféré le DIU ; 1,4% d'entre elles l'ont choisie pour une raison d'absence d'effets secondaires ; 0,4% pour son efficace ; 0,4% pour sa longue durée ; 0,4% pour son non oubli ; 0,4% pour son absence d'aménorrhée.

Parmi les 3,7% de nos femmes enquêtées qui ont préféré la MAMA, toutes l'ont choisie pour son efficacité.

Parmi les 0,9% de nos femmes enquêtées qui ont préféré l'implanon ; 0,4% d'entre elles l'ont choisie pour sa réversibilité et 0,4% pour sa discrétion.

Sur les 0,9% de nos femmes enquêtées qui ont préféré la méthode de collier du cycle ; toutes l'ont choisie pour son absence d'effets secondaires.

Concernant le tafo, les 0,5% qui l'ont préféré l'ont choisie pour sa réversibilité.

La méthode de température a été préférée par 0,5% de nos femmes pour son efficacité.

De cette analyse, nous retenons que dans l'ensemble la première raison du choix préféré des femmes en matière de contraception dans la commune urbaine de Koulikoro est la longue durée, et ensuite l'absence des effets secondaires.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. Commentaires et discussion :

a) Approche méthodologique :

Il s'agissait d'étude prospective mixte c'est-à-dire avec un volet quantitatif et un volet qualitatif, portant sur 214 femmes dans la commune urbaine de Koulikoro.

Le but de cette étude était de connaître le choix des femmes en matière de contraception et aussi connaître les raisons de ce choix.

Ce qui nous a permis aussi de saisir les caractéristiques sociodémographiques, d'identifier les personnes qui les a orientés vers cette méthode et de connaître les sources d'approvisionnements en méthodes contraceptives.

b) Choix :

Cette étude a montré que le choix des femmes en matière de contraception dans la commune urbaine de Koulikoro est le jadelle, soit 40,2% de l'échantillon. Ce résultat est identique à celui de l'EDS VI qui a trouvé que la majorité de ces femmes avec 31% de son échantillon préfèrent les implants au Mali [3]; à travers cette analyse, il ressort que les implants sont les méthodes de contraception préférées des femmes. Etant donné que dans la même localité (Koulikoro), une étude faite par Hyacinthe Dackouo en 2011 a trouvé l'injectable comme choix préféré des femmes [7], nous pouvons dire que le choix est fonction du temps et de la disponibilité de la méthode.

Guindo Diouma Kansaye en 2009-2010 [2] tout comme Bakary Tounkara [17] en 2011 ont trouvé l'injectable comme méthode de contraception préférée de leur échantillon avec respectivement 71% à Baguinéda et 81,5% à Diéma.

c) Raisons du choix :

Les résultats de l'analyse (méthodes préférées et raisons du choix), nous a montré que dans l'ensemble, la première raison du choix préféré des femmes en matière de contraception qui est le Jadelle est la longue durée, cela se confirme par les résultats des études menées en 2011 par Hyacinthe Dackouo [7] et Bakary Tounkara [17] qui ont trouvé que la longue durée est la raison principale

du choix des femmes. Cela explique que les femmes préfèrent plus les méthodes de contraception de longue durée.

d) Caractéristiques sociodémographiques :

Age des participantes :

Au cours de notre étude la tranche d'âge la plus représentée a été de 20 à 24 ans, représentant une fréquence de 29,4% de l'échantillon et l'âge moyen est de 29,5 ans ; ce résultat est différent de celui de l'EDS VI qui montre que la prévalence contraceptive est plus augmentée chez les femmes âgées de 35-39 ans.

Guindo Diouma Kansaye en 2009-2010 montre que la tranche d'âge 20-30 ans pratique plus la contraception dans son échantillon.

Jean Marie Traoré en 2010 a montré que la majorité des utilisatrices de la contraception était âgée de moins de 30 ans soit 69,4% [18].

Ainsi nous pouvons en déduire que la tranche d'âge de 20-39 ans est celle qui pratique plus la contraception, ce qui s'explique que c'est l'âge de la procréation.

