

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T-B

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Pharmacie

FAPH

Année universitaire 2020-2021

THESE

Thèse N° : /

**CONNAISSANCES, ATTITUDES, ET PRATIQUES DES FILLES ET
JEUNES FEMMES DE L'AIRE DE SANTE DE KOULOUBA CSCOM
EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION.**

Présentée et Soutenue publiquement le.../ .../2023 devant le jury de la
Faculté de Pharmacie par :

M. Moussa Amadou DEMBELE

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Pharmacie (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M Mamadou S. SISSOKO : **Maitre de recherche**
Membre : M Seidina AS DIAKITE : **Maitre de conférences**
Membre : M Jean Baptise GUINDO : **Invité**
Co-Directeur : M Mody CISSE : **Maitre-assistant**
Directeur : M Boubacar MAIGA : **Professeur**

DEDICACES ET REMERCIEMENTS :

A Allah le tout puissant :

Je remercie Allah le tout puissant, le Créateur Suprême, le Clément, le Miséricordieux, le maître du destin, de m'avoir permis d'accomplir ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant.

A SON PROPHETE MOHAMED S A W : paix et salut sur lui à toute sa famille ainsi qu'à tous ses compagnons fidèles.

A MON PERE : Amadou Oumar DEMBELE

Père exemplaire, dévoué, tu es un éducateur envié de toute ta famille.

Tu as toujours été attentif à notre regard. Tu as œuvré pour notre bien-être, notre réussite et notre éducation. Ton soutien matériel et moral ne m'ont jamais fait défaut. Papa t'as rempli ton contact moral envers nous tes enfants et je prie Dieu pour que tu continues pour que tu continues toujours à être fier de nous comme tu l'es aujourd'hui.

Tes conseils, tes actes sociaux et humanitaires, ton sens du partage et ton engagement pour la cause familiale seront pour nous des exemples pour le reste de la vie.

Père je ne te remercierai assez, je te prie de recevoir ici l'expression de mes sentiments de fierté et de gloire, ce travail est le tien.

Que Dieu te garde longtemps à notre côté. Amine

A ma mère : Kadidiatou BOITE

Maman, tu as toujours su nous guider sur le droit chemin.

Tu étais là quand on avait besoin de toi, tu t'es sacrifié pour nous et on ne saura te dire merci. Femme vertueuse, attentionnée, les mots me manquent pour te dire combien je suis fière d'être ton fils.

Je me rappellerai toujours tout ce que tu nous as enseigné par rapport au mieux vivre et mieux être (la patience, la tolérance, l'assistance, la foi et la cohésion familiale).

Je te prie Maman de savourer ici ce jour de gloire occasionné par ton sacrifice et tes conseils. Ce travail est le tien très chère mère.

A ma femme : Alimata COULIBALY

Voici enfin venu le terme de cette dure épreuve. Naturellement ce travail est le tien car tu as accepté d'être avec moi sans condition. Ton amour, ton courage, ta sagesse ne m'ont jamais fait défaut. Que Dieu le tout puissant nous guide sur le chemin du bonheur et de la réussite. Un grand merci pour l'amour et le soutien infaillible que tu fais pour ma personne et pour ma famille.

Je t'assure de mon amour sincère et de toute ma reconnaissance.

A mon frère Ibrahim DEMBELE, ma grande sœur Fatoumata DEMBELE et notre benjamine Aminata DEMBELE :

Ce travail est aussi le vôtre, trouvez y toute mon affection et mon profond attachement. C'est grâce à vous si je suis là aujourd'hui, je vous remercie infiniment.

HOMMAGES AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Professeur Mahamadou Soumana SISSOKO

- Titulaire d'un PhD en recherche clinique-Santé publique ;
- Maître de recherche à la faculté de pharmacie ;
- Master 2 en MSPH Biostatistiques ;
- Directeur adjoint du MRTC Parasitologie/DEAP/FMOS-FAPH ;
- Coordinateur Pédagogique du cours supérieur d'épidémiologie pour cadre supérieurs de la santé en Afrique.

Chère maître,

C'est un honneur considérable et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, trouvez ici cher maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Qu'ALLAH vous donne longue vie. Amen !

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Docteur Seidina A. S. DIAKITE

– Maître de conférences en Immunologie à la FAPH/USTTB

Chère maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant d'être le membre du jury malgré vos multiples occupations. Homme de science, votre rigueur intellectuelle, vos qualités scientifiques et humaines suscitent l'admiration.

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions cher maître d'accepter l'expression de notre sincère gratitude. Que le tout puissant vous garde longtemps auprès de nous. Amen.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Jean Baptiste GUINDO

- Diplômé d'un doctorat en Médecine à la FMOS
- Directeur technique du centre de santé communautaire de KOULOUBA ;

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 un scientifique vous avez été comme un père pour nous.

Veillez accepter chère maître l'expression de notre profonde gratitude. Que Dieu vous donne longue vie et vous rendre vos bienfaits. Amen !

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE DE THESE

Docteur Mody CISSE

- Maitre-assistant en chimie thérapeutique ;
- Responsable de la scolarité et des inscriptions à la faculté de pharmacie
- Master en science de médicament ;
- Master en chimie et biochimie des produits naturels ;
- PHD en chimie appliquée ;
- Responsable des encadrements et de suivi des étudiants au LNS ;
- Membre de la société Ouest Africaine de chimie (SOAChim).

Cher maitre,

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre contribution pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Votre disponibilité, votre rigueur scientifique ont forcé notre admiration. Veuillez trouver ici, chère maitre, l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE DIRECTEUR DE THESE

Professeur Boubacar MAIGA

- Titulaire d'un PHD ;
- Maître de conférences en Immunologie ;
- Médecin chercheur au MRTC ;
- Modérateur de PROMED-Francophone pour les maladies infectieuses.

Cher maître,

Notre profonde reconnaissance et nos vifs remerciements pour avoir accepté d'être notre Directeur de thèse. Veuillez accepter toute notre reconnaissance et notre plus profond respect.

LISTE DES ABREVIATIONS

- AMPPF** : Association malienne pour la protection et la promotion de la femme
- CSCOM** : Centre de santé communautaire
- DIU** : Dispositif intra utérin
- EDS** : Enquête démographique de la santé
- EP** : Oestro-progestatif
- IB** : Initiative de Bamako
- IST** : Infection sexuellement transmissible
- LH** : Hormone lutéinisante
- MAMA** : Méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée
- ONG** : Organisation non gouvernementale
- PF** : Planification familiale
- SIDA** : Syndrome d'immunodéficience acquise
- VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine.

- n** : taille minimum de l'échantillon
- p** : prévalence
- q** : probabilité complémentaire de la prévalence
- $z\alpha$** : Risque d'erreur
- i** : précision de prévalence

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: les contraceptifs utilisés en contraception d'urgence et leur posologie	20
Tableau II: Répartition des enquêtés selon le site d'enquête.	47
Tableau IV: Répartition des enquêtés selon la qualification sociale.	48
Tableau VI: Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction.....	49
Tableau VII: Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial	50
Tableau IX: Répartition des enquêtés selon la religion	51
Tableau XI : Répartition des enquêtes selon le nombre de naissance durant leur vie	52
Tableau XII: Répartition des enquêtes selon la discussion sur le nombre d'enfants désiré.....	52
Tableau XIV: Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur le but de la planification familiale.....	54
Tableau XVI: Répartition des enquêtés selon les méthodes de contraceptions..	56
Tableau XVII: Répartition des enquêtés selon la source d'information.....	57
Tableau XVIII: Répartition des enquêtés selon la connaissance des risque liés à l'avortement.....	57
Tableau XIX: Répartition des enquêtés selon les risques liés à l'avortement ...	58
Tableau XXI : Répartition des enquêtés selon le choix de la méthode contraceptive déjà utilisé.....	60
Tableau XXII: Répartition des enquêtés selon les sources d'approvisionnement	60
Tableau XXIII: Répartition des enquêtés selon les différentes raisons d'avis défavorable	61
Tableau XXIV : Répartition des enquêtés selon la stigmatisation rapportée	62
Tableau XXV: Répartition des enquêtés selon la non stigmatisation du planification familiale.....	63
Tableau XXVI: Répartition des enquêtés selon la communication avec le partenaire	64
Tableau XXVII: Répartition des enquêtés selon la perception du conjoint.....	65
Tableau XXVIII: Répartition des enquêtés selon l'avis sur la contraception.....	65

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Méthodes contraceptives	10
Figure 2: Les méthodes hormonales.....	14
Figure 3: jadelle	17
Figure 4: Exemple des différentes méthodes de barrière	26
Figure 5: Exemples de DIU	30
Figure 6: Courbe température.	33
Figure 7: Méthode de BILLINGS	34
Figure 8: Méthode du collier.....	37
Figure 9: Méthode MAMA	39
Figure 10 : Répartition des enquêtés selon la connaissance sur la puberté	48
Figure 11 : Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge.....	49
Figure 12 : Répartition des mariés selon le régime matrimonial	50
Figure 13 : Répartition des enquêtes selon l'antécédent de naissance.....	51
Figure 14 : Répartition des enquêtés selon la connaissance de l'existence de matière de planification familiale.....	53
Figure 15 : Répartition des enquêtés selon la connaissance des méthode contraceptives.....	55
Figure 16 : Répartition des enquêtés selon l'utilisation de la contraception	59

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
I. GENERALITES.....	4
1.1. Définitions	4
1.2. Histoire de la planification familiale(4).....	4
1.3. Différents définitions concepts de la planification familiale par les programmes (au Mali)(5)	6
1.4. Composantes de la planification familiale (6).....	8
1.5. Méthodes contraceptives	8
1.6. Avantages de la planification familiale (6)	41
II. METHODOLOGIE.....	44
2.1. Type et période d'étude	44
2.2. Cadre d'étude.....	44
2.3. Population d'étude	44
2.4. Critères d'inclusion.....	44
2.5. Critères de non inclusion	44
2.6. Echantillonnage	45
2.7. Techniques et outils d'enquête	45
2.8. Saisie, traitement et analyse des données	45
2.9. Variables étudiées.....	46
2.10. Considérations éthiques.....	46
III. RESULTATS.....	47
3.1. Aspects sociodémographiques.....	47
3.2. Connaissance de la planification familiale	51

3.3. Pratique de la planification familiale.....	59
3.4. La stigmatisation.....	62
3.5. La communication au sein du de l’entourage, de la famille et du couple .	65
IV. DISCUSSIONS	69
1.7. Age.....	69
1.8. Statut matrimonial	70
1.9. Niveau d’instruction	71
1.10. Connaissance en matière de la planification familiale	71
1.11. Connaissance en matière de la contraception.....	72
1.12. Sources d’informations des enquêtés en matière de contraception.....	72
1.13. Utilisation de la contraception.....	73
1.14. Types de méthodes contraceptives utilisées.....	74
1.15. Sources d’approvisionnement	74
1.16. Raison de non utilisation des méthodes contraceptives	75
CONCLUSION	76
RECOMMANDATIONS	77
REFERENCES	78

INTRODUCTION

La croissance de la population actuelle et les problèmes qui lui sont liés sont considérés comme un frein au développement socio-économique des pays à faible revenu [1].

Lors de la conférence internationale sur la population et le développement en 1994 au Caire, le recours à la planification familiale a été consacré en langage de droit au niveau international [2]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé la planification familiale est définie comme « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » [3]. Elle permet aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement de naissances [3].

Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent [4]. Elle couvre à la fois l'accès à la santé, la protection de la santé, la prévention et le traitement des maladies [1].

En 2019, sur 1,9 milliard de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dans le monde, étaient de 1,1 milliard à avoir besoin de planification familiale ; parmi celles-ci, 842 millions utilisent des méthodes de contraception, et 270 millions n'avaient pas accès à la contraception dont elles ont besoin [5,6].

La proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) utilisant des méthodes modernes de planification familiale était de 75,7 % à l'échelle mondiale en 2019 ; toutefois, moins de la moitié des besoins en planification familiale étaient satisfaits en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest [6].

La prévalence contraceptive est de 25% en Afrique, mais un peu plus élevée dans certains pays d'Afrique tels que la Tunisie 75%, le Kenya le Botswana 30% et au Zimbabwe 43% [1].

Au Mali, selon l'enquête démographique de la santé de 2018 (EDS-VI), 17 % de femmes de 15-49 ans en union utilisent une méthode quelconque de planification familiale ; 16 % utilisent une méthode moderne et 1 % utilise une méthode traditionnelle [7]. Ce taux est de 36 % chez les femmes qui n'étaient pas en union et sexuellement actives utilisent une méthode quelconque de planification familiale. La demande totale en planification familiale au Mali est de 41%.

La méconnaissance des méthodes contraceptives a de nombreuses conséquences entre autres : grossesses indésirées, avortements, hémorragies pouvant entraîner la mort. En vue de promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives, nous nous sommes proposés de faire cette étude pour évaluer les pratiques des ménages de Point G, Koulouba et Sogonafing en matière de planification familiale. Cette étude permet de faire des recommandations en vue d'améliorer le taux d'utilisation des contraceptifs.

OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des filles et jeunes femmes de 14 à 26 ans en matière de contraception dans les populations de Point G, Koulouba et Sogonafing.

2-Objectifs spécifiques :

1. Décrire les caractéristiques sociodémographiques
2. Déterminer les niveaux de connaissance des femmes sur la contraception
3. Décrire les attitudes des femmes sur la contraception
4. Identifier les pratiques des femmes sur la contraception

I. GENERALITES

1.1. Définitions

✓ Santé de la reproduction

Selon la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD au Caire 1994) : la santé de la reproduction ou santé génésique est un état complet de bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, dans tous les domaines liés au système de reproduction à ses fonctions et son fonctionnement.(1)

✓ Planification familiale

C'est l'ensemble des moyens de régulations de la fécondité, d'éducation, et de prise en charge afin de contribuer à réduire la mortalité et consiste à aider les couples et individus à espacer les naissances, à lutter contre l'infécondité, les infections sexuellement transmissibles, le VIH/SIDA et à assurer le bien-être familial (2).

✓ Contraception

Est l'utilisation de l'ensemble des méthodes naturelles ou artificielles mises à la disposition d'un couple ou d'un individu pour empêcher temporairement ou définitivement la conception(3)

1.2. Histoire de la planification familiale(4)

1.2.1. 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 ou 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 internationale 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'honneur 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'associations 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.

1.2.2. 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 rencontres basées 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.

1.2.3. 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).

1.3. Différents définitions concepts de la planification familiale par les programmes (au Mali)(5)

1.3.1. Santé de la reproduction chez les jeunes (concept Mali)

Au Mali, le concept de santé de reproduction comprend un ensemble de mesure préventive, curative et promotionnelle visant à améliorer la prise en charge des groupes vulnérables que constituent les femmes, les enfants, les adolescents et des

jeunes afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles, juvéniles et promouvoir le bien-être de tous les individus.

