

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de  
la Recherche Scientifique

\*\*\*\*\*



**U.S.T.T-B**

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**FMOS**

Année universitaire 2021 -2022

**THEME**

REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

**Un Peuple-Un But-Une Foi**



Thèse N° :..... /

**Connaissances, Attitudes et pratiques des étudiantes sur  
la contraception à la faculté de Médecine et  
d'Odontostomatologie, à la Faculté des Sciences et des  
Technologies de Bamako et à l'Université des lettres et  
des sciences humaines de Bamako**

Présenté et Soutenu publiquement le 12 Octobre 2023 devant le jury de la Faculté de  
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

**M. Dramane BALLO**

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

**JURY**

**Président** : Pr Drissa TRAORÉ

**Membres** : Pr Mamadou SIMA

**Co-Directeur** : Pr Mamadou S TRAORÉ

**Directeur** : Pr Tioukani Augustin THERA

# **LISTE DES ENSEIGNANTS**

**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 – 2023**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : Mr Seydou DOUMBIA - PROFESSEUR  
VICE-DOYEN : Mme Mariam SYLLA - PROFESSEUR  
SECRETAIRE PRINCIPAL : Mr Monzon TRAORE - MAITRE DE CONFERENCES  
AGENT COMPTABLE : Mr Yaya CISSE - INSPECTEUR DU TRESOR



**LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE**

1. Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
2. Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
3. Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
4. Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie
5. Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
6. Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
7. Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
8. Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
9. Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
10. Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
11. Mr Issa TRAORE	Radiologie
12. Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
13. Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
14. Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
15. Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
16. Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
17. Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
18. Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
19. Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
20. Mr Amadou DOLO	Gynéco- Obstétrique
21. Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
22. Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
23. Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
24. Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
25. Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
26. Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
27. Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
28. Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
29. Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
30. Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
31. Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
32. Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
33. Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
34. Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
35. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
36. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
37. Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
38. Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
39. Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
40. Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
41. Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
42. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabetologie
43. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
44. Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynéco- Obstétrique
45. Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
46. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
47. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
48. Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

49. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
50. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
51. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
52. Mr Mamadou SOUNCALO TRAORE	Santé Publique
53. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
54. Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
55. Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
56. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
57. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
58. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
59. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
60. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
61. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
62. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
63. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
64. Mr Aly TEMBELY	Urologie
65. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie/Traumatologie
66. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
67. Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
68. Mr Bah KEITA	Pneumo-Physiologie
69. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
70. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et Chirurgie cervico-faciale
71. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
72. Mr Samba DIOP	Anthropologie de la Santé
73. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
74. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
75. Mme Fatimata KONANDJI	Ophthalmologie
76. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation



## LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

### D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

#### 1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2. Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
3. Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
4. Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
5. Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Adegne TOGO	Chirurgie Générale <b>Chef de DER</b>
7. Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
8. Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
9. Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
10. Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
11. Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
12. Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
13. Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
14. Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
15. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
16. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
17. Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
18. Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
19. Mr Japhet Pobanou THERA	Ophthalmologie
20. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
21. Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
22. Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
23. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
24. Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
25. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale

## 2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
2. Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
3. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
4. Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
5. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
6. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
7. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
8. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
9. Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
10. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
11. Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
12. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
13. Mme Fatoumata SYLLA	Ophthalmologie
14. Mr Tioukany THERA	Gynécologie
15. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
16. Mr Adama I GUINDO	Ophthalmologie
17. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophthalmologie
18. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
19. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
20. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
21. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
22. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
23. Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
24. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
25. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
26. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
27. Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
28. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
29. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
30. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
31. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
32. Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
33. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
34. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
35. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
36. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
37. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
38. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
39. Mr Abdoulaye NAPO	Ophthalmologie
40. Mr Nouhoum GUIROU	Ophthalmologie
41. Mr Bougadari Coulibaly	Prothèse Scellée
42. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
43. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
44. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
45. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
46. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
47. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
48. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
49. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
50. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
51. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
52. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
53. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
54. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
55. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
56. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
57. Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie



## 3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
2. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
3. Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4. Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
5. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
6. Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
7. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
8. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
9. Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
10. Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
11. Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
12. Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
13. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
14. Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
15. Mr Alhousseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
16. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
17. Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie

#### 4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme Lydia B. SITA	Stomatologie
----------------------	--------------

#### D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

##### 1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
2. Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
3. Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie
4. Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
5. Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
6. Mr Bakary MAIGA	Immunologie
7. Mme Safiatou NIARE	Parasitologie – Mycologie

##### 2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Karim TRAORE	Parasitologie – Mycologie
2. Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie – Mycologie
3. Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
4. Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie
5. Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
6. Mme Aminata MAIGA	Bactériologie Virologie
7. Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
8. Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
10. Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
11. Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
12. Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
13. Mr Sanoukho COULIBALY	Toxicologie
14. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
15. Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique

##### 3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
2. Mr Bamodji SIMAGA	Physiologie
3. Mme Mariam TRAORE	Pharmacologie
4. Mr Saïdou BALAM	Immunologie
5. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie



6. Mr Modibo SANGARE Biomédicale	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche
7. Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
8. Mr Adama DAO	Entomologie médicale
9. Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
10. Mr Cheick Amadou COULIBALY	Entomologie
11. Mr Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
12. Mr Abdallah Amadou DIALLO	Entomologie, Parasitologie
13. Mr Sidy BANE	Immunologie
14. Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie



#### 4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
2. Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3. Mr Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire

### D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

#### 1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Soukalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
3. Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
4. Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
5. Mr Moussa T. DIARRA	Hépto Gastro-Entérologie
6. Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
7. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
8. Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phthisiologie Chef de DER
9. Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
10. Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
11. Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
12. Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
14. Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
15. Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
2. Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
3. Mr Djibril SY	Médecine Interne
4. Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
5. Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
6. Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
7. Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8. Mr Massama KONATE	Cardiologie
9. Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
10. Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
11. Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
12. Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
13. Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
14. Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
15. Mme Mariam SAKO	Cardiologie
16. Mr Anselme KONATE	Hépto Gastro-Entérologie
17. Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-Entérologie
18. Mme Hourouma SOW	Hépto-Gastro-Entérologie
19. Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépto-Gastro-Entérologie
20. Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
21. Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
22. Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
23. Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales

24. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25. Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
26. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
27. Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
28. Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
29. Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
30. Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
31. Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
32. Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
33. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
34. Mr Seybou HASSANE	Neurologie
35. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
36. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
37. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
38. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
39. Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
40. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
41. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
42. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
43. Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
44. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
45. Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
46. Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
47. Mr Seydou SY	Néphrologie



### 3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
4. Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
5. Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
6. Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
7. Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
8. Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
9. Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
10. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
11. Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
12. Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
14. Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
15. Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
16. Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
17. Mme Siritio BERTHE	Dermatologie
18. Mme N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
19. Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
20. Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
21. Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
22. Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

### 4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
2. Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3. Mr DiakaliaSiaka BERTHE	Hématologie

### D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

#### 1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2. Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.
3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale



## 2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
2. Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
3. Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
4. Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
5. Mr Oumar THIÉRO	Biostatistique/Bioinformatique

## 3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Ousmane LY	Santé Publique
2. Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
3. Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4. Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
5. Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
6. Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
7. Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
8. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
9. Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
10. Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé

## 4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2. Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3. Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
4. Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
5. Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6. Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
7. Mr Ilo DICKO	Santé Publique
8. Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
9. Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie

## CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

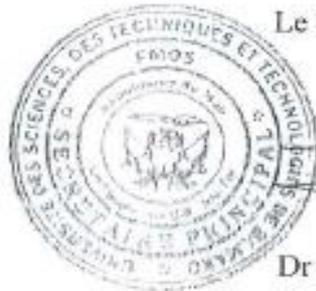
1. Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
2. Mr Amsalla NIANG	Odonto Préventive et Sociale
3. Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie
4. Mr Issa COULIBALY	Gestion
5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
6. Mr Brahim DICKO	Médecine Légale
7. Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
8. Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
9. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
10. Mr Ibrahim NIÉNTAO	Endocrinologie
11. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
12. Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
13. Mr Benoît Y KOUMARE	Chimie Générale
14. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
15. Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
16. Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
17. Mr Mamadou WELE	Biochimie
18. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
19. Mr Tietie BISSAN	Biochimie
20. Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
21. Mr Babou BAH	Anatomie
22. Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
23. Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
24. Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
25. Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
26. Mr Madani LY	Oncologie
27. Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie

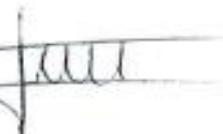
28. Mr Nicolas GUINDO	Anglais
29. Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
30. Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
31. Mr Blaise DACKOUCO	Chimie organique
32. Mr Madani MARICO	Chimie générale
33. Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
34. Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
35. Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et
Odontologie légale	
36. Mr Abdrahamane A. N. Cisse	ODF
37. Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC
38. Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
39. Mr Morodian DIALLO	Physique
40. Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
41. Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie

### ENSEIGNANTS EN MISSION

Bamako, le / 05 / 05 / 2023

Le Secrétaire Principal



  
Dr Monzon TRAORE

# **DEDICACES & REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES**

Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, je rends grâce à Allah.

Je dédie ce travail à ...

- Allah, le Tout Puissant, le Clément, le Miséricordieux, par ta Bonté et ta Grâce, il m'a été possible de mener à terme ce travail. Fasse que je me souviens de ta Miséricorde en toute circonstance, à chaque instant de ma vie, cette vie éphémère comparée à celle que tu promets à ceux qui suivent Ton Chemin à travers le Prophète Mohamed (Paix et Salut sur lui).

**Je dédie ce modeste travail à :**

**- mon père Bandiougou BALLO :**

Vous avez été pour moi un père exemplaire, vous qui m'avez initié à l'école, je suis fier d'être ton fils et je ferai tout ce qui est à mon pouvoir pour que tu puisses être fier de moi.

**- ma mère Sama TRAORE :**

Femme courageuse, brave, croyante et généreuse, tu as su bien prendre soin de nous tes enfants. Ce travail est le fruit de tous tes sacrifices que tu as fait pour moi. Grâce à toi, j'ai appris de l'honneur, la dignité, la tolérance, la rigueur, le respect de soi et des autres, ton soutien moral ; affectif et matériel ne m'ont jamais fait défaut. Ton principal souci a toujours été la réussite et le bonheur de tes enfants pour lesquels tu as consenti des sacrifices incommensurables. Je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils. Ce travail est le couronnement de tes efforts.

**- ma grand-mère feu Youara DAMBA :**

Tu m'as tellement comblé d'affection et d'amour, les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance, paix à ton âme, que le bon Dieu t'accepte dans son paradis. Amen !!!

**- mon frère Salif FANE :**

Aucune parole ne peut être dite à sa juste valeur pour exprimer mon amour et mon attachement à toi, tu as toujours été un homme pour qui j'ai de l'admiration dans toute sa splendeur, car depuis mon enfance je n'ai vu que droiture, humanisme, sérieux et bonté en toi.

Tu m'as toujours soutenu et motivé lorsque j'étais désespéré et accablé, saches que je suis très fier de toi. Merci pour tout, ce travail est le tien. Puisse Dieu te donner une longue vie. Amen !!!

**- Mon épouse Djita KEÏTA :**

Toi qui m'accompagne jour et nuit dans mes moments de joie et de galère. Les mots me manquent pour vous remercier. Ce travail est aussi le tien.

## **REMERCIEMENTS :**

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé à la réalisation de ce travail, trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

### **- A mon frère Fadio BALLO :**

Vous avez été pour moi un frère exemplaire, vos conseils ont beaucoup guidé mes pas, votre honnêteté et votre courage ont également fait de moi un homme courageux, je vous remercie pour votre fraternité, que Dieu te donne longue vie. Amen !!!

### **- A mes cousins : Makan TRAORE, Modibo BALLO, Bekaye BALLO, Mamadou BALLO, Baba BALLO, Marakaké BALLO...**

Sachant que l'union est la plus grande richesse d'une famille, vous vous êtes toujours battus corps et âme pour qu'on soit une famille unie malgré la distance. Cette thèse est aussi la vôtre. Je vous aime tous et sachez que chacun de vous occupe une place particulière dans mon cœur.

Puisse le tout puissant vous accorde toujours la paix et la cohésion au sein de cette belle famille.

### **- A mes tontons et tantes :**

J'ai toujours bénéficié de vos conseils qui m'ont permis d'avancer, vos soutiens et aides m'ont été très précieux. J'espère que vous trouverez satisfaction pour tous vos efforts à travers ce travail. Que le bon Dieu vous paie pour votre générosité. Amen !!!

### **- A toute la League Islamique des Elèves et Etudiants du Mali :**

Vous êtes si nombreux que je ne peux vous citer individuellement. Vous avez été une famille pour moi, nous nous sommes connus pour la cause d'Allah, puis-t-il vous récompenser par le bien. Amen !!!

- **A mes amis :**

Pour n'oublier personne, merci à tous. Merci pour votre amitié, votre disponibilité et vos avis. J'ai le cœur rempli d'espoir pour nous tous... Restons toujours solidaires.

- **A mon groupe d'étude :**

Siratigui FOFANA, Sory COULIBALY, Koting COULIBALY, Souleymane COULIBALY, Moussa SACKO, Bakary SACKO... vous êtes tout simplement formidables, merci pour tous ces bons moments et votre soutien a été sans faille durant ces années. Je vous souhaite à tous un bel avenir mes chers collègues.

- **A mes maîtres du primaire :**

Tiéti COULIBALY, Moriba COULIBALY... je remercie tous les enseignants du primaire qui ont su m'apporter un goût certain pour les études.

- **A mes enseignants du secondaire :**

Je remercie tous les enseignants du lycée Sankoré pour la qualité de leurs enseignements.

- **A mon logeur à Bamako : Massa BALLO :**

Merci pour le soutien apporté, merci de m'avoir logé dans votre famille malgré mes caprices pour que je puisse étudier dans des bonnes conditions. Je vous remercie, que le bon Dieu vous récompense.

- **A mon logeur à Madina SACKO : Cheické FANE : Niveau second cycle**

Votre famille a été ma 2<sup>ème</sup> famille, c'est chez vous que j'ai appris le sens de l'humanité. Tu as été un pivot pour la réussite de mes études. Je vous remercie infiniment. Que Dieu vous récompense.

- **A Maman FANE : la femme de mon logeur à Madina SACKO :**

Je vous remercie pour votre disponibilité. Grâce à vous mes yeux n'ont pas été inondés de larme et je n'ai pas été pensif comme un oiseau perdu. Les mots me manquent pour vous remercier. Je prie Dieu pour être un soutien de taille pour vous durant tout le reste de ma vie. Que Dieu vous récompense !!!

- **A monsieur Hamidou DIARRA :**

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre amabilité et surtout votre simplicité, votre maîtrise parfaite de l'informatique m'a beaucoup impressionné et je vous suis extrêmement reconnaissant.

- **Au personnel du CSCom de Fadjiguila :**

Votre collaboration a fait de moi une personne joyeuse. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée durant ces longues années de collaboration. Les mots me manquent pour vous exprimer ma reconnaissance et ma gratitude.

- **A La faculté de Médecine :**

Je salue tout le personnel enseignant et les autres personnels de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie pour l'enseignement réussi. Vous êtes pour les étudiants une lumière. Que Dieu vous récompense.

- **A mes encadreurs du CHU Point G :**

Prof THERA Tioukani ; Prof TRAORE Mamadou ; Prof SIMA Mamadou ; Prof COULIBALY Ahmadou ; Prof KANTE Ibrahim ; Dr Konimba KONE ; Dr Drissa DIARRA ; Feu Dr Ibrahim ONGOÏBA.

Merci pour tout ce que vous nous avez appris dans le domaine de la gynécologie obstétrique et même en dehors de cela.

Nous sommes fiers d'être vos élèves et nous garderons précieusement tous vos enseignements.

Merci pour tout, je vous dois beaucoup et je ne l'oublierai pas.

- **A tous les D.E.S de la gynécologie-obstétrique :**

Mes sincères remerciements pour vos accompagnement et attachement fraternel.

- **A mes camarades internes :**

Dr Kalifa DIARRA, Dr Amadou DIALLO, Dr Mariam SANGARE, Dr Sokona SIDIBE, Dr Afissatou AKPA, Dr Fatoumata SAMASSI, Dr Youssouf DIAKITE, Dr Paul GUINDO, Dr Binafou NIMAGA, Dr Cheick B DIARRA, Dr Soumaïla BAGAYOKO, Dr Alhassane DIABATE, Dr Drissa Kamaguilé, Dr Mariama TOURE, Dr Oumou KEÏTA, Dr Bablé BAH, Dr Moriba SAMAKE, Dr Moussa CAMARA, Dr Mahamane MAÏGA, Dr Nassira SIDIBE, Kougo DIABATE, Dr Mariama BAKO, Dr Zakaria KANTE, Alpha KAYA, Rokia SIMPARA, Hamidou DIARRA.

Un grand merci pour tous les bons moments passés ensemble, mes stages se sont passés dans une ambiance chaleureuse avec entraide et complicité.

- **Aux sages-femmes et infirmières de la gynécologie obstétrique du CHU Point G :**

Je remercie l'ensemble des sages-femmes et infirmières. J'ai énormément appris à vos côtés. Merci pour tous les bons moments de partages et pour tous les fous rires que j'ai eus avec vous. Je ne vous oublierai point.

- A la cité OUA
- A tous ceux que j'ai croisé à un moment de mon parcours et que j'ai oublié de citer.
- Et à tous ceux qui ont contribué un jour à ma formation de Médecin, j'espère être à la hauteur de vos espérances en moi.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

## **HOMMAGES**

### **A notre maître et Président du jury**

#### **Professeur Drissa TRAORE**

- Maître de conférences agrégé de chirurgie générale à la FMOS
- DIU européen en chirurgie oncologique
- Membre de l'association française de chirurgie
- Secrétaire général de la société de chirurgie du Mali
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone
- Master en pédagogie
- Praticien hospitalier du CHU Point G
- Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie (DFMSA) en chirurgie générale
- Master en science de la santé

#### **Honorable maître,**

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme président du jury malgré vos multiples importantes occupations.

Vos connaissances scientifiques, votre rigueur, votre simplicité et votre qualité d'homme et de foi religieuse font de vous, un maître admiré et un chef respecté de tous.

Nous vous remercions de votre participation à l'encadrement de ce travail et à nos enseignements.

Veillez accepter ici, cher maître nos sincères remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.

## **A notre maître et membre du jury**

### **Professeur Mamadou SIMA**

- Maître de conférences à la FMOS
- Gynécologue obstétricien au CHU Point G
- Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire du Point G

### **Honorable Maître,**

Vous avez accepté de participer à ce jury et vous m'avez soutenu, orienté et conseillé quant à l'élaboration de ce document. Merci cher maître pour tout ce que vous faites pour la formation des internes de votre service. Cher maître nous vous offrons notre reconnaissance et notre respect.

## **A notre Directeur de thèse**

Professeur Tioukani Augustin THERA

- Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU Point G
- Maître de conférences agrégé de gynécologie obstétrique
- Ancien faisant fonction d'interne des hôpitaux de Lyon (France)
- Titulaire d'un Diplôme d'étude universitaire en thérapeutique de la stérilité-université Paris IX (France)
- Titulaire d'un diplôme européen d'endoscopie opératoire en gynécologie : université d'auvergne, Clermont Ferrant (France)
- Titulaire d'un diplôme interuniversitaire d'échographie gynécologique et obstétricale : université Paris Descartes
- Membre des sociétés africaine et française de gynécologie obstétrique
- Président de la commission médicale au CHU Point G

### **Honorable maître,**

Vous nous accueilli spontanément dans votre service dont nous garderons un excellent souvenir. Vous êtes un pédagogue émérite. Votre assiduité, votre constante disponibilité, votre modestie, votre courtoisie et votre désir ardent à parfaire la fonction des étudiants font de vous le maître que nous admirons.

C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. En espérant que cet humble travail saura combler votre attente, veuillez recevoir, cher maître, l'expression de notre infini gratitude. Qu'Allah vous garde longtemps auprès de nous.

## **A notre maître et co-directeur**

Professeur Mamadou Salia TRAORE

- Directeur général adjoint à l'hôpital Gabriel TOURE
- Maître de recherche
- Secrétaire général de la société malienne de gynécologie
- Titulaire d'un DFMSA à l'université Paris Descartes
- Titulaire des cours de gynécologie obstétrique à l'INFSS

### **Honorable maître,**

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de porter un écart critique sur ce travail nous a profondément touché. Cher maître vous m'avez conseillé quant à l'élaboration et à la rédaction de cette thèse. Merci cher maître pour tout ce que vous avez fait dans la formation des internes de service de gynécologie obstétricale du CHU Point G. Qu'Allah vous protège et vous offre une longue vie.