Statut matrimonial des participantes :

Dans notre échantillon, les mariées sont les plus représentées avec 83,2%, les célibataires 14%, ces résultats sont identiques à ceux de Jean Marie Traoré en 2010 [18] et Guindo Diouma Kansaye en 2009-2010 qui ont trouvé respectivement 80,9% des femmes mariées et 19,1% de célibataires, 87,2% de mariées, et 12,2% de célibataires. Cela s'explique que les femmes mariées sont les plus concernées par la contraception dans ces localités.

Ces différents résultats contredisent ceux de l'EDS VI en 2018 qui montre que les célibataires préfèrent plus la contraception avec 36% de son échantillon par rapport aux mariées avec 17%.

Profession des participantes :

Selon la profession, les ménagères sont les plus représentées avec 45,3% de l'échantillon, ce résultat est similaire à celui de Bakary Tounkara en 2011 [17] et

de Moussa S Dembélé en 2009 [19] qui ont trouvé respectivement 73% et 49,7% de femmes ménagères. Cela explique que c'est la profession la plus dominante

Ethnie des participantes :

L'ethnie Bamanan est plus représentée soit 53,3% de notre échantillon, similaire à celui de Moussa S Dembélé en 2009 qui a trouvé 38,7% Bambara. Contrairement au résultat de Bakary Tounkara en 2011 [17] trouve que les Soninké étaient majoritaires avec 54,3% de son échantillon.

Ces résultats sont fonction de l'ethnie dominante de la localité.

Niveau d'instruction des participantes :

Les femmes enquêtées qui ont un niveau d'instruction secondaire sont les plus représentées soit 37,9% de notre échantillon, ce résultat est comparable à celui de l'EDS VI en 2018 qui a trouvé 29% des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

Ces résultats sont différents de celui de Guindo Diouma Kansaye en 2009-2010 [2] qui a trouvé que les femmes qui ont un niveau d'instruction primaire sont les représentées avec 42,2% de son échantillon.

Moussa S Dembélé en 2009 [19] et Bakary Tounkara en 2011 [17] ont trouvé respectivement 29,6% et 79,5% des femmes non scolarisées.

Ces résultats montrent que le niveau d'instruction n'a pas d'impact sur l'utilisation de la contraception, puisque instruites non instruites toutes pratiquent la contraception.

e) Les personnes qui orientent ou sources d'information

Selon notre enquête, la majorité des femmes ont été orienté dans leur choix par un agent de santé avec 44,4% de l'échantillon, ce résultat est identique que celui de Moussa S Dembélé en 2009 [19] et de Jean Marie Traoré en 2010 [18] qui ont trouvé respectivement 42,2% et 58% comme majorité de leur échantillon des femmes qui ont été informées par un agent de santé.

Cette source est la plus officielle et la plus crédible.

f) Sources d'approvisionnements :

Selon notre enquête, 60,7% des femmes s'approvisionnent en produits contraceptifs dans les pharmacies, ce résultat est identique à celui de Bakary Tounkara en 2011 [17] et de Halimatou Diawara en 2008 [20] qui ont trouvé respectivement 66,7% et 24% comme majorité de leur échantillon des femmes qui s'approvisionnent dans les pharmacies en produits contraceptifs.

Il apparait aujourd'hui que les pharmacies sont les lieux d'approvisionnement surs surtout en terme de qualité des produits contraceptifs.

Difficultés de l'étude :

Au cours de cette étude les difficultés suivantes ont été rencontrées :

- Refus de certaines femmes de participer à l'étude.
- Sur le plan financier : élaboration des fiches d'enquêtes
- Traitement informatisé des données.

CONCLUSION

VII. Conclusion

Nous retenons que la tranche d'âge la plus représentée est celle de 20 à 24 ans parmi les femmes enquêtées.

L'enquête a montré que les femmes scolarisées et non scolarisées, mariées et célibataires pratiquent toutes la contraception.

Parmi les femmes enquêtées, 40,2% ont une préférence pour le Jadelle, faisant de celui-ci la méthode de contraception préférée des femmes, la raison de ce choix est la longue durée de la méthode ; la majorité d'entre elles soit 27,5% l'ont utilisé pendant une durée comprise entre 1 à 5 ans ; et avait un âge compris entre 20 et 24 ans soit 12,1% de l'échantillon.