1.3.2. Espacement des naissances

Ce concept insiste sur la notion d'intervalle inter gènesique pour le bien-être de l'allaitement maternel prolongé, l'envoi de la femme dans sa famille d'origine prouvent ce concept celui-ci est beaucoup utilisé dans les pays francophones d'Afrique dans la mise en place de leurs programmes de planification familiale (cas du Mali)

1.3.3. Régulation des naissances

C'est l'ensemble des moyens utilisés par les individus et les couples pour que l'arrivée d'un enfant soit attendue programmée, soumise à la décision humaine par opposition au fait du hasard de la venue des enfants dans le foyer. Ce concept est assez proche de l'espacement des naissances.

1.3.4. Contrôle de naissances

Il insiste sur la réglementation du nombre de naissances aussi bien par les familles que par les nations. Il intervient dans le cadre de certaine politique de population élaborée par les gouvernements. On peut soit augmenter les avantages sociaux soit alléger les impôts pour les premiers enfants soit supprimer les avantages pour les enfants venant au-delà d'un certain rang.

1.3.5. Limitation des naissances

Elle est une opération qui comprend les efforts déployés par le gouvernement ou la société en général pour remédier aux conséquences économiques et sociales d'un accroissement excessif de la population.

La limitation des russes ou chinois soutient en plus l'idée de réduire le taux d'accroissement de la population.

1.3.6. Naissance désirable

C'est l'une des méthodes et des moyens basés sur la limitation de la maternité utilisée aussi bien par la femme que par l'homme et qui vise à permettre au couple d'avoir des enfants quand ils désirent de les héberger dans leurs meilleures conditions sanitaire et sociale.

1.4. Composantes de la planification familiale (6)

- l'éducation en matière de population ;
- l'éducation à la vie familiale;
- la lutte contre l'infécondité/ la stérilité;
- la contraception;
- la lutte contre les IST et le SIDA;
- soins post partum (après accouchement) et abortum (après avortement) ;
- la recherche;
- la supervision;
- la formation;
- la sécurisation des produits contraceptifs;

1.5. Méthodes contraceptives

Nous distinguons les méthodes de contraception en fonction de la voie d'administration

 **Méthodes hormonales peuvent être administrées par :(7)**

- **La voie orale d'administrations**

- les pilules oestro-progestatives
- les pilules progestatives

- **Autres voies d'administrations**

- l'injection périodique intramusculaire

- la voie intra-utérine
- la voie sous cutané
- la voie transdermique
- la voie trans-vaginale

Méthodes locales

- les préservatifs
- le diaphragme
- la cape cervicale
- les spermicides
- le stérilet (ou dispositif intra utérin « DIU »)

Méthodes chirurgicales

- Chez la femme :
 - la ligature des trompes
 - l'obstruction tubaire
- Chez l'homme : la vasectomie.



Figure 1 : Méthodes contraceptives.(8)

1.5.1. Méthodes hormonales

a. Pilules oestro-progestatives(9)

Elles sont également appelées la pilule combinée ou encore les pilules contraceptives orales combinées.

✓ Définition

Les pilules oestro-progestatives sont des comprimés composés d'oestrogènes et de progestatifs.

✓ Mécanisme d'action

Les oestroprogestatifs oraux possèdent trois principales actions qui sont :

- l'inhibition de l'ovulation ;
- l'épaississement de la glaire cervicale empêchant la pénétration des spermatozoïdes ;
- la modification de l'endomètre (atrophie de l'endomètre) le rendant impropre à la nidation ;

✓ Types :(7)

Selon la teneur en oestradiol, on distingue :

Les pilules minidosées qui contiennent moins de 35 microgrammes (μg) d'ethynil-oestradiol. Selon le dosage hormonal durant le cycle menstruel, ces pilules peuvent être :

- Monophasiques : tous les 21 comprimés sont activés avec une même quantité d'oestro-progestatif (EP) : Minidril®
- Biphasiques : les 21 comprimés actifs contiennent 2 combinaisons différentes d'ep : Adépal®
- Triphasiques : les 21 comprimés actifs contiennent 3 combinaisons différentes d'ep : Trinordiol®
- Les pilules normodosées qui contiennent 50(μg) d'ethinyloestradiol
- Les pilules macrodosées qui contiennent plus de 50(μg) d'ethinyloestradiol

✓ Avantages (9)

Ils sont :

- Méthodes très efficaces si la prise est correcte;
- Un coût abordable ;
- N'interfèrent pas avec les rapports sexuels;
- Peuvent être fournies par un personnel non médical;

- Permettent de corriger les troubles menstruels, de traiter les kystes et les dystrophies de l’ovaire;
- Régularisent les cycles irréguliers;
- Protègent contre les cancers de l’ovaire et de l’endomètre.

✓ **Effets secondaires (9)**

Ils sont :

- Saignements vaginaux;
- Tension mammaire;
- Maux de têtes;
- Aménorrhée;
- Nausée;
- Hypertension artérielle;
- Vomissements, vertiges, acnés;
- Prise de poids;
- Baisse du plaisir sexuel;

✓ **Inconvénients (9)**

Ils sont :

- C’est une méthode contraignante,
- Ne protège pas contre les IST/SIDA,
- Comporte un risque d’oubli et beaucoup de contre-indication,
- Diminue la production de lait chez la femme allaitante.

b. Pilules progestatives

Elles sont également appelées minipilules

✓ **Définition**

Les minipilules sont des contraceptifs oraux qui renferment de petites quantités d’une seule hormone, un progestatif. Elles sont souvent composées de

lévonorgestrel, Noréthistérone, Norgestrel. Elles sont meilleures pour la femme allaitante.(7)

✓ **Mécanisme d'action (7)**

Ils ont en commun les actions suivantes :

- épaississement de la glaire,
- atrophie de l'endomètre,
- les micro-progestatifs à double action inhibent l'ovulation par écrêtement du pic de LH.

✓ **Type (7)**

Ce sont des plaquettes de 35 pilules (300µg de lévonorgestrel ou 350µg de Noréthistérone) et de 28 pilules (75µg de Norgestrel).

Selon leur mode d'action les micro-progestatifs peuvent être classés en deux types

- les micro-progestatifs ayant uniquement une action contraceptive périphérique
- et ceux ayant à la fois une action anti gonadotrope et contraceptive périphérique.

✓ **Avantages (9)**

C'est une méthode très efficace si prise à la même heure chaque jour,

- Elle ne coute pas cher,
- Méthode indépendante de l'activité sexuelle,
- Retour immédiat à la fécondité,
- Ses effets secondaires sont minimes,
- N'influence pas la production du lait,
- Permet de diminuer les risques de maladies inflammatoires du pelvis.

✓ **Effets secondaires (9)**

- Les métrorragies à type de spotting,
- Les mastodynies,
- La femme peut perdre ou prendre du poids,

- Les kystes fonctionnels ovariens récidivants, et l'acné.
- **Inconvénients** (9)
- Prise très contraignante,
- Ne protège pas contre les IST/VIH/SIDA,
- L'oubli augmente l'échec de la méthode

✓ **Contre-indications des deux pilules**

Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans(10).

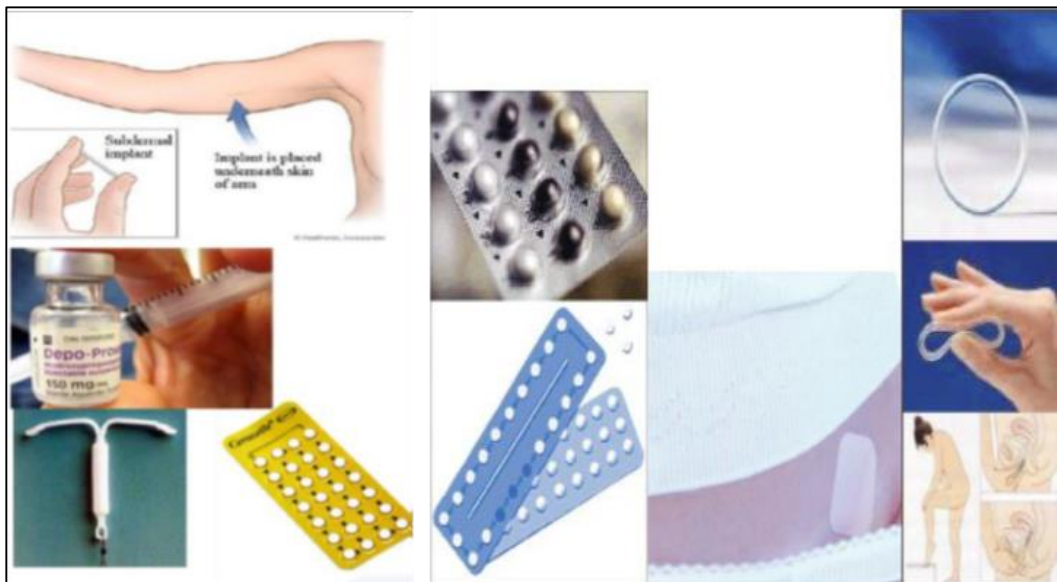


Figure 2: Les méthodes hormonales. (8)

c. Contraceptifs injectables progestatifs

• **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)(10)

- **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 (10)

- ✓ **Avantages**

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 (10)

- ✓ **Effets secondaires**

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 (10)

- ✓ **Contre-indications**

L'existence d'une grossesse ou soupçonnée, les cancers du sein, du col, de l'endomètre ou soupçonné des saignements vaginaux inexplicables (10)

d. 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(11).

- ✓ **Avantages**

- Les implants préviennent la grossesse pendant un maximum de cinq ans.
- Ils ne sont pas liés aux rapports sexuels
- Ne présente pas de danger pour l'allaitement et le bébé
- Pas de prise quotidienne

✓ **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 (10)

✓ **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 durent 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 qualifié doit insérer et retirer les implants
- Vous devez penser à faire retirer les implants après cinq ans (10)

✓ **Contre-indications**

Thrombose évolutive, affection hépatique sévère (10)



Figure 3: jabelle (12)

e. Patch "EVRA" (13)

C'est un patch de 20 Cm² qui délivre une association oestro-progestative, comme une pilule à 20 microgrammes.

✓ **Mécanisme d'action**

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

✓ **Mode d'emploi**

On doit utiliser un (01) patch par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch). Les 4 sites d'application possibles sont : le bras, l'abdomen, le tronc, les fesses.

✓ **Efficacité**

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

✓ **Avantages**

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

✓ **Inconvénients**

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

✓ **Contre- indications**

Les contre- indications sont les mêmes comme pour la pilule oestro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans.

f. Anneau vaginal "Nuvaring" : (13)

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

✓ **Mécanisme d'action**

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

✓ **Mode d'emploi**

On doit utiliser un anneau par cycle pendant 3 semaines et une (01) semaine sans anneau. Les règles auront lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule. L'insertion et le retrait sont simples.

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

✓ **Avantages**

- Mise en place et retrait facile ;
- Meilleure observance qu'avec la pilule ;
- Moins de risques d'oublis ;
- Mêmes avantages que la pilule.

✓ **Inconvénients**

Comme pour toute contraception hormonale, on peut observer des nausées, des céphalées, une prise de poids, de la tension mammaire.

✓ **Contre – indications**

Les contre-indications sont comme celles de la pilule oestro-progestative.

g. Contraception d'urgence ou contraception du lendemain ou pilule de lendemain

✓ **Définition (7)**

Ensemble de procédés contraceptifs utilisés pendant une période limitée après un acte sexuel sans protection. Elle est indiquée après un rapport sexuel non protégé, en cas d'accident de contraception (déchirure de préservatif, oubli de prise de comprimés sur la plaquette de pilule) et en cas de viol.

✓ **Type (7)**

Les principales méthodes utilisées en contraception d'urgence et leur posologie dans le tableauI

Tableau I: les contraceptifs utilisés en contraception d'urgence et leur posologie

Méthodes	Délai écoulé depuis l'acte sexuel	Posologie
COC	Dans les 72 heures	100ug d'EE et 0,5mg de lévonorgestrel pour la première prise puis deuxième prise 12 heures plus tard
Progestatifs	Dans les 72 heures	1,5 mg de lévonorgestrel en prise unique
Œstrogènes	Dans les 48 heures	5 mg d'EE par jour pendant 5 jours
Anti progestatifs	Dans les 72 heures	600mg de Mifepristone en prise unique
Androgènes	Dans les 72 heures	400 à 600 mg de Danazol pour la première prise puis 12 heures plus tard
DIU	Insertion dans les 5 jours	Un seul DIU en cuivre

✓ **Mécanisme d'action(9)**

Son mode d'action est celui de la pilule et du DIU.

✓ **Effets secondaires (7)**

Sont les mêmes que ceux de la contraception classique mais beaucoup plus accentués.

1.5.2. Méthodes locales

Les méthodes locales sont constituées des méthodes de barrière et du stérilet.

Méthodes de barrière

- **Définition**

Ce sont des dispositifs ou des produits chimiques qu'on place sur le pénis ou dans le vagin pour empêcher les spermatozoïdes d'atteindre le tractus génital féminin soit en bloquant leur entrée ou en les détruisant. (9)

- **Types de méthode de barrière (7)**

- ✓ **Les méthodes de barrière mécanique** bloquent l'entrée des spermatozoïdes dans le tractus génital de la femme. Ce sont :

- le préservatif masculin ou condom,
- le préservatif féminin,
- le diaphragme,
- la cape cervicale.

- ✓ **Les méthodes de barrière chimique ou spermicides** inactivent ou détruisent les spermatozoïdes.

- ✚ **Méthodes de barrière mécanique**

- a. Préservatif ou condom masculin**

- ✓ **Définition (9)**

C'est une mince enveloppe en caoutchouc ou en produits naturels qu'on place sur le pénis en érection avant les rapports sexuels pour empêcher le sperme d'être en contact avec les voies génitales de la femme.

- ✓ **Types de préservatif (14)**

On distingue les préservatifs : en latex (caoutchouc), plastique (vinyle), naturels (produits d'animaux).

✓ **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 (15).

✓ **Inconvénients**

L'efficacité est liée à notre ferme volonté à écouter, suivre et appliquer les conseils à savoir utiliser un préservatif par rapport sexuel (15).

✓ **Effets secondaires**

Il faut noter que certaines personnes sont allergiques au latex et donc ne le supporte pas (15).

b. 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 (15).

✓ **Avantages**

Ils sont multiples :

Le préservatif féminin présente de nombreux avantages :

- Contrôler par la femme,
- Plus confortable pour l'homme, sensation moins atténuée qu'avec le préservatif masculin en latex ;
- Meilleure protection (recouvrant les parties génitales internes et externes) ;
- Plus pratique (insertion possible avant l'acte sexuel) ;
- Plus résistant (résistance du polyuréthane supérieure de 40% à celle du latex);
- Conçu pour empêcher les MST et la grossesse ;

- Prolonge l'intimité, pas nécessaire de le retirer aussitôt après éjaculation ;
- Pas d'effet secondaire apparent, aucune réaction allergique ;
- Efficacité analogue à celle des préservatifs masculins

✓ **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 liées à son insertion dans le vagin ;
- Il est nécessaire de le tenir au moment de la pénétration ;
- Peut-être bruyant, cela peut dépendre du mouvement du pénis dans le vagin ou de la position adoptée ;
- Son coût relatif élevé ;

Ces points expliquent le succès limité de cette méthode de contraception

c. Diaphragme

✓ **Définition(7)**

C'est un capuchon en latex (caoutchouc) en forme de dôme qui est inséré dans le vagin avant le rapport sexuel et qui couvre le col.