# **SIGLES & ABREVIATIONS**

## Sigles et abréviations

<b>%</b>	: Pourcentage
<b>O.M.S</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>CU</b>	: Contraception d'Urgence
<b>EDS</b>	: Enquête Démographique et de Santé
<b>FMOS</b>	: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
<b>FAST</b>	: Faculté des Sciences et des Technologies de Bamako
<b>ULSB</b>	: Université des Lettres et des Sciences humaines de Bamako
<b>IP</b>	: Indice de Pearl
<b>L H</b>	: Hormone Lutéinique
<b>FSH</b>	: Hormone de Stimulation des Follicules
<b>DIU</b>	: Dispositif Intra-Utérin
<b>IST</b>	: Infection Sexuellement Transmissible
<b>SIDA</b>	: Syndrome de Immunodépression Acquis
<b>VIH</b>	: Virus de l' Immunodépression Humaine
<b>COC</b>	: Contraceptifs Oraux Combinés
<b>COP</b>	: Contraceptifs Oraux à Progestatif seul
<b>EE</b>	: Ethinyl Estradiol
<b>PCU</b>	: Pilules Contraceptives d'Urgence
<b>AMplp</b>	: Acétate de Metroxyprogesterome à libération prolongée
<b>DMPA</b>	: Acétate de Metroxyprogesterome
<b>NET-EN</b>	: Enanthate de Noréthisterone
<b>HTA</b>	: Hypertension artérielle
<b>IMC</b>	: Indice de masse corporelle
<b>CEM</b>	: Critère d'éligibilité médicale
<b>Inf</b>	: Inférieur
<b>ATCD</b>	: Antécédent
<b>PF</b>	: Planning familial

<b>ISF</b>	: Instruction sur la fécondité
<b>MAMA</b>	: Méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée
<b>GND</b>	: Grossesse non-désirée
<b>RAS</b>	: Rien à signaler
<b>AVC</b>	: Accident vasculaire cérébral
<b>CSRef</b>	: Centre de santé de référence
<b>CSCom</b>	: Centre de santé communautaire
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalier Universitaire
<b>CIC</b>	: Contraceptif Injectable Combiné
<b>CIP</b>	: Contraceptif Injectable à Progestatif seul
<b>IM</b>	: Intra musculaire
<b>SC</b>	: Sous-Cutané
<b>LNG</b>	: Levonorgestrel
<b>JHB</b>	: Johns Hopkins Bloomberg
<b>USAID</b>	: Agence des Etats-Unis pour le Développement International
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>GEU</b>	: Grossesse Extra-Utérine

# LISTE DES TABLEAUX

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Critères d'éligibilité médicale de l'OMS des contraceptifs [30]. .....	31
Tableau II: Quelques indications et contre-indications des contraceptifs hormonaux [30]. .....	32
Tableau III : Répartition des étudiantes selon les établissements. ....	54
Tableau IV : Répartition des étudiantes selon la classe. ....	54
Tableau V : Répartition des étudiantes selon l'ethnie.....	56
Tableau VI : Répartition des étudiantes selon la définition de la contraception.	59
Tableau VII : Répartition des étudiantes selon les méthodes contraceptives déjà entendu parler. ....	60
Tableau VIII : Répartition des étudiantes selon les types de contraceptifs d'urgence déjà entendu parler. ....	62
Tableau IX : Répartition des étudiantes selon les avantages des contraceptifs. .	62
Tableau X : Répartition des étudiantes selon les inconvénients des contraceptifs. ....	63
Tableau XI : Répartition des étudiantes selon les motifs de contraception. ....	64
Tableau XII : Répartition des étudiantes pour les motifs de non utilisation de la contraception. ....	64
Tableau XIII : Répartition des étudiantes selon source d'approvisionnement des contraceptifs. ....	65
Tableau XIV : Répartition des étudiantes utilisatrices d'une méthode contraceptive selon leur préférence.....	66
Tableau XV : Répartition des étudiantes selon la méthode utilisée contre VIH.	66
Tableau XVI : Répartition des étudiantes selon l'appréciation de la contraception. ....	67
Tableau XVII : Répartition des étudiantes selon la source d'information sur la contraception. ....	67

Tableau XVIII : Répartition des étudiantes selon les raisons de la pratique de sexualité.....	68
Tableau XIX : Répartition des étudiantes selon la pratique régulière de rapport sexuel.....	69
Tableau XX : Répartition des étudiantes selon la protection pendant les pratiques de la sexualité.....	69
Tableau XXI : Répartition des étudiantes selon les circonstances d'utilisation de CU.....	70
Tableau XXII : Répartition des étudiantes selon le type de grossesse .....	72
Tableau XXIII : Répartition des étudiantes selon la perception du conjoint à l'égard de contraception.....	73
Tableau XXIV : Répartition des étudiantes selon la signification de la planification.....	74
Tableau XXV : Relation entre planification familiale et contraception.....	74
Tableau XXVI: Répartition des étudiantes selon les motifs de non pratique de la planification familiale.....	75

# LISTE DES FIGURES

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma de l'appareil génital masculin [30] .....	7
Figure 2 : Schéma de l'appareil génital féminin externe [30].....	7
Figure 3 : Schéma de l'appareil génital interne de la femme[30].....	7
Figure 4 : Le cycle menstruel [30]. .....	8
Figure 5 : Collier [38].....	12
Figure 6 : DIU au cuivre. [30].....	14
Figure 7 : Préservatif masculin [30].....	16
Figure 8 : Préservatif féminin [30].....	16
Figure 9 : Cape cervicale et diaphragme vaginal [30].....	17
Figure 10 : Cape cervicale et diaphragme vaginal [30] .....	18
Figure 11 : Pillule oestro progestatif [30]. .....	20
Figure 12 : L'acétate de médroxyprogestérone (DMPA) ou Dépoprovera [30].	22
Figure 13 : Contraceptif injectable combiné [30]. .....	22
Figure 14 : Implant sous-cutané [30] .....	23
Figure 15 : Patch combiné [30].....	24
Figure 16 : Anneau vaginal combiné [30].....	24
Figure 17 : DIU au Levonorgestrel [30]. .....	25
Figure 18 : Ligature-section tubaire [30]. .....	27
Figure 19 : Pose d'anneaux et de clips dans la trompe [30]. .....	27
Figure 20 : Toile d'araignée [11]. .....	39
Figure 21 : Répartition des étudiantes selon l'âge. ....	55
Figure 22 : Répartition des étudiantes selon le statut matrimonial. ....	57
Figure 23 : Répartition des étudiantes selon la religion. ....	57
Figure 24 : Répartition des étudiantes selon la connaissance de la contraception .....	58
Figure 25 : Répartition des étudiantes selon la connaissance sur la contraception d'urgence. ....	61

Figure 26 : Répartition des étudiantes selon la méthode de contraception utilisée. .....	63
Figure 27 : Répartition des étudiantes selon le recours aux méthodes contraceptives.....	65
Figure 28 : Répartition des étudiantes selon la pratique de la sexualité. ....	68
Figure 29 : Répartition des étudiantes selon l'utilisation de la contraception d'urgence .....	70
Figure 30 : Répartition des étudiantes selon la présence d'enfant.....	71
Figure 31 : Répartition des étudiantes selon la notion de grossesse. ....	71
Figure 32: Répartition des étudiantes selon la demande de contraception à leur conjoint.....	72
Figure 33: Répartition des étudiantes selon la connaissance sur la planification familiale.....	73

# **TABLE DES MATIERES**

DEDICACES.....	I
REMERCIEMENTS : .....	III
HOMMAGES .....	VIII
Sigles et abréviations.....	XIII
INTRODUCTION .....	1
OBJECTIFS.....	4
Objectif générale .....	4
Objectifs spécifiques .....	4
I.  GÉNÉRALITÉS .....	6
1.1. Définitions.....	6
1.2. Intérêt .....	6
1.3. Rappel anatomophysiologique.....	6
1.4. Rappel : le cycle menstruel : .....	7
1.4. Histoire de la contraception .....	9
1.5. Méthodes contraceptives modernes .....	10
1.5.5. Contraception d'urgence : .....	25
1.6. Méthodes de contraception traditionnelles au Mali : .....	39
1.7. Morale et éthique de la reproduction .....	40
1.8. État de lieux de la recherche .....	42
1.9. Les accès aux structures de santé reproductive .....	46
1.10. Approche conceptuelle : Épidémiologie socioculturelle .....	47
II.  METHODOLOGIE.....	50
2.1. Cadre d'étude : .....	50
a.  Durée d'enquête : .....	50
b.  Situation géographique des différents établissements : .....	50
b.1. Faculté des Sciences et des Technologie de Bamako (FAST).....	50
b.2. Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) : .....	50
b.3. Université des lettres et des Sciences humaines de Bamako (ULSB) .....	50
2.2. Type d'étude : .....	51
2.3. Echantillonnage : .....	51

2.4. Choix des établissements .....	51
2.5. Choix des étudiantes .....	51
2.6. Critères d'inclusion.....	51
2.7. Critères de non inclusion .....	52
2.8. Instruments d'enquête.....	52
2.9. Analyse des données .....	52
III. RESULTATS.....	54
3.1. Fréquence.....	54
3.2. Aspects sociodémographiques.....	55
3.3. Connaissance des méthodes de contraception .....	58
3.4. Contraception d'urgence.....	61
3.5. Contraception et planification familiale .....	73
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	77
A. Données qualitatives :.....	77
B. Données quantitatives :.....	77
1.Caractéristiques sociodémographiques des étudiantes : .....	77
2.Antécédant gynéco-obstétrical des étudiantes : .....	78
3.Connaissances des étudiantes sur la contraception :.....	78
4.Connaissance des étudiantes sur la planification familiale :.....	79
5.Attitudes des étudiantes face à la contraception : .....	79
a. Appréciation : .....	79
b. Raison d'utilisation des méthodes contraceptives : .....	80
c. Source d'approvisionnement :.....	80
d. Pratique de la contraception : .....	80
e. Contraception d'urgence : .....	81
f. Méthode contraceptive qui protège contre les IST :.....	82
g. Méthodes contraceptives utilisées : .....	82
h. Raison de non utilisation de méthode contraceptive :.....	83
V. CONCLUSION .....	85
VI. RECOMMANDATIONS.....	87

1. Pour les autorités socio-sanitaires et les ONG : .....	87
VII. Résumé : .....	89
VI. REFERENCES : .....	93
VII. ANNEXES .....	98
VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE .....	105

# INTRODUCTION

## INTRODUCTION

La santé de la reproduction recouvre : Le bien-être général tant physique, mental que social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité [1].

Depuis plusieurs décennies, des études ont montré que chaque année environ 500 000 femmes meurent pendant leur grossesse ou accouchement laissant au moins 1 million d'enfants orphelins dans le tiers monde [2]. Les problèmes qui sont à l'origine de cette mortalité maternelle et infantile sont multiples, ce sont entre autres : Les mariages précoces, les infections, les hémorragies du post partum, la méconnaissance des méthodes modernes de la contraception due à la sous information des bénéficiaires selon l'enquête démographique et de santé (EDS IV) menée à Sikasso, Kadiolo, Koutiala, Bandiagara, ce taux est de 87%). A ces problèmes de mortalité on peut rapprocher d'autres qui sont socialement plus dramatiques, ce sont les grossesses non désirées, les avortements illégaux, les abandons d'enfants, les infanticides [3].

En 1990 l'organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 1/3 des nourrissons soit 14 millions avaient perdu la vie à travers le monde parce que leurs mères ont eu des grossesses trop nombreuses ou rapprochées, ou parce qu'elles sont trop jeune ou âgée [4].

L'OMS estime que 25% des décès néonataux à travers le monde pouvaient être prévenus par l'espacement des naissances [4].

On observe ces dernières années des changements de comportement en matière d'utilisation des méthodes modernes de la contraception et cela grâce aux actions du planning familial [5].

Au Sénégal la prévalence de la contraception de 1986-1997 est passée de 2,4% à 8,1% [4].

Au Mali la prévalence a évolué de 4,5 % en 1996 selon EDS II [6] à 6 % en 2002 (EDS III) [7], mais demeure toujours faible à 7 % en 2006 (EDS IV) [3].

Cette prévalence contraceptive au Mali a évolué selon EDSM VI [8] à 16% chez les femmes en union sexuellement active contre 35% chez les femmes non en union sexuellement active.

Coulibaly M [9] évaluait à 2,9 % la prévalence de l'utilisation des contraceptifs dans le cercle de Douentza. Ceci, nous permet de dire qu'à présent la prévalence au Mali reste toujours faible par rapport à d'autres pays de l'Afrique de l'ouest. Certes, Les femmes savent l'existence des méthodes modernes de contraception (93 %) [8], mais elles sont peu nombreuses à utiliser ces méthodes (16 %) et (35%) [8], cette situation est due principalement à beaucoup d'obstacles (crainte des effets secondaires, accès limité à la contraception à cause du manque d'information ou de moyens, les tumeurs qui font que beaucoup de femmes hésitent encore à utiliser les méthodes contraceptives modernes, aussi la prédominance de l'analphabétisme des femmes dans 77% [8].

L'ensemble de ces éléments justifie la problématique de la présente étude sur les connaissances, les attitudes et des pratiques des étudiantes sur la contraception et contribue à connaître les comportements des étudiantes et à rechercher des solutions appropriées pour améliorer leurs accès aux méthodes contraceptives les plus efficaces.

# OBJECTIFS

## **OBJECTIFS**

### **Objectif générale**

Evaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des étudiantes fréquentant la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, la FAST et à l'Université des lettres et des sciences humaines de Bamako.

### **Objectifs spécifiques**

1. Décrire les caractéristiques socio-économiques des étudiantes
2. Déterminer les connaissances des étudiantes sur la contraception
3. Préciser les pratiques des étudiantes en matière de la contraception
4. Rapporter les attitudes des étudiantes en matière de la contraception
5. Rechercher les facteurs qui influencent la pratique de la contraception

# GENERALITES

## **I. GÉNÉRALITÉS**

### **1.1. Définitions**

**La contraception :** D'après l'OMS [1] la contraception est l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou des procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter. Les méthodes contraceptives (hormis la méthode de stérilisation chirurgicale) sont réversibles et temporaires.

**Planification familiale :** Elle est définie comme l'ensemble des moyens et méthodes qui permettent de conformer à la volonté des parents le nombre et l'espacement des naissances dans le foyer (OMS) [1].

### **1.2. Intérêt**

Méthode largement utilisée pour espacer la naissance. Au Mali la prévalence contraceptive est de 7% (EDSM IV) [3] et de 16% [8]. L'utilisation de méthode contraceptive permet de lutter contre la mortalité maternelle et infantile. Elle contribue à l'amélioration du bien-être familial.

Certaines contraceptives préviennent le VIH et d'autres sont utilisées dans le traitement de certains troubles hormonaux.

### **1.3. Rappel anatomophysiologique**

La grossesse est le résultat de la rencontre de deux gamètes : mâle et femelle. C'est la fécondation. Les gamètes mâles sont déposés dans le cul de sac postérieur lors du coït et vont migrer à travers le col traversant la glaire qui leur confère la capacité de fécondation. Le spermatozoïde trouve la cavité utérine, passe au travers de la lumière tubaire à la rencontre de l'ovule libéré par l'ovaire sous l'effet des hormones gonadotropes. L'œuf va alors migrer vers la cavité utérine préalablement préparée à l'accueillir et s'y nider. Ce processus de fécondation et de nidation nécessite une glaire propice (filante), un canal cervico-utérin et tubaire perméable, une ovulation normale.

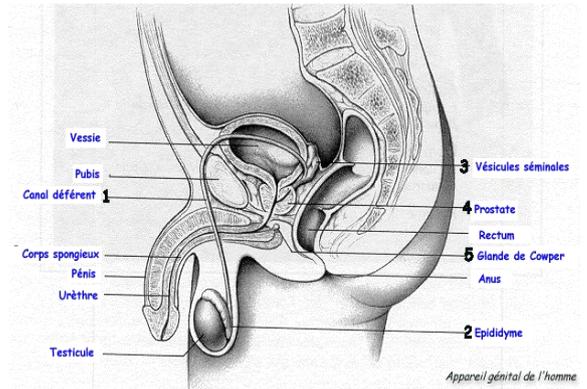
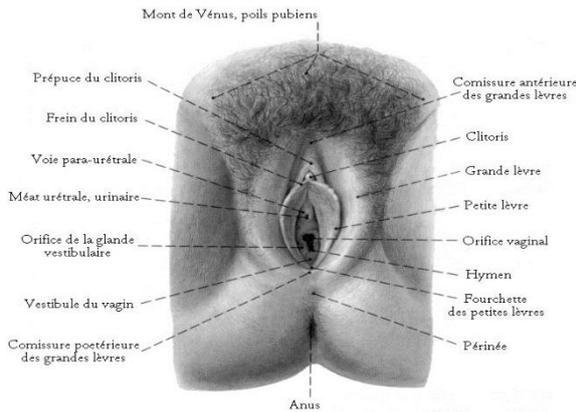


Figure 2 : Schéma de l'appareil génital féminin externe [30]

Figure 1 : Schéma de l'appareil génital masculin [30]

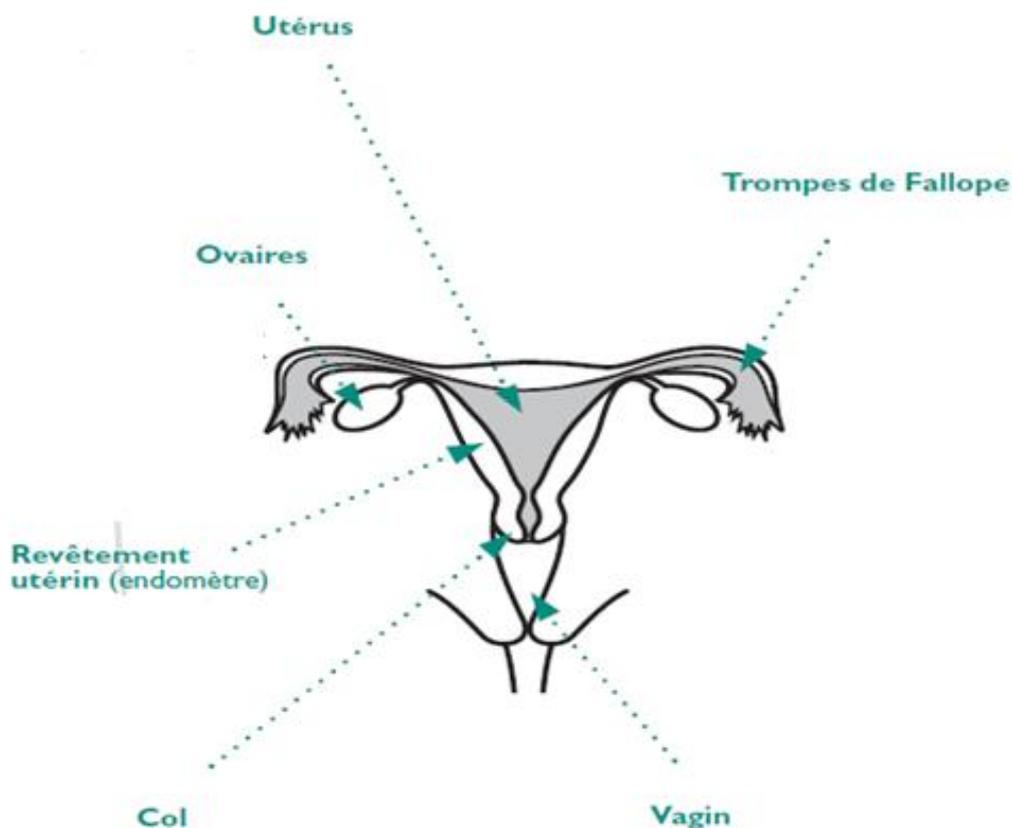


Figure 3 : Schéma de l'appareil génital interne de la femme[30].

#### 1.4. Rappel : le cycle menstruel :

**Le cycle menstruel** : ensemble de variations anatomiques et physiologiques de l'appareil de la reproduction féminin constitué de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien et le tractus génital du début d'une menstruation à la suivante.

**Les règles ou menstruations** : écoulement sanglant non coagulable d'origine utérine survenant 14j après l'ovulation en l'absence de grossesse.

**Phase folliculaire : J1 à J14 du cycle menstruel    Ovulation : le 14e jour du cycle menstruel    Phase lutéale : J14 à J28 du cycle menstruel**

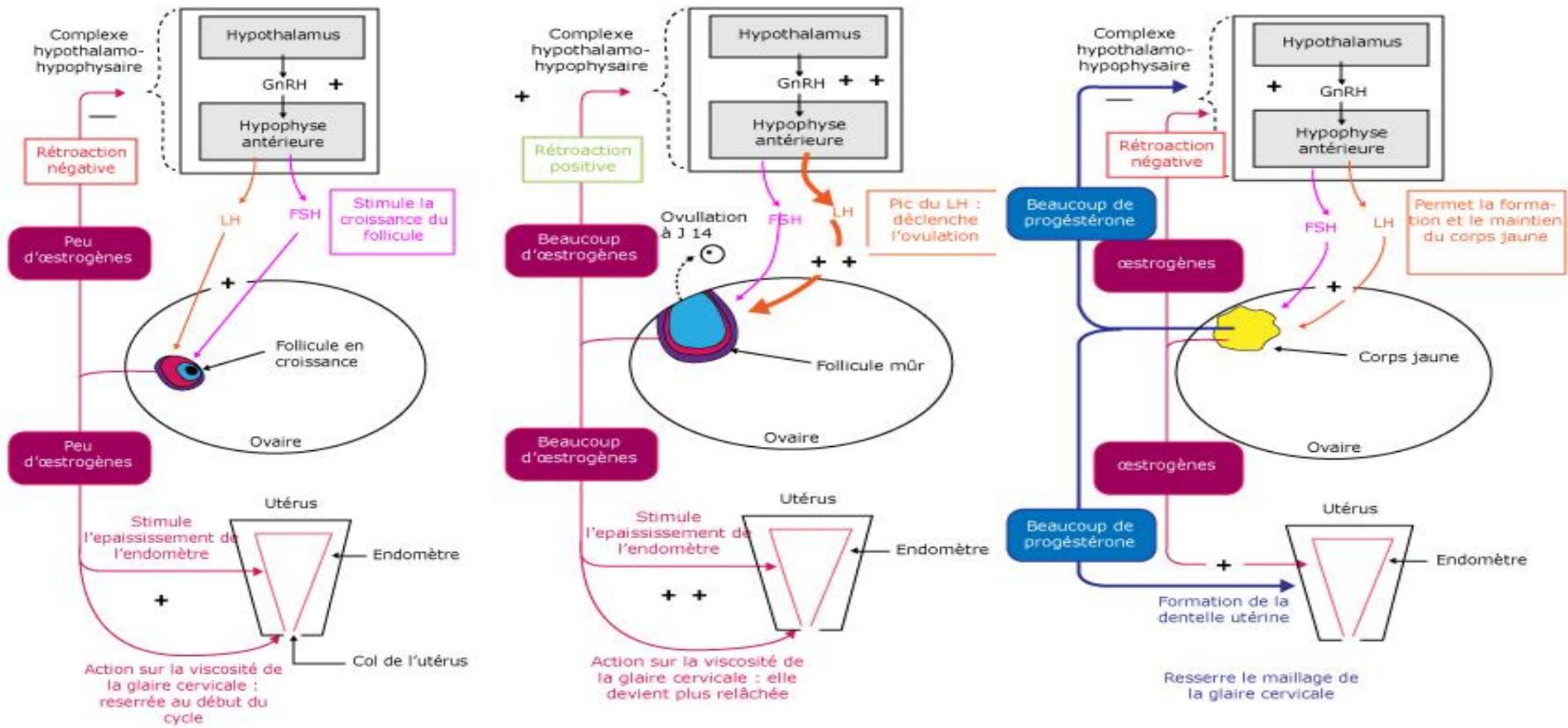


Figure 4 : Le cycle menstruel [30].

## ✓ Efficacité des méthodes contraceptives

La contraception doit répondre à quatre critères fondamentaux : L'efficacité, la réversibilité et l'acceptabilité (physique et physiologique) et l'innocuité. L'efficacité est appréciée par l'indice de Pearl (IP) qui exprime le risque de grossesse chez 100 femmes pendant 12 mois.

L'indice de Pearl : 
$$\frac{\text{Nombre de grossesse non désirées} \times 12 \times 100}{\text{Nombre de mois d'exposition à la grossesse}}$$

### 1.4. Histoire de la contraception

#### 1.4.1. Dans le monde

Selon Serfaty [10], la limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances.

La contraception était pratiquée dans l'antiquité, mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix. L'histoire de la contraception n'est pas en dehors des moyens employés, illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée toujours présents dans la société ou chez l'individu lui-même : le conservatisme ou le changement ; la tradition ou le progrès ; la foi ou la raison [10].

Autrement, si l'homme tend en général à vouloir modifier son être, non pas pour le sens d'un artifice destructeur, mais pour son bien actuel et futur, le contrôle de sa reproduction fait partie de ce souci d'une vision large de son avenir.

#### 1.4.2. Au Mali

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique, culturel, économique et spirituel. Avoir de

nombreuses progénitures est source à la fois de richesse (maximum de bras travailleurs pour augmenter la production) et de bénédiction divine [2].

La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée comme malédiction ou de tares notamment pour la femme [3].

Malgré le comportement pro-nataliste, les Maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances : c'est ainsi qu'après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant 40 jours. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement [3].

On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs comme le *tafo*. La fréquence de ces pratiques serait en diminution notamment dans le milieu urbain [3].

La société malienne contemporaine est prise en porte à - faux entre les valeurs séculaires (culturelles, morales et religieuses) et les logiques postcoloniales d'une culture de la raison et de la liberté de l'individu selon le modèle d'humanisme progressiste hérité à la fois du colonialisme et de la révolution socialiste des années 1962 [3].

## **1.5. Méthodes contraceptives modernes**

Les méthodes contraceptives sont nombreuses, plus ou moins anciennes et plus ou moins efficaces. On distingue :

### **1.5.1. Méthodes dites naturelles**

#### **✓ Le retrait ou coït interrompu :**

L'homme retire son pénis du vagin de sa partenaire et éjacule à l'extérieur du vagin et ainsi le sperme ne rentre pas dans la partie génitale externe.