Les autres méthodes choisies après le Jadelle sont le calcul du cycle menstruel, l'injectable, la pilule.

Dans notre échantillon 55,6% de nos femmes étant orienté soit par leur partenaire, parent, voisine, automédication, amie, explique dans bien de cas leur mauvais choix, car la méthode choisie n'est pas souvent celle convenable et dont l'usage et les exigences échappent.

Le recourt aux agents de santé par les femmes, contribuerait a donné à ces produits leur valeur et efficacité et écarterait tout refus, tout préjugé des produits contraceptifs.

RECOMMANDATIONS

VII. Recommandations

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations ci-après :

a. AU MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

- Sensibiliser la population sur les avantages liés à la contraception
- Rendre disponible et accessible les méthodes de contraception qui ont une longue durée et moins d'effets secondaires.
- Créer un espace d'information uniquement sur la contraception et plus accessible aux femmes.
- Promouvoir la scolarisation des filles

b. Aux prestataires des différents centres du district sanitaire et des CSCOM de Koulikoro

- Informer en permanence les femmes sur les produits contraceptifs tout en les conseillant sur les exigences de ces méthodes.
- Donner aux femmes un bilan sanguin et les faire bénéficier d'un consulting avant toute prise en charge.
- Aider les femmes vers un choix convenable de méthode contraceptive.

c. Aux femmes :

- Faire recourt aux structures de santé pour la contraception.
- Mettre en pratique les conseils donnés par les agents de santé sur la méthode choisie.
- Eviter l'automédication

REFERENCES

VIII. Références

- 1-OMS/ planification familiale/ contraception, WWW.Who.int>media centre>factsheet, consulté le 15 Aout 2017.
- 2-DioumaKansaye : Consultation communautaire, connaissance, pratiques comportementales des femmes de Baguinéda âgées de 15 à 45 ans en matière de planification familiale. Thèse de médecine, Bamako 2009-2010. Pages : 14, 15, 26, 27, 28, 55, 57. Consulté le 25 Aout 2019
- 3-Enquête Démographique et de Sante Mali cinquième édition 2012-2013. Consulté le 18 Aout 2019.
- 4- [http : // dhsprogram.com](http://dhsprogram.com) : République du Mali Enquête Démographique et de Santé sixième édition 2018 ; pages : 18, 19, 13 ; consulté le 25/08/19.
- 5-Sidy Coulibaly : Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des adolescentes du lycée Mamadou Abdoulaye Bah et de l'Institut de Formation Professionnel de Macina sur la contraception (Macina Ségou Mali). Thèse de médecine, Bamako 2012. Page : 22 ; consulté le 18 Aout 2019.
- 6-USAID : world contraception use 2011(la contraception dans le monde), UN population division (division population des nations unies) 2011, WWW.Respond.project.org>page>, consulté le 17 Aout 2017.
- 7-HyacintheDackouo : évaluation de l'apport de <Marie Stopes International> dans l'amélioration de la performance contraceptive dans 5 aires de santé du district sanitaire de Koulikoro couvertes par l'ONG en une année d'intervention, consulté le 21 Aout 2017. Pages : 11, 12, 23, 24.

8-Penda Sangaré : connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception chez les adolescentes en milieu scolaire cas du lycée Ba Aminata Diallo. Thèse de médecine, Bamako 2016. Consulté le 20 Juillet 2017.

9-Yasmine Sandrine Chanou : logiques d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes (cas de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de la pharmacie au Mali et de la faculté des sciences et de santé au Bénin, thèse de médecine, Bamako 2014. Pages : 28 à 37 ; consulté le 25 Juillet 2017.

10- Diarra Tenin Sinayoko : Connaissances, attitudes et Pratiques des jeunes de 15 à 24 ans de la commune I et II du district de Bamako en matière de Planification Familiale, thèse de médecine, Bamako 2015. Pages : 30, 31. Consulté le 4 Septembre 2019.

11-- [http : // qe. Catholique. Org](http://qe.Catholique.Org)>, consulté le 11 Novembre 2017.

12- [http : // www. Got question.org](http://www.Gotquestion.org) > Français, consulté le 13 Novembre 2017.