✓ **Types de diaphragme (7)**

Il existe trois types de diaphragmes : le ressort à lame (bande plate de métal), le ressort à boudin (fil métallique spiralé), le ressort à arceau (ressort à combinaison de métal).

✓ **Mode d'action** (7)

Le diaphragme empêche les spermatozoïdes d'arriver dans le tractus génital supérieur (utérus et trompes de Fallope) et sert de collecteur de spermicide.

✓ **Avantage** (9)

- Efficace,
- N'affecte pas l'allaitement maternel,
- N'interfère pas avec les rapports sexuels,
- N'a pas d'effets secondaires systémiques,
- Permet les rapports sexuels pendant les menstrues.

✓ **Effets secondaires** (9)

- Réaction allergique,
- Infection urinaire,
- Lésions et perte vaginale.

✓ **Inconvénients** (9)

- Efficacité modérée,
- Nécessite un examen gynécologique par un prestataire formé et d'un spermicide pour chaque utilisation.

d. Cape cervicale

Elle ressemble au diaphragme mais est plus petite.

Elle empêche les spermatozoïdes de pénétrer dans le tractus génital supérieur (utérus et trompes de Fallope) et sert de collecteur de spermicide. (7)

✓ **Avantage** (9)

- Efficace,
- N'affecte pas l'allaitement maternel,
- N'interfère pas avec les rapports sexuels.

✓ **Effets secondaires** (9)

Réaction allergique.

✓ **Inconvénients** (9)

- Moins efficace chez les femmes ayant eu des enfants,
- Nécessite un spermicide et un examen gynécologique.

✚ **Méthodes de barrière chimiques**

e. 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 (15).

✓ **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 (15).

✓ **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 facile à utiliser, peu efficaces seuls,

- Ils doivent être associés à un préservatif, à un diaphragme ou une cape cervicale,
- L'usage de spermicides affecte la spontanéité des rapports sexuels.



Figure 4: Exemple des différentes méthodes de barrière (16)

f. Dispositif intra utérin (DIU)

Il s'agit de petits dispositifs qu'on place dans la cavité utérine. Il y a plusieurs sortes de DIU : en cuivre, caoutchouc inerte et ceux diffusant des hormones (Minera approuvé depuis 2000 aux USA ou Levonova en Europe du Nord ; et plusieurs formes (en boucle n'existe plus, en T).

✓ Efficacité

Le taux d'échec du DIU au cuivre est estimé à 1,26 par 100 femmes-années, celui du DIU à libération de lévonorgestrel est estimé à 0,09 par 100 femmes-années.

✓ Mécanisme d'action

Le principal mécanisme d'action semble être la prévention de la fertilisation. Les DIU au cuivre : consistent en une tige verticale sur laquelle s'enroule un fil de cuivre à âme d'argent. La présence de cuivre dans la cavité endométriale entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre qui nuisent au transport des spermatozoïdes. Les ions de cuivre ont également un effet direct sur

la motilité des spermatozoïdes, ce qui affecte la capacité de ces derniers à pénétrer la glaire cervicale.

Le système intra utérin à libération de levonorgestrel : consiste en un petit dispositif de polyéthylène en forme de « T » comportant dans sa composante verticale, un réservoir cylindrique contenant du lévonorgestrel qu'il libère lentement au travers d'une membrane limitant le débit d'hormone. Il ne suscite qu'une faible réaction de type « corps étranger » mais entraîne la décidualisation de l'endomètre et l'atrophie glandulaire. Les récepteurs endométriaux des œstrogènes et de la progestérone sont inhibés. La glaire cervicale s'épaissit, créant ainsi une barrière à la pénétration des spermatozoïdes. L'ovulation peut même s'en trouver inhibée. Les DIU restent actifs 10 à 12 ans en moyenne.

✓ **Indications**

En l'absence de contre-indications, l'utilisation du DIU convient aux femmes qui souhaitent obtenir une efficacité anticonceptionnelle à long terme ou utiliser un moyen de contraception moins exigeant sur le plan de l'observance. Les femmes qui présentent des contre-indications ou une sensibilité aux œstrogènes, celles qui allaitent, peuvent s'avérer de bonnes candidates à l'utilisation d'un DIU qui peut aussi être utilisé aux fins d'une contraception post-coïtale d'urgence (17).

✓ **Contre-indications**

Absolues

- Grossesse
- Infection pelvienne ou ITS (au cours des trois derniers mois)
- Sepsis puerpérale
- Dans les suites immédiates d'un avortement septique
- Cavité utérine gravement déformée
- Saignements vaginaux inexplicables

- Cancer du col utérin ou de l'endomètre
- Maladie trophoblastique maligne
- Allergie au cuivre (dans le cas des DIU de cuivre)
- Cancer du sein (dans le cas du SIU-LNG)

Relatives

- Facteurs de risque d'IST/ VIH/SIDA
- Immunodépression infectieuse ou médicamenteuse (corticothérapie) ;
- De 48 heures à quatre semaines après un accouchement (post partum)
- Cancer de l'ovaire ;
- Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne.

✓ Effets secondaires

Les effets secondaires associés à l'utilisation d'un DIU :

- Les saignements menstruels irréguliers et l'augmentation du volume des menstrues
- Une diminution est constatée avec le dispositif intra utérin à libération de levonorgestrel.
- La dysménorrhée avec le DIU de cuivre
- Une diminution des douleurs menstruelles avec le système intra utérin à libération de lévonorgestrel
- La dépression, l'acné, les céphalées et la sensibilité des seins.
- Les kystes ovariens fonctionnels chez certaines utilisatrices du système intra utérin à libération de lévonorgestrel
- **Nouvelle méthode contraceptive du DIU** : le DIU du post partum ou DIUPP (18)

Il existe également le DIUPP qui est inséré immédiatement après la délivrance ou jusqu'à 48 heures après l'accouchement.

Le DIUPP est défini et couramment utilisé sous différents types d'insertion tels que:

- Insertion post placentaire : c'est l'insertion dans les 10 minutes qui suivent la délivrance après un accouchement par voie basse.
- Insertion per césarienne : c'est l'insertion réalisée au cours d'un accouchement par césarienne juste après la délivrance avant l'hystérorraphie.
- Insertion post partum immédiat : l'insertion réalisée après la période post placentaire mais dans les 48 heures après l'accouchement.
- Insertion post abortum : l'insertion effectuée après un avortement
- Insertion d'intervalle : c'est l'insertion effectuée à n'importe quel moment après 4 semaines post partum pendant l'intervalle entre les grossesses.

✓ **Avantage :** (18)

- L'insertion du post partum semble avoir un taux plus faible de perforation utérine compte tenu de la technique d'insertion qui utilise des instruments moins pointus et de la paroi épaisse de l'utérus.
- Faible risque d'infection
- Insertion immédiate après l'accouchement
- N'affecte pas l'allaitement
- Dure longtemps et réversible

✓ **Limite :** (18)

Les limitations du DIUPP sont minimes et sont les mêmes que le DIU d'intervalle.

Cependant il ne protège pas contre les IST/VIH.

Risque d'expulsion

✓ **Effets secondaires :** (18)

- Perforation utérine bien que rare
- Risque d'infection

- Crampes et douleur pelvienne.



Figure 5: Exemples de DIU (19)

1.5.3. Méthodes chirurgicales(7)

1.5.3.1. Stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes

- **Méthode par coelioscopie et laparotomie**

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

Cette méthode est en principe irréversible.

- **Méthode par les voies naturelles**

C'est une nouvelle méthode : le dispositif assure se pratique par hystérocopie sans anesthésie générale et sans hospitalisation. On accède aux trompes pour y placer un micro-implant souple dans chacune des trompes pour les obstruer.

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

1.5.3.2. Stérilisation masculine : la vasectomie

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

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

✓ Avantages des deux méthodes chirurgicales

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 (15).

✓ 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 (15).

1.5.4. Méthodes naturelles

a. Abstinence

Elle est une méthode où l'homme et la femme n'entretiennent aucun rapport sexuel (20).

✓ 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 contraceptifs (20).

Pas de risque de tomber enceinte ou malade

✓ 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 (20).

b. 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 (20).

✓ 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 (20).

✓ 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 (20).

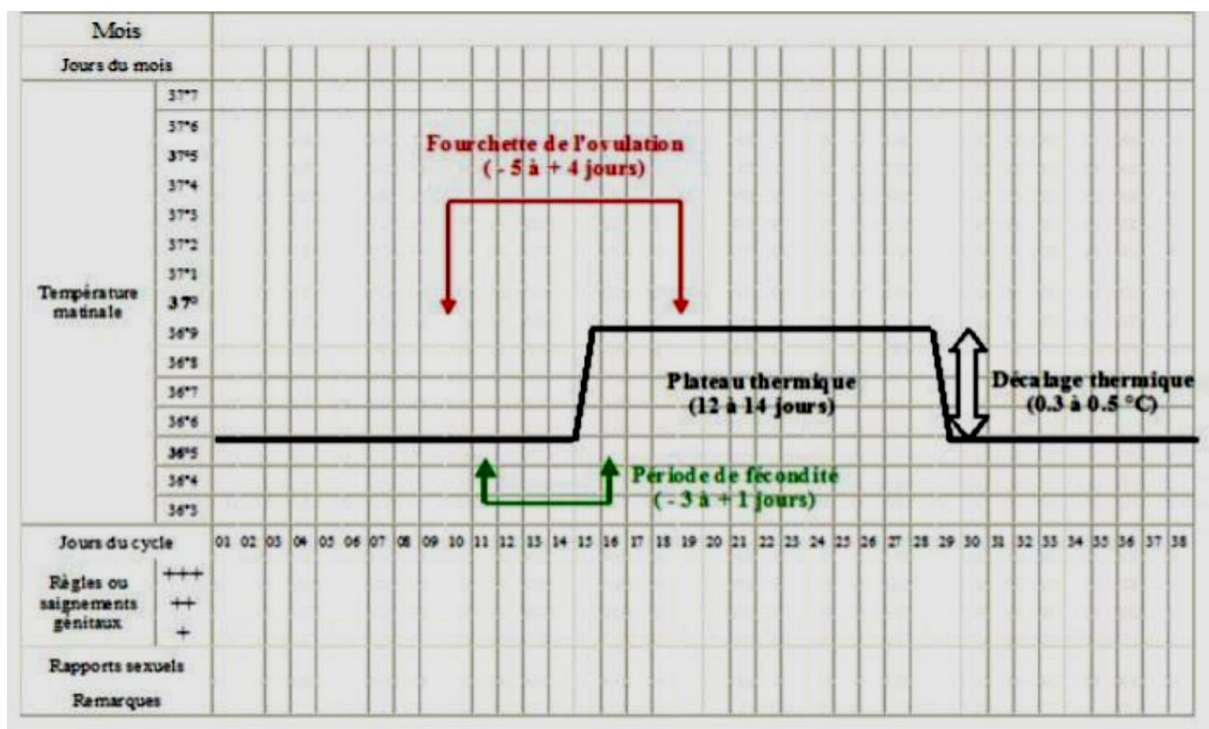


Figure 6: Courbe température. (8)

c. 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 (20).

✓ **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 (20).

✓ **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 (20).


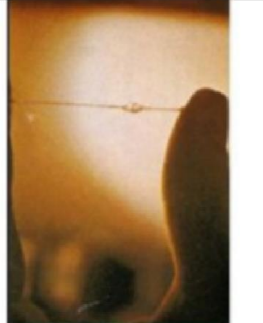
<p>Glaire blanche et collante (après les règles). Peu favorable à la progression des spermatozoïdes, mailles serrées</p>	<p>Glaire transparente, liquide, légèrement étirable = période fertile, l'ovulation approche</p>	<p>Glaire, très filante et élastique, transparente/blanc d'œuf = ovulation Sensations très humide</p>
		

Figure 7: Méthode de BILLINGS (8)

d. Sympto-thermique

Elle associe la glaire cervicale et la température (20).

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

C'est une méthode basique et surtout naturelle 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 (20).

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 non protégés.

✓ **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 (20).

✓ **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 (20).

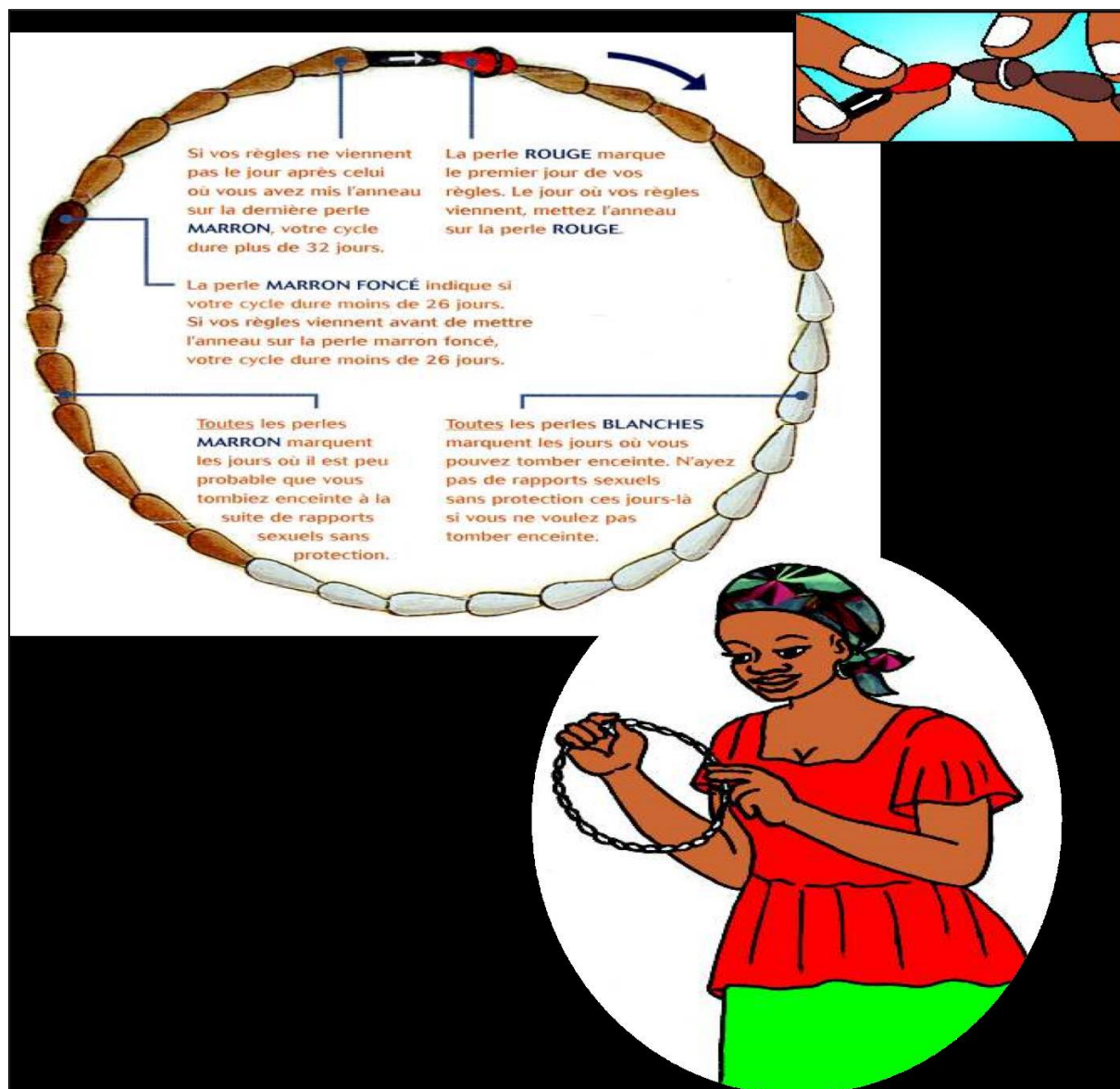


Figure 8: Méthode du collier. (8)

f. 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) (20).