Cette méthode agit en empêchant les spermatozoïdes de pénétrer dans le corps de la femme.

C'est l'une des méthodes les plus anciennes. Outre sa faible efficacité, elle a plusieurs inconvénients :

- L'homme doit parfaitement se maîtriser,
- Son efficacité diminue si les rapports sont répétés à intervalles courts (des spermatozoïdes pouvant rester dans l'urètre) ;
- Le taux d'échec est supérieur à 20 % années-femmes.

### ✓ **L'abstinence périodique**

#### ➤ **Méthode d'Ogino-Knauss**

Deux auteurs ont proposé des méthodes de calcul. En sachant que la durée de vie de l'ovocyte est de 2 jours en moyenne après l'ovulation et que celle du spermatozoïde est de 3 jours, l'idée de cette méthode est de ne pas avoir de rapport sexuel 4 jours avant et 4 jours après l'ovulation pour Ogino et pour Knauss, c'est une abstinence de 3 jours avant et 3 jours après l'ovulation.

Dans le cas d'un cycle irrégulier, prendre le cycle le plus court et le cycle le plus long et déduire la période d'abstinence. Exemple : Si le cycle le plus court est 24 jours et le plus long 35 jours, alors on procédera ainsi :

- $24 - 14 \text{ jrs} \rightarrow 10^{\text{e}}$  jour correspond à l'ovulation (pour le cycle court)
- $35 - 14 \text{ jrs} \rightarrow 21^{\text{e}}$  jour correspond à l'ovulation (pour le cycle long)
- Donc la période féconde chez cette femme sera du 10<sup>e</sup> au 21<sup>e</sup> jour
- Alors l'abstinence sera faite :  $10 - 4 = 6 \text{ jrs}$  ou  $21 + 4 = 25 \text{ jrs}$

Cette méthode a 2 écueils :

Il n'est pas facile de déterminer précisément le moment de l'ovulation.

La durée de vie des gamètes (ovocytes et spermatozoïdes) peut être plus longue que celle estimée.

L'IP de cette méthode est de 15% année femme.

### ➤ Méthode du collier

Consiste à éviter les rapports lors de la période à risque en se basant sur le décompte des colliers de différentes couleurs.

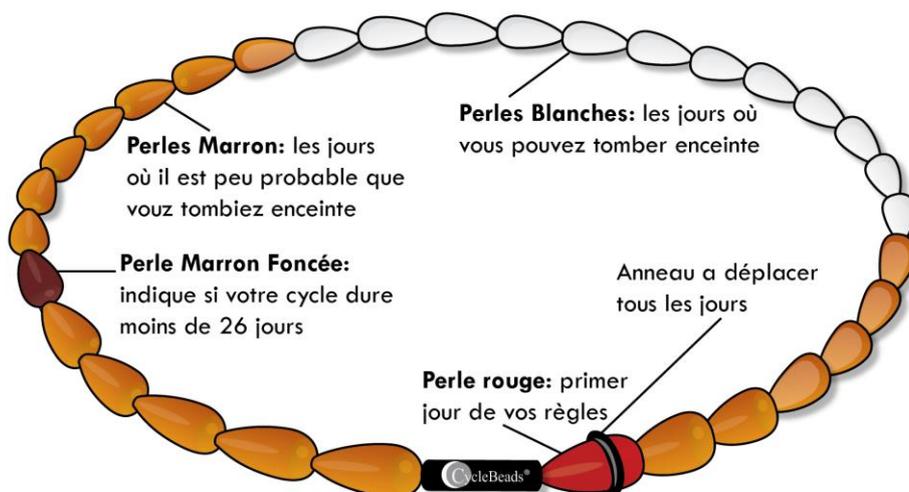


Figure 5 : Collier [38].

### ✓ La courbe de température

Cette méthode se base sur l'élévation de la température engendrée par le pic de LH durant la période ovulatoire. Elle consiste en la surveillance quotidienne de la température (rectale de préférence), La courbe qui en résulte montre :

- Une phase d'hypothermie relative, en dessous de 37° pendant la phase folliculaire.
- Un minimum thermique ou nadir, qui correspond à la veille de l'ovulation.
- Une phase d'hyperthermie relative, correspondant à la phase lutéale.

Les inconvénients de cette méthode sont multiples : Nécessité de prendre tous les jours la température avant le lever du lit ; la température n'est pas interprétable en cas de travail de nuit, ou en cas d'infection (paludisme, syndrome grippal...)

✓ **Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) :**

Efficace lorsque l'allaitement est fait exclusivement au sein. La production de prolactine lors de succion entraîne une diminution de la sécrétion de FSH et décréte l'ovulation. Cette méthode est efficace dans les six 1<sup>ers</sup> mois du post partum chez une cliente qui n'est pas réglée. Elle est économique, et renforce les liens entre la maman et l'enfant.

✓ **La méthode de la glaire ou Billings :**

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

Au moment de l'ovulation et juste avant, la glaire cervicale est plus abondante et a une consistance comparable à celle du blanc d'œuf.

L'abstinence doit se faire à partir de cette modification et jusqu'à 3 jours qu'elle ait disparu.

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

✓ **Méthode sympto-termique** : Regroupe la méthode Billing, méthode de température et la méthode d'auto-palpation du col qui est haut, mou et ouvert en période d'ovulation.

✓ **Les tests d'ovulation** : Persona<sup>R</sup>

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

Ils ont une efficacité légèrement supérieure aux méthodes précédentes toutefois leur coût reste très élevé (5).

### 1.5.2. Contraception locale

Il s'agit des méthodes de barrière et des spermicides. On peut citer :

✓ **Méthodes de barrière**

➤ **Dispositif intra-utérin ou DIU**

**Mécanisme d'action** : Il s'agit d'un dispositif qui une fois placé dans la cavité utérine la rend impropre à la nidation. Il entraîne une inflammation de l'endomètre et est toxique pour les spermatozoïdes. D'autres contiennent la progestérone qui est progressivement libéré et entraîne une atrophie de l'endomètre qui ne permet pas la nidation. Le DIU est efficace dès son insertion. L'efficacité dure entre 4 et 5 ans selon le modèle utilisé.



**Figure 6 : DIU au cuivre. [30]**

**Avantages et inconvénients :** La protection est permanente dès la pose. Les DIU au cuivre peuvent donner des règles plus abondantes et certaines femmes voient apparaître une dysménorrhée.

**Contre-indication :** Les DIU sont contre indiqués en cas de grossesse, d'antécédent de salpingite, grossesse intra-utérine, malformation utérine, fibromes utérins, ménorragies, cardiopathie vasculaire, trouble de l'hémostase.

**Complication :** Perforations utérines, choc vagal, douleurs pelviennes, métrorragie, expulsion, grossesse intra-utérine, grossesse extra-utérine, infection.

### ➤ **Le préservatif masculin**

C'est un fourreau ou une enveloppe conçue pour recouvrir le pénis en érection on lui donne également le nom de capote ou de condom.

Son utilisation augmente du fait des modifications de comportement engendrées par la crainte des IST (infections sexuellement transmises) et du SIDA.

**Mécanismes d'action :** C'est une méthode de barrière qui empêche le contact entre les gamètes mâles et femelles.

**Indications :** Contraception d'attente (ex : post partum), rapports sexuels sporadiques, oublis de pilule, en cas de contre-indications à la pilule et au DIU, protection contre les IST notamment le VIH.

**Avantages :** Innocuité, protection contre les IST : condylomes. Chlamydiae, hépatite B, virus HIV, facilité d'obtention (diversité des lieux de vente, pas de consultation médicale préalable nécessaire, pas de prescription).

**Inconvénients :** L'homme doit se retirer rapidement après l'éjaculation. Si le préservatif se rompt lors du rapport (ce qui est fréquent lorsqu'il est mal posé), il devient totalement inefficace.

## Contre-indications : Allergie aux latex



Figure 7 : Préservatif masculin [30].

### ➤ Préservatif féminin

C'est un long fourreau de polyuréthane, (Femidom), porteur de 2 anneaux aux extrémités, il revêt le vagin d'une femme. Il a les mêmes indications et les mêmes avantages que le préservatif masculin.

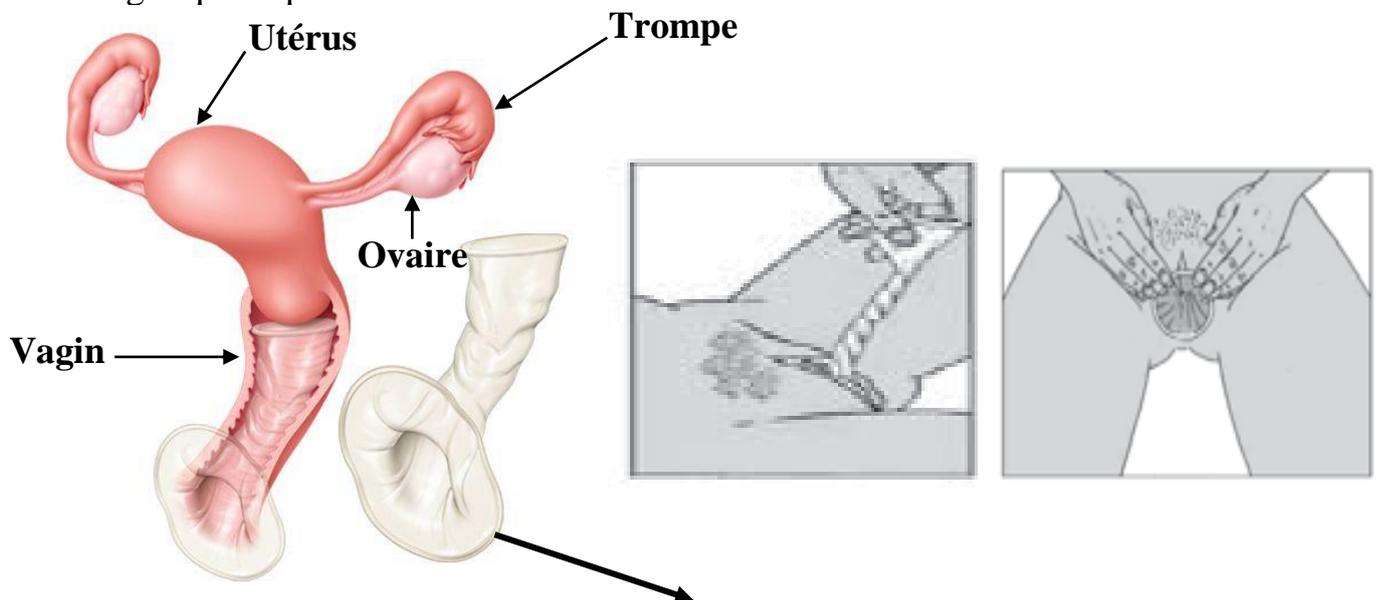


Figure 8 : Préservatif féminin [30].

### ➤ Le diaphragme vaginal

Le diaphragme est un dôme de caoutchouc souple qui est placé au fond du vagin avant chaque rapport sexuel. Il couvre le col.

Barrière mécanique à utiliser avec une crème spermicide. Le diaphragme est de moins en moins utilisé. Il est contre-indiqué en cas de prolapsus, de vagin étroit, de cystites à répétition. Il ne convient qu'aux couples stables. Il ne peut être retiré moins de 6-8 heures après un rapport. L'IP = 2 à 4 %.

**Le mécanisme d'action :** Le diaphragme agit en empêchant le sperme d'entrer dans le col. Le spermicide tue ou annihile les spermatozoïdes. Les deux empêchent les spermatozoïdes de rencontrer l'ovule.

➤ **Cape cervicale :**

C'est une coupole en latex ou en silicone. Elle est placée au fond du vagin avant les rapports sexuels. Elle épouse le col.

Barrière mécanique à utiliser avec une crème spermicide.

**Mécanisme d'action :** Idem à diaphragme.



**Figure 9 :** Cape cervicale et diaphragme vaginal [30]



Figure 10 : Cape cervicale et diaphragme vaginal [30]

### 1.5.3. Méthodes chimiques ou spermicides

Ce sont des substances qui tuent les spermatozoïdes et qui sont insérées tout au fond du vagin près du col avant les rapports sexuels.

Les spermicides existent sous formes de crème, ovule ou éponge.

**Mécanismes d'action :** Effet barrière- Agents tensio-actifs bactéricides.

Les différents modèles : À base de Chlorure de Benzalkonium (spermicide surfactif cationique) ou de Nonoxynol 9 (spermicide surfactif non ionique)

**Indications :** Rapports sexuels épisodiques, contraception d'attente.

**Avantages :** Action immédiate, innocuité, facilement accessible s'accompagnent d'un effet lubrificateur, protection non négligeable contre certaines IST (trichomonas, chlamydiae).

**Inconvénients :**

- Les spermicides pourraient entraîner une modification de la flore vaginale.
- Leur taux d'échec est important.
- Nécessité de réutilisation à chaque rapport.
- Intolérance locale possible.

## 1.5.4. Contraception hormonale

### a. Mécanisme d'action des contraceptifs hormonaux

Les contraceptifs hormonaux agissent sur trois verrous :

- Le verrou cervical en épaississant la glaire cervicale qu'ils rendent impropre à l'ascension des spermatozoïdes.
- Le verrou utérin par atrophie de l'endomètre qui sera alors impropre à la nidation.
- Et le blocage de l'ovulation.

### b. Classification

On distingue neuf classes de contraceptifs hormonaux qui sont :

- Les contraceptifs oraux combinés (COC)
- Les contraceptifs oraux à progestatif seul (COP)
- Les contraceptifs injectables à progestatif seul
- Les contraceptifs injectables combinés (CIC)
- Les implants sous cutanés
- Les patchs combinés
- Les anneaux vaginaux combinés
- Les anneaux vaginaux à progestatif seul pour les femmes allaitantes
- Le dispositif intra utérin (DIU) au Levonorgestrel

### c. Les Principaux types de contraceptifs hormonaux

#### ✓ Les contraceptifs oraux combinés (COC) : (IP de 0,15 - 0,50 AF).

Ce sont des pilules qui contiennent un œstrogène (Ethinylestradiol) associé à une progestérone (Norséthistérone). Selon la dose d'Ethinylestradiol, on distingue, les COC normodosés contenant 50µg d'œstrogène et les minidosés qui contiennent 15 à 35µg d'œstrogène. Les progestatifs dans la pilule œstroprogestative sont dérivés soit de la 17 hydroxyprogestérone, soit d'un Norstéroïde (19 norstéroïde). Ils sont classés en 1<sup>er</sup> (noréthistérone, acétate de Nortéthistérone), 2<sup>e</sup> (levonorgestrel) et 3<sup>e</sup> générations (Désosgestrel, Gestodène), Les pilules

contenant des progestatifs de génération récente et des œstrogènes de faible dosage entraînent moins d'effets secondaires. On peut citer :

- **COC Normodosés :**

**Exemple :**

- Stédiril : (50µg EE) + Norgestrel
- Planor : (50µg EE) + Norgesténone

- **COC Minidosés :**

**Exemples :**

- Minidiril : (30µg E E) + Lévonorgestrel
- Miniphase : (30-40µg E E) + noréthistérone acétate
- Adépal : (30-40µg E E) + Lévonorgestrel
- Trinordiol : (30-40µg E E) Lévonorgestrel

Les COC peuvent être utilisés comme pilules du lendemain. Elles sont alors appelées pilules contraceptives d'urgence (PCU) ou pilules du lendemain ou contraceptifs après coït.



**Figure 11 :** Pillule oestro progestatif [30].

✓ **Les contraceptifs oraux à progestatif seul (COP) :** (IP entre et 2 %/0 AF). On distingue :

**Les microprogestatifs ou micropilules** : Entraînent une modification de la glaire et une action sur les sécrétions de FSH et LH

**Exemples** : Microval (levonorgestrel) Millignon (noréthistérone 0,6mg)

**Les macroprogestatifs** : agissent par inhibition des gonadotrophines hypophysaires et par action sur la glaire.

- Les dérivés de la 19 nortestostérone. Exemple la noréthindrone
- Les dérivés 19 prégnanes et norprégnanes. Exemples : Lutényl, Surgestone 500 et Lutéran 10.

Les micropilules peuvent être également utilisées comme pilules contraceptifs d'urgence tout comme les COC. Elles agissent en retardant ou en évitant l'ovulation.

**Exemple :**

Norlevonorgestrel 0,075mg.

✓ **Les contraceptifs injectables à progestatif seul**

**Mécanisme d'action** : Ils libèrent soit du médroxyprogestérone acétate à libération prolongée (AMPLP), soit de la noréthistérone et agissent sur la glaire cervicale qu'ils rendent imperméables aux spermatozoïdes. Ils agissent également en arrêtant l'ovulation. Ce sont :

- L'acétate de médroxyprogestérone (DMPA) ou Dépoprovera dosé à 150mg pour la voie IM et 104mg pour la voie sous-cutané.

La forme IM et S/C paraissent similaires sur le plan thérapeutique avec des profils de sécurité similaire.

- L'Enanthate de noréthistérone (NET-EN) dosé à 200mg administré par voie IM.

Les injections sont répétées tous les 2 mois pour NET-EN et tous les 3 mois pour DMPA.



- Administrés par injection dans le muscle (injection intramusculaire). Ensuite, l'hormone est libérée lentement dans les vaisseaux sanguins. Une formulation différente du DMPA peut être injectée juste sous la peau (injection sous-cutanée).

DMPA.

DMPA ancienne formulation.



DMPA nouvelle formulation.

**Figure 12 :** L'acétate de médroxyprogestérone (DMPA) ou Dépoprovera [30].

**Contraceptif injectable combiné (CIC) :** Ce sont des contraceptifs qui contiennent du medroxyprogesterone (MPA) ou Enantate de Norethisterone (NET-EN)] et un œstrogène (estradiol ou estradiol valerate). Les injections sont répétées chaque mois c'est pourquoi on les appelle contraceptifs injectables mensuels.

**Exemples :**

MPA/ESTRADIOL : Ciclofem, ciclofemina, cyclofem, cycloprovera, Feminera, Lunella, Lunelle, Novafem etc.

NET-EN /ESTRADIOL Valerate : Mesigyna et Norigynon

**Mécanisme d'action :** agit essentiellement en arrêtant l'ovulation



**Figure 13 :** Contraceptif injectable combiné [30].

✓ **Les implants sous cutanés**

Ce sont des capsules ou bâtonnets fines et flexible en plastique qui diffusent de la progestérone afin d'épaissir la glaire cervicale, empêchant ainsi la rencontre des spermatozoïdes et des ovules, et empêchant l'ovulation. Ils sont placés sous la

peau au niveau de la face intérieure du bras dans le sillon intermusculaire entre le biceps et le triceps. On distingue :

- **Implants sous cutané au LNG :**
  - **Le norplant :** Six capsules contenant le levonorgestrel dosé à 36mg par bâtonnet.
  - **Le jadelle :** Deux capsules contenant le levonorgestrel dosé à 75mg par bâtonnet.

Ce sont des contraceptifs de longue durée d'action (3 à 5 ans).

- **Sino-plant II :** un bâtonnet contenant 75mg de LNG.
- **Implant sous cutané à étonogestrel :**
  - **L'implanon :** Une capsule où le progestatif est l'étonogestrel dosé à 68mg
  - **Nexplanon :** Une capsule où le progestatif est étonogestrel dosé à 68mg.



**Figure 14 :** Implant sous-cutané [30]

- ✓ **Les patchs combinés :** Il s'agit d'un petit carré fin, de plastique souple porté sur la peau. Il libère continuellement deux hormones : un progestatif et un estrogène analogue aux hormones naturelles. Les hormones sont libérées directement par l'intermédiaire de la peau dans les vaisseaux sanguins.

De nouveau patch est porté chaque semaine pendant trois semaines et ensuite pas de patch pendant la quatrième semaine. Pendant cette semaine la femme aura ses règles.

**Exemples :** Orto Evra et Evra.



**Figure 15 :** Patch combiné [30]

✓ **Anneau vaginal combiné :** Il s'agit d'un anneau souple placé dans le vagin.

Il libère continuellement deux hormones : un progestatif et un œstrogène analogue aux hormones naturelles : la progestérone et œstrogène.

Les hormones sont absorbées par le biais de la paroi vaginale directement dans les vaisseaux sanguins.

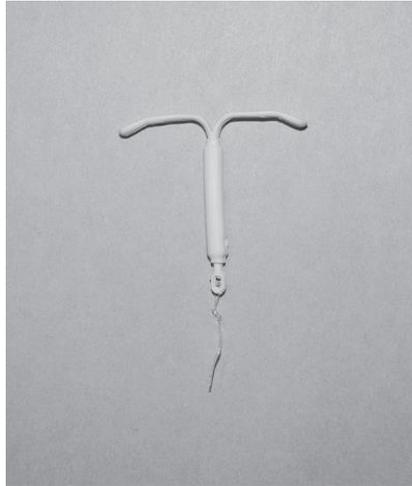
L'anneau est gardé en place pendant trois semaines et ensuite il est retiré pendant la quatrième semaine. Pendant cette semaine, la femme aura ses règles. Egalement appelé NuvaRing, il agit essentiellement en empêchant l'ovulation.



**Figure 16 :** Anneau vaginal combiné [30]

✓ **Le dispositif intra utérin (DIU) au Levonorgestrel :**

C'est une armature en plastique en forme de T qui libère régulièrement de petite quantité de Levonorgestrel chaque jour. Vendu sous le nom de marque MINERA. Il agit essentiellement en supprimant la croissance du revêtement de l'utérus (endomètre).



**Figure 17 :** DIU au Levonorgestrel [30].

✓ **Anneau vaginal à progesterone seule pour les femmes allaitantes :**

L'anneau vaginal libérant de la progesterone est une méthode contraceptive adoptée aux femmes qui allaitent à un rythme soutenu au moins quatre fois par jour (4 tétées/jour). L'allaitement régulier et soutenu permet de maintenir l'efficacité de l'anneau. Son usage est indiqué à partir de quatre semaine après l'accouchement.

**1.5.5. Contraception d'urgence :**

C'est une contraception occasionnelle qui permet de diminuer le risque de grossesse en cas de rapport sexuel non ou mal protégé et quelque soit le moment du cycle. Elle est basée sur l'utilisation d'hormone stéroïdien administré par voie orale ou l'insertion d'un dispositif intra-utérin au cuivre.

À prendre si possible dans les 12h et au plus tard jusqu'à 5 jours pour le stérilet.

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

### ✓ **Les différents types de contraception d'urgence**

#### **1. La Pilule d'urgence ou pilule de lendemain :**

**Exemple :** le Norlevo, Pospile, Norvel

2. Le Stérilet ou dispositif intra-utérin.

#### ➤ **Le mode d'emploi**

- **La pilule d'urgence :** A prendre le plus tôt possible pendant le repas pour éviter les nausées, dans les 12 heures après le rapport mal ou non protégé, au plus tard dans les 72 heures après le rapport sexuel.

- **Le Stérilet ou dispositif intra-utérin au cuivre :** à placer dans la cavité utérine à travers l'orifice cervicale. Elle est efficace dès son insertion

#### ➤ **L'efficacité**

Elle varie avec la méthode.

#### ➤ **Les inconvénients**

En général, la pilule de lendemain est bien tolérée ; Possibilité de vomissements ou de nausées.