13-Sountoura Fatoumata Fabé : Etude de la connaissance des attitudes et des pratiques des adolescentes sur la contraception à Mopti : cas du lycée Hammadoun Dicko de sévaré. Thèse Pharmacie, Bamako 2010-2011 ; page 41, consulté le 20 Aout 2019.

14- Mamadou Boité : Connaissance, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception au niveau des grins. Thèse médecine, Bamako 2009-2010 ; page 39. Consulté le 20 Aout 2019.

15- [www. Islam. Com](http://www.Islam.Com) > articles, consulté le 19 Novembre 2017.

16-Csa. Gouv. Ml> p-s-a Koulikoro, consulté le 7 Novembre 2017.

17- Bakary Tounkara : Etude des connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de Diéma. Thèse de médecine, Bamako 2011 ; pages : 61, 62. Consulté le 20 Aout 2019.

18- Jean Marie Traoré : Connaissances et utilisations de la contraception au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako chez 188 patientes colligées. Thèse de médecine, Bamako 2010 ; pages : 70, 71, 73. Consulté le 20 Aout 2019.

19- Moussa Sounkoutou Dembélé : Problématique de la planification familiale en commune V du district de Bamako à propos de 199 cas. Thèse de médecine, Bamako 2009 ; pages : 74, 75. Consulté le 4 Septembre 2019.

20- Halimatou Diawara : Etude des connaissances, attitudes et pratiques des méthodes de contraception par les élèves et étudiants dans le district de Bamako. Thèse de médecine, Bamako 2008 ; page : 71. Consulté le 4 Septembre 2019.

ANNEXES

IX. Annexes :

Fiche d'enquête

Questionnaire :

I. Identification :

1. Numéro de la fiche : _ / _ / _ / _ /

2. Date de l'enquête : _ / _ / _ / _ /

4. Nom de l'enquêteur : _____

5. Accord de participation à l'étude : 1= oui, 2= non

II. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des femmes enquêtées :

6. Age (année) : _ / _ / _ /

7. Ethnie : 1=Bambara, 2=Sarakolé, 3=Peulh, 4=Miniaka, 5=Bobo, 6=Dogon, 7= Autres

8. Profession : 1=Ménagère, 2= Commerçante, 3= Elève, 4= Etudiante, 5= Fonctionnaire, 6= Autres

9. Niveau d'instruction : 1= Non scolarisée, 2= Primaire, 3= Secondaire, 4=Supérieure

10. Statut matrimonial : 1= Mariée, 2= Célibataire, 3=divorcée, 4= Veuves

III. Questionnaire adressé aux femmes :

11. Utilisez-vous une méthode contraceptive ? 1= oui, 2= non
12. Si oui, la quelle ? 1= Méthode de collier du cycle, 2= Pilule, 3= Injectable, 4= DIU, 5= Préservatif, 6= Jardelle, 7= Autres
13. Durant combien de temps utilisez-vous cette méthode ?
14. Quelles sont les raisons de votre choix ? 1= Efficacité, 2= Réversibilité, 3= Discrétion, 4= Pas d'effets secondaires, 5= Absence de gêne pour le partenaire, 6= Absence de contre-indication, 7= Moins couteux, 8= Absence de douleur, 9=Pas d'autres choix
15. Avez-vous été orienté par qui ? 1= Agent de santé, 2= Par automédication, 3=Partenaire, 4= Ami(e), 5= Parent, 6= voisine
16. Quelles ont été vos sources d'approvisionnement ? 1= Centre de santé, 2=Pharmacie, 3= Boutique, 4= Pharmacie par terre

Questions d'entretien individuel approfondi :

1. Que pensez-vous de l'utilisation des méthodes de contraception par les femmes ?
 - a. Si oui c'est une bonne chose, pourquoi ?
 - b. Si non ce n'est pas une bonne chose, pourquoi ?
2. Quels sont les méthodes de contraception disponibles dans votre centre de santé ?
 - a. Méthode de collier du cycle
 - b. Pilule
 - c. Injectable
 - d. DIU
 - e. Préservatif
 - f. Jadelle