✓ Avantages

Elle favorise la pratique de l'allaitement maternel, n'a pas d'effet secondaire et de plus est réversible (20).

✓ 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. (20).

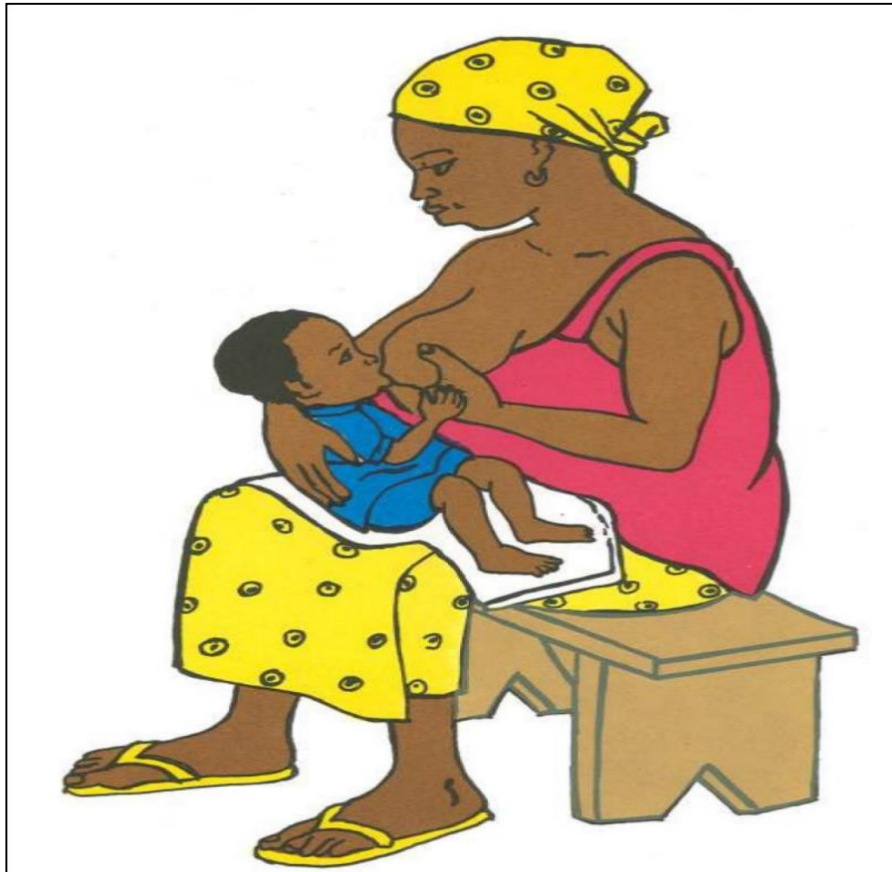


Figure 9: Méthode MAMA (8)

g. 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 (20).

h. 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 (15).

1.5.5. Méthodes traditionnelles

Elles sont fonction de la réalité socioculturelle des différents peuples au Mali (21).

- **Tafo**

C'est une petite corde munie de nœuds imprégnés d'incantation que la femme attache autour de son bassin (21).

- **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 (21).

- **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) (21).

- **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 (21).

- **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 (21).

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 (21).

1.6. Avantages de la planification familiale (6)

1.6.1. Mère

La PF permet à la mère de :

- éviter les grossesses non désirées,
- éviter les avortements provoqués,
- éviter les grossesses trop rapprochées et trop nombreuses,
- être disponible sexuellement vis-à-vis du mari,
- éviter les grossesses précoces (avant 18 ans) ou tardives (après 35 ans),
- prévenir le SIDA
- prévenir et traiter les IST
- prévenir et traiter l'infécondité / l'infertilité du couple,
- récupérer ses forces entre deux grossesses,
- mieux s'occuper de ses enfants,
- contribuer au progrès économique de la famille, etc.

1.6.2. Enfant

La PF procure aux enfants les avantages suivants :

- bénéficier au maximum du lait maternel,
- être aimé par ses parents,
- être bien soigné et bien entretenu,
- éviter la malnutrition,
- échapper aux maladies graves et à la mort,
- grandir dans un environnement familial harmonieux,
- avoir un bon développement physique et moral,
- avoir une bonne éducation,
- avoir un avenir bien préparé par les parents, etc.

1.6.3. Père

Pour le père la PF permet de :

- avoir une meilleure situation économique,
- avoir une famille harmonieuse,
- assurer les soins médicaux nécessaires à sa femme et à ses enfants,
- mieux préparer l'avenir de ses enfants,
- vivre avec moins de tension psychologique,
- prévenir les aventures sexuelles,
- prévenir et traiter les IST,
- prévenir et traiter le SIDA
- Prévenir la stérilité/l'infécondité,
- bénéficier de l'aide de sa famille pour résoudre les problèmes familiaux,
- se consacrer au bien-être de sa famille, etc.

1.6.4. Adolescent /jeune

La PF permet à l'adolescent /jeune de :

- avoir des informations sur la sexualité,
- éviter les grossesses précoces,
- éviter les grossesses non désirées,
- éviter les avortements provoqués/clandestins,
- éviter et soigner les IST,
- éviter le SIDA,
- éviter les échecs scolaires,
- prévenir la stérilité,
- bénéficier de la consultation prénuptiale/préconceptionnelle,
- mener sa sexualité en toute responsabilité
- se préparer à la vie familiale, etc.

1.6.5. Société et pays

La planification familiale permet de :

- diminuer les échecs scolaires,
- diminuer la criminalité,
- diminuer la délinquance,
- diminuer la mortalité des mères et des enfants,
- maîtriser l'évolution de la population,
- mieux planifier les actions de développement (établissements scolaires, dispensaires, maternités, routes, usines, nourriture, etc.),
- diminuer le chômage,
- réduire le départ des bras valides vers d'autres pays,
- avoir les hommes nécessaires pour produire les aliments et tout ce dont il a besoin,
- augmenter l'espérance de vie des habitants, etc.

II. METHODOLOGIE

2.1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale et prospective qui consistait l'administration d'un questionnaire aux filles et jeunes femmes résidant à Koulouba, Point G et Sogonafing. Pour cela nous avons fait appel à la technique d'interview. L'étude s'est déroulée du 01 Janvier au 15 Février 2022.

2.2. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au Mali et plus précisément à Bamako en commune III du district dans l'aire de sante du CSCOM de Koulouba.

2.3. Population d'étude

Notre population d'étude était constituée des filles et jeunes femmes de la tranche d'âge de 14 à 26 ans résidant dans l'une des trois quartiers de l'aire de santé (Koulouba, point G et Sogonafing).

2.4. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- Etre résidant dans l'un des quartiers de l'aire de santé du Cscocom de koulouba depuis plus de trois semaines
- Toutes les personnes ayant acceptée de participer à notre étude
- Etre âgé de 14 à 26 ans

2.5. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Refus des personnes ciblées à participer à l'étude
- Les personnes qui sont inaptes de répondre aux questions,
- Les personnes non résidant dans lesdites populations et âgé de plus de 26 ans.

2.6. Echantillonnage et taille d'échantillon :

D'après la formule de SCHWARTZ :

$$n = \frac{z^2 \times p \times q}{i^2}$$

n : taille minimum de l'échantillon

p : prévalence , p=21,88%

q : probabilité complémentaire de la prévalence = 1-p ,

q=1-21,88%=78,12%

zα: Risque d'erreur, z= 1,96

i : précision de prévalence , i=5%

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,2188 \times 0,7812}{(0,05)^2} = 263$$

n=263 taille minimum de l'échantillon. Pour augmenter la puissance, nous avons ajouté 37 cas ce fait un total de 300 cas.

2.7. Techniques et outils d'enquête

Le recueil des données qualitatif s'est effectué par administration de questionnaire individuel semi structure auprès de nos enquêtes.

Un exemplaire de questionnaire a été remis à chaque participante ayant accepté de participer à notre étude jusqu'à la couverture de l'échantillon prévu. Le recueil des données qualitatives par les séances de focus groupes

2.8. Saisie, traitement et analyse des données

Les données individuelles seront codifiées en numérique afin de permettre leur exploitation sur un ordinateur.

Les logiciels suivants seront servis à la saisie du rapport et à l'exploitation des données :

- **SPSS version 16.0** : logiciel d'épidémiologie pour l'analyse des données
- **EXCEL** : tableur utilisé pour les graphiques et les tableaux.

- **WORD** : traitement de texte pour la saisie

2.9. Variables étudiées

Variables	Interprétations
Ages, Nombre de naissance	Quantitatives
Sexe, profession, statut matrimonial, Régime matrimonial, Niveau d'instruction, Connaissance, Pratique, Attitude, Résidence, Source d'information, Type de contraception	Qualitatives

2.10. Considérations éthiques

Le consentement éclairé de toutes les participantes a été demandé après d'amples informations fournies sur les objectifs de l'étude et la confidentialité de l'entretien. L'intimité et l'anonymat des volontaires ont été garantis et dans le traitement des données. L'identification des personnes enquêtées n'a été pas possible sur la fiche d'enquête et consentement verbal suffit.

III. RESULTATS

Durant les uns (1) mois nous avons enquêté 300 jeunes filles et femmes résidant dans la population de Koulouba, Point G et Sogonafing.

3.1. Aspects sociodémographiques

- Site d'enquête.

Tableau II: Répartition des enquêtés selon le site d'enquête.

Site d'enquête	Effectif	Pourcentage (%)
Koulouba	165	55
Point G	105	35
Sogonafing	30	10
Total	300	100,0

Dans notre interview, nous avons eu au total 165 personnes interrogées à Koulouba soit 55%, au Point G 105 personnes interrogées soit 35% et Sogonafing 30 personnes interrogées soit 10%.

- **Connaissance sur la puberté**

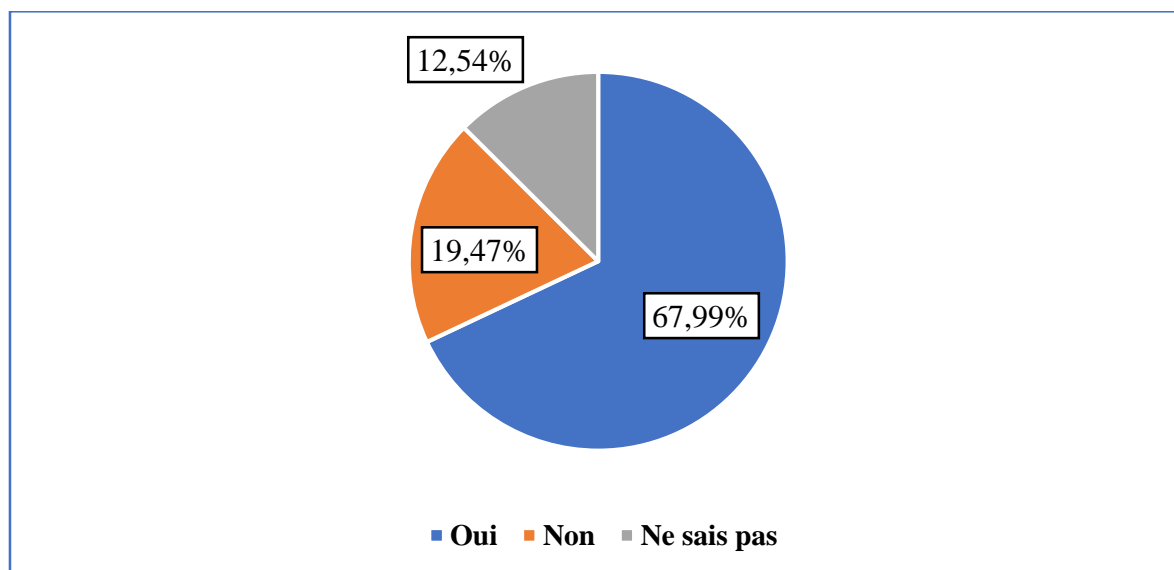


Figure 10 : Répartition des enquêtés selon la connaissance sur la puberté

Au cours de notre étude, 203 filles et femmes déclarent que l'éducation sexuelle donne des informations sur la puberté, les organes sexuels, les appareils reproducteurs et les relations entre garçons et filles soit 67,99% de la population.

- **Qualification sociale**

Tableau III: Répartition des enquêtés selon la qualification sociale.

Qualification sociale	Effectif	Pourcentage (%)
Femme	144	47,52
Fille	156	51,48
Total	300	100,0

Dans notre étude les filles représentaient 51,48% des enquêtés

- **Tranche d'âge**

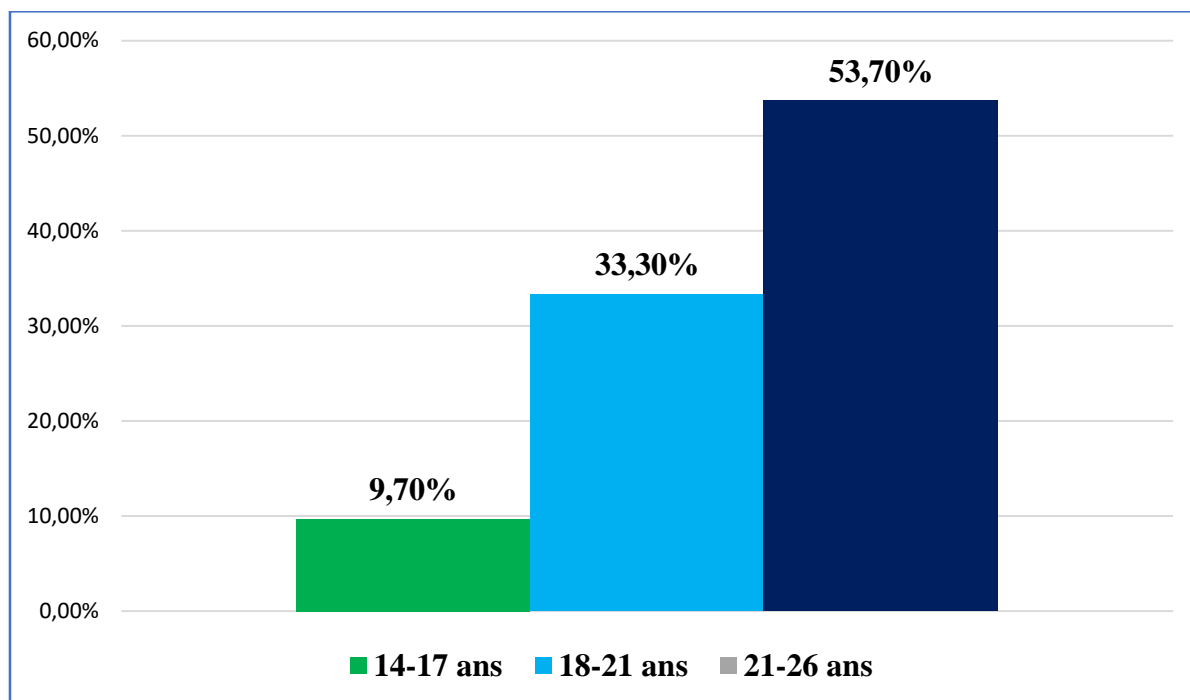


Figure 11 : Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge

Age minimum 14 ans ; âge maximum 26 ans.