Le stérilet est souvent source de règle abondante et de dysménorrhée

#### ➤ **Les contre- indications**

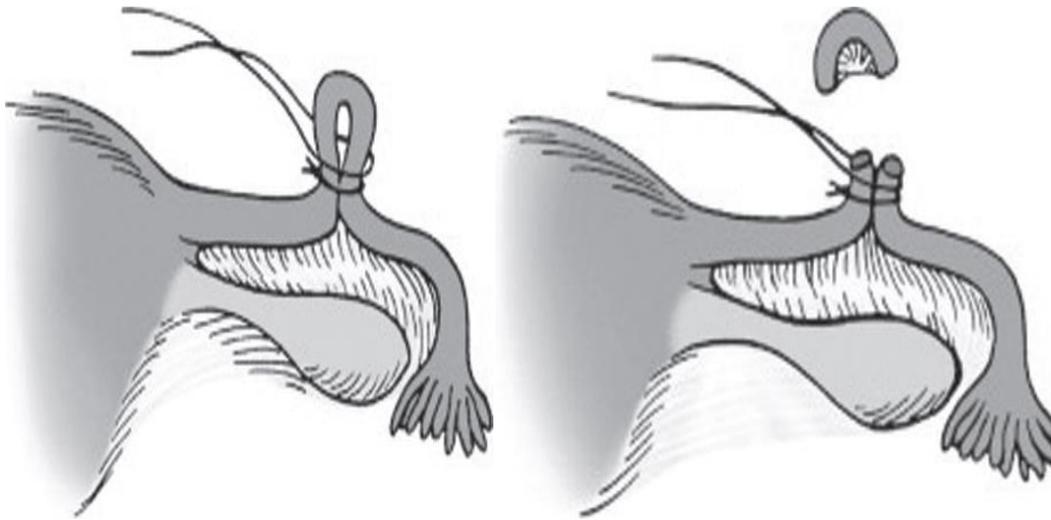
**La pilule du lendemain :** aucune.

**Le Stérilet :** ne peut pas, dans certains cas, être posé chez des femmes n'ayant pas eu d'enfant (5).

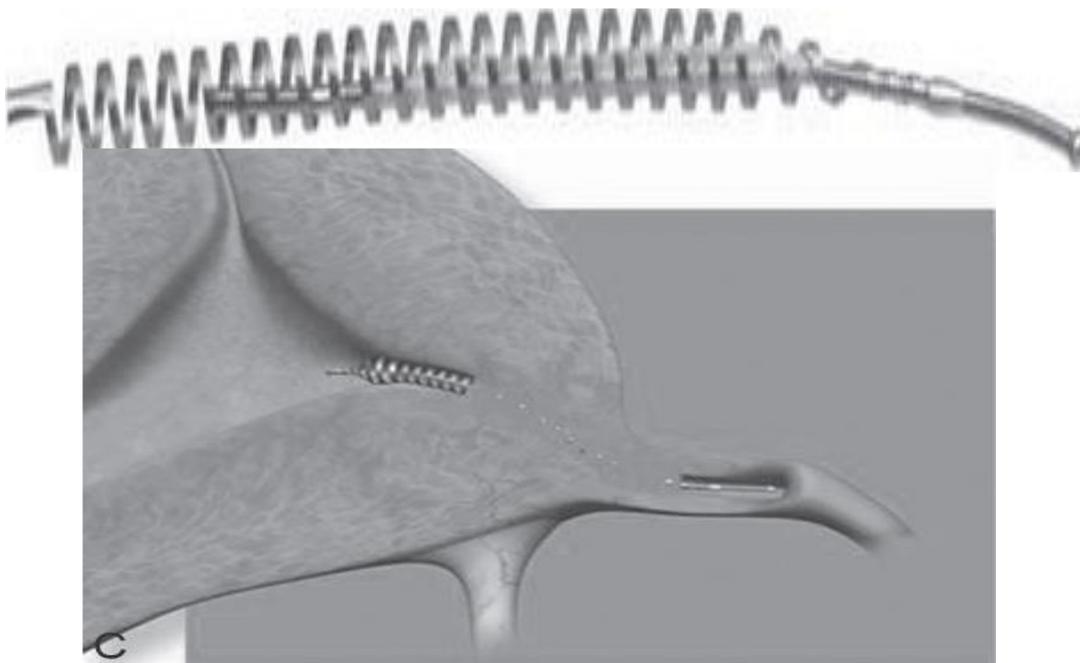
#### **1.5.6. La stérilisation à visée contraceptive :**

Elle est régie par des lois dans plusieurs pays.

**a. La stérilisation féminine : Ligature ou obturation des trompes**



**Figure 18 :** Ligature-section tubaire [30].



- Pose d'anneaux et de clips
- Insertion de « Plug » dans la trompe

**Figure 19 :** Pose d'anneaux et de clips dans la trompe [30].

✓ **Méthode par Coéloscopie 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.

✓ **Méthodes par les voies naturelles**

C'est une nouvelle méthode : Le dispositif se pratique par hystérocopie sous anesthésie générale et sans hospitalisation. On accède aux trompes pour y placer un micro-implant souple dans chacune des trompes pour les obturer. C'est une méthode simple et rapide (environ 30 mn) ne laissant pas de cicatrice. Il faut attendre 3 mois (et continuer sa méthode de contraception habituelle) avant que la méthode soit efficace. Elle est irréversible.

**b. Stérilisation masculine : La vasectomie :**

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

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

**d. Prescription**

Un bon counseling et un examen doivent précéder la prescription de la méthode sans la retarder.

✓ **Counseling pré prescription**

C'est un processus de communication interactive qui aide la cliente dans la réalisation de ses objectifs de santé de reproduction et constitue un élément essentiel pour assurer un choix éclairé. Il doit permettre de fournir des informations après et précisent à la cliente sur les avantages et les effets indésirables de chaque classe de contraceptifs afin qu'elle fasse un choix éclairé.

On utilisera le REDI qui est un acronyme qui décrit les différentes étapes du counseling comme le BERCER qu'il a tendance à remplacer.

L'acronyme REDI signifie :

- **R** : Rapport bulding (établir le contact) : Concerne l'accueil, le recueil des cordonnées de la cliente qui seront consignées dans un dossier.
- **E** : Exploration : Qui consistera à demander les expériences de la cliente sur les différentes méthodes de contraception, et explore ses connaissances. Ensuite le prestataire fournira les informations sur les différentes méthodes de contraception disponibles.
- **D** : Decision making (Prise de décision) : Aide la cliente à reconfirmer son choix et les centres à consulter en cas d'effets secondaires.
- **I** : Implementing the decision (Mise en application de la décision).

#### ✓ **Examen clinique**

Il a pour but de rechercher les facteurs de risque et les contre-indications à la méthode de contraception hormonale. Il comprend un examen clinique et selon les risques notés des examens complémentaires.

**Interrogatoire** : C'est le temps important et permettra de préciser

- L'âge de la patiente.
- **Les antécédents familiaux et surtout personnels** : Maladie thromboembolique, tabac, diabète, HTA, maladies cardio-vasculaires, ou hépatiques. VIH, SIDA et les traitements en cours.
- Antécédents obstétricaux.
- Les troubles du cycle

**Examen général** : Comprendra

- La prise de la pression artérielle, la mesure du poids et de la taille qui permettront de calculer l'IMC ou l'indice de Cotelet.
- La recherche de varice.

## **Examen gynécologique : Comprend**

- L'examen des seins à la recherche de mastopathie tumorale ou non
- Un examen du col au spéculum qui permettra de réaliser le dépistage du cancer du col (si celui-ci n'a pas été réalisé ou si le délai du dépistage est > 1 an).

### ✓ **Bilans paracliniques**

Ils seront orientés par l'examen clinique et comprendront généralement :

- La glycémie
- Une triglycéridémie
- Le dosage de cholestérol total

Au terme de cet examen, la prescription de la contraception se fera en tenant compte des critères d'éligibilité ou de recevabilité de l'OMS.

### ✓ **Critères d'éligibilité médicale (CEM) de l'OMS [30].**

L'OMS a mis en place des Critères d'Éligibilité Médicale qui constituent la base scientifique de l'évaluation des clientes concernant les méthodes de planification familiale. Ils offrent des orientations détaillées sur le fait qu'une femme peut utiliser ou non en toute sécurité une méthode de planification familiale donnée. Il y a quatre catégories de CEM :

- **Catégorie 1** : Il n'y a pas de restriction pour l'utilisation d'une méthode contraceptive.
- **Catégorie 2** : Les avantages de l'utilisation de la méthode l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.
- **Catégorie 3** : Les risques théoriques ou avérés dépasse d'habitude les avantages de l'utilisation de la méthode.
- **Catégorie 4** : Existence d'un risque sanitaire inacceptable si la méthode contraceptive est utilisée.

**Tableau I:** Critères d'éligibilité médicale de l'OMS des contraceptifs [30].

Catégorie	Assortie d'une appréciation clinique	Assortie d'une appréciation clinique limitée
1	Utiliser la méthode dans toutes les circonstances	OUI
2	Utiliser généralement la méthode	
3	L'utilisation de la méthode n'est pas d'habitude Recommandée à moins qu'il n'existe pas d'autres méthodes appropriées ou acceptables	NON (N'utilisez pas la méthode)
4	Méthode à ne pas utiliser	

Extrait de « Planification familiale » mise à jour 2011 ; USAID, JHB, OMS

**Légende :** Feu vert = 1; Feu orange = 2 Feu orange clignotant = 3 et Feu Rouge = 4

Ces critères de recevabilité de l'OMS permettent de définir pour chaque classe de contraceptifs hormonaux des contre- indications. Ils sont résumés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau II:** Quelques indications et contre-indications des contraceptifs hormonaux [30].

	COC	COP	Méthodes injectables combinées	Patchs combinés et anneau vaginal combiné	Injectable à progestatif seul	Implants sous cutanées	PCU	DIU au Levonorgestrel
Grossesse	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Nulliparité	1	1	1	1	1	1	1	2
Allaitement								
• Inf. 6semaines Post partum	4	3	3	3	3	3	1	1
• Entre 6 semaines et 6 mois	3	1	1	1	1	1		1
Avortement non septique	1	1	1	1	1	1	1	4
Obésité (IMC $\geq$ 30g/mm <sup>2</sup> )	2	1	1	1	1	1	1	1
HTA								
• Modérée	3	1	2	1	2	1	1	1
• Sévère	4	2	3	2	3	2		2
Maladies vasculaires	4	2	3	2	3	2	1	2
ATCD de Maladie thrombose veineuse profonde	4	2	2	2	2	2	1	2
Diabète	2	2	2	2	2	2	1	2
Infection par le VIH	1	1	1	1	1	1	1	2
SIDA sous traitement antirétroviraux	2	2	2	2	2	2	1	3
IST	1	1	1	1	1	1	1	4
Cancer ovaire	1	1	1	1	1	1	1	3
Cancer endomètre	1	1	1	1	1	1	1	4
Cancer sein								
• En cours	4	4	4	4	4	4	1	4
• Guéri	3	3	3	3	3	3		3

Saignements vaginaux								
• Irréguliers	1	2	2	2	2	2	1	1
• Abondants ou prolongés	1	2	2	2	2	2		1
Cancer du col					2	2	1	4
Maladie Trophoblastique								
• Bénigne	1	1	1	1	1	1	1	3
• Maligne	1	1	1	1	1	1	1	1
Fibrome utérin								
• Cavité utérine non déformée	1	1	1	1	1	1	1	1
• Cavité utérine déformée	1	1	1	1	1	1	1	4
Paludisme	1	1	1	1	1	1	1	1
Schisto romiase	1	1	1	1	1	1	1	1
Tuberculose								
• Non pelvienne	1	1	1	1	1	1	1	1
• Pelvienne connue	1	1	1	1	1	1	1	4
Trouble de la thyroïde								
• Goitre simple	1	1	1	1	1	1	1	1
• Hyperthyroïdie	1	1	1	1	1	1	1	1
• Hypothyroïdie	1	1	1	1	1	1	1	1
Drépanocytose	2	1	2	2	1	1	1	1
Thalacemie	1	1	1	1	1	1	1	1
Anémie Ferriprive	1	1	1	1	1	1	1	1
Endométriose	1	1	1	1	1	1	1	1
Epilepsie	1	1	1	1	1	1	1	1
Hyperlipidémie connue	3	2	3	3	2	2	1	2

1= utiliser la méthode quel que soit les circonstances ; - = n'affecte pas la recevabilité de la méthode ; NA = non applicable.

## ✓ **Prescription des différents contraceptifs hormonaux**

Elle dépend de la classe de contraceptifs hormonaux choisis par la cliente :

### ➤ **Prescription de COC**

**Normodosé** : Prendre 1comp/jour à partir du 1<sup>er</sup> jour des règles et poursuivre pendant 21 jours consécutifs. Puis arrêter la prise pendant 7 jours. Il s'en suivra une hémorragie de privation et on commencera la seconde plaquette après l'interruption de 7 jours.

**Minidosé** : prise continue 30 jours sur 30.

En cas d'oubli de moins de 12h, prendre le comprimé oublié puis le comprimé du jour à l'heure prévue. Au-delà de 12 h d'oubli ou de plus d'un comprimé oublié, l'efficacité de la méthode n'est plus garantie, alors utiliser une méthode de barrière ou une contraception d'urgence en cas de rapports sexuels et reprendre une autre plaquette le cycle suivant.

### ➤ **Prescription de COP**

Pour les micropilules : Prise continue de 1 comp de 0,075mg par jour.

Pour les macroprogestatifs : 1 comp par jour du 5<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle.

En cas d'oubli, prendre ainsi rapidement que possible la pilule oubliée et continuer de prendre les autres pilules comme d'habitude.

### ➤ **Prescription de la pilule contraceptive d'urgence (P CU) :**

La PCU est prise aussi rapidement que possible après un rapport sexuel non protégé. Elle peut être prise dans les 5 jours qui suivent les rapports non protégés mais plus elle est prise tôt plus grande est son efficacité.

### **Exemple :**

- Levonorgestrel (NorlévoR) 1,5mg en une dose
- Stédiril (50gg EE + Norgestrel) : 2 comp en une prise, à renouveler 12h après.

### ➤ **Prescription des méthodes injectables**

- Acétate de medroxyprogestérone (DMPA) 150mg : 1 injection IM/3 mois
- Noréthistérone (NET-EN) 200mg : 1 injection IM/2mois.

- Elles peuvent être administrées à n'importe quel moment à condition que la femme ne soit pas enceinte. Elle n'a pas besoin d'autres méthodes d'appoint si elle commence l'injection dans les 7 jours qui suivent le début des règles. Il faut planifier la date de la prochaine visite.

➤ **Prescription d'implants sous cutanés**

Ils sont insérés par un agent de santé sous la peau au niveau de la face antéro interne du bras après aseptie rigoureuse.

**e. Surveillance**

Elle se fera lors de la visite de suivi qui comprendra la recherche d'effets secondaires. Ces effets secondaires dépendent du type de contraceptif hormonal et ne constituent pas une maladie. Quel que soit le type de contraceptifs hormonaux en cours, la gestion des effets secondaires commence par expliquer à la cliente qu'ils sont passagers. Ces effets seront d'autant plus facilement acceptés s'ils avaient été expliqués lors du counseling avant la prescription. Les principaux effets secondaires sont :

✓ **Pour les COC**

Spotting qui peuvent être dus à l'oubli de prise, la prise à des heures différentes et à la prise simultanée d'autres médicaments (exemple rifampicine, gardéna ou diazépam)

- Aménorrhée
- Céphalée
- Nausée
- Mastodynie
- Prise de poids
- Acné
- HTA

La gestion de ces effets secondaires des COC :

- On conseillera à la cliente de continuer la méthode car ces effets secondaires disparaissent le plus souvent.
  - Afin de diminuer les spotting, on conseillera de prendre les pilules chaque jour et au même moment. En cas de saignement plus abondant, elle prendra après les repas l'ibuprofène 400mg à raison de 2comp x 3/jour pendant 5 jours. Si les saignements persistent, donner un autre COC faiblement dosé ; le cas échéant lui proposer une autre méthode.
  - En cas d'aménorrhée rassurer la femme de l'absence de grossesse si la prise de pilule est régulière.
  - En cas de céphalée, s'assurer qu'il ne s'agit pas de migraine et proposer soit Acide acetylsalicylique (350-650mg), ou Paracétamol (350-1000mg) ou Ibuprofène (200-400mg)
  - En cas de nausées, suggérer la prise de pilule pendant le repas ou au moment du coucher.
  - En cas de mastodynie, conseiller le port de soutien-gorge rembourré et traiter comme pour les céphalées.
  - En cas d'acné persistant, changer de type de COC et la revoir trois mois après.
  - Conseiller une activité sportive et un changement de régime en cas de prise de poids.
- ✓ **Pour les COP**
- Retour tardif des règles.
  - Saignements fréquents, irréguliers, et plus prolongés.
  - Céphalées.
  - Etourdissements
  - Mastodynies
  - Douleurs pelviennes
  - Nausées

- La gestion des effets secondaires des COP
- Retour tardif règles : Rassurer la cliente et lui expliquer qu'elle n'est pas enceinte.
- En cas de saignements, traiter comme les COC et si persistance, éliminer une cause organique et proposer un autre type de COP et la revoir trois jours après.
- En cas de céphalées, traiter comme pour les COC.
- En cas de douleurs pelviennes, éliminer une grossesse extra utérine bien que rare.
- En cas de nausée, proposer de prendre la pilule pendant les repas ou au coucher.

✓ **Pour la pilule contraceptive d'urgence (PCU)**

- Saignements irréguliers
- Céphalées
- Etourdissements
- Mastodynies
- Douleurs pelviennes
- Nausées

La gestion des effets secondaires des PCU

- Retard des règles de moins de 7jours, rassurer ; Si plus d'une semaine alors éliminer une grossesse.
- Pour les autres effets secondaires, rassurer la cliente

✓ **Pour les progestatifs injectables**

Les effets secondaires dépendent du type.

• **DMPA**

- Saignements irréguliers et ou prolongés fréquents lors des trois premiers mois
- Aménorrhée après une année de prise de pilule

• **NET-EN**

- Prise de poids

- Céphalée
- Étourdissements
- Diminution de la libido
- Ostéoporose

La gestion des effets secondaires

- En cas d'aménorrhée, rassurer la cliente
- En cas de saignements irréguliers, prendre 500mg d'acide mifénamique x2/jours.

Après les repas pendant 5jours ou 40mg de valdécoxib pendant 5 jours, en commençant dès le début des saignements réguliers. En cas de persistance il faut rechercher une autre cause.

- En cas de prise de poids ou de céphalée, traiter comme pour les COC

✓ **Pour les implants sous cutanés :**

- Effets secondaires identiques à ceux des contraceptifs progestatifs injectables
- Infection de la plaie,

La gestion des effets secondaires des implants sous cutanés

- En cas d'aménorrhée, traiter comme pour les COP
- Saignements irréguliers, prendre d'Ibuprofène ou 500mg d'acide mifénamique X 3 par jour après les repas pendant 5jours et débiter dès l'apparition des saignements irréguliers. Si persistance, elle prendra soit COC avec lévonorgestrel à raison d'une pilule par jour pendant 21 jours ou 50µg d'éthynilestradiol pendant 21 jours. Si malgré ce traitement ils persistent, alors il faut rechercher une autre cause.
- En cas de céphalées, ou de mastodynie ou de prise de poids, traiter comme pour les COC
- En cas de douleurs pelviennes, traiter comme pour les COP
- En cas d'acné, la mettre sous COC si la cliente souhaite changer de méthode

- En cas d'infections de la plaie, antibiothérapie pendant 7jours ; si abcès, incision et antibiothérapie pendant 7jours. Si persistance de l'abcès alors retrait et référer la cliente.

## **1.6. Méthodes de contraception traditionnelles au Mali :**

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples [11]. On peut citer :

### **1.6.1 Tafo**

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

### **1.6.2 Toile d'araignée**

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



**Figure 20 : Toile d'araignée [11].**

### **1.6.3 Miel et le jus de citron**

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

### **1.6.4 Solutions à boire :**

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

### **1.6.5 La séparation du couple après accouchement :**

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

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

## **1.7. Morale et éthique de la reproduction**

### **1.7.1. Dans l'antiquité**

L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle ou collective, institutionnelle ou non, mais ne trouvant une opposition ou une annihilation que dans une structure morale d'essence religieuse, philosophique ou politique.

## **1.7.2. Aspects religieux et philosophiques :**

### **a. Le christianisme et la contraception :**

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Slater J [12], mais l'expansion et la banalisation de cette pratique dans les sociétés modernes par la mise à disposition des moyens plus nombreux et plus sûrs, a suscité des réactions aiguës et accentué le débat du côté des confessions chrétiennes traditionnellement réservées vis à vis de la contraception.

On notera que certaines pratiques et prescriptions communément admises au sein de l'église ancienne (et toujours en vigueur de l'église orthodoxe) ont eu pour effet objectif, une limitation des naissances,

L'abstention de rapports sexuels durant la menstruation, durant la grossesse, mais également lors des jours et des périodes de carême (qui totalisent la moitié des jours d'une année), ainsi que les jours précédant la communion et la pratique de l'allaitement maternel. Le nombre de jours fertiles se trouvait ainsi considérablement réduit [13].

### **b. L'islam et la contraception**

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 [14] est la suivante : « La planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture ».

La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas [14].

Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, alors les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite, ce qui n'est pas le cas.

Le mariage est une association de deux libertés ; la femme n'est ni un objet sexuel, ni une machine à reproduire, c'est la volonté du couple librement qui décide de la progéniture comme de l'harmonie sexuelle et la contraception reste libre s'il le souhaite.

Aucun texte de l'islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement [10].

## **1.8. État de lieux de la recherche**

### **1.8.1. Dans le monde**

En France, on estime environ à 10 000 le nombre d'adolescentes qui tombent enceintes chaque année et dont la moitié avorte [12]. Devant cette situation accablante le gouvernement français en novembre 1999 a annoncé l'autorisation permettant aux infirmières scolaires de délivrer la pilule du lendemain aux adolescentes « en situation de détresse ou d'extrême urgence » cette mesure a suscité un débat juridique avec les religieux.

L'éducation sexuelle partie intégrante des programmes scolaires depuis 1973 a acquis une importance nouvelle en septembre 1999 par l'augmentation à 30 à 40 heures de cours pour les élèves de quatrième et de troisième. En janvier 2000, une grosse campagne d'information sur la contraception fut lancée par le gouvernement. En Angleterre et au pays de Galles les taux de grossesse chez l'adolescente de 15 à 19 ans sont les plus élevés d'Europe occidentale avec 65 pour mille ; devant cette situation tout le monde pense qu'il faut agir, mais les opinions divergent sur les moyens à employer. Le gouvernement s'est engagé à réduire de moitié le taux de grossesse chez les adolescentes d'ici 2010.

Selon l'office britannique de la statistique, 35,5% de ces fœtus sont avortés. Comparativement les taux de grossesse chez l'adolescente de 15 à 19 ans sont 65 pour mille en Grande Bretagne contre 84 pour mille aux USA et 102 pour mille en Russie [12].

Le ministère de la santé a autorisé, à titre d'essai, certaines pharmacies à vendre sans ordonnance la pilule du lendemain aux jeunes filles de plus de 14 ans.

En Afrique sub-saharienne, les adolescentes représentent plus de 50 % des premières grossesses et elles donnent naissance à des bébés d'un poids insuffisant le plus souvent que les femmes adultes [12]. Les problèmes liés à la grossesse constituent l'une des premières causes de mortalité chez l'adolescente.

Dans cette région, l'écart se creuse entre le début de l'activité sexuelle et le mariage car les femmes se marient plus tard. Chez les adolescentes le jeune âge ou le fait de ne pas être mariées peut constituer des obstacles à l'obtention de services de planning familial.

La réussite scolaire des femmes a un effet important sur la fécondité, plus les femmes sont allées loin dans leur scolarisation, plus leur niveau de fécondité est faible.

Au Malawi, ISF varie de 7,3 pour les non-scolarisées et niveau primaire à 3 pour le niveau secondaire et plus. Cet ISF ne diffère que de 0,1 entre les zones urbaines et rurales ou il y a une augmentation.

Au Bangladesh, au Népal et dans certaines régions d'Afrique, 70 à 80 % des jeunes filles sont mariées à 15 ou 16 ans [12]. Dans ce cas la grossesse peut être désirée, mais elle peut être risquée, d'un point de vue sanitaire, scolaire ou économique. Hors mariage, elle n'est généralement pas désirée.

La grossesse compromet l'avenir scolaire des adolescentes. Ce qui pousse certaines à l'avortement clandestin. Le fond des nations unies pour la population a beaucoup fait pour que la sexualité des adolescentes soit reconnue à travers le

monde de même que leurs besoins spécifiques en matière d'éducation, d'information et d'accès aux services sociaux et médicaux.

Mais les États sont lents à réagir. Ce sont les organisations non gouvernementales (ONG) qui sont très proactives dans ce domaine.

Ainsi plusieurs enquêtes dans le monde montrent une baisse du taux de fécondité grâce à l'usage croissant et à un développement de la planification familiale.

Mais le taux de fécondité est plus élevé dans les pays en développement que dans les pays industrialisés malgré que les taux d'utilisation de la contraception soient plus élevés dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. Cela est lié à l'importance de la population dans ces pays.

En général, la grossesse précoce chez les adolescentes pose les problèmes liés à l'importance de cette population et aux risques sanitaires pour la mère et le fœtus. En Afrique, le taux de fécondité reste élevé et varie selon les régions et au sein d'une même région. Les taux les plus élevés sont enregistrés en Afrique subsaharienne et dans les pays arabes [12].

### **1.8.2. Au Mali :**

Le Mali est parmi les pays à fort taux d'accroissement dans le monde [8]. Ce niveau d'accroissement est le fruit d'une fécondité encore élevée ; l'ISF est passé de 6,9 en 1987 à 6,8 en 2001 [7].

Alors que les autres pays africains connaissent une baisse dans ce domaine, la fécondité au Mali n'a pas connu de changement notable.

L'effectif de la population est passé d'environ 4 100 000 habitants en 1960 à 9 800 000 habitants en 1998. Au rythme auquel elle s'accroît, la population du Mali doublerait tous les 22 ans.

Comparé aux autres pays, le Mali aurait moins de temps que la moyenne africaine 27 ans pour se préparer au doublement de sa population, encore moins de temps que les pays d'Asie dans 50 ans et d'Amérique centrale dans 45 ans. Cette réalité

pourrait compromettre le processus de développement du pays et interpelle les décideurs à tous les niveaux.

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation actuelle de la contraception moderne est de 16 % pour les femmes en union sexuellement active et 36% pour les femmes non en union sexuellement active [8]. Cela contraste fortement avec les besoins non satisfaits en planification familiale qui sont de l'ordre de 24% [8]. Les faibles progrès enregistrés au niveau de la prévalence contraceptive se traduisent par une fécondité constante depuis une quinzaine d'années au Mali.

En matière de prévalence contraceptive, le Mali est en retard sur plusieurs pays africains dont le Ghana 13,4% en 1998, le Kenya 32% en 1999, la Zambie 50,1 % en 1999 et la Tunisie 66% en 2000. Dans le monde, 10 000 femmes meurent chaque semaine parce qu'elles n'ont pas eu accès à la planification familiale [4].

La faible prévalence contraceptive fragilise la santé de la femme et de l'enfant. La clé du développement du pays passe donc par une meilleure maîtrise de la croissance démographique, à travers la promotion de la planification familiale.

Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de planification familiale représente environ 20% de la demande potentielle au niveau du Mali. Même si le Mali ne répondait qu'aux 80% de besoins non satisfaits en planification familiale, cela contribuerait énormément à l'amélioration des conditions de vie des maliens.

La fécondité débute très précocement [10], à un niveau élevé à 15-19 ans, atteint son maximum à 20-24 ans, baisse à 40-44 ans. .

À Bamako le taux de fécondité des 15-19 ans est de l'ordre de 102 pour mille [8]. Il y'a des différences de niveau de fécondité selon le lieu de résidence ; ainsi l'ISF de 6,8 enfants par femme pour le pays varie de 5,5 en milieu urbain à 7,3 en milieu rural. Ces différences s'observent à tout âge, mais l'écart relatif à la résidence est important aux très jeunes âges : ainsi à 15-19 ans, le taux est de 129 pour mille en milieu urbain contre 218 pour mille en milieu rural.

Les études mettent en évidence une diminution de la fécondité avec l'augmentation du niveau d'instruction ; ainsi l'ISF varie de 7,1 pour les femmes sans instruction à 6,6 pour les femmes d'instruction primaire et 4,1 pour le niveau secondaire et plus. Cette influence de l'instruction sur la fécondité est surtout sensible après le niveau primaire.

Les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale des femmes, 40% d'entre elles ont commencé leur vie féconde, 34% ont déjà eu un enfant et 7% sont enceintes pour la première fois. La précocité est accentuée en milieu rural 49% contre 20% en milieu urbain. À Bamako, 23% sont fécondes, 15% déjà mères et 5% sont enceintes [7].

Ainsi le Mali a un taux de fécondité parmi les plus élevés du monde malgré les progrès réalisés dans le domaine de la planification. Les enquêtes ont montré que cette fécondité commence très précocement à des taux élevés chez les adolescentes de 15 à 19 ans et pose des problèmes qui sont également rencontrés dans beaucoup de pays à travers le monde qu'il soit industrialisé ou en développement.

### **1.9. Les accès aux structures de santé reproductive**

Chaque année on enregistre dans le monde 75 millions de grossesses non désirées dues à deux causes principales : soit le couple n'utilisait pas la contraception soit la méthode utilisée a échoué [4]. Le manque d'accès à l'information et aux services de planification familiale est une des nombreuses raisons pour lesquelles la contraception n'est pas utilisée pour éviter une grossesse non-désirée.

Les moyens contraceptifs sont de plus en plus disponibles mais hors de la portée pour beaucoup de gens. Près de 60% des femmes et des hommes utilisent aujourd'hui dans le monde des méthodes contraceptives modernes, mais environ 350 millions de couples ne sont pas informés dans ce domaine et n'ont pas accès à différentes méthodes et prestations [19].

La planification familiale est reconnue depuis plusieurs années comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien être des femmes et de leurs familles [19].

Au Mali, beaucoup d'efforts ont été consentis dans ce cadre à travers les différents programmes de santé de la reproduction.

Cependant la prévalence contraceptive reste l'une des plus faibles de la sous-région africaine [8].

### **1.10. Approche conceptuelle : Épidémiologie socioculturelle**

Une grossesse précoce, lorsqu'elle a lieu dans le mariage est rarement identifiée comme un problème. Elle est au contraire souhaitée pour la jeune mariée quel que soit son âge. C'est une preuve de sa fertilité. Une grossesse pré maritale (sous ou en dehors des fiançailles), par contre, est accueillie différemment selon les milieux sociaux. Hors mariage, une grossesse est généralement immorale et non-tolérée.

Dans bien des cas, la grossesse sera reconnue par le père et un mariage suivra. Ailleurs dans certaines sociétés d'Afrique subsahariennes notamment forestières, la hantise de la stérilité est tellement présente que l'on souhaite que la femme fasse preuve de sa fertilité avant que le mariage ne soit définitivement conclu.

Une grossesse d'adolescente, mariée ou non est donc dans ce contexte bien acceptée. Par contre dans d'autres milieux séculaires (Bamanan) comme dans le milieu islamisé où toute relation sexuelle avant le mariage est réprouvée, les familles sont favorables au mariage très précoce pour éviter toute grossesse hors-mariage. Actuellement, dans notre monde de transition entre valeurs culturelles (morales, éthiques et religieuses) séculaires et pro-occidentales contemporains, la grossesse est perçue plus comme un risque d'interruption des études de la jeune fille que comme un problème moral ou spirituel.

Cependant, il s'est tout de même développé dans le milieu aussi bien familial qu'officiel mais également dans celui des mouvements de jeunes, un discours

réprobateur et moraliste qui stigmatise de plus en plus le dévergondage des jeunes filles.

Ici, on incrimine peu des adolescents ou jeunes adultes masculins ou encore des hommes qui profitent de leur statut social favorisé pour entraîner les adolescentes à des relations sexuelles précoces ou à risque.

Mais avant tout, la fécondité pré maritale traduit une modification du cycle de vie des jeunes femmes. Le retard de l'entrée en union, en raison de la scolarisation notamment, a introduit une période plus longue qu'auparavant, entre puberté et mariage, qui augmente. Par ailleurs, la probabilité de grossesse pré ou extra maritale reste élevée.

De l'approche de la fécondité des adolescentes comme transgression d'une norme, on passe progressivement à une approche plus objective prenant en compte les implications sanitaires et sociales de la maternité précoce. Les études sur la santé en montrent bien des dangers pour les adolescentes (n'ayant pas achevé leur propre croissance) ainsi que les risques liés aux avortements clandestins, de plus en plus fréquents chez les jeunes filles.

À travers le monde les organismes chargés de la promotion des femmes soulignent le handicap que constituent les maternités d'adolescentes pour la formation et la carrière professionnelle des jeunes filles. De nos jours les programmes de planification familiale ont fait des interventions pour éviter de faire les grossesses précoces une de leurs priorités. C'est en effet un thème qui contribue largement à légitimer l'offre des services de contraception.

# METHODOLOGIE

## **II. METHODOLOGIE**

### **2.1. Cadre d'étude :**

Notre étude s'est déroulée dans les trois facultés suivantes : FMOS, FAST, ULSHB.

#### **a. Durée d'enquête :**

Notre enquête s'est déroulée dans trois (3) établissements scolaires du district de Bamako à savoir : la Faculté des Sciences et des Technologies de Bamako (FAST), la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS), et l'université des lettres et des Sciences humaines de Bamako (ULSB). L'enquête a été réalisée sur une durée de 18 mois allant du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 30 juin 2021.

#### **b. Situation géographique des différents établissements :**

##### **b.1. Faculté des Sciences et des Technologie de Bamako (FAST)**

Située sur la colline de Badalabougou dans la commune V du district de Bamako. Se trouve également sur la colline de Badalabougou : Institut universitaire de Gestion (IUG), Institut des Sciences Appliquées (ISA), la Faculté des Histoire et Géographie (FHG), la Faculté des Sciences économiques et de Gestion (FSEG), Institut de Confutus ou Centre des Langues, Institut Cheick Zaïde, la Faculté des Droits Privés (FDPRI), Institut universitaire d'excellence (IUE). Institut des Sciences Politique de Relation Internationales et Communication (ISPRIC).

##### **b.2. Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) :**

Située sur la colline du Point G dans la commune III du district de Bamako. Elle est à proximité du Centre Hospitalier Universitaire de Point G (CHU Point G) et de la Faculté de Pharmacie (FAPH).

##### **b.3. Université des lettres et des Sciences humaines de Bamako (ULSB)**

Située dans la commune de Kalanban Coro du cercle de Kati près du village de N'Golobogou.

Au Nord à 2 Km environ se trouve le quartier Kabala. Elle est composée de deux (2) facultés et un institut :

- La Faculté des Sciences Humaines et des Sciences de l'Education (FSHSE) ;
- La Faculté des Lettres, Langue, et des Sciences de Langue (FLSL) ;
- Institut Universitaire des Technologies (IUT).

A l'Ouest, à 100 m environ se trouve le Centre National des Œuvres Universitaires (CNOU).

A l'Est, à 500 m environ, se trouve l'Ecole Nationale d'Enseignement Technique et Professionnel (ENETP).

## **2.2. Type d'étude :**

Nous avons réalisé une étude prospective portant sur les étudiantes fréquentant les trois (03) facultés concernées sur une durée de 18 mois.

## **2.3. Echantillonnage :**

L'étude a porté sur un échantillon de 300 étudiantes dans les trois (3) établissements scolaires réparti comme suit :

- 100 étudiantes à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;
- 100 étudiantes à la Faculté des Sciences et des Technologies de Bamako ;
- 100 étudiantes à l'université des lettres et des Sciences humaines de Bamako.

## **2.4. Choix des établissements**

Nous avons pris au hasard trois (3) établissements scolaires (FAST, FMOS, ULSB).

## **2.5. Choix des étudiantes**

Les étudiantes ont été choisies sur la base du volontariat.

## **2.6. Critères d'inclusion**

Ont été incluses dans notre étude :

- Les étudiantes des trois (03) facultés concernées ayant accepté de répondre aux questionnaires d'enquêtes.

## **2.7. Critères de non inclusion**

N'ont pas été incluses dans notre étude :

- Les étudiantes ne répondant pas entièrement aux questionnaires et les étudiantes refusant de participer à l'étude.
- Considération ethnique

## **2.8. Instruments d'enquête**

L'instrument d'enquête a été le questionnaire individuel appelé fiche d'enquête.

## **2.9. Analyse des données**

Les données individuelles ont été codifiées en numérique afin de permettre leurs explorations sur un ordinateur.

Les logiciels suivants ont servi à la saisie du rapport et l'exploration des données :

- **SPSS 19** : logiciel épidémiologique pour la saisie et l'analyse des données
- **Word** : traitement de texte pour la saisie.
- **Excel** : pour le traitement des figures.

# RESULTATS

### III. RESULTATS

#### 3.1. Fréquence

Pendant notre étude, nous avons colligé 300 étudiantes dans trois structures universitaires.

**Tableau III** : Répartition des étudiantes selon les établissements.

<b>Etablissement</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
FMOS	100	33,33
FAST	100	33,33
KABALA (ULSB)	100	33,33
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

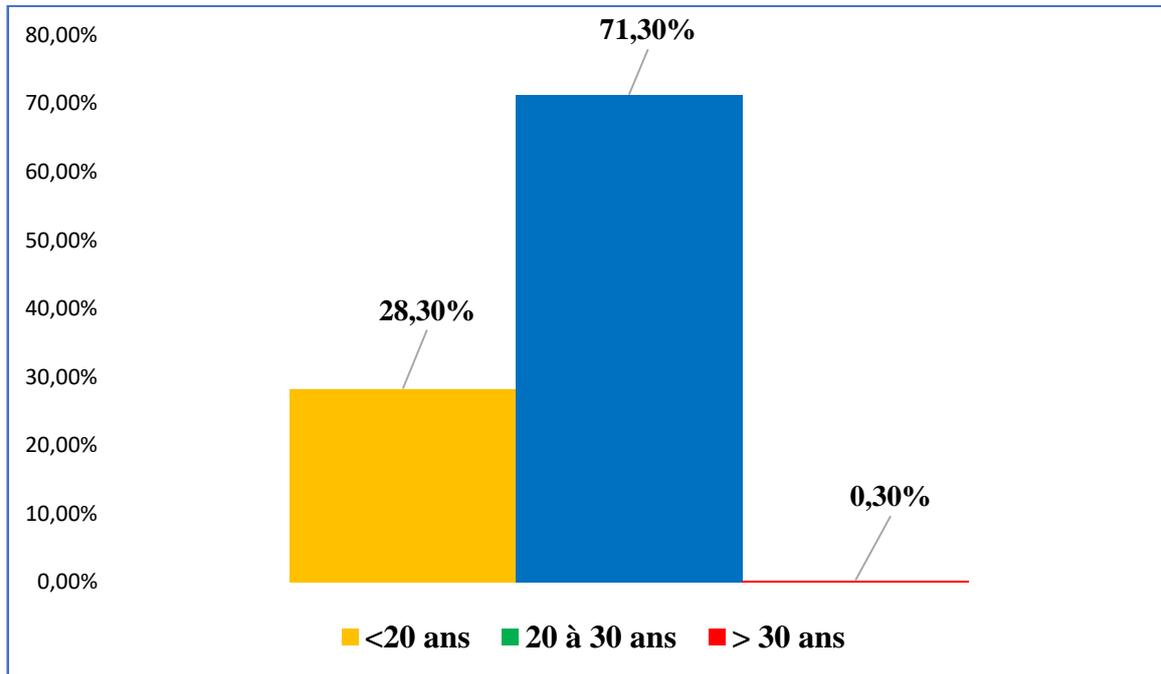
Les établissements ont été représentés à proportion égale dans notre étude.

**Tableau IV** : Répartition des étudiantes selon la classe.

<b>Classe</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
L1	76	25,3
L2	76	25,3
L3	48	16,0
MED1	25	8,3
MED3	15	5,0
MED4	14	4,7
MED2	13	4,3
MED7	13	4,3
MED5	10	3,4
MED6	10	3,4
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Les étudiantes de Licence 1 et 2 étaient les plus représentées soit 25,3% et 25,3%.

### 3.2. Aspects sociodémographiques



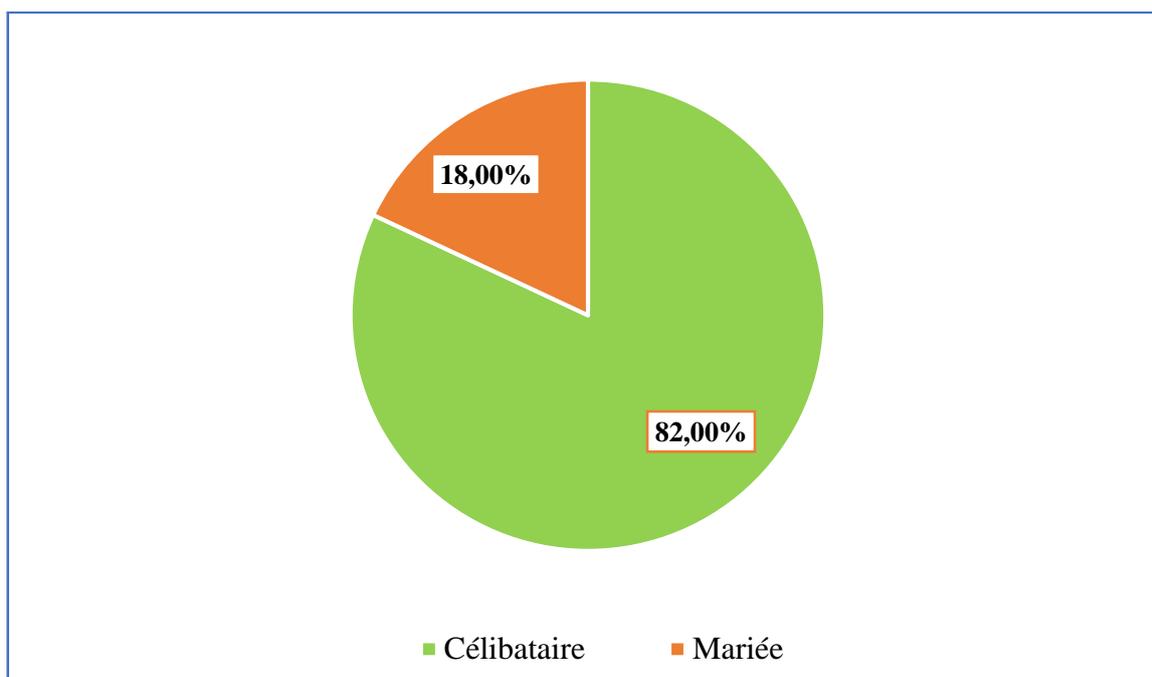
**Figure 21 : Répartition des étudiantes selon l'âge.**

Dans cette étude la majorité des étudiantes étaient entre 20 et 30 ans soit 71,30% des cas. L'âge moyenne était de  $21 \pm 2$  ans avec des extrêmes de 17 et 38 ans.

**Tableau V : Répartition des étudiantes selon l'ethnie.**

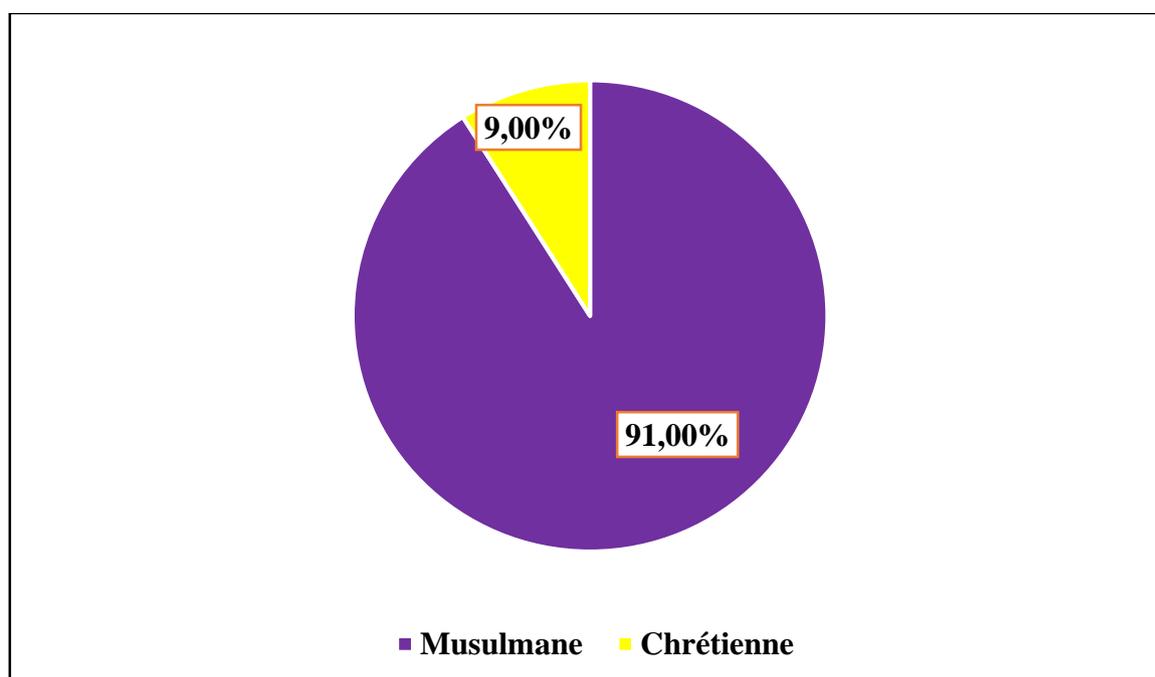
<b>Ethnie</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Bambara	70	23,4
Peulh	62	20,7
Malinké	31	10,4
Sonrhai	29	9,7
Soninké	23	7,7
Dogon	18	6,0
Senoufo	14	4,7
Mianka	12	4,0
Bobo	10	3,4
Bozo	6	2,0
Bamileké (Camerounaise)	4	1,4
Songhoy	4	1,4
Diawado	3	1,0
Kakolo	3	1,0
Maure	3	1,0
Yoruba (Beninoise)	2	0,7
Khassongué	2	0,7
Sosso	1	0,4
Yadega (Burkinabè)	1	0,4
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Les Bambaras ont représenté 23,4% des cas suivi des Peulhs (20,7%) et des Malinkés (10,4%).



**Figure 22 : Répartition des étudiantes selon le statut matrimonial.**

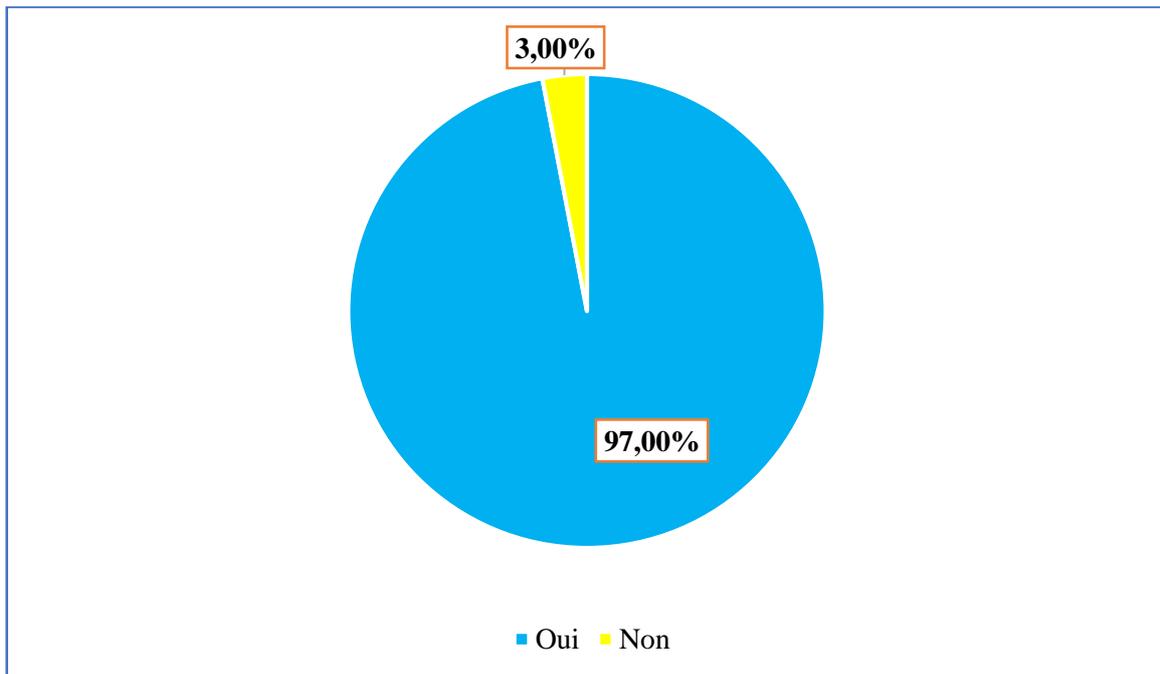
Les célibataires ont représenté 82% des cas.



**Figure 23 : Répartition des étudiantes selon la religion.**

Quatre-vingt-onze pourcent (91%) des étudiantes étaient des musulmanes.

### 3.3. Connaissance des méthodes de contraception



**Figure 24 : Répartition des étudiantes selon la connaissance de la contraception**

La quasi-totalité des étudiantes avaient déjà entendu parler de contraception soit 97% (291 cas).

**Tableau VI : Répartition des étudiantes selon la définition de la contraception.**

<b>Signification</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Eviter grossesses	186	62,0
Espacer naissances	157	52,3
Santé mère	68	22,7
Santé enfant	55	18,3
Moins naissances	43	14,3
Moins dépenses	28	9,3
Famille heureuse	28	9,3
Meilleure éducation enfant	17	5,7
Eviter grossesse non désirée	13	4,3
Ne sait pas	4	1,3
Eviter les IST	2	0,7
Sans réponse	1	0,3

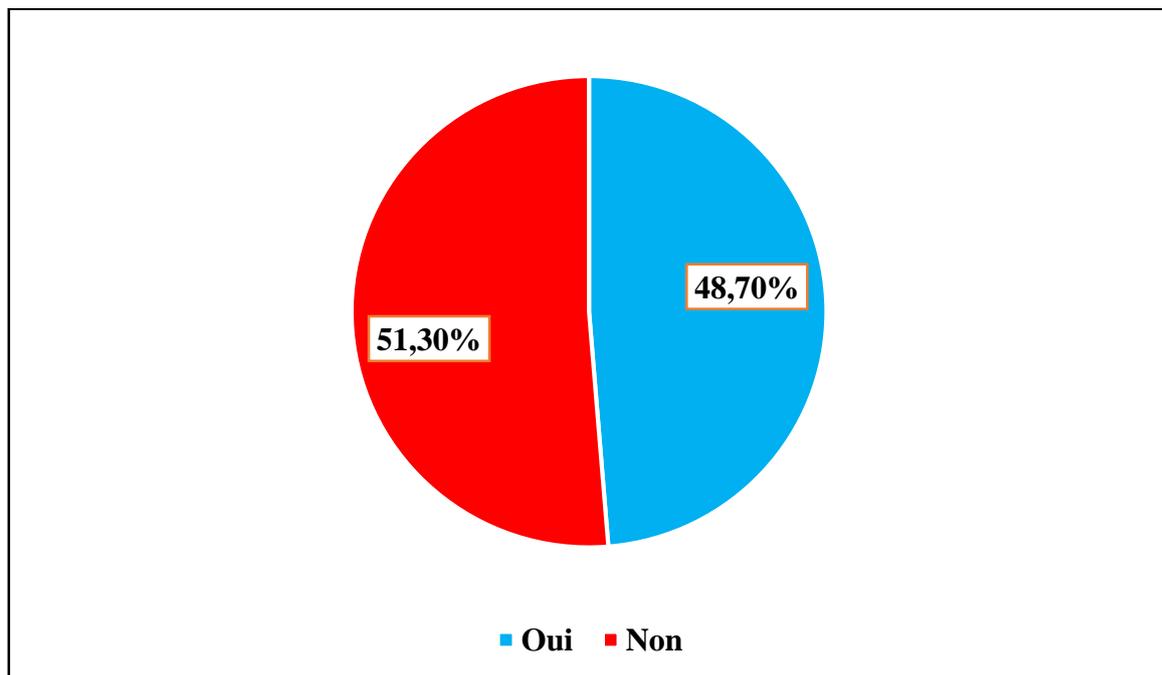
Parmi les 291 étudiantes ayant déjà entendu parler de la contraception, la plupart avait défini la contraception étant comme un moyen d'éviter les grossesses dans 62% des cas, d'espacer les naissances soit 52,3 des cas.

**Tableau VII :** Répartition des étudiantes selon les méthodes contraceptives déjà entendu parler.

<b>Méthode</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Pilule	260	86,7
Préservatif	248	82,7
Pilule du lendemain	128	42,7
Jadel	97	32,3
DEPOT provera	94	31,3
Stérilet	75	25,0
Naturelle	50	16,7
Patch et éponge	18	6,0
Abstinence périodique, MAMA	17	5,7
Cape	8	2,7
Anneau vaginal, diaphragme	8	2,7
Ovule	7	2,3
Ligature des trompes	4	1,3
Méthode d'Ogino et de knauss	2	0,7
Coca-Cola	1	,3

La pilule a représenté 86,7%, suivie du préservatif dans 82,7% des cas et Pilule du lendemain (42,7% des cas)

### 3.4. Contraception d'urgence



**Figure 25 : Répartition des étudiantes selon la connaissance sur la contraception d'urgence.**

Quarante-huit virgule sept pourcent (48,7%) soit 146 cas avaient des connaissances sur les contraceptifs d'urgence.

**Tableau VIII :** Répartition des étudiantes selon les types de contraceptifs d'urgence déjà entendu parler.

<b>Contraceptifs d'urgence</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Pilule de lendemain	124	84,9
Préservatif	10	6,8
Coca-cola	6	4,1
Nivaquine	3	2,1
Abstinence	2	1,4
Stérilet	1	0,7
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

Parmi les 146 étudiantes ayant une connaissance sur les contraceptifs d'urgence, 84,9% des cas avait cité la pilule du lendemain comme le contraceptif d'urgence suivi de préservatif dans 6,8% des cas et de coca cola dans 4,1% des cas.

**Tableau IX :** Répartition des étudiantes selon les avantages des contraceptifs.

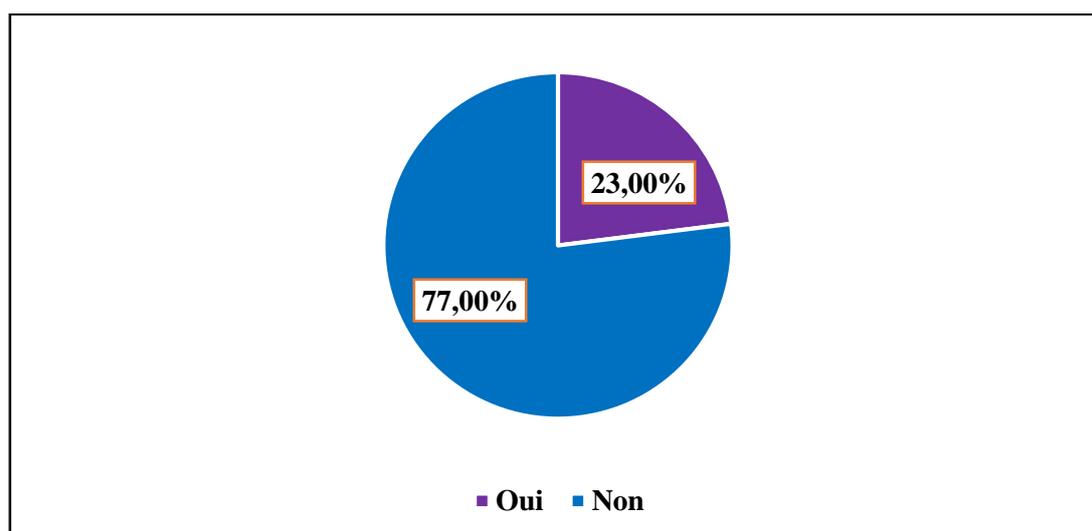
<b>Avantages</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Evite les GND	117	40,2
Espacer les grossesses	99	34
Améliore la santé mère-enfant	50	17,18
Bien être de la famille	15	5,15
Diminue les avortements clandestins	5	1,8
RAS	2	0,8
Protection contre les IST	2	0,8
Peu couter	1	0,34
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>100</b>

Parmi les étudiantes enquêtées, elles ont signalé comme avantages : éviction des grossesses non désirés dans (40,2%) des cas suivis de l'espacement des naissances dans 34% des cas.

**Tableau X : Répartition des étudiantes selon les inconvénients des contraceptifs.**

Inconvénients	Fréquence	Pourcentage (%)
Stérilité	124	41,33
Trouble du cycle (Menométrorragie, aménorrhée secondaire)	105	35
RAS	58	19,33
Maladies cardiovasculaires (HTA, AVC, Thrombose)	23	7,6
GND par déchirure du préservatif	11	3,66
IST	6	2
obésité	5	1,66
Réduit les naissances	2	0,66
prostitution	2	0,66
Allergie au contraceptif	1	0,3
Pas sure a 100%	1	0,3
Risque de GEU	1	0,3
insuffisance rénale	1	0,3

Dans notre étude, elles ont signalé comme inconvénients : la stérilité a été évoqué dans 41,33 % des cas, suivi de trouble du cycle dans 35 % des cas et des maladies cardiovasculaires dans 7,6 % des cas.



**Figure 26 : Répartition des étudiantes selon la méthode de contraception utilisée.**

Vingt-trois pourcent (23,0%) des étudiantes avaient utilisé la contraception soit 69/300 cas.

**Tableau XI** : Répartition des étudiantes selon les motifs de contraception.

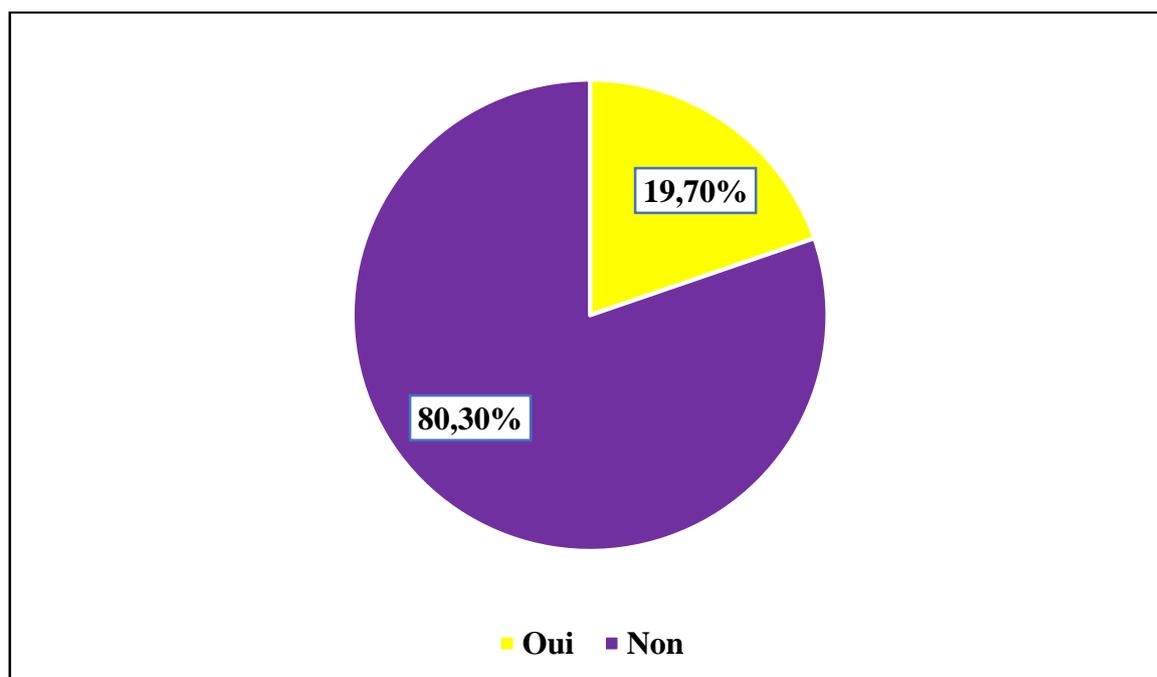
<b>Motifs de l'utilisation contraception</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Eviter les GND	55	79,9
Espacer les enfants	11	15,9
Pour éviter les IST	11	15,9
Antécédent de césarienne	1	1,4
J'étais célibataire	1	1,4
Pour traiter les troubles du cycle	1	1,4
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>

Parmi les 69 étudiantes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive, 79,9% des cas ont évoqué l'éviction des grossesses non désirés comme le motif de l'utilisation suivi de l'espacement des naissances dans 15,9 % des cas.

**Tableau XII** : Répartition des étudiantes pour les motifs de non utilisation de la contraception.

<b>Motifs de non utilisation de contraception</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Peur des effets secondaires (Obésité, HTA...)	209	90,5%
Célibataire	5	2,2
Aménorrhée primaire	2	0,9
Aspect religieux	2	0,8
Mon mari n'aime pas	1	0,4
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>100,0</b>

Les étudiantes qui n'utilisaient pas la contraception (231 étudiantes) avait évoqué comme raison la peur des effets secondaires dans 90,5% des cas.



**Figure 27 : Répartition des étudiantes selon le recours aux méthodes contraceptives.**

Les étudiantes avaient fait recours aux méthodes contraceptives dans 19,7% soit 59 cas.

**Tableau XIII : Répartition des étudiantes selon source d'approvisionnement des contraceptifs.**

Source d'approvisionnement	Fréquence	Pourcentage (%)
Pharmacie	230	76,7
Centres de santé	214	71,3
Service santé de l'établissement	88	29,3
Boutique	51	17,0
Hôtel	1	0,3
Naturelle	1	0,3

La pharmacie a été notée comme source d'approvisionnement des contraceptifs dans 76,7% des cas suivi de centre de santé dans 71,3 % des cas et des services de santé des établissements dans 29,3 % des cas.

**Tableau XIV :** Répartition des étudiantes utilisatrices d'une méthode contraceptive selon leur préférence.

Méthode préférée	Fréquence	Pourcentage (%)
Préservatif	35	11,7
Pilule	31	10,3
Dépôt	22	7,3
Stérilet	8	2,7
Collier	3	1,0
Jadel	3	1,0
Abstinence périodique	2	0,7
Calcule des cycles	2	0,7
Allaitement maternel exclusif	2	0,7
Contraceptif naturel	1	0,3
Méthodes naturelles	1	0,3

Le préservatif était la méthode préférée la plus évoqué dans 11,7% des cas.

**Tableau XV :** Répartition des étudiantes selon la méthode utilisée contre VIH.

Méthode contre VIH	Fréquence	Pourcentage
Préservatif	263	87,7
Je ne sais pas	31	10,3
Aucune	4	1,3
Abstinence périodique et allaitement maternel	1	0,3
Pilule	1	,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Le préservatif a été noté dans 87,7% dans cas.

**Tableau XVI :** Répartition des étudiantes selon l'appréciation de la contraception.

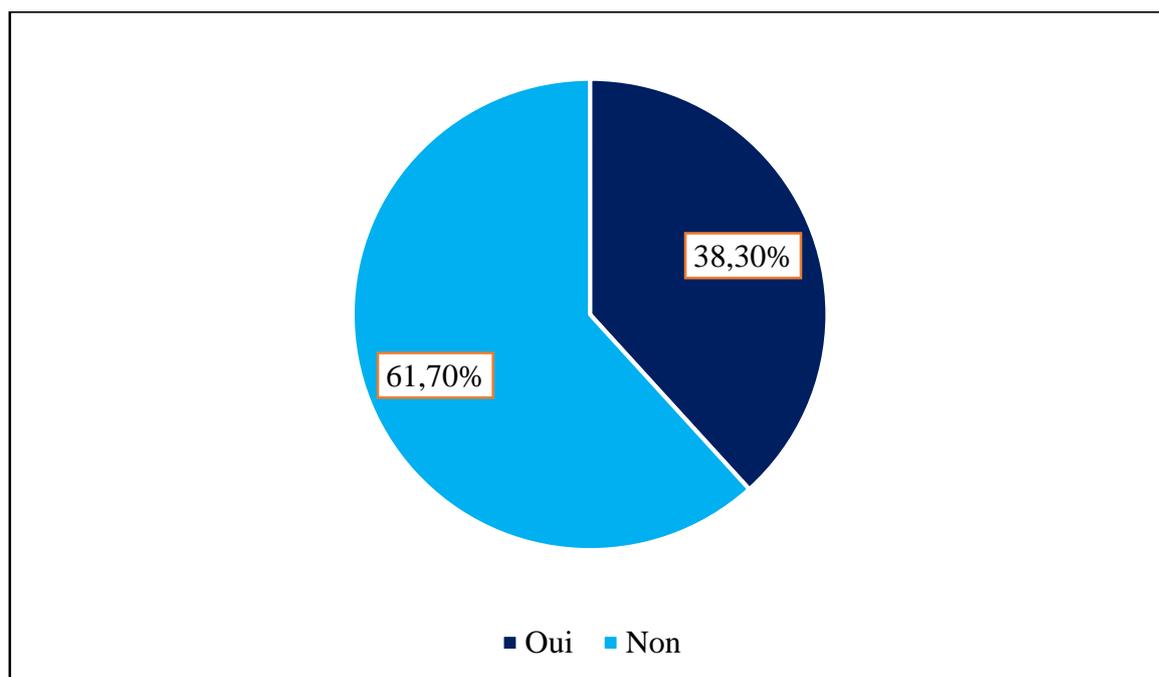
<b>Appréciez-vous la contraception ?</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	222	74,0
Non	78	26,0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

La contraception était appréciée dans 74% des cas.

**Tableau XVII :** Répartition des étudiantes selon la source d'information sur la contraception.

<b>Source information contraception</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Centre santé	210	70,0
Ecole	191	63,7
Media conférence	157	52,3
Conjoint partenaire	55	18,3
Parent	50	16,7
Ne sais pas	7	2,3
Autres	4	1,3

La source information sur la contraception la plus citée était le centre de santé soit 70 % des cas suivi de l'école dans 63,7 % des cas et des médias dans 52,3 % des cas.



**Figure 28 : Répartition des étudiantes selon la pratique de la sexualité.**

Dans cette étude 38,8% soit 115/300 cas avait déjà eu au moins un rapport sexuel.

**Tableau XVIII : Répartition des étudiantes selon les raisons de la pratique de sexualité.**

Raisons	Fréquence	Pourcentage (%)
Sentiment	48	41,7
Devoir conjugal	42	36,5
Curiosité	16	13,9
Menace/peur	5	4,3
Autres	1	0,8
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>

Parmi les 115 étudiantes ayant déjà eu au moins un rapport sexuel 41,7 % avait signalé le sentiment comme motif suivi de devoir conjugal dans 36,5 % des cas. **NB** : Ces taux correspondent à 16% des cas pour le sentiment et 14 % des cas pour le devoir conjugal dans l'échantillon total.

**Tableau XIX** : Répartition des étudiantes selon la pratique régulière de rapport sexuel.

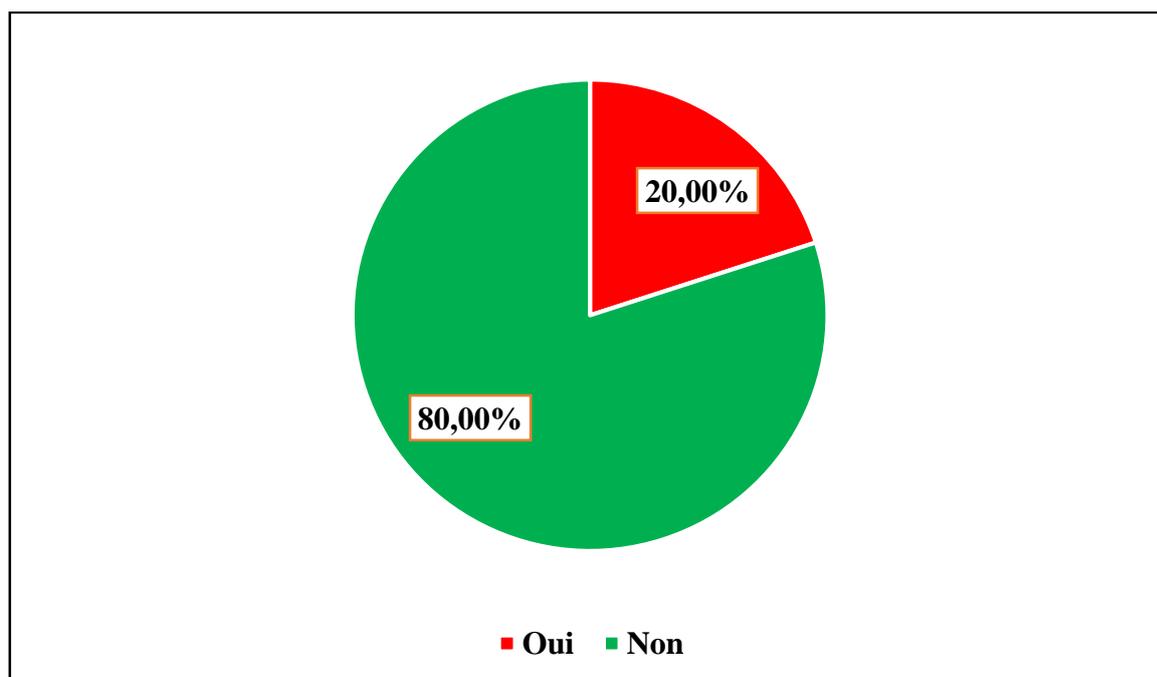
<b>Pratique régulière</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	59	51,3
Non	56	48,7
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>

Parmi les 115 étudiantes ayant eu au moins un rapport sexuel 59 étaient régulières soit 51,3% des cas.

**Tableau XX** : Répartition des étudiantes selon la protection pendant les pratiques de la sexualité.

<b>Rapports protéger</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Jamais	47	40,9
Parfois	38	33,0
Toujours	30	26,1
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>

Quarante virgule-neuf pourcent (40,9%) des étudiantes ne se protégeait pas pendant les pratiques de la sexualité parmi les étudiantes qui avaient eu au moins un rapport sexuel.



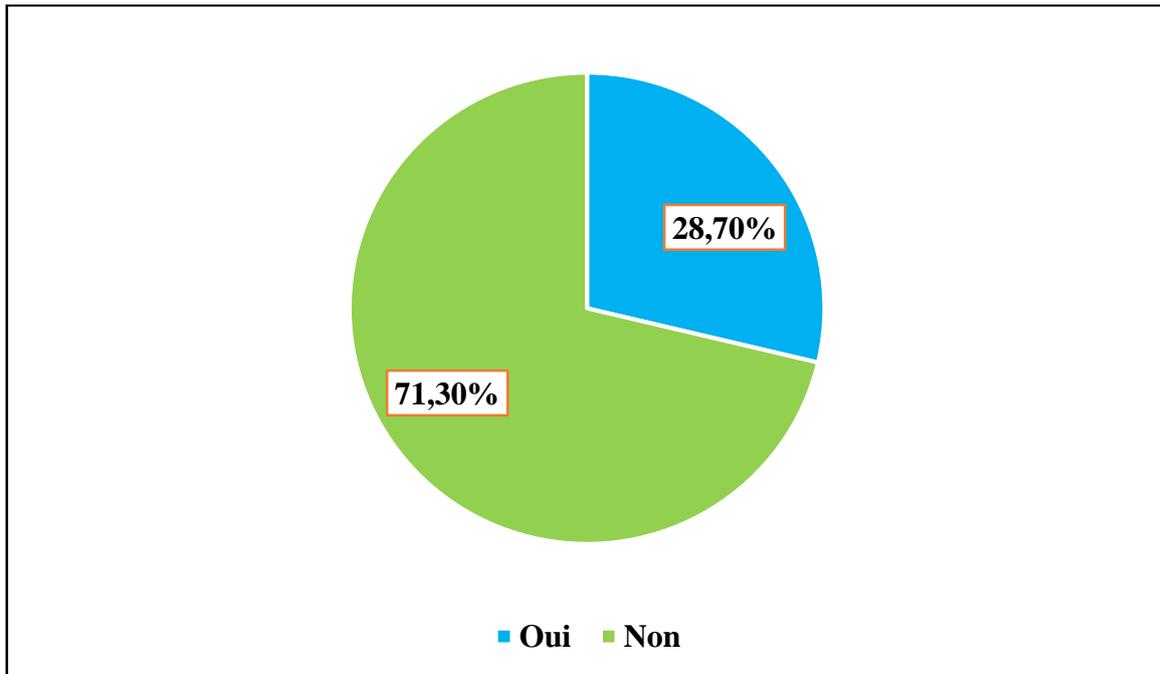
**Figure 29 : Répartition des étudiantes selon l'utilisation de la contraception d'urgence**

Parmi les 115 étudiantes qui ont eu au moins un rapport sexuel, 23 utilisaient la contraception d'urgence soit 20,0% des cas.

**Tableau XXI : Répartition des étudiantes selon les circonstances d'utilisation de CU.**

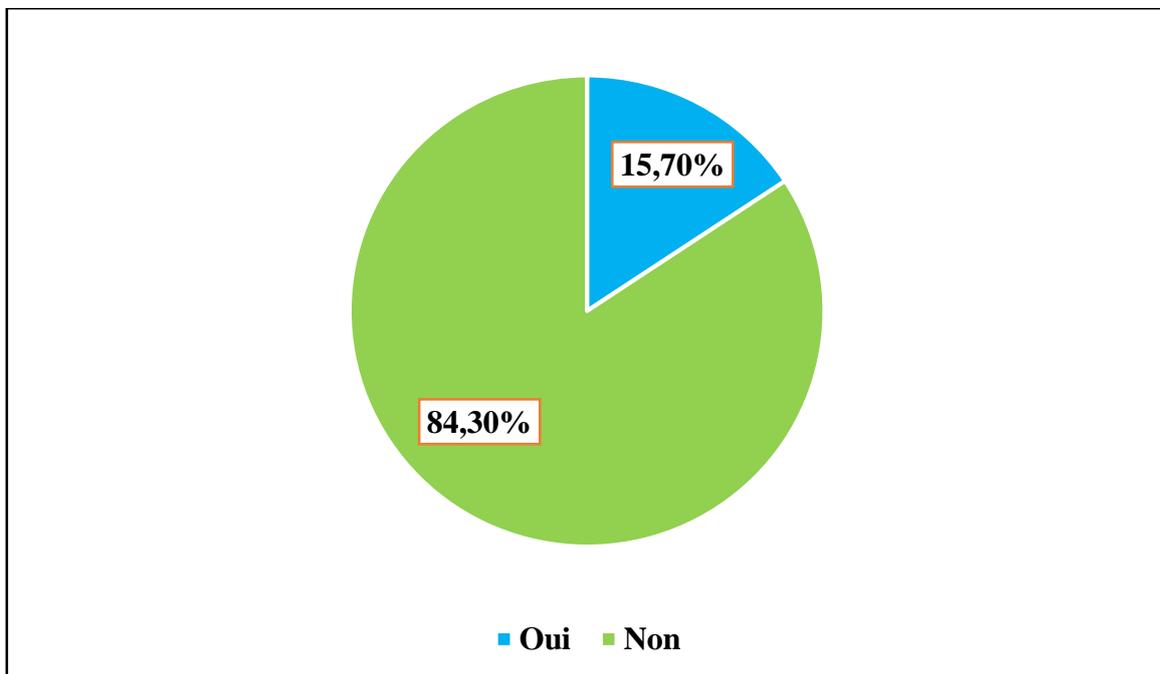
Circonstances d'utilisation	Fréquence	Pourcentage (%)
Rapport sans contraception	15	65,2
Echec préservatif	7	30,4
Autres	1	4,3
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>

Parmi 23 étudiantes ayant utilisé la contraception d'urgence 65,2% des cas était utilisé dans une circonstance de rapport sans contraception suivi de l'échec préservatif dans 30,4% des cas.



**Figure 30 : Répartition des étudiantes selon la présence d'enfant.**

Parmi les 115 étudiantes qui ont eu au moins un rapport sexuel, 33 avaient au moins un (1) enfant soit 28,7% des cas.



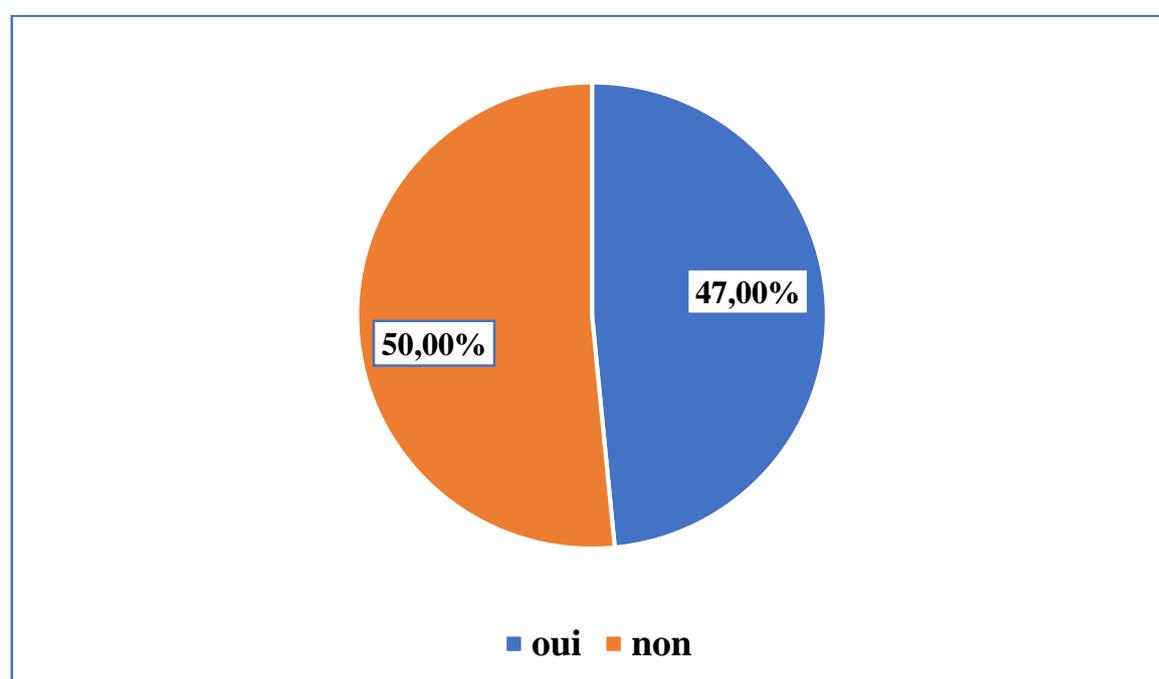
**Figure 31 : Répartition des étudiantes selon la notion de grossesse.**

Parmi les 115 étudiantes qui ont eu au moins un rapport sexuel 18 étaient enceintes soit 15,70 % des cas.

**Tableau XXII : Répartition des étudiantes selon le type de grossesse**

Grossesses désirées	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	11	61,1
Non	7	38,9
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Parmi les 18 étudiantes qui étaient enceintes, 11 étaient des grossesses désirées soit 61,1% des cas.



**Figure 32: Répartition des étudiantes selon la demande de contraception à leur conjoint.**

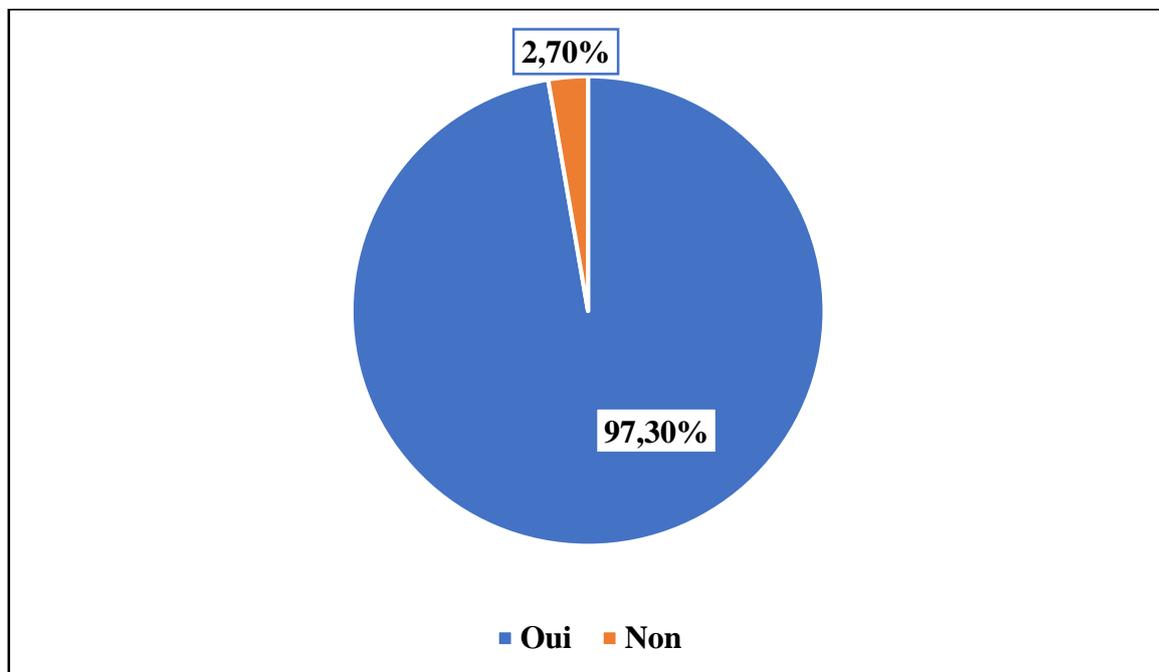
Parmi les 115 étudiantes qui ont eu au moins un rapport sexuel, 54 avaient discuté de contraception avec leur conjoint soit 47% des cas.

**Tableau XXIII :** Répartition des étudiantes selon la perception du conjoint à l'égard de contraception.

Perception du conjoint	Fréquence	Pourcentage (%)
Il apprécie	39	72,22
Il n'apprécie pas	15	27,78
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>

La majorité des conjoints ont apprécié dans 72,22 % des cas.

### 3.5. Contraception et planification familiale



**Figure 33:** Répartition des étudiantes selon la connaissance sur la planification familiale.

Quatre-vingt-dix-sept virgule trois pourcent (97,3%) soit 292 cas des étudiantes avaient entendu parler de la planification familiale.

**Tableau XXIV :** Répartition des étudiantes selon la signification de la planification

<b>Signification de la planification</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Espacement des naissances	264	90,4
Empêcher les GND	22	7,5
Je ne sais pas	4	1,4
Maintenir la famille en bonne santé	1	0,3
<b>Total</b>	<b>292</b>	<b>100,0</b>

Parmi les 292 étudiantes qui ont déjà entendu parler de la planification familiale, 90,4% avaient cité l'espacement des naissances suivi de 7,5 % des cas pour empêcher les GND.

**Tableau XXV :** Relation entre planification familiale et contraception.

<b>Lien entre PF et contraception</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	252	86,3
Non	40	13,7
<b>Total</b>	<b>292</b>	<b>100,0</b>

Parmi les 292 étudiantes qui ont déjà entendu parler de la planification familiale, 86,3% avaient cité l'existence d'un lien entre planification familiale et contraception.

**Tableau XXVI:** Répartition des étudiantes selon les motifs de non pratique de la planification familiale.

<b>Motifs de non pratiques</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Absence de sensibilisation	289	96,4
Absence premier rapport sexuel	138	46,0
Honte des adultes	88	29,3
Par volonté	9	3,0
Effets secondaires	7	2,3
Absence de communication entre les partenaires	6	2,0
La religion	4	1,3
Abstinence	1	0,3
Le tabou sur la contraception	1	0,3
Ne sais pas	1	0,3
Pour pouvoir tomber enceinte	1	0,3

L'ignorance de la planification familiale était notée dans 96,4% des cas.

# **COMMENTAIRES & DISCUSSION**

#### **IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :**

##### **A. Données qualitatives :**

Pour mener à bien notre étude nous avons dégagé un certain nombre de problèmes, à savoir : quelles peuvent être les connaissances, les attitudes et pratiques des étudiantes en matière de la contraception ?

Par rapport à ces interrogations, nous avons émis les hypothèses suivantes :

- a. Plusieurs facteurs influencent la non utilisation de la contraception
- b. La non sensibilisation des étudiantes sur les méthodes de contraception influencent leur scolarité.

Cette étude a été réalisée dans le but de prendre en compte toutes ces inquiétudes.

##### **Opinion des étudiantes :**

La plupart des étudiantes ont suggéré des campagnes de sensibilisation auprès des étudiantes dans les établissements scolaires en particulier et de façon générale des campagnes de sensibilisation dans les foyers pour améliorer la compréhension et l'usage des méthodes contraceptives. Selon la majorité des étudiantes la pratique de la contraception contribue au bon déroulement de leur carrière universitaire.

##### **B. Données quantitatives :**

###### **1. Caractéristiques sociodémographiques des étudiantes :**

Il s'agit des étudiantes fréquentant la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, la faculté des sciences et des Technologie de Bamako et l'Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSB).

Elles étaient âgées de 20 à 30 ans dans 71,30% des cas. L'âge moyenne était de  $21 \pm 2$  ans avec des extrêmes de 17 et 38 ans.

Le statut matrimonial était célibataire dans 82% des cas, l'étude a concerné toutes les étudiantes fréquentant les établissements concernés sans discrimination raciale ou de nationalité.

## **2. Antécédant gynéco-obstétrical des étudiantes :**

Parmi 115/300 étudiantes qui ont déjà eu au moins un rapport sexuel (soit 38,8% des étudiantes), 28,7% des cas avaient au moins un (01) enfant, ce qui correspond 11% de la population d'étude.

## **3. Connaissances des étudiantes sur la contraception :**

Parmi les étudiantes enquêtées 97% avaient déjà entendu parler de la contraception. Ce taux est inférieur à celui de M<sup>lle</sup> Sidibe A [32] qui avait trouvé un taux à 100% chez les adolescentes au niveau scolaire de 19 établissements du district de Bamako mais identique à celui de Diall IG [20] qui avait trouvé un taux à 96,8% en milieu scolaire de Baguinéda et supérieur à celui de Tounkara B [21] qui avait trouvé un taux à 66,33% chez les femmes fréquentant le CSRef de Diéma.

Ce taux élevé pourrait s'expliquer par le niveau d'étude élevé de la population d'étude. Dans l'échantillon étudié, parmi les étudiantes qui ont déjà entendu parlé de la contraception 62% des cas ont défini la contraception comme étant un moyen pour éviter la grossesse, 52,3% des cas ont défini la contraception comme étant un moyen pour espacer les naissances.

Ces taux de connaissance sur la contraception sont comparables à celui de l'EDSM VI [8] au cours de laquelle 93% des femmes avaient déjà entendu parler au moins d'une méthode contraceptive.

### **Au terme de notre étude :**

- Un taux de 86,7% des étudiantes connaissaient la pilule suivie de préservatif dans 82,7% des cas et de pilule de lendemain dans 42,72% des cas. Les implants sous-cutanés ont représenté 32,3% des cas. Le stérilet dans 25% des cas ;
- L'application des patch et éponges ont représenté 6% des cas ;
- La méthode Mama a représenté 5,7% des cas ;
- Le cape, l'anneau vaginal et le diaphragme ont représenté 2,7% des cas ;

- La méthode d'Ogino et de Knauss (0,7%) ;
- L'utilisation de coca cola a représenté 0,3% des cas.

#### **4. Connaissance des étudiantes sur la planification familiale :**

Parmi les étudiantes enquêtées, 97,3% des cas avaient déjà entendu parlé de la planification familiale.

Parmi les 292 étudiantes qui ont déjà entendu parlé de la planification familiale 90,4 % ont défini la planification familiale comme étant un moyen pour espacer les naissances ; 7,5 % ont défini comme étant un moyen pour empêcher la survenue d'une grossesse non désirée. Ces taux sont comparables à celui de M. Sidibe A [22] qui a trouvé un taux à 57,27% des étudiantes qui ont défini la planification familiale comme étant un moyen pour espacer les naissances au terme de l'étude de la planification familiale dans quatre (04) établissements d'enseignement secondaire du district de Bamako (2010).

#### **5. Attitudes des étudiantes face à la contraception :**

##### **a. Appréciation :**

Parmi les étudiantes enquêtées, 74% des cas ont apprécié la contraception. Ce taux est supérieur à celui de Cisse Y A [23] donc qui a trouvé un taux d'appréciation de la contraception à 5,8% dans l'étude des connaissances, attitudes et pratiques de la contraception en milieu scolaire dans la commune urbaine de Gao (année académique 2009-2010).

Ce taux est inférieur à celui de Diall IG [20] qui a trouvé un taux d'appréciation de la contraception à 97,8% dans l'étude des connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception dans la commune rurale de Baguinéda (2010)

### **b. Raison d'utilisation des méthodes contraceptives :**

La raison principale pour les étudiantes enquêtées a été de se protéger contre les grossesses non désirées donc dans 79,9% des cas contre 15,9% des cas pour espacer les naissances et 15,9 % pour la prévention des IST.

Ce taux de prévention contre les grossesses non désirées est supérieur à celui de Coulibaly A L [24] donc qui a trouvé un taux à 77,1% dans l'étude des connaissances, attitudes et pratiques de la contraception en milieu scolaire dans la commune urbaine de Ségou.

### **c. Source d'approvisionnement :**

La pharmacie privée de la ville était la source d'approvisionnement en méthode contraceptive la plus connue dans 76,7% des cas contre 71,3% au niveau des centres de santé et 23,3% au niveau des services d'établissement scolaire et boutique du quartier dans 17% des cas.

Ces taux sont comparables à celui de Coulibaly A L [24] chez qui la pharmacie privée était le principal lieu d'approvisionnement en contraceptif avec 49,5% des cas suivi des centres de santé dans 26,8% des cas et les boutiques des quartiers dans 11,2% des cas.

Ces taux sont comparables à celui de l'EDSM VI [8] dont la source d'approvisionnement était de 58% pour les centres de santé, 9% pour la pharmacie privée.

### **d. Pratique de la contraception :**

Parmi les étudiantes enquêtées, 23% pratiquaient la contraception. Cette prévalence est supérieure à celui de Cisse Y A [23] qui a trouvé un taux à 22,2% dans l'étude des connaissances et pratiques de la contraception en milieu scolaire dans la commune urbaine de Gao (2010). Cette prévalence est également supérieure à celui de Diall I G [20] qui a trouvé un taux de pratique de la contraception à 16,4% des cas dans l'étude des connaissances, attitudes et

pratiques comportementales des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception dans la commune rurale de Baguinéda en 2010.

Notre prévalence est inférieure à celui de Deculty C et de Bernard S [25] qui ont trouvés un taux de pratique de la contraception à 33,9% des cas au terme de l'étude des connaissances sur la reproduction et la contraception des lycéennes du lycée de Passy (France) en 2012.

Notre prévalence de pratique de la contraception est également inférieure à celui de Banhero L [26] qui a trouvé un taux à 40,9% au terme de l'étude des connaissances, attitudes et pratiques de la contraception en milieu étudiantin des universités publiques de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) en 2012.

Notre prévalence de contraception est comparable à celle de EDSM VI au terme duquel 16% des femmes en union sexuellement active pratiquaient la contraception et 35% des femmes non en union sexuellement active pratiquaient la contraception.

Au vue de ces résultats, nous dirons que la pratique de la contraception est toujours faible particulièrement au Mali.

#### **e. Contraception d'urgence :**

Parmi les étudiantes enquêtées 48,7% ont affirmé déjà entendu parlé de la contraception d'urgence. Comme type de contraception d'urgence cité, la pilule du lendemain représentait 84,9%. Ce taux est nettement inférieur à celui de Chanou Y S [27] qui trouvé un taux à 98% de l'échantillon de Bamako et à 93,5% de l'échantillon de Cotonou au terme de l'étude portée sur la logique d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes à la faculté de Médecine et à la faculté de Pharmacie de Bamako et à la faculté des Sciences et de la Santé de Bénin (2014). Dans l'étude de Chanou Y S [27] comme type de contraception d'urgence cité, la pilule de lendemain a représenté 98% des cas pour l'échantillon de Bamako et 91% des cas pour l'échantillon de Cotonou.

Parmi les étudiantes que nous avons enquêtées 20% pratiquaient la contraception d'urgence. Ce taux est inférieur à celui de Chanou Y S [27] qui a trouvé un taux de pratique de contraception d'urgence à 86,5% des cas pour l'échantillon de Bamako et 77,5% des cas pour l'échantillon de Cotonou.

Notre taux est inférieur à celui de Deculty C et de Bernard S [25] qui ont trouvé un taux de pratique de contraception d'urgence à 20,6% des cas.

Parmi les étudiantes incluses dans notre étude les circonstances d'utilisation de la contraception d'urgence ont été :

- Le rapport sexuel sans contraception préalable dans 65,2% des cas contre
- L'échec de préservatif (rupture ou glissement) dans 30,4% des cas

Ces taux sont supérieurs à celui de Chanou Y S [27] chez qui le rapport sexuel sans contraception préalable a conduit la majorité des étudiantes à utiliser la contraception d'urgence soit :38% pour l'échantillon de Bamako et 35,5% pour l'échantillon de Cotonou suivi de l'échec de préservatif : 24% des cas pour l'échantillon de Bamako et 20% des cas pour l'échantillon de Cotonou.

#### **f. Méthode contraceptive qui protège contre les IST :**

Dans 87,7% des cas les étudiantes ont cité le préservatif comme méthode contraceptive qui protège contre les IST. Ce taux est supérieur à celui de Sidibe A [22] chez qui 79% des élèves enquêtées ont cité le préservatif comme contraceptif qui protège contre le VIH-SIDA.

#### **g. Méthodes contraceptives utilisées :**

Au cours de notre étude, parmi les étudiantes qui utilisaient au moins une méthode contraceptive ; 11,7% utilisaient le préservatif suivi de pilules dans 10,3% des cas et des injectables dans 7,3% ; des implants sous-cutanés dans 4% ; le stérilet dans 1%.

Ces taux sont comparables à celui de l'EDSM VI [8] au cours de laquelle :

- L'implant sous-cutané était utilisé dans 24% chez les femmes non en union sexuellement active et de 7% chez les femmes en union sexuellement active.
- Les injectables étaient utilisés dans 8% chez les femmes non en union sexuellement active et de 6% chez les femmes en union sexuellement active.

#### **h. Raison de non utilisation de méthode contraceptive :**

Les étudiantes qui n'utilisaient pas la contraception ont évoqué comme raison principale la peur des effets secondaires liés aux contraceptives dans 90,5% des cas suivi de statut célibataire dans 2,2% ; de l'interdit religieux dans 0,8% et de l'abandon du mari dans 0,4%.

Ces taux sont comparables à celui de l'EDSM IV [3] au cours de laquelle les raisons liées à la non utilisation de méthode contraceptive était de 32% pour les désirs d'enfant, 9% pour opposition du partenaire, 5% pour interdit religieux, 14% pour les effets secondaires des contraceptives.

# CONCLUSION

## V. CONCLUSION

Notre travail est une étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des étudiantes fréquentant la faculté de Médecine, la faculté des sciences et des Technologies de Bamako, l'université des lettres et des sciences humaines de Bamako.

La majorité des étudiantes déclaraient connaître les méthodes de contraception et parmi elles, moins de la moitié utilisait la contraception. Les étudiantes avaient plusieurs sources d'information sur la contraception. Aussi l'utilisation de la contraception est influencée statistiquement par plusieurs facteurs.

Pour la majorité des étudiantes, la contraception ne semble plus être un tabou mais les effets secondaires liés à cette contraception est une source d'inquiétude.

Les facteurs de la non utilisation des contraceptifs sont liés surtout aux effets secondaires qu'engendrent ses contraceptifs. Les facteurs de non utilisation sont aussi d'ordre culturel, religieux.

Vues toutes ces problématiques liées à la pratique de la contraception nous formulons quelques recommandations.

# RECOMMANDATIONS

## **VI. RECOMMANDATIONS**

Afin d'améliorer l'adhésion des étudiantes à ces méthodes contraceptives, il faut :

### **1. Pour les autorités socio-sanitaires et les ONG :**

#### **a. Accentuer les campagnes de sensibilisation sur la contraception :**

Au niveau des établissements scolaires et au niveau des centres de santé en organisant des conférences débats.

#### **b. Promouvoir la pratique de la contraception :**

En levant les incompréhensions sociales, culturelles et religieuses et surtout expliquer sans ambiguïté les avantages liés à la pratique de la contraception pour améliorer la prévalence de la contraception dans les milieux scolaires.

#### **c. Vulgariser l'accès aux méthodes contraceptives et les rendre disponibles :**

Au niveau des pharmacies et des structures sanitaires et au niveau de des infirmeries de tous les établissements sanitaires.

#### **d. Créer et multiplier les centres agréer pour jeunes :**

Comme le projet jeune sport et santé de Sogoniko au niveau national et régional afin de permettre aux adolescentes et les femmes de venir régulièrement et facilement au centre le plus proche de leur lieu d'habitation.

#### **e. Subventionner les contraceptifs qui ne le sont pas les examens paracliniques pratiqués avant leurs prescriptions.**

### **2. Pour les adolescentes et les femmes :**

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

- Discuter avec les parents et les maris, des problèmes de sexualité pour lever le tabou et éviter les idées fausses qui constituent un obstacle à la pratique de la contraception.

### **3. Aux personnels médicaux paramédicaux :**

- Ils doivent être attentifs, disponibles ;
- Manier aisément les concepts médicaux de la sexualité ;
- Maîtriser les différentes méthodes contraceptives ;
- Apprendre à faire un bon conseil initial et de suivi sur les méthodes contraceptives, les avantages et les inconvénients liés à chaque méthode contraceptive pour permettre aux femmes de faire un choix judicieux.
- Dans tous les cas comprendre le monde psychoaffectif des femmes en générale, s'y adapter, parler et agir en conséquence constituent les clés d'une meilleure réussite.
- Dans les centres de santé scolaire et universitaire, dans les CSCoM, centres de santé de référence, hôpitaux : Les infirmiers et médecins se doivent être accessibles pour permettre une meilleure vulgarisation des méthodes contraceptives auprès des femmes.

### **4. Pour les parents :**

Dépasser les tabous sexuels, religieux, socio-culturels pour permettre aux jeunes femmes d'affronter leur sexualité d'une manière responsable et pour permettre aux jeunes étudiantes de mener à bien leur carrière scolaire.

## VII. Résumé :

La contraception est l'ensemble des procédés qui visent à éviter de façon temporaire et réversible la grossesse (OMS). Les méthodes contraceptives sont nombreuses et d'efficacité variable. La contraception a permis de réduire considérablement les grossesses non-désirées qui conduisait beaucoup de femmes et jeunes filles aux abandons d'enfants ou infanticides et aux avortements. Elle a également permis d'améliorer la qualité de la vie familiale à travers la planification familiale.

Les méthodes contraceptives ont contribué à la réduction de la mortalité maternelle et périnatale. Notre étude intitulée : « Etude des connaissances, Attitudes et pratiques des étudiantes sur la contraception à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, à la FAST et à l'Université des lettres et des sciences humaines de Bamako » a été réalisée dans le but d'évaluer les problématiques liées à la pratique de la contraception et de chercher des voies et moyens pour promouvoir la pratique de la contraception. Au terme de notre étude, nous pouvons dire que la prévalence de la contraception est toujours faible dans notre pays (Mali) et cela est dû notamment à la non-sensibilisation des étudiantes en particulier et de la société en général sur les différentes méthodes contraceptives ainsi que les avantages liés à l'usage de ces méthodes contraceptives. Au vu de tout cela nous demandons aux autorités sanitaires et aux ONG de s'impliquer davantage en faveur de la contraception.

### **Abstract:**

Contraception is the set of procedures that aim to temporarily and reversibly avoid pregnancy (OMS). Contraceptive methods are numerous and of variable effectiveness. Contraception has made it possible to considerably reduce unwanted pregnancies, which led many women and young girls to child abandonment or infanticide and to abortions. It has also improved the quality of family life through family planning. Contraceptive methods have contributed to the reduction of maternal and perinatal mortality. Our study entitled: "Study of knowledge, attitudes and practices of female students on contraception at the Faculty of Medicine and Odontostomatology, at FAST and at the University of Letters and Human Sciences of Bamako" was carried out with the aim to evaluate the issues related to the practice of contraception and to seek ways and means to promote the practice of contraception. At the end of our study, we can say that the prevalence of contraception is still low in our country (Mali) and this is due in particular to the lack of awareness among female students in particular and society in general on the various contraceptive methods as well as as the benefits of using these contraceptive methods. In view of all this, we ask the health authorities and NGOs to get more involved in favor of contraception.

## Fiche signalétique

**Nom** : BALLO

**Prénom** : Dramane

**Année universitaire** : 2022-2023

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Tel** : 65 02 84 98 / 77 88 76 86

**Titre** : Connaissances, Attitudes et pratiques des étudiantes sur la contraception à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, à la Faculté des Sciences et des Technologies de Bamako et à l'Université des lettres et des sciences humaines de Bamako. A travers d'une étude prospective de 18 mois.

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la FMOS.

**Secteur d'intérêt** : Gynécologie obstétricale, épidémiologie.

**Objectif** : Etudier les connaissances, Attitudes et pratiques des étudiantes sur la contraception à la FMOS, à la FAST et à l'ULSHB.

**Matériel et méthode** : Il s'agit d'une étude prospective avec recueil prospectifs des données allant du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 30 juin 2021 soit une période de 18 mois dans les différents établissements scolaires concernés.

### Résultats :

Sur 300 étudiantes enquêtées, 97% ont affirmé avoir déjà entendu parler de la planification familiale, 97,3% ont affirmé avoir déjà entendu parlé de la planification familiale. Parmi les étudiantes enquêtées 62% ont défini la contraception comme étant un moyen pour éviter les grossesses non désirées, 52,3% ont défini comme moyen pour espacer les naissances.

Les méthodes contraceptives sont nombreuses et d'efficacité variable. Certaines comme le préservatif prévient les IST/VIH d'autres sont utilisées dans les troubles hormonaux. **Comme source d'approvisionnement on peut citer** : les pharmacies privées ; les centres de santé ; les boutiques des quartiers...

**Comme source d'information on peut citer** : les médias ; les centres de santé ; les parents...

La prévalence de la contraception reste toujours faible malgré la scolarité des filles et est due principalement aux effets secondaires et les pratiques socio-culturelles.

Au cours de notre étude plus de la moitié des étudiantes enquêtées appellent l'Etat et les ONG à agir davantage pour la contraception à travers les conférences débats, les panneaux publicitaires, les médias...pour le bien-être de la femme et de la société en générale.

Merci !!!

## Data sheet

**Name:** BALLO

**Academic year:** 2022-2023

**Country of origin:** Mali

**First name:** Dramane

**City of defense:** Bamako

**Tel:** 65 02 84 98 / 77 88 76 86

**Title:** Knowledge, Attitudes and practices of female students on contraception at the Faculty of Medicine and Odontostomatology, at the Faculty of Sciences and Technologies of Bamako and at the University of Letters and Human Sciences of Bamako. Through an 18-month prospective study.

**Place of deposit:** FMOS Library.

**Area of interest:** Obstetric gynecology, epidemiology.

**Objective:** To study the knowledge, attitudes and practices of female students on contraception at FMOS, FAST and ULSHB.

**Material and method:** This is a prospective study with prospective collection of data from January 1, 2020 to June 30, 2021, i.e. a period of 18 months in the different educational establishments concerned.

### Results:

Out of 300 students surveyed, 97% said they had already heard of family planning, 97.3% said they had already heard of family planning. Among the students surveyed, 62% defined contraception as a means of avoiding unwanted pregnancies, 52.3% defined it as a means of spacing births.

Contraceptive methods are numerous and of varying effectiveness. Some, like condoms, prevent STIs/HIV, others are used for hormonal disorders. As a source of supply we can cite: private pharmacies; health centers; the neighborhood shops...

As a source of information we can cite: the media; health centers; the parents...

The prevalence of contraception still remains low despite girls' education and is mainly due to side effects and socio-cultural practices.

During our study, more than half of the students surveyed called on the State and NGOs to act more for contraception through conferences, debates, billboards, the media... for the well-being of women and society in general.

THANKS!!!

# REFERENCES

## **VI. REFERENCES :**

1. OMS : Contraception [Internet]. W.H.O (World Health Organization). [Cité 30 oct 2018]. 460 pages.
2. Tabah L contraception dans le tiers monde [article]. Population/1967/22-6/pp.999-1030.
3. Samaké S, Traoré S, Dembele, Diop M, Mariko S Liberté p : Enquête démographique et de santé du Mali (EDSM IV) : 2006.535 pages.
4. United Nations, Department of Economic and Social affairs, population division (2019). Contraceptive use by Method 2019.Data Booklet (ST/ESSA/SERA/435)
5. Critère de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthode contraceptive : Guide essentiel OMS de planification familiale. Cinquième édition, 2015.210 pages.
6. Coulibaly S, Dicko F, Traore S, Sidibe O, Michka Seroussi et Barrere B. 1996. Calvertom, Maryland, USA : Cellule de planification familiale et de statistique du Ministère de la santé, Direction Nationale de la statistique de l'information et de Macro international INC (EDSM II). 404 pages.
7. Draft. Enquête démographique et de santé. République du Mali 2001. EDSM III. ORC Macro, Calvertom, Maryland USA. P51-80 ; 450 pages.
8. Institut National de la Statistique (INSAT), cellule de planification et de statistique secteur santé-développement social et promotion de la famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF.2019. EDSM VI 2018 Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USAID : INSAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.643 pages.
9. Coulibaly M : Contribution à l'étude socio-épidémiologique du planing familial dans le cercle de Douentza (Thèse de Médecine Bamako 1992, N° 36 ; 131 pages.

10. Serfaty D : La contraception : Doin éditeurs, Paris, 1986 ; 770 pages.
11. International development research center: planning traditionnel au Mali. Education sexuelle en Afrique tropicale. 1973.
12. Slater J : Education sexuelle en ballottage : Le courrier de l'UNESCO 200 : 17-18.
13. Jean Claude L : Pour une éthique de la procréation, Paris, éditions du CERF : Paris 1998 ; 2 : 31
14. Fédération internationale pour la planification familiale : L'islam et la planification familiale.
15. Sacko D : Connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes du LBAD en matière de contraception planning familial, de MST et SIDA (Thèse de Médecine Bamako 2000 N° 46 ; 137 pages.
16. Deme B: Etude sur les raisons de la faible utilisation du dispositif intra utérin dans deux CSRef de Bamako (Thèse de Médecine Bamako 2007, N° 216 ; 105 pages.
17. Camara M : La contraception chez l'adolescente (Thèse de Médecine Bamako 1992 N° 44 ; 96 pages).
18. Bilodeau A. ; Forget G. ; Tetrault J. L'auto efficacité relative à la contraception chez les adolescents : validation de la version française de l'échelle de mesure de Levinson. Revue Canadienne de santé publique 1994 ; 85 ; 2 : 115-20.
19. Journée Mondiale de la Santé : Maternité sans risque. 7 avril 1998 ; Genève : OMS 1998 ; 61 pages.
20. I G Diall: Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception dans la commune rurale de Baguinéda (Thèse de Médecine Bamako 2010, N° : 465 ; 97 pages)

- 21.**Toukara B : Etudes des Connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma (Thèse de Médecine Bamako 2011 ; N° 210 ; 77 pages).
- 22.**Sidibe A : planification familiale dans quatre établissements d'enseignement secondaire de la commune IV du district de Bamako (Thèse de Médecine Bamako 2010, N°180 ; 89 pages).
- 23.**Cisse Y A : Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception en milieu scolaire dans la commune urbaine de Gao (Thèse de Médecine Bamako, 2010, N°200 ; 93 pages).
- 24.**Coulibaly A L : Etude des connaissances, attitudes et pratiques de la contraception en milieu scolaire dans la commune urbaine de Ségou (Thèse de Médecine Bamako 2014, N°136 ; 83 pages).
- 25.**Deculty C et Bernard S : Etat des lieux des connaissances sur la reproduction et la contraception des lycéens du lycée de Passy (France 12 janvier 2012). Thèse de Médecine Université Joseph Fourier 2012 ; n° : Dumas-00663299 ; 49 pages.
- 26.**Banhoro L : Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception en milieu étudiantin des universités publiques de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso). Thèse de Médecine Université de Ouagadougou 2012 ; N° 130 ; 131 pages.
- 27.**Chanou Y S : Logiques d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes: le cas de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, de la faculté de pharmacie au Mali et de la faculté des sciences et de la santé au Benin (Thèse de Médecine Bamako 2014, N°77 ; 105 pages)
- 28.**Traore L, Diop S, Chanou Y et al : contraception d'urgence chez les étudiantes en santé au Benin et au Mali. Mali Médical 2016 ; 31 (3) : 1-6.

- 29.**O.M.S: Equilibre et population, le scandale de la mortalité dans le monde (Paris : salon de la médecine). 8 mars 2000.
- 30.**Plannification familiale : Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Agence des Etats Unis pour le developpement international (USAID) JHB, OMS mise à jour 2011 ; 388 pages.
- 31.**Boubacar Moussa : Etude épidémio-clinique : Enquête auprès de 206 utilisatrices au CSRef de la commune I de Bamako d'avril à juin 2003 (Thèse de Médecine Bamako N°183, Bamako 2005 ; 77 pages.
- 32.**Sidibe A : Etude sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception (Thèse de Médecine). 2006 n° 301 ; 97 pages.
- 33.**Nian M : Approche épidémio-clinique de la grossesse chez l'adolescente à l'hôpital regional de Kayes. Thèse de Médecine Bamako 2000, N° 99 ; 90 pages.
- 34.**Ordre des sages-femmes du Mali : Bulletin semestriel de l'ordre des sages-femmes du Mali, Août 2005, n° 002.
- 35.**Une selection de recommandation de pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. 3<sup>ème</sup> édition. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2017. Licence : cc BY-NC-SA 3.0 IGO. 75 pages.
- 36.**Outils d'aide à la prise de décision à l'usage des clients et des prestataires de la planification familiale.
- 37.**Bodet A : Histoire de la contraception : de la grossesse subie à la grossesse désirée. Thèse de pharmacie, Université d'anges. 6 Novembre 2014. 164 pages.
- 38.**Sophie Christin. Maître. La contraception à travers le monde médecine/sciences, 2022. 38 (5), pp.457-463.10.1051/med/sci/2022058, hal.036 77764.

# ANNEXES

## VII. ANNEXES

### FICHE D'ENQUETE

DATE : ...../...../20.....

i- Données sociodémographiques :

1- Etablissement : .....

2- Classe fréquentée : .....

3- Age.....

4- Sexe : .....

5- Ethnie : .....

6- Statut matrimonial

a)- Célibataire    b)-marié(e)    c)-Divorcé(e)    d)-veuf  
(ve)

7-Religion :

a)-Musulman(e) ; b)-chrétien( ne) ; c)- autre

II-connaissance et utilisation des méthodes de contraception :

1-Avez-vous déjà entendu parler de contraception ?

NON/...../ OUI...../...../

2-Si vous répondez oui que signifie l'expression votre entendement

a)- espacement des naissance

b)-Mois de naissance

c)-santé de la mère

d)-santé de l'enfant

e)-Eviter les grossesses

f)-Meilleure éducation des enfants

g)-Mois de dépense

h)-famille heureuse

i)-Non réponse

-j)-Ne sait pas

k)-autres (à préciser)-----

3- quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ou dont vous avez entendu parler ?

4-CONNAISSEZ-VOUS LA contraception d'urgence ?

Oui (-----)

non (-----)

Si oui laquelle-----

-----5- citer deux (2) avantages et deux (2) inconvénients des méthodes que vous connaissez :

Avantages : -----  
-----  
-----

Inconvénients : -----  
-----  
-----

6-Avez-vous déjà utilisé une méthode contraception ?

Oui (-----)

(non)

7-SI NON pourquoi ? -----  
-----  
-----

8-SI OUI ; pourquoi ?-----  
-----  
-----

9- quelles sont les méthodes que vous déjà utilisé ? -----  
-----

-----  
-----  
10- Avez-vous eu recours à ces méthodes contraceptives ?

OUI(-----) (NON) (-----)

11-ou peut-on avoir accès à ces méthodes contraceptives ?

a) - service de santé de l'établissement (-----)

b)- centre de santé(-----)

c)-pharmacie(-----)

d)-boutique (-----)

Autre (-----)

12-quelle est votre méthode préférée-----

-----13- pour  
quelle raison-----

14-selon vous quelle sont les méthodes contraceptives qui protègent cotre le  
VIH ? -----  
-----  
-----

15-Apprecier vous la contraception ?

OUI (-----) NON (-----)

16- si oui pourquoi ?-----  
-----  
-----



h)- autre (à préciser)-----  
-----  
-----

22- Entretenez- vous régulièrement des rapports sexuels ?

OUI (-----) (NON) (-----)

23- ces rapports sont-ils protégés ?

a)- Toujours (-----) b)- parfois (-----) c)- jamais

24- utilisez-vous actuellement une méthode contraceptive ?

OUI (-----) (NON) (-----)

25- si oui laquelle ? -----  
-----

26-avez-vous déjà utilisé la contraception d'urgence ?

Oui (-----) non (-----)

27-si oui pour quelle(s) raison(s) ?

a)- Echec du préservatif (-----)

b)- Rapport sexuel sans contraception (-----)

c)- autre (à préciser)-----  
-----

28- Avez-vous des enfants ?

OUI(-----) NON (-----)

29- si oui combien ?(-----)

30- la ou les grossesses étaient (ent) t-elles désirées(s)

Oui (-----) non (-----)

31- SI NON désirez-vous avoir un enfant d'ici la fin de votre études ?

Oui (-----) non (-----)

32- Etes-vous en grossesses actuellement ?

Oui (-----) non (-----)

33-SI OUI est-elle désirée ? (-----)

34- combien d'enfant désirez-vous avoir ?-----enfant(s)/

35. avez-vous discuter de contraception avec votre conjoint

Oui (-----) non (-----)

36. si oui quelle a été sa perception

.....  
.....

III-Contraception et planification familiale :

1-Avez-vous entendu parler de la planification familiale ?

Oui (-----) non (-----)

2-SI OUI ,qu'est-ce qu'elle signifie selon vous ?-----

-----  
-----

3-Y'a-t-il de lien entre planification familiale et la contraception

Oui (-----) non (-----)

4- SI OUI préciser se (s) lien ( explication)-----

-----  
-----

5- quelles sont les motifs de non utilisation des méthode contraceptifs ?

a)- Ignorance de la planification familiale (-----)

b)- absence de premier Rapport sexuel (-----)

c)- la honte ou la peur des adultes (-----)

d)- Manque de moyens d'information sur les sites (-----)

e)- Autres (à préciser)-----  
-----  
-----

6- quelle commentaires avez-vous à faire par rapport à la contraception ?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

7- Que proposez-vous pour améliorer l'accès des étudiantes aux méthode de contraception ?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Merci pour votre contribution

Bon courage pour vos études !+++++

## VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,

Ma langue taira les secrets qui m'y seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je donnerai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leurs estimes si je suis fidèle à mes promesses.

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

Je le jure !