- g. Calcul du cycle menstruel
 - h. Implanon
 - i. Autres
3. Selon vous quelle est la méthode de contraception préférée des femmes ?
4. Pourquoi les femmes préfèrent cette méthode ?
5. Qu'est ce qui empêche les femmes d'utiliser les autres méthodes ?
6. Quelles sont les contraintes ou les inconvénients des autres méthodes que les femmes vous apportent ?
7. Dites pourquoi les autres méthodes de contraception telles que : la méthode de température, la méthode de la glaire cervicale, le retrait (coït interrompu), l'anneau vaginal, les méthodes traditionnelles et certaines méthodes chirurgicales ne sont pas disponibles dans votre centre de santé, ne sont-elles pas recommandées par les femmes ?
- a= oui b= non
8. Si oui ces méthodes de contraception ne pas recommandées par les femmes, dites si elles ont une connaissance éclairée de ces méthodes de contraception ?
- a= oui b= non
9. Si elles ont une connaissance éclairée de ces méthodes, dites si elles ont une expérience de ces méthodes ?
- a= oui b= non
10. Si oui elles ont une expérience de ces méthodes, dites la raison de la non recommandation de ces méthodes de contraception par les femmes.
- a. Manque de confiance ?
 - b. Peu efficace ?
 - c. Effets secondaires gênants ?
11. Si non elles n'ont pas de connaissance éclairée de ces méthodes dites pourquoi ?

12. Si non ces méthodes de contraception sont recommandées par les femmes, dites sont-elles en rupture ?

a= oui b= non

13. Si oui elles sont en rupture, dites depuis combien de temps ?

14. Si non elles ne sont pas en rupture dites pourquoi elles ne sont pas disponibles dans votre centre de santé ?

- a. Les prestataires n'ont pas reçu de formation par rapport à ces méthodes ?
- b. Manque de plateau technique ?
- c. Manque de personnel qualifié pour la pratique de ces méthodes de contraception ?

Fiche signalétique

Nom : MOUNKORO

Prénom : Juliette

Tel : 92 92 08 23/ 69 02 90 89

Email : mounkorojuliette13@gmail.com

Titre : Préférences des femmes âgées de 14 à 45 ans en matière de contraception dans la commune urbaine de Koulikoro

Période d'étude : Août 2017 à Août 2019

Année universitaire : 2018-2019

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Santé Publique

Résumé :

Notre étude prospective mixte c'est-à-dire avec un volet quantitatif et un volet qualitatif portant sur 214 femmes âgées de 14 à 45 ans, s'est déroulée dans la commune urbaine de Koulikoro du 25 Juillet 2018 au 31 Juillet 2018.

L'objectif visé était de découvrir les préférences des femmes en matière de contraception, déterminer la durée d'utilisation des méthodes de contraception préférées des femmes, identifier les raisons du choix des femmes parmi les méthodes de contraception et identifier les caractéristiques sociodémographiques des participantes. Parmi les femmes enquêtées, 40,2% ont une préférence pour le Jadelle en raison de longue durée.

Parmi nos femmes enquêtées 44,4% de l'échantillon ont été orienté dans leur choix par un agent de santé, et le reste des femmes ont été orienté par : automédication, partenaires, parents, amie, voisine.

La tranche d'âge la plus représentée était de 20-24 ans avec 29,4% de l'échantillon, ce qui montre qu'elles sont les plus concernées par la contraception, de même que les femmes mariées avec 83,2% de l'échantillon.

Les femmes scolarisées et non scolarisées pratiquent toutes la contraception, mais elle est plus pratiquée par les femmes scolarisées avec 71,1% de l'échantillon.

MOTS CLES : Préférences, Femmes 14 à 45 ans, Contraception, Commune Urbaine,

Nefolisɛben

Jamu : MUNKORO

Tɔgɔ: Julɛti

Ɛntɛrinɛti adɛrɛsi : mounkorojuliette13@gmail.com

Nɛgɛjuru sira : 92-92-08-23/ 69-02-90-89

Gafe tɔgɔ : Musow dingɔ faamuyali bangekɔɔsili fɛɛrɛw kan, minnu san bɛ daminɛ san tan ni naani ka se binani ni duuru ma kulukɔrɔ komini kɔnɔ.