Dans notre population d'étude la tranche d'âge la plus représentée était de 21 à 26 ans soit 53,7% des cas.

- **Niveau d'instruction**

Tableau IV: Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction

Niveau de scolarisation	Effectif	Pourcentage (%)
Primaire	16	5,28
Supérieur	131	43,23
Secondaire	95	31,35
Non scolarisé (e)	58	19,14
Total	300	100,0

Le niveau d'étude supérieur est le plus représenté avec 43,23% des cas.

- **Statut matrimonial**

Tableau V: Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Marié (e)	79	26,07
Célibataire	136	44,88
Fiancée	73	24,09
Autres	10	3,3
Total	300	100,0

Au cours de notre étude, le statut célibataire était le plus représenté avec 44,88%.

- **Régime matrimonial**

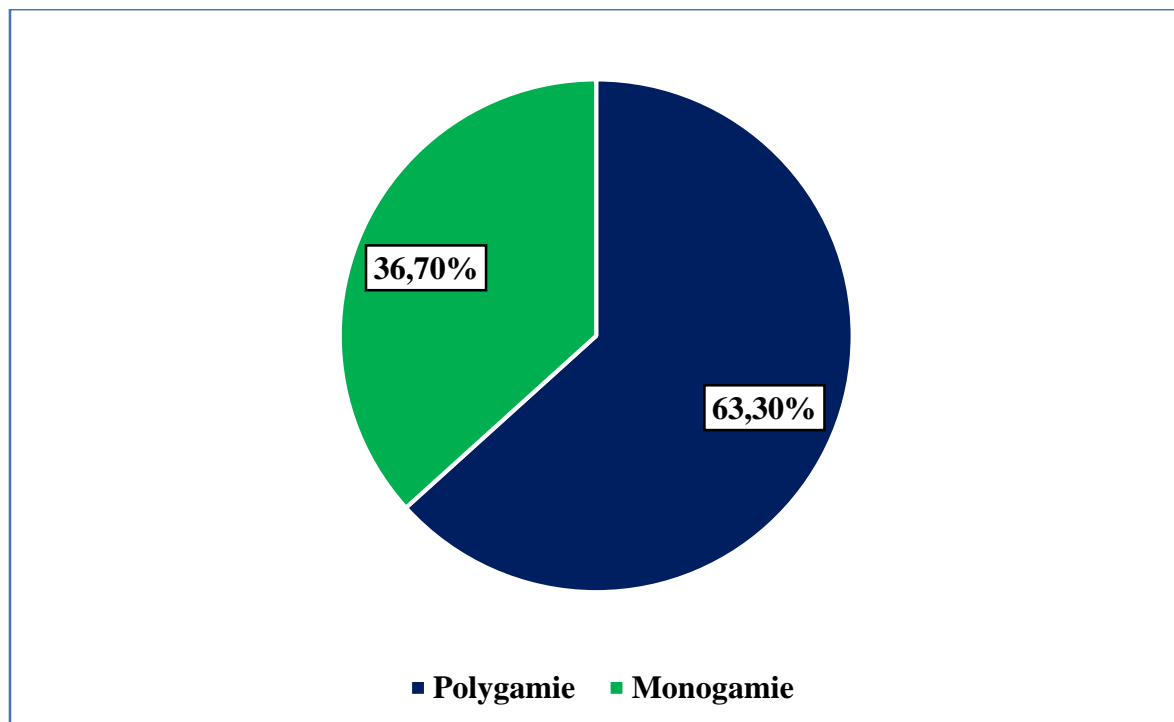


Figure 12 : Répartition des mariés selon le régime matrimonial

Au cours de notre étude, le régime polygame était le plus représenté avec 63,3 %.

- **Religion**

Tableau VI: Répartition des enquêtés selon la religion

Religion	Effectif	Pourcentage (%)
Musulmane	276	91,08
Chrétienne	21	6,93
Animiste	3	0,99
Total	300	100,0

Notre population d'étude était à majorité musulmane avec 91,08%.

3.2. Connaissance de la planification familiale

- **Antécédent de naissance.**

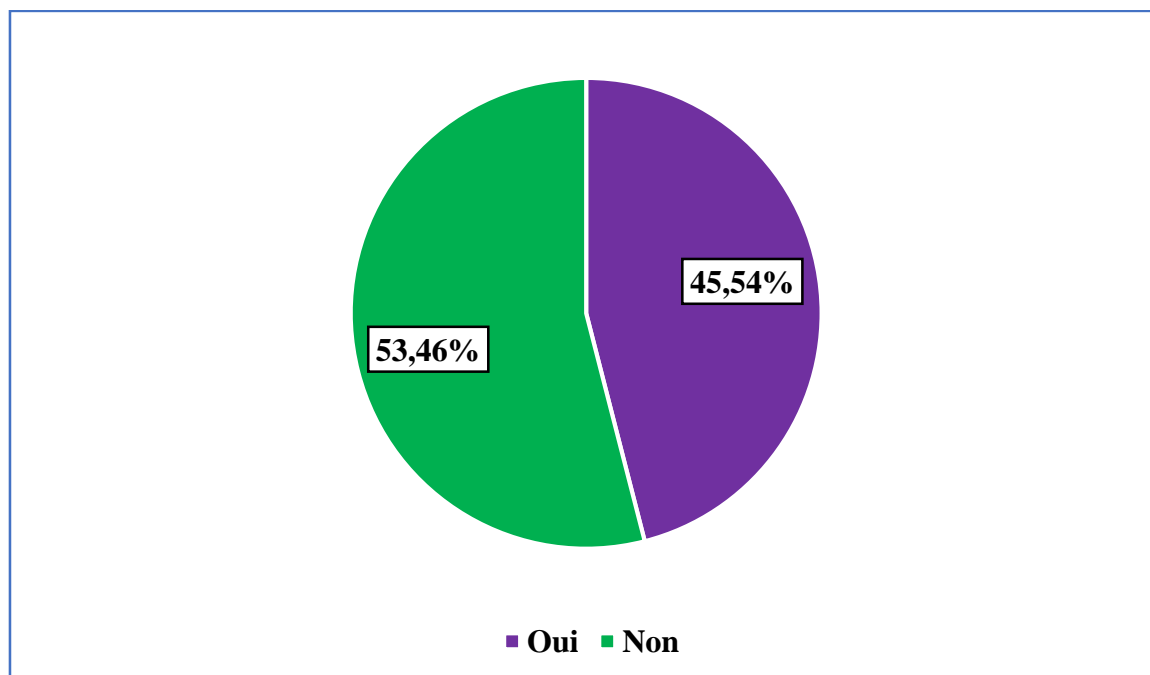


Figure 13 : Répartition des enquêtes selon l'antécédent de naissance.

Un antécédent de naissance avait été trouvé dans 53,46% des cas.

- Nombre de naissance durant leur vie

Tableau VII : Répartition des enquêtes selon le nombre de naissance durant leur vie

Nombre de naissance	Effectif	Pourcentage (%)
1	61	20,3
2	43	14,3
3	15	5,0
4	12	4,0
5	2	0,7
7	1	0,3
8	1	0,3
9	3	1,0
0	162	54,0
Total	300	100,0

Parmi les 138 qui ont déjà donné naissance, 44,2% avait déclaré d'avoir une naissance.

- Discussion sur le nombre d'enfants désiré.

Tableau VIII: Répartition des enquêtées selon la discussion sur le nombre d'enfants désiré.

Nombre d'enfants désiré.	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	72	23,76
Non	228	75,24
Total	300	100

Au cours de notre étude, 228 interrogés déclare avoir discuté avec leur partenaire du nombre d'enfants qu'ils veulent avoir soit un taux de 75,24%.

- **Connaissance de l'existence de matière de planification familiale.**

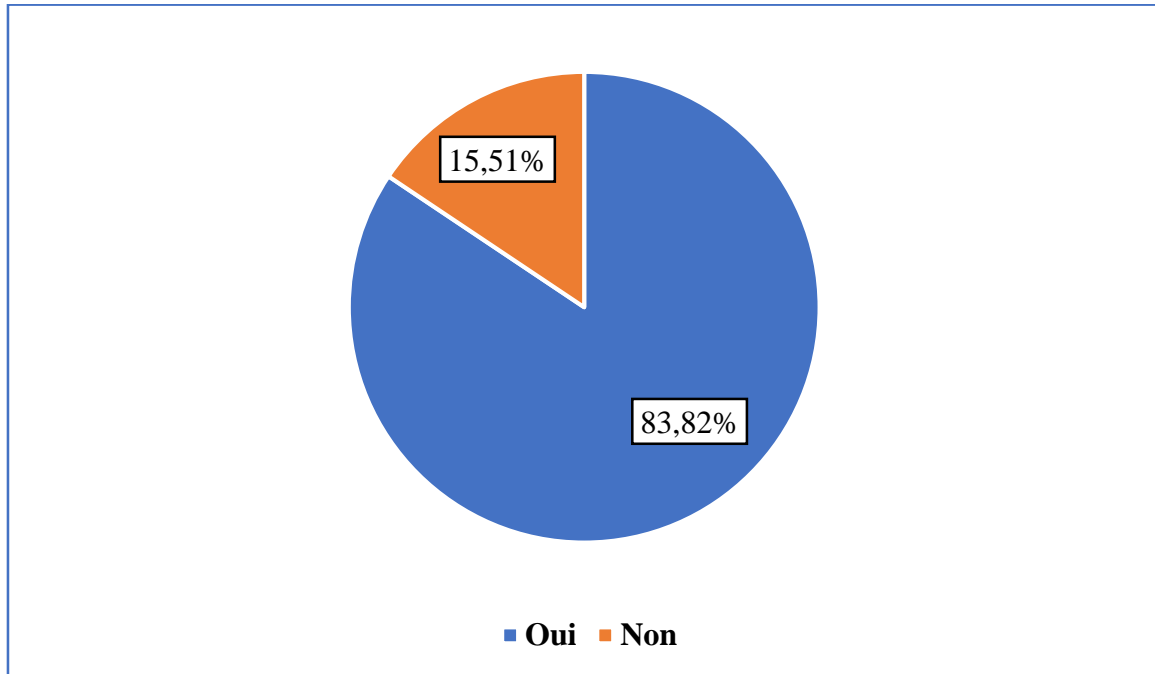


Figure 14 : Répartition des enquêtés selon la connaissance de l'existence de matière de planification familiale.

Sur les 300 enquêtées, 254 filles et femmes ont déjà entendu parler de la contraception soit 83,82%.

- **Connaissance sur le but de la planification familiale**

Tableau IX: Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur le but de la planification familiale

Sens de la planification	Effectif	Pourcentage (%)
Espacement des naissances	231	85,63
Limitation des naissances	48	15,84
Santé de la mère	104	34,32
Santé de l'enfant	104	34,32
Avantage économique	23	7,59
Harmonie du couple	13	4,29
Ne sais pas	23	7,59

Au cours de notre étude, l'espacement des naissances a été le plus représenté soit un taux de 85,63%, suivi de la santé de la mère et de la santé de l'enfant avec un taux de 34,32% et celle de la limitation des naissances 15,84 %.

- **Connaissance des méthodes contraceptives**

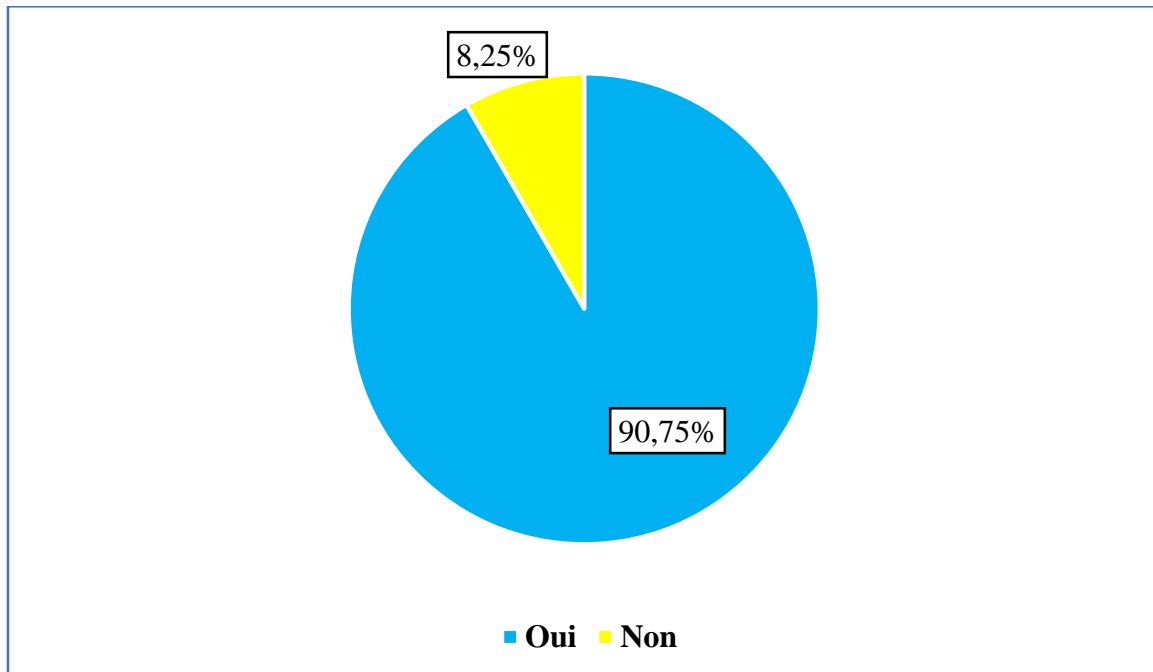


Figure 15 : Répartition des enquêtés selon la connaissance des méthodes contraceptives

Dans notre population, 275 interrogés avaient une connaissance sur les méthodes contraceptives soit 90,75%.

- **Méthodes de contraceptions**

Tableau X: Répartition des enquêtés selon les méthodes de contraceptions utilisées

Méthode de contraception connue	Effectif	Pourcentage (%)
Pilule	48	15,84
Injectable	26	8,58
Norplant	76	25,08
Préservatif	43	14,19
Allaitements maternels exclusifs	5	1,65
Dispositif intra-utérin	7	2,31
Spermicide	1	0,33

NB : un même enquêté peut donner plusieurs réponses.

Au cours de notre étude, la contraception la plus connue était le Norplant avec un taux de 25,08%, suivi de la pilule 15,84%, suivi du préservatif 14,19%, ainsi que l'injectable 8,58%.

- **Source d'information**

Tableau XI: Répartition des enquêtés selon la source d'information

Source d'information	Effectif	Pourcentage
Centres de sante	145	47,85
Conjoints/Partenaires	116	38,28
Médias/Conférence	102	33,66
Parents	45	14,85
Ecole	108	35,64

NB : un même enquêté peut donner plusieurs réponses.

La principale source d'information est le centre de santé 47,85%, suivi des conjoints/partenaires 38,28%, suivi de l'école 35,64% et ainsi que les médias/conférences 33,66%.

- **Connaissance des risques liés à l'avortement**

Tableau XII: Répartition des enquêtés selon la connaissance des risque liés à l'avortement

Connaissance des risques liés à l'avortement	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	265	87,45
Non	35	11,55
Total	300	100,0

Au cours de notre étude, 265 interrogés ont déclaré connaitre des risques liés à l'avortement soit 87,45%.

- **Risques liés à l'avortement**

Tableau XIII: Répartition des enquêtés selon les risques liés à l'avortement

Risques liés à l'avortement	Effectif	Pourcentage (%)
Infertilité	112	42,3
Décès maternel	70	26,4
Hémorragie	65	24,5
Infections génitale	18	6,8
Total	265	100,0

Selon les enquêtées le risque le plus fréquemment lié à l'avortement est l'infertilité soit 42,3%.

3.3. Pratique de la planification familiale

- Utilisation de la contraception

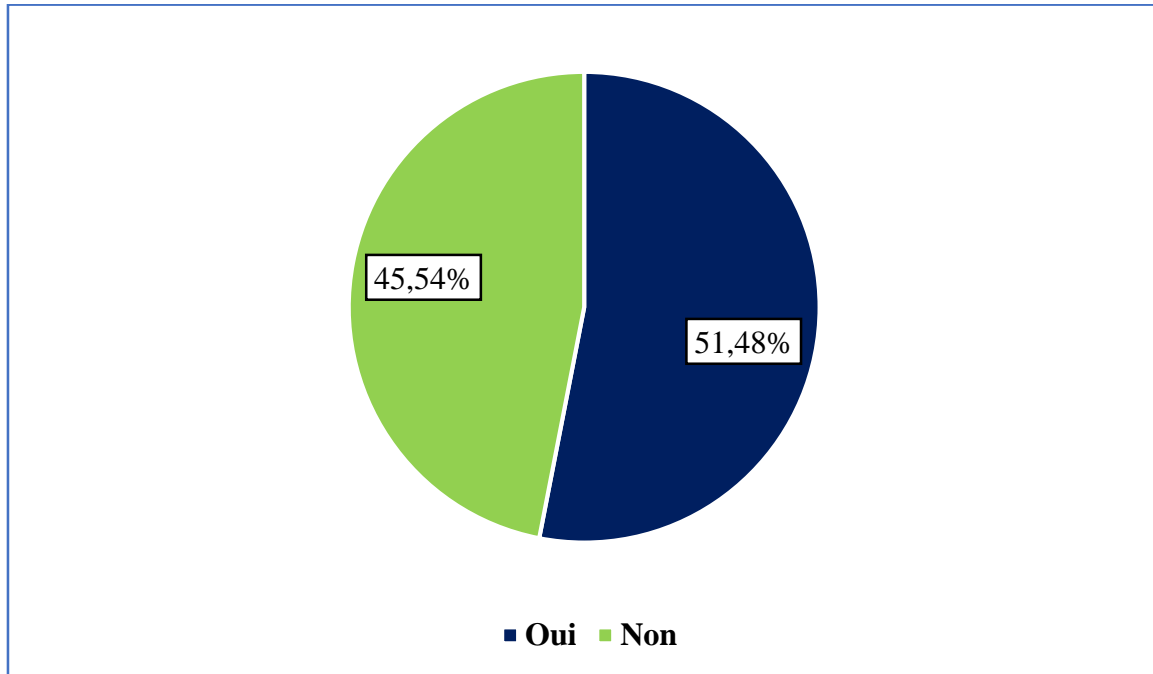


Figure 16 : Répartition des enquêtés selon l'utilisation de la contraception

Au cours de notre étude, 156 filles et femmes déclarent avoir utilisés la contraception soit un taux de 51,48%.

- **Méthode de contraception utilisée**

Tableau XIV : Répartition des enquêtés selon le choix de la méthode contraceptive déjà utilisé

Méthode de contraception utilisée	Effectif	Pourcentage (%)
Pilule	48	15,84
Injectable	26	8,58
Norplant	76	25,08
Préservatif	43	14,19
Allaitements maternels exclusifs	5	1,65
Dispositif intra-utérin	7	2,31
Spermicide	1	0,33

Au cours de notre étude, 25,08% déclarent avoir utilisé Norplant, suivi de la pilule 15,84%, suivi du préservatif 14,19%, ainsi que de l'injectable 8,58%.

- **Sources d'approvisionnement**

Tableau XV: Répartition des enquêtés selon les sources d'approvisionnement

Sources d'approvisionnement	Effectif (n=170)	Pourcentage (%)
Centre de santé (Dépôt d'ASACO)	205	67,65
Pharmacie (Officine)	146	48,18
Boutique	5	1,65
Autres*	41	13,53

NB : un même enquêté peut donner plusieurs réponses.

Au cours de notre étude, parmi les sources d'approvisionnement, le centre de santé était le plus représenté avec un taux de 67,65%, suivi de la pharmacie avec un taux de 48,18%. **Autres** : les méthodes traditionnelles (tafo chez les marabouts, n'djé kissai), amis, les vendeurs des médicaments ambulants, ainsi que les ONG

- **Raisons d'avis défavorable**

Tableau XVI: Répartition des enquêtés selon les différentes raisons d'avis défavorable

Raisons d'avis défavorable	Effectif	Pourcentage (%)
Effet secondaire	187	61,71
Religion	110	36,3
Coutume	48	15,84

NB : un même enquêté peut donner plusieurs réponses.

Au cours de notre étude les raisons défavorables étaient essentiellement représentées selon les effets secondaires 61,71%, suivi de la religion 36,3%, et de la coutume 15,84% qui avaient beaucoup d'influence sur leur pratique.

3.4. La stigmatisation

- Stigmatisation du PF

Tableau XVII : Répartition des enquêtés selon la stigmatisation rapportée

Stigmatisation de la planification familiale.	Effectif	Pourcentage (%)
Les femmes qui utilisent la planification ont plusieurs partenaires.	105	34,65
Les hommes qui ont des femmes qui utilisent la planification manquent d'autorité	91	30,03
C'est honteux de parler avec une femme qui est connue comme utilisatrice de planification familiale	104	34,32
Total	300	100,0

Au cours de notre étude, les personnes enquêtées pensent que les femmes qui utilisent de la planification familiale ont plusieurs partenaires soit un taux de 34,65%.

- **Non stigmatisation du PF**

Tableau XVIII: Répartition des enquêtés selon la non stigmatisation de la planification familiale

Non stigmatisation du PF	Effectif	Pourcentage (%)
Dans ce quartier, il est acceptable de parler en public de la planification familiale.	121	39,93
Il est convenable pour les époux de parler d'espacement des naissances et les méthodes de PF.	118	38,94
On doit défendre une personne qui se fait taquiner ou critiquer pour l'utilisation de planification familiale.	61	20,13
Total	300	100,0

Au cours de notre étude, 39,93% des personnes enquêtées pensent qu'il est acceptable de parler en public de la PF.

- **Communication avec le partenaire**

Tableau XIX: Répartition des enquêtés selon la communication avec le partenaire

Communication avec le partenaire	Effectif	Pourcentage (%)
Homme décide	81	26,73
Ensemble	198	65,34
Femme décide	21	6,93
Total	300	100,0

Au cours de notre étude, 65,34% des personnes enquêtées pensent que c'est le couple qui décide.

3.5. La communication dans l'entourage, la famille et le couple

- Perception conjoint

Tableau XX: Répartition des enquêtés selon la perception du conjoint.

Perception conjoints	Effectif	Pourcentage (%)
Si les gens découvrent que vous utilisez la planification familiale, serez-vous taquiné ou critiquer par rapport à cela ?	188	62,7%
Si on découvre que vous utilisez la planification familiale, vous serez exclu par les membres de la communauté ?	85	28,3%
Si votre mari découvre que vous utilisez la planification familiale, pensez-vous qu'il va vous battre ?	27	9,0%
Total	300	100,0

Au cours de notre étude, 62,7% des personnes interrogées pensent que si les gens découvrent qu'elles utilisent la PF qu'elles seront taquinées ou critiquées pour cela.

- Avis sur la contraception

Tableau XXI: Répartition des enquêtés selon l'avis sur la contraception

Avis sur la contraception	Effectif	Pourcentage (%)
Favorable	273	91,0
Défavorable	27	0,9
Total	300	100,0

Au cours de notre étude, 91% des filles et femmes ont un avis favorable sur la contraception.

FOCUS GROUPE :

Nous avons travaillé avec un groupe de 5 personnes à qui nous avons soumis les différents thèmes.

➤ Que savez de la contraception ?

- P1 14 ans : la planification familiale est vraiment une bonne initiative entreprise par le gouvernement Malien.
- P2 17 ans : la contraception a été un soulagement pour toutes les filles et femmes actuellement, on a été entretenu par nos maman dans des conditions misérables parce qu'on était trop nombreux et trop rapprochés.
- P3 18 ans : la contraception est vraiment bien
- P4 25 ans : le gouvernement ne pouvait prendre de meilleur décision pour nous les filles et femmes que celle de la planification familiale. Je suis vraiment contente de la planification familiale.
- P5 26 ans : je suis du même avis que P2

Quelles sont les différentes méthodes de contraception que vous connaissez ?

- P1 14 ans : Norplant, pilule du lendemain, injectable, pilule (c'est la pilule du lendemain que je prenais après chaque rapport sexuel).
- P2 17 ans : Norplant, injectable, DIU, préservatif, pilule, pilule du lendemain
- P3 18 ans : Norplant, injectable, DIU, préservatif, pilule, pilule du lendemain, le tafo (chez les marabouts nos ancêtres utilisaient cette méthode).
- P4 25 ans et P5 26 ans : elles sont du même avis que P2

➤ Quelles sont les raisons qui vous poussent à choisir une méthode de contraception par rapport à une autre ?

- P1 14 ans : lors de mon premier rapport sexuel, j'ai eu peur de ne pas tomber enceinte j'ai expliqué mon problème à une amie à l'école et elle m'a dit d'aller à la pharmacie qu'il y'a un produit que tu dois prendre avant 72 heures et tu ne

tomberas plus enceinte. J'ai acheté à 1000f il n'y avait qu'un seul comprimé à l'intérieur par peur j'ai expliqué encore mon problème au pharmacien il m'a effectivement expliqué la même chose après avoir avalé ce comprimé tu ne tomberas plus enceinte, ça m'a tellement soulagé. Le pharmacien m'a dit également de ne pas prendre ce comprimé après chaque rapport sexuel que ça peut causer un problème d'infertilité. Actuellement j'utilise la forme injectable (3 mois), je n'aime pas le préservatif il n'y a pas de plaisir.

- P2 17ans : moi je préfère Norplant c'est plus discret et une longue durée. Je suis sous contraception actuellement la forme Norplant.
 - P3 18 ans : moi je préfère Norplant parce que c'est plus discret, dans ma famille mon beau père trouve que la religion musulmane ne permet l'espacement des enfants, mon mari me soutient dans mon choix pour la contraception mais dans la discrétion. C'est mon mari et moi qu'on a décidé ensemble.
 - P4 25ans : j'ai essayé différentes méthodes et tout me donnait beaucoup d'effets secondaires, je suis alors venu prendre des renseignements sur la MAMA et depuis je l'utilise depuis quelques années déjà.
 - P5 26ans : moi je préfère le DIU puisqu'à chaque grossesse je fais une hypertension, donc mon gynécologue m'a conseillé le DIU parce que j'ai peur de faire une hypertension même sans la grossesse. C'est la méthode admirée chez les personnes diabétiques, hypertensions artérielles, cardiaques.
- **Selon vous quelles sont les avantages de la contraception en période post partum ?**
- P1 14 ans : elle a beaucoup d'avantages, l'espacement des enfants et surtout la santé de la mère. C'est vrai même si je ne suis pas encore mariée et je n'ai pas encore eu d'enfants mais j'ai des grandes sœurs et des amies qui me donnent des conseils sur la contraception. C'est une très bonne chose.

- P2 17 ans : elle a beaucoup d'avantages, par exemple elle évite une grossesse non désirée.
- P3 18ans : mon deuxième enfant est décédé par malnutrition puisque j'avais contracté une grossesse juste 3 mois après la naissance du premier par faute moyen financier on a pas pu venir à l'hôpital et on l'a perdu.

Elle réduit vraiment la mortalité infantile, depuis ce jour jusqu'à présent j'ai connu l'avantage de la contraception.

- P4 25ans : elle a beaucoup d'avantages, l'espacement des enfants me permet de travailler efficacement au service, je programme avec mon mari toutes mes grossesses selon nos moyens financier.
- P5 26 ans : ma grande sœur est décédée parce qu'elle n'a pas suivi les conseils du médecin, elle a fait 3 césariennes et ne voulait pas faire de contraception.

Depuis cela je fais la contraception juste après mes accouchements puis qu'elle évite la mortalité maternelle et surtout l'espacement de mes enfants m'aide vraiment à mieux m'occuper de mon foyer et faire des économies financières.

IV. COMMENTAIRE ET DISCUSSION

Les limites et difficultés rencontrées ont été principalement :

- Les difficultés liées à la sexualité, qui étant un sujet très intime, souvent les jeunes n'adhéraient pas tout de suite ;
- L'indisponibilité de certaines participantes due aux différentes occupations ;
- Participantes instruites répondaient mieux que les non instruits.

En dépit de toutes ces difficultés et contraintes, nous pensons que cette étude contribuera à améliorer la qualité de la santé des filles et femmes en l'occurrence la santé reproductive.

4.1. Age

Dans notre population d'étude, plus de la moitié des participantes avait un âge compris entre 21 et 26 ans soit 53,7% des cas. L'âge moyen était de 18 ± 3 ans avec des extrêmes de 14 ans et 26 ans. Ce résultat est différent à celui de Fourn N et al (22) ont apporté 85,6% des cas d'étudiantes de moins de 25 ans et l'âge moyen était de 21 ans avec des extrêmes de 17 ans et 49 ans dans leur étude portant sur les connaissances, attitudes et pratiques de la contraception d'urgence chez les étudiantes à l'Université de Parakou au Bénin en 2014. De même Djossou TR (23) a noté une prédominance de la tranche d'âge de 15 à 17 avec un taux de 58,6% et un âge moyen de 17,19 ans dans son étude basée sur les connaissances, attitudes et pratiques des élèves du Lycée Askia Mohamed de la Commune III de Bamako en matière de contraception en 2020.

Une tranche d'âge de 16 à 19 ans a été enregistré dans 98% des cas par Crawford EE et al (24) en 2019 en Éthiopie dans leur étude portant sur l'Évaluation des connaissances, des attitudes et des pratiques concernant les méthodes de contraception d'urgence chez les élèves du secondaire.

Ce taux élevé de cette tranche d'âge peut s'expliquer par le fait qu'elle se situe dans la période d'activité obstétricale par excellence.

L'étude de Sulayman SS et al (25) a révélé que l'utilisation de contraceptifs augmente avec l'âge et atteint son maximum entre 25 et 29 ans. Selon le rapport de l'EDS-VI (26) Mali 2018, 17 % de femmes de 15-49 ans en union utilisent une méthode quelconque de PF ; 16 % utilisent une méthode moderne et 1 % utilise une méthode traditionnelle et 36% non en union et sexuellement actives utilisent une méthode quelconque de PF.

4.2. Statut matrimonial

Au cours de notre étude, le statut célibataire était le plus représenté avec un taux de 44,88% des cas. Ce résultat concorde avec ceux de Djossou TR (23) et Dembélé A (27) qui ont signalé dans respectivement 87,3% et 73% des cas de célibataire. Une prédominance des femmes mariées soit 79,9% avait été rapporté par Paul B et al (28) dans leur étude basée sur les normes sociales, attitudes et accès à la contraception moderne pour les adolescentes dans six districts en Ouganda en 2021.

Il a été démontré par Mussa K et al (29) en 2019 en Tanzanie dans leur étude portant sur l'utilisation de contraceptifs modernes chez les femmes sexuellement actives âgées de 15 à 19 ans que la proportion d'utilisatrices de contraceptifs modernes était beaucoup plus faible chez les femmes mariées que chez les femmes non mariées (19,4 % contre 48,7 %). Selon le rapport de l'EDS-VI (26) Mali 2018, l'utilisation des méthodes modernes par les femmes en union a augmenté graduellement au cours des 30 dernières années, passant de 1 % en 1987 à 16 % en 2018.

Une étude menée par Sulayman SS et al (25) a révélé que le niveau de connaissance en matière de contraception des femmes mariées entre 25 et 29 ans est nettement supérieur à celles qui se mariées avant 25 ans.(25)

La situation matrimoniale ainsi que l'âge au mariage pourraient être des facteurs déterminants qui influencent sur les connaissances, attitudes et pratiques des femmes vis à vis à l'utilisation des contraceptifs.

4.3. Niveau d'instruction

Le niveau d'étude supérieur était le plus représenté avec un taux de 43,23% des cas. Seulement 2 % des femmes ont un niveau d'instruction supérieur et 28 % des femmes sont alphabétisés selon le rapport de de l'EDS-VI Mali 2018. (26)

Nous avons enregistré 43,23% des cas de participantes ayant un niveau d'instruction supérieur Suivi de 31,35% de niveau secondaire. Les non scolarisés ont représenté 19,14% des cas. Ce résultat est différent à celui de Paul B et al (28) qui ont noté 43,5% des cas de niveau d'instruction primaire et 29,3% de non scolarisé. Yuan He et al (30) ont apporté une proportion de 87,9 % de niveau d'instruction supérieur dans une étude d'essai contrôlé randomisé en grappes menée en 2017 en Chine sur l'évaluation de deux modèles d'intervention sur les attitudes et les comportements contraceptifs chez les femmes nullipares.

L'éducation formelle peut influencer positivement les attitudes et les normes sociales en ce qui concerne l'accès et l'utilisation des contraceptifs par les adolescentes dans les communautés.

4.4. Connaissance en matière de la planification familiale

Parmi les participantes, 83,82% avait une bonne connaissance de la planification familiale. Les rôles de la planification familiale évoqué par les participantes ont été principalement l'espacement des naissances dans 85,63% des cas, suivi de la santé de la mère et de la santé de l'enfant dans 34,32% et la limitation des naissances a été signalé dans 15,84% des cas.

Ce taux est inférieur à ceux de Djossou TR (23) et de Dembélé A (27) qui trouvé

une bonne connaissance de planification familiale dans respectivement 55,3% et 87% des cas.

Selon le résultat d'une étude, un niveau d'éducation inférieur est corrélé à une faible connaissance de la planification familiale (31). Cela renforce encore l'idée qu'un obstacle à un changement rapide du comportement contraceptif est un faible niveau d'éducation (32).

Ce taux s'explique d'une part par la méconnaissance de la population sur l'importance de la planification familiale sur la santé maternelle et celle de l'enfant mais aussi sur l'économie familiale et d'autre part le manque d'éducation et le mariage précoce des femmes semblent entraver l'utilisation des méthodes de planification familiale.

4.5. Connaissance en matière de contraception

Dans notre population, 275 interrogés avaient une connaissance sur la contraception soit un taux de 90,75% des cas. Ce taux est inférieur à celui de Cissé YA.(33) qui trouvé une proportion de 60,70% des adolescentes ayant entendu parler de contraception dans son étude basée sur les connaissances attitudes et pratiques de la contraception en milieu scolaire dans la commune urbaine de Gao en 2010. Crawford EE et al (24) ont rapporté 72,5% des cas de bonne connaissance de la contraception d'urgence par les adolescentes.

Cette différence peut être due d'une part à une meilleure utilisation des services de planification familiale, y compris la Contraception d'urgence dans nos zones d'étude et d'autre part à une sensibilisation accrue de la population au fil du temps à la contraception.

4.6. Sources d'informations des enquêtés en matière de contraception

La principale source d'information est le centre de santé avec un taux de 47,85%, des cas suivi des conjoints/partenaires avec 38,28% des cas, suivi de l'école 35,64%

et ainsi que les médias/conférences 33,66%. Ce résultat est superposable à celui de Djossou TR (23) qui a apporté les agents de santé, les médias, l'école comme source d'information dans respectivement 51,2% des cas, 25,6% des cas et 14,8% des cas. Dembélé A (27) a trouvé la médias comme source d'information sur la contraception dans 42,66% des cas, les centres de santé dans 20,66% des cas et l'école a été cité dans 6,66% des cas seulement.

Selon l'étude de Crawford EE et al (24) en 2019 en Éthiopie, la source d'information la plus courante était les agents de santé (58,9 %) suivis de l'école (18,9 %). Une étude menée à l'Université Jimma a montré que les sources d'information les plus courantes étaient les amis et les discussions entre pairs (34).

La contraception est un sujet lié à la sexualité et considérée dans notre société comme sujet tabou. Il est démontré que le contrôle parental discriminatoire traite davantage le comportement sexuel des adolescents par rapport à la communication sur la sexualité avec les membres de la famille (35).

4.7. Utilisation de la contraception

Au cours de notre étude, 156 filles et femmes déclarent avoir utilisés la contraception soit un taux de 51,48%. Ce taux est inférieur à celui de Djossou TR (23) et de Dembélé A (27) qui ont trouvé dans respectivement 72,6% et 29,0 % des cas favorable à l'utilisation des moyens de contraception. Cela peut être d'ordre socioculturel ou religieux ou liée au manque d'information mais aussi l'ignorance des avantages des méthodes contraceptives qui est élément essentiel pour maintenir la santé sexuelle et de la reproduction de la mère, réduire le taux de grossesse non désirée et éviter les infections sexuellement transmissibles tel que le VIH Sida...

4.8. Types de méthodes contraceptives utilisées

Au cours de notre étude, le norplant était la méthode contraceptive la plus utilisée avec un taux de 25,08% des cas suivi de celle de la pilule dans 15,84% des cas. Le préservatif a été signalé dans 14,19% des cas ainsi que de l'injectable dans 8,58%

Ce résultat est différent à celui de Djossou TR (23) qui a apporté un taux de 41,9% d'utilisation de préservatif suivi celle de la pilule dans 25,2% des cas et la contraception injectable a été noté dans 14,4% des cas. Ce même constat a été faite dans l'étude de Dembélé A (27) qui a enregistré une proportion de 51,11% des cas d'utilisation de préservatif suivi de la pilule 21,60% et des contraceptifs injectables 13,63%.

Selon la littérature l'utilisation et la demande de contraceptifs est plus élevées chez les femmes ayant une éducation supérieure, un statut socio-économique ou la parité, ou les célibataires ou qui travaillent; ces associations sont également cohérentes avec les études antérieures (36).

Le taux d'utilisation élevé du préservatif peut s'expliquer par la disponibilité et la vente libre de ce type de contraceptif.

4.9. Sources d'approvisionnement

Le centre de santé était la source d'approvisionnement des moyens contraceptif dans 67,65% des cas suivi de la pharmacie dans 48,18% des cas. Ce résultat est comparable à celui de Banhor L.(37) qui a apporté la pharmacie comme source d'accès aux méthodes contraceptives dans 54,2% des cas dans son étude basée sur les Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception en milieu étudiantin des universités publiques en 2013 au Burkina Faso.

Une étude réalisée en 2020 en milieu scolaire dans la Commune Urbaine de Ségou par Traoré T et al (38) ont notifié la pharmacie étant comme source

d'approvisionnement en méthode contraceptive chez 49,5% des cas suivi des centres de planifications familiale et les maternités dans 16,2% des cas. Cela pourrait s'expliquer par l'ignorance de la disponibilité des méthodes contraceptives mais aussi la peur de la stigmatisation.

4.10. Raison de non utilisation des méthodes contraceptives

Au cours de notre étude, les raisons défavorables étaient essentiellement représentées selon les effets secondaires avec un taux de 61,71% des cas suivi de la religion 36,3% et de la coutume 15,84% qui avaient beaucoup d'influence sur leur pratique. Ce résultat est différent à celui de Dembélé A (27) qui a signalé la religion et l'environnement socioculturel comme raisons de non-utilisation des méthodes dans 42,45% des cas et le manque d'information chez 31,60%. Cissé YA.(33) a trouvé que la religion était la principale raison de non utilisation de la contraception dans 46,10% suivi de l'ignorance dans 35,50% des cas. Il a été révélé que les déterminants sociaux multi-niveaux tels que les influences interpersonnelles (pairs, partenaires et parents), communautaires (normes sociales) et macro-sociales (la religion, les enseignements sur les rapports sexuels avant le mariage et l'accès limité aux soins de qualité) conditionnent l'utilisation des méthodes contraceptives (39).

Dans notre contexte les obstacles liés à la non prise des méthodes contraceptives pourraient être entre autre le faible niveau d'instruction des femmes et de connaissance sur la santé sur la santé sexuelle et de la reproduction qui entraînent parfois le recours aux méthodes peu efficaces et même dangereuses à cela s'ajoute les coûts élevés et le temps consacrés à la contraception, la peur des effets secondaires, les idées fausses et le manque de soutien du partenaire.

CONCLUSION

A l'issu de notre étude nous avons remarqué que l'utilisation d'une méthode contraceptive est conditionnée à la connaissance des méthodes contraceptives. La majorité des participantes avait une bonne connaissance des méthodes contraceptives et leurs sources d'information étaient principalement les centres de santé et les médias. Le taux d'utilisation des méthodes était faible et les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives étaient les effets secondaires et la religion. Malgré les efforts consentis il reste beaucoup à faire auprès des femmes pour une meilleure compréhension de la sexualité et des méthodes contraceptives pour diminuer l'incidence des grossesses non désirées, des avortements clandestins et des IST- VIH/SIDA et de l'hépatites B.

RECOMMANDATIONS

Aux Autorités Politiques et Sanitaires

- Introduire l'éducation sexuelle au niveau de l'enseignement fondamental et secondaire.
- Créer et multiplier les centres agréés pour les jeunes au niveau national et au niveau régional et local afin de permettre aux adolescentes de les fréquenter régulièrement et facilement.
- Vulgariser l'accès aux méthodes contraceptives et les rendre disponibles pour tous.
- Promouvoir la scolarisation des filles

Aux adolescentes

- S'informer à partir de la puberté des différentes modifications physiologiques de l'organisme afin de comprendre le cycle menstruel, la sexualité, la contraception, etc.
- Discuter avec les enseignants et si possible avec les parents des problèmes de sexualité

Au personnel médical et para médical :

- Etre attentif et disponible envers les jeunes.
- Eduquer les jeunes sur la sexualité, ne pas les juger.
- Maîtriser les différentes méthodes contraceptives

Aux parents

- Discuter avec les jeunes pour lever les tabous sexuels, socioculturels et religieux.
- Discuter les questions relatives à la sexualité et aux IST/VIH avec les jeunes.

REFERENCES

1. Konaté A. Problématique de la planification familiale en commune IV du District de Bamako [Internet] [Thesis]. USTTB; 2021 [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5190>
2. M'baye R. Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques du comité de femmes utilisatrices des services du Centre Santé Communautaire de Doumanzana en matière de planification familiale. 2021 [cité 13 juill 2022]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4372>
3. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Meilleures pratiques de planification familiale : guide de recensement et de description [Internet]. [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258689>
4. Sy M. Utilisation des services de Planification Familiale dans l'aire de santé de la commune rurale de Farako du district sanitaire de Ségou du 1er janvier au 31 décembre 2018 [Internet] [Thesis]. USTTB; 2019 [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/3631>
5. World Health Organization. Planification familiale/Contraception [Internet]. 2020 [cité 14 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
6. Kantorová V, Wheldon MC, Ueffing P, Dasgupta ANZ. Estimating progress towards meeting women's contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *PLOS Med*. 18 févr 2020;17(2):e1003026.
7. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé- Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. . 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 : Rapport de synthèse. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SSDS- PF et ICF.
8. Ministère de la santé du Mali. Politique et normes des services de santé de la reproduction. [En ligne] <https://advancingpartners.org>. Consulté le 30 juillet 2020.
9. Tiphaine L. étude sur l'information détenue par les patientes leur permet-elle de gérer correctement ? [Thèse med] ; université de Nantes (Paris) : année 2013 ; n°45 102p.

10. Sidibé B. Etude sur les connaissances, attitudes, et pratique des étudiants résidents au campus de la FAST en matière de la planification familiale [thèse med]. FMOS de Bamako : année 2015 ; n°308 116p.
11. Accroissement de l'accès au service de planning familial dans les régions rurales du mali grâce à la distribution communautaire des produits contraceptifs par Karen R. Katz, n° spécial de 1999, PP, 4-10 et 25 consulter le 5 Décembre 2021.
12. Sogoba A. Etude sur la connaissance et la perception du planning familial dans le milieu universitaire : cas des étudiants de la FMOS, FAPH, FSEG, FSJP, [thèse med]. FMOS de Bamako : année 2014 ; n°344 64p.
13. PROSAD du Burkina Faso : programme santé-sexuelle et droit humains. Planification familiale au Burkina Faso [En ligne] [https:// www.health.bmz.de](https://www.health.bmz.de)> module-1 consulté le 25 aout 2020.
14. Banhero L. connaissances, attitudes et pratique de la contraception en milieu universitaire publique de la ville d'Ouagadougou (Burkina Faso). [Thèse med], Burkina Faso, année 2012, N°130, 131p.
15. Konaté A. Problématique de la planification familiale en commune IV du District de Bamako à propos de 109 cas. Faculté de médecine et d'odontostomatologie ; [Thèse de médecine]. Bamako ; 2021 ; N°366 ; 111p.
16. PROSAD du Burkina Faso : programme santé-sexuelle et droit humains. Les méthodes contraceptives au Burkina Faso [En ligne] [https:// www.health.bmz.de](https://www.health.bmz.de)> module-3 consulté le 31 aout 2020.
17. 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 5 Decembre 2021.
18. 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 Decembre 2021.
19. Bouaré Y B. Problématique de la planification familiale au centre de sante de référence de la commune i du district de Bamako à propos de 199 cas. Faculté

- de médecine et d'odontostomatologie ; [Thèse médecine] Bamako ; 2021 ; N°60 ; 108p.
20. Dembélé A. Connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relatives à la contraception en milieu scolaire dans la commune v du district de Bamako [Thèse méd]. FMOS Bamako 2018, N°77, 103p.
 21. Gayane D. endocrinologie du cycle menstruel-santé des femmes et style de vie. [En ligne]. <https://www.women.info.com,Endocrinologie>, consulté le 1 /2/2019.
 22. Chanou YS. 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 5 Décembre 2021.
 23. Garay E. évaluation des connaissances des patientes consultant dans le centre d'orthogénie d'Evreux sur les différentes méthodes contraceptives et leurs modes d'utilisation [thèse med]. Universités UFR de médecine pharmacie de Rouen : année 2012 ; 110p.
 24. Fortin CA, Guilbert E. Consensus canadien sur la contraception. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*2004. 26(4):389-436.[https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)30364-4](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)30364-4).
 25. Blanchard A, Mckaig C. DIU : option contraceptive pendant le post partum et le post abortum [En ligne] <https://www.toolkits knowledgesucces. org >..>consulté le 2 janvier 2020.
 26. Chanou Y. logique d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes : le cas de la FMOS et de la faculté des sciences et de la santé au Benin [Thèse med]. FMOS de Bamako : année 2014, n°77 105p.
 27. Sangaré P. 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 5 Décembre 2021.
 28. Sinayoko T. 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 Décembre 2021.

29. Fourn N, Aguemon B, Kabibou S, Hounkponou F, Lafia I, Fourn L. Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception d'urgence chez les étudiantes à l'Université de Parakou (Bénin). *Santé Publique*. 2014;26(4):541-6.
30. Becouarn C, Szmil E, Leroux C, Arnaud. Cure chirurgicale des éventrations postopératoires par implantation intra-péritonéale d'un treillis de Dacron. *J Chir* 1996 ; 133-5 : 229-32.
31. Crawford EE, Atchison CJ, Ajayi YP, Doyle AM. Modern contraceptive use among unmarried girls aged 15–19 years in South Western Nigeria: results from a cross-sectional baseline survey for the Adolescent 360 (A360) impact evaluation. *Reprod Health* [Internet]. 2021 [cité 14 juill 2022];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7789376/>
32. Sulayman SS Jammeh , Chieh-Yu Liu , Su-Fen Cheng , et Jane Lee-Hsieh . Étude communautaire sur les connaissances, l'attitude et la pratique des couples mariés en matière de planification familiale en Gambie rurale et urbaine. *Afr Health Sci*. 2014 juin ; 14(2): 273–280. [PubMed] [Google Scholar] doi : 10.4314/ahs.v14i2.1.
33. Enquête démographique de la santé (EDS-VI) 2018 [Internet]. [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR261/SR261.pdf>
34. Abourrig A. Les éventrations postopératoires au CHU Mohamed VI Marrakech (A propos de 103 cas). *Universite Cadi Ayyad*. 2009, N°98 : 107p.
35. Paul Bukuluki , Peter Kisaakye , Maxime Houinato , Adekemi Ndieli , Evelyn Letiyo , et Dan Bazira . Normes sociales, attitudes et accès à la contraception moderne pour les adolescentes dans six districts en Ouganda. *BMC Health Serv Res*. 2021 ; 21 : 1040. [PubMed] [Google Scholar]. doi : 10.1186/s12913-021-07060-5.
36. Sangaré O, Soumaré S, Cissé MA. Prothèse de Mersilène en chirurgie abdominale au Mali. *Med d'Afr Noire* 1991; 38(2) :142-144.
37. Yuan He , # 1, 2 Ning Zhang , # 1 Jue Wang , 1 Na He , 2 Yan Du , 3 Jing-Xin Ding , 1 Ying Zhang , 1 Xiao-Tian Li , 4 Jian Huang , 1 et Ke-Qin Hua 1. Évaluation de deux modèles d'intervention sur les attitudes et les comportements contraceptifs chez les femmes nullipares à Shanghai, en Chine : un essai contrôlé randomisé en grappes. *Reprod Santé*. 2017 ; 14 : 73. [PubMed] [Google Scholar]. doi : 10.1186/s12978-017-0331-4.

38. Beekle AT, Mccabe C. Awareness and determinants of family planning practice in Jimma, Ethiopia. *International Nursing Review*. 2006;53(4):269–276. [PubMed] [Google Scholar].
39. Duze M, Mohammed I. Male knowledge, attitudes, and family planning practices in northern Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*. 2006;10(3):53–65. [PubMed] [Google Scholar].
40. Méloux A, Escapoulade L, Riou S, Palot J, Renard Y, Hettler D, et al. Etat des lieux sur l'utilisation des prothèses biologiques Stratrice® depuis leur référencement sur le chu dans le traitement des cas complexes d'événements. 2015;1.
41. Tajure N. Knowledge, attitude and practice of emergency contraception among graduating female students of Jimma University, Southwest Ethiopia Ethiop. *J Health Sci*. 2010;20(3). [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
42. Yode M, LeGrand T. Association Between Family Environment and Sexual Behaviour of Adolescents in Burkina Faso. *Advances in Reproductive Sciences*. 2014;2:33–45. [Google Scholar].
43. Stephenson R, Baschieri A, Clements S, Hennink M, Madise N. Contextual Influences on Modern Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa. *Am J Public Health*. 2007;97:1233-40. 10.2105/AJPH.2005.071522 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
44. Traoré C A. Aspects épidémiologiques, cliniques et anatomo-pathologie des cancers de l'estomac. Thèse de doctorat en Médecine 2019, USTT-B 19-M-424; 99.
45. Traoré T, Sylla C, Sidibé K, Traoré B, Guido S, Coulbaly A, et al. Contraception : Connaissances et Attitudes Pratiques en Milieu Scolaire dans la Commune Urbaine de Ségou. *Health Sci. Dis: Vol 21 (11) November 2020*. p 101-105.
46. Sneha Challa, Abubakar Manu, Emmanuel Morhe, Vanessa K Dalton, Dana Loll, Jessica Dozier, et al. Multiple levels of social influence on adolescent sexual and reproductive health decision-making and behaviors in Ghana. *Women Health*. 2018;58(4):434–450. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar].

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : DEMBELE

PRENOM : MOUSSA AMADOU

Tel : 77434489

TITRE DE LA THESE : connaissances, attitudes et pratiques des filles et jeunes femmes de l'aire de sante de KOULOUBA CSCOM en matière de contraception.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2014-2015

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de Pharmacie du Mali

SECTEUR D'INTERET : Sante publique et éthique médicale.

RESUME :

En somme notre étude transversale prospective qui a concerné 300 jeunes de la tranche d'âge 14 -26 ans dont l'objectif principal était d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de planification familiale.

Nous avons trouvé que la majorité des jeunes étaient sexuellement actif à partir de 14ans avec 51,48%.

Nombreuse d'entre elles connaissent l'existence de la planification familiale et surtout le but de la planification familiale (espacement des naissances 85,63% ; santé de la mère et santé de l'enfant 34,32%).

Parmi celles qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, la préférence était les autres méthodes (les Norplant, pilule).

Nous avons aussi constaté que les jeunes aimaient fréquenter les centres de santé car leur source d'approvisionnement est l'ASACO avec 67,65%

MOTS CLES : Connaissances, Attitudes, Pratiques, des filles et jeunes femmes de l'aire de santé de Koulouba CSCOM en matière de contraception.

SUMMARY :

The main objective of our prospective cross-sectional study, which involved 300 young people in the 14-26 age group, was to study young people's knowledge, attitudes and practices with regard to family planning.

We found that the majority of young people were sexually active from the age of 14 (51.48%).

Many of them were aware of the existence of family planning and, above all, its purpose (birth spacing 85.63%; maternal and child health 34.32%).

Among those who had already used a contraceptive method, the preference was for other methods (Norplant, pill).

We also found that young people liked to go to health centres because their source of supply was the ASACO, with 67.65% of them using the pill.

KEYWORDS : Knowledge, attitudes, practices of girls and young women in the Koulouba CSCom health area with regard to contraception.

FICHE D'ENQUETES

I. Renseignements Généraux

Q-1-choix du site d'étude

1-point g

2-koulouba

3-sogonafing

Q-2population d'étude

1-fille

2-femme

Q-3-quel est votre date de naissance /jjj/mmm/aaaa/

Q-4-quel âge avez-vous actuellement ? / /

Q-5-Quel est votre ethnie ? / /

1Bambara

2peulh

3soninké

4malinké

5Dogon

6Bwa

7Autre

Q-6-Quelle est votre religion ? / /

1Islam

2christianisme

3Animisme

4 Autre

Q7-Niveau de scolarisation. / /

1primaire

2secondaire

3superieur

4analphabete

Q-8-Statut matrimoniale / /

1celibataire

2fiancee

3mariee

4autre

Q-9-Regime matrimonial / /

1polygamie

2monogamie

Q-10 L'éducation sexuelle donne des informations sur la puberté, sur les organes sexuels, sur les appareils reproducteurs et sur les relations entre garçons et filles.

1oui

2non

3ne sait pas

II. Connaissance et pratique de la planification familiale

Q-11 Avez-vous déjà eu une naissance ?

1OUI

2NON

SI NON allez à la question Q14

Q-12 A quel âge aviez-vous eu votre premier enfant ? / /

Q-13 Combien de naissance avez-vous eu durant votre vie ? / /

Q-14 Avez-vous déjà discute avec votre partenaire du nombre d'enfants que vous devriez avoir ?

1OUI

2NON

Q-15 D'après vous quel est le meilleur intervalle en mois ou en année entre la naissance d'un enfant et la naissance de l'enfant suivant ?

1 An

2 1,5ans

3 2ans

4 2,5ans

5 3ans

6 plus de 3ans

7 pas de réponse

8 Ne sait pas

9 Selon la volonté de Dieu

Q-16 Avez-vous déjà entendu parler de planning familial ?

1 Oui

2Non

Q-17 Si vous répondez oui, que signifie le planning familial ? / /

1 Espacement des naissances

2limitation des naissances

3sante de la mère

4sante de l'enfant

5 avantages économiques

6 harmonies du couple

7 ne sait pas

8 autres à préciser

Q-18quel est votre avis sur l'introduction de la planification familiale ? / /

1 favorable

2 défavorable

Q-19 Avez-vous déjà attendu parler de la contraception ?

1 Oui

2 Non

Q-20 connaissez-vous les différentes méthodes de contraception ? Si oui lesquelles

/ /

1 Oui

2 Non

Q-21 Si oui lesquelles

1 pilule

2 préservatifs

3 dispositifs intra utérin

4 injectable

5 norplant

6 spermicides

7 allaitements maternels exclusifs

Q-22 Avez-vous déjà utilisé des méthodes contraceptives ? / /

1 Oui

2 Non

Q-23 Si oui lesquelles ?

1 Pilule

2 Préservatif

3 dispositifs intra utérin

4 injectable

5 spermicides

6 Norplant

7 allaitements maternels exclusifs

8 autres à préciser

Q-24 Quelle est votre méthode préférée ? / /

Q-25 Quelle est la raison de cette préférence ? / /

Q-26 Etes-vous sous contraception actuellement ?

1 Oui

2 Non

Q-27 Si oui laquelle ?

1 Pilule

2 préservatifs

3 dispositifs intra utérin

4 injectable

5 spermicide

6 Norplant

7 allaitements maternels exclusifs

8 autres à préciser

Q-28 Quels sont les motifs de non utilisation des contraceptifs ?

1 Les effets secondaires

2 la religion

3 la coutume

Q-29 Avez-vous l'intention d'utiliser dans l'avenir une méthode pour retarder une grossesse ou pour éviter de tomber enceinte ? / /

1 Oui

2 Non

Q-30 Quelles sont les sources d'approvisionnement des produits contraceptifs ? / /

1 Centre de sante

2 Pharmacie

3 Boutique

4 Autres à préciser

Q-31 Etes-vous enceintes actuellement ?

1 Oui

2 Non

3 Ne sait pas

Q-32 Si oui la grossesse était-elle désirée ? / /

Q-33 À quel âge doit-on arrêter d'allaiter un enfant ? / /

Q-34 Avez-vous déjà fréquenté un service de planning familial ?

1 Oui

2 Non

Q-35 Quelle est la durée de l'allaitement maternel / /

Q-36 Pratiquez-vous l'abstinence sexuelle du post partum ?

1 Oui

2 Non

Q-37 Quel est selon vous la durée l'abstinence sexuelle du post partum ? / /

Q-38 Quel est selon vous la taille du ménage idéal. / /

Q-39 La planification familiale est stigmatisée ?

1 Les femmes qui utilisent la PL ont plusieurs partenaires

2 Les hommes qui ont des femmes qui utilisent la PL manquent d'autorité

3 C'est honteux d'être associé avec une femme qui est connue comme utilisatrice de planification familiale

Q-40 La planification familiale n'est-elle stigmatisée ?

1 Dans ce quartier, il est acceptable de parler en publique de la planification familiale

2 Il est convenable pour les époux de parler d'espacement des naissances et les méthodes de PF

3 On doit défendre une personne qui se fait taquiner ou critiquer pour l'utilisation de planification

Q-41 Perception de l'approbation de la famille et de l'entourage

1 Si les gens découvrent que vous utilisez la PF, serez-vous taquiné ou critiquer par rapport à cela ?

2 Si on découvre que vous utilisez la PF, vous serez exclu par les membres de la communauté ?

3 Si votre mari ou votre copain découvre que vous utilisez la PF, pensez-vous qu'il va vous battre ?

Q-42 Perception de la communication au sein du couple

1-homme décide

2-femme décide

3-couple décide

Q- 43 Quelle est votre source d'information sur la planification familiale ?

1-Centre de santé

2-Conjoints/partenaires

3-Médias/conférence

4-Parents

5-Ecole

99-Autres

Q- 44 Connaissez-vous les risques liés à l'avortement ?

1-oui

Citez-les

2-non

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

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

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

Je le jure