Uniwerisite kalasan : 2018-2019

Kalan kuncɛdugu tɔgɔ : Bamako

Jamana tɔgɔ : Mali

Sɛbenwɔbilayɔrɔ : Dɔgɔtɔrɔyakalansobagafemarayɔrɔ

Kalan hokumu : forobakɛnyako

Bakuruba fɔli :

Anw ka kalan ni tun bɛ boli muso kɛmɛ naani ni tan ni naani kan minuw sii ba ta san tan ni naani ka bila san binani ani duuru la.

O baara ni kɛra kulukɔrɔ komini kɔnɔ, kaa daminɛ zuluyekalo tile mugan ni duuru ka bila zuluyekalo tile bisaba ni kelena san 2018. An ka haju tunye ka muso kulu ninnu dingɔ faamuya bangekɔɔsili fɛɛrɛw kan.

Jate minɛw y'a jira ko muso binani muru muru fila kɛmɛ kɛmɛ sarada dingɔ ye Jadɛli ye. O fɛɛrɛ matarafalen kosobɛ sababu ye a kuntala janyali ye. Muso kuluw fɛ kɛmɛ sarada tan ni wolon wula ani muru muru saba (17,3%) bɛ koli jate bɔ matarafa katugu o kɔɔɔɔ ka dɔgɔn.

Fɛɛrɛ tɔ ninnu mantarafalen tɛ kɔsɛbɛ. Musow ka dingɔ bɔra u ka lajɛli senfɛ kɛnyaso baara kɛla fɛ, muso ninnu na kɛmɛ kɛmɛ sarada binani ani naan imuru muru naani tɛmɛna kɛnyaso fɛ ka u ka sugandilike, muso kulu dɔw bɛ u ka sugandilike u yerɛye, tɔw bila siralen bɛ, u cɛw, u somɔgɔw, u teriw walima u sigijɔngɔnwɛ ; o bajira ko muso cama bɛ kɛnyaso matarafa u ka fɛrɛw sugandilila.

Muso kulu minnu be bangekɔɔsili la sabati kosebe, olu si ba ta san mugan (20 ans) la ka se san mugan ni naani ma (24 ans) ; o ba jira ko ni muso kulu sen donna nin bangekɔɔsili la kɔsobe ani muso furulew.

Muso kalannew ani kalanbaliw bee be bangekɔɔsili feerew mantarafa, n'ka feere ninnu mantarafalen kɔsobe muso kulu fe minnu kalanne do k'a teme kalanbaliw kan.

Dape kolomaw : Dingɔ, Musow, San tan ni naani ka se san binani ni duuru ma, Bangekɔɔsi feerew kan, kulukɔrɔ komini kɔnɔ.

Identity sheet

Name: MOUNKORO

First Name: Juliette

Call back: 92-92-08-23/ 69-02-90-89

E-mail: mounkorojuliette13@gmail.com

Heading: Best choice of contraception for women from fourteen to forty five years in koulikoro urban area.

Time of report: August 2017-August 2019

Universities year: 2018-2019

Town of Sustenance: Bamako

Country of origin: Mali

Repository's area : library of FMOS

A sector of interest: Public health

Summary:

Our quantitative and qualitative traversal survey about 214 women from 14 to 25 years occurred in koulikoro urban aera from July 25th 2018 to July 31st, 2018.

The aimed target was to discover the women's preference concerning contraception.

All the women enquired were pratcing contraception, among them 42,2 percent preferred jadelle which is the most chosen for its long-lasting and monthly cycle calculation which is chosen by 17,3 percent of the sample because of the lack of secondary effects.

Among our enquired women, 44, 4 percent of the sample has been oriented to make their choice by health agent and the others have been oriented either by self-medic mentation self- curing or their partner, parents, friends or by a neighbor. This show that enough woman refer to health center to do choice of contraception.

The most represented aging group was from twenty to twenty five years old persons with twenty nine percent of the sample .this qualitative data revealed that they are the most concerned by the contraception as well as housewives with eighty three percent of the sample.

Schooling women and illustrated women practice the contraception but it is more partied by schooling women with seventy one percent of the sample than is illustrated women with twenty nine percent of sample.

Key words: Choice, contraception, women, fourteen to forty five years, koulikoro, urban area.

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. Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les 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 de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !