

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

Thèse

Connaissances et attitudes pratiques des utilisatrices sur les méthodes contraceptives au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de

Présentée et soutenue publiquement le/...../2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par : M. Mahamadou KOUREKAMA

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

JURY

Président : M. Boubacar MAIGA (Professeur)

Membres : M. Alassane TRAORE (Maitre de conférences)

Co-Directeur : Mme Saoudatou TALL (Maitre de recherche)

Directeur de thèse : M. Soumana TRAORE (Maitre de conférences)

DEDICACE

DEDICACE :

Je dédie ce travail : A Allah

Louange à ALLAH le souverain du monde que nous adorons et dont nous implorons la très haute bénédiction. Louange à ALLAH et à son PROPHETE MOHAMAD (PSL) qui a fait que je sois de ce monde et qui m'a apporté un soutien sans faille et le courage nécessaire pour venir à bout de ce travail. Que sa bénédiction et sa protection soient sur nous tous.

A Mes pères : Aboicar Kourekama dit BABA, Mahame Kourekama, Mamadou Kourekama, N'vah Kourekama, Dramane Kourekama Vous êtes l'artisan de ce chemin parcouru, vos courages, vos rigueurs dans notre éducation ont fait de votre fils ce qu'il est aujourd'hui. Que ce travail soit le témoignage de ma fidèle reconnaissance.

A Mes mères : Ata Makadji, Akoumata Fofana

Chères mères, les mots ne me suffisent pas pour exprimer ma reconnaissance et mon admiration. Sans vous c'est sûr je n'y serais jamais arrivé. Merci pour votre amour et les valeurs que vous m'avez transmises. Nous espérons être à la hauteur et ne jamais vous décevoir. Puisse DIEU vous garde longtemps à nos côtés, Amen !

A Mes Frères : Sidiki, Yaya, Toumany, Bouramassire, Ousmane, Mohamed, Seyba, Souleymane

J'ai toujours bénéficié de votre soutien moral et surtout de votre compréhension, vous avez su privilégier en toute circonstance l'esprit de famille et vous avez été d'un secours infailible. Vous m'avez toujours montré ce qu'est une famille unie ! Je dédie ce travail à la solide famille que nous formons.

Ibrahim Kourekama : C'est grâce à tes conseils et suggestions et surtout à ton assistance que j'ai pu atteindre ce jour ; je ne saurais jamais te remercier assez, qu'ALLAH t'accorde le bonheur ; longue vie. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Mes sœurs : Djorobo, Feu Maminata, Astan, Feu Mayan, Bintou, Djenebou, Fatoumata, Mama, Yoyo

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude. Chère famille rien ne me prédestinait à devenir médecin. Vous avez pensé que ce serait difficile et long, mais vous m'avez soutenu. Voici le résultat ! A mes belles-sœurs : Tati, Lala, Fatoumata, Badiallou, Mariam, Aichata

Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté tout au long de ce cycle. A mes cousins, cousines et neveux, nièces : Merci pour vos encouragements et conseils.

A ma femme Fatoumata Traore : Je voudrais ici t'exprimer toute mon affection et mon admiration.

Tu as été pour moi une conseillère et un soutien durant ces dures épreuves traversées. Fidèle et reconnaissante. Que le long chemin qui nous reste à parcourir ensemble soit balise de rose.

A mes enfants : Dramane et Fatoumata Je voudrais ici vous exprimer toute mon affection et mon admiration. Malgré mon absence je vous porte dans mon cœur. Que le tout puissant vous donnez longue vie et de la sante, Amen !

A mes amis : Checkne Tigana, Moussa Tigana, Souleymane Tigana, Mamadou Fadiga, Abdoulaye Diarra, Sekou Traore, Mamadou Simpara, Kaka Toure, Thierno Koita, Soumaila Fofana, Youmadi Sissoko

Rien n'est plus important que l'amitié ; recevez donc à travers ce modeste travail l'expression de mes vifs sentiments d'amitié.

A toutes ma famille MAISON MEDICALE CHOUALA : Dr Zoumana Koty, Dr Aboubacar Bagayogo, Dr Moussa Toukara, Dr Makan Sylla, Dr Souleymane Kourekama, Ibrahim Dembele, Aboubacar Traore, Abdoulaye Aziz Keita, Bekaye Tapily, Moussa Djiguba, Awa Coulibaly, Fatoumata Kantako, Fahfa Toure, Bintou Barro, Awa Namakry, Fanta Damba, Mamou Koty Vous êtes bien placés pour comprendre toutes les difficultés que j'ai traversé tout au long de l'élaboration de ce document. Nous avons traversé ensemble de bons et mauvais

moments. Merci pour vos conseils, écoutes, soutiens et surtout votre bonne collaboration.

A tous mes camarades de la FMOS : Vous avez été pendant tous ces moments difficiles du parcours mes compagnons de galère. Ensemble nous avons enduré toutes les souffrances jusqu'à ce jour.

A tout le personnel du service de Gynécologie Obstétrique du CSRef CV de Bamako : Médecins, Sage Femmes

Merci pour votre encadrement, que Dieu vous récompense pour votre bonté. Ce travail est aussi le vôtre.

A tous mes collègues internes du CSRef CV : Tahirou Bah, Mathieu Doumbo, Moussa Nimaga, Kalilou Sidibe, Aboubacar Thienta, Siné Diallo, Issa Coulibaly,

Mamadou Traore, Moumoumi Traore, Martin Loua, Barakissa Coulibaly, Affoussatou Daniogo Vous êtes bien placés pour comprendre toutes les difficultés que j'ai traversé tout au long de l'élaboration de ce document. Nous avons traversé ensemble de bons et mauvais moments. Merci pour vos conseils, écoutes, soutiens et surtout votre bonne collaboration.

A mes externes du CSREF CV.

Mes docteurs : Haidara Talib, Drissa Drame, Moussa Telly, Daouda Goita, Jean pierre Keita, Timbine, Doumbia Moussa, Ali Guindo, Levy Kodio, Romeal, Wilson

Pour votre constante disponibilité, votre soutien et vos précieux conseils. Je ne saurais par de simples mots vous remercier pour tous les services rendus. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Dr Sékou sala Sangare, Dr Sidiki Deno, Dr alfousseny Diarra, Dr Dembele Amadou, Dr Nanakassy Aboubacar, Dr Samou Doumbia, Dr Samake Isoumail, Dr Simpara Boubacar Les mots me manquent pour vous remercier de votre disponibilité indéfectible.

Mes maitres formateurs : Dr Traore Oumar Moussokoro, Dr Saoudatou Tall, Dr Niagalé Sylla, Dr Saleck Doumbia, Dr Nouhoum Diakite, Dr Mamadou Traore, Feu Dr Fa Issif Kouyaté Vous êtes des encadreurs exemplaires semblables à un océan du savoir dans votre service. Pour nous avoir toujours fait profiter de votre expérience, vous êtes et resterez des modèles pour nous.

Pr Soumana Oumar Traore : La rigueur et la qualité scientifique de votre enseignement dans le service, votre disponibilité constante ainsi que les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé mon admiration. Si nous soutenons aujourd'hui, c'est grâce à vos efforts inlassables et sans faille. Merci pour la qualité des différentes formations acquises. Votre générosité et sympathie me serviront de fil conducteur. Que Dieu vous fasse grâce et miséricorde cher maitre.

Pr Josef Kone : Pour votre constante disponibilité, votre soutien et vos précieux conseils. Je ne saurais par de simples mots vous remercier pour tous les services rendus. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A tous les professeurs de la maternelle à la faculté de médecine et d'odontostomatologie Pour leur amour de la transmission du savoir

Au Mali : Pour tes efforts consentis : éducation, formation, nous te servirons avec amour, loyauté et patriotisme.

A tous ceux de près ou de loin qui m'ont apporté soutien et amour dans l'élaboration de ce travail si modeste soit-il.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A Notre Maître et Présidente du Jury :

Professeur Boubacar Maiga

- ✓ **Maître de conférences à la FMOS**
- ✓ **Chef adjoint de DER des sciences fondamentales à la FMOS**
- ✓ **Enseignant chercheur au Malaria Research and Training Center (MRTC) et au département des affections parasitaires (DEAP)**
- ✓ **PhD en immunologie à l'université de Stockholm en Suède**
- ✓ **Responsable de cours d'immunologie à la FMOS.**

Cher Maître, La spontanéité et l'amour de la profession avec lesquelles vous avez accepté de présider ce jury de thèse nous ont beaucoup marqué. Votre sagesse, votre facilité de transmettre vos qualités d'homme de science qui n'ont d'égale que votre personnalité fait de vous l'idole de tous. C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme Président du jury malgré vos multiples sollicitations. Cher Maître, nous vous souhaitons encore du temps pour que nous puissions encore bénéficier de vos expériences. Que l'Eternel vous donne longue et heureuse vie !

A notre Maître et Membre du jury

Professeur Alassane Traore

- ✓ **Gynécologue-Obstétricien,**
- ✓ **Chef du service de gynécologie de l'hôpital du Mali,**
- ✓ **Maître de conférences à la faculté de médecine et odontostomatologie**
- ✓ **Praticien Hospitalier à l'hôpital du Mali**
- ✓ **Membre de la Société Malienne de gynécologie-obstétrique (SOMAGO)**

Cher Maître, vous nous faites l'honneur d'être parmi nos juges.

Nous vous sommes très reconnaissants de l'aide que vous nous avez apportée à l'élaboration de ce travail. Vos qualités humaines et professionnelles qui font de vous un grand maître.

Veillez accepter, cher Maître, l'expression de notre profond respect et notre grande considération. Que Dieu vous donne une longue vie.

A notre Maître et Co-directrice de thèse

Docteur Saoudatou TALL

- ✓ **Chargé de recherche**
- ✓ **Gynécologue-obstétricienne**
- ✓ **Praticienne hospitalière en gynécologie obstétrique au CSREF CV**

Cher Maître, Transmettre sa connaissance et son savoir-faire aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeurs inestimables. En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir. Vous n'avez ménagé ni votre temps ni votre patience dans la rédaction de cette thèse.

Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite et de votre savoir-faire. Votre caractère social hautement apprécié fait de vous un personnage de classe exceptionnelle. Comptez sur notre disponibilité et notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Soumana Oumar Traore

- ✓ **Professeur agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS ;**
- ✓ **Praticien hospitalier au CSREF CV ;**
- ✓ **Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009 ;**
- ✓ **Certifié en programme GESTA International (PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGOC) ;**
- ✓ **Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako ;**

Cher Maître, c'est un privilège et un grand honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail.

Nous avons été marqués par vos qualités de formateur, de chercheur et d'homme de science durant tout ce travail.

Cher maître, nous ne saurons jamais trouver assez de mots pour vous témoigner notre reconnaissance.

Soyez rassuré de notre très sincère et profonde gratitude.

Qu'Allah vous donne une santé de fer et vous garde longtemps à nos côtés afin que nous profitons de vous.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMPPF : Association Malienne pour la Protection et la Promotion et de la Famille

AMPR : Acétate de MédroxyProgestérone Retard

ARV : Anti Rétrovirus

ASACO : Association de Santé Communautaire

ASACOBAD SEMA : Association de Santé Communautaire de Badalabougou SEMA

ASCOMBACODJI : Association de Santé Communautaire de Bacodjicoroni

ASACODA/ ADASCO/ ASCODA : Association de Santé Communautaire de Daoudabougou

ASACOGA : Association de Santé Communautaire de Garantiguibougou

ASACOkAL : Association de Santé Communautaire de Kalaban

ASACOKALA ACI : Association de Santé Communautaire de Kalaban Coura ACI

ASACOKALKO : Association de Santé Communautaire de Kalaban Coura Koko

ASACOSAB : Association de Santé Communautaire de Sabalibougou

ASACOTOQUA : Association de Santé Communautaire de Torokorobougou

CHC : Contraceptif Hormonal Combinés

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIC : Contraceptifs Injectables Combinées

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

COC : Contraceptifs Oraux Combinés

COU : Contraception Orale d'Urgence

CPN : Consultation Périnatale

CPON : Consultation Post-natale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF CV : Centre de Santé de Référence de la Commune V

DIU-CU : Dispositif Intra-utérine au Cuivre

DIU-LNG : Dispositif Intra-utérine de Lévonorgestrel

DNS : Direction Nationale de la Santé

DNCT : Direction Nationale des Collectivités Territoriales

EDSM : l'Enquête Démographique et de Santé du Mali

ETG : l'Étanorgestrel

EVF/EMP : Education à la Vie Familiale ; Education en Matière de la Population

HTA: Hypertension Artériel

INTI : Inhibiteur Nucléosidique Transcriptase Inverse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse

LNG : Lévonorgestrel

MAMA: Méthode d'Allaitement Maternel et l'Aménorrhée

NET-EN : Enanthate de Noréthistérone

ODD : Objectif de Développement Durable

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCU : Pilule pour la Contraception d'Urgence

PF : Planification Familiale

PFN : Planification Familiale Naturelle

PPS : Pilule de Progestatifs Seul

PS : Progestatifs Seul

PSI : Progestatifs Seuls Injectables

PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SAA : Soins Après Avortement

SIU-LNG : Système Intra-utérin à la Libération de Lévonorgestrel

TAR : Traitement AntiRétroviral

TEV: Thrombo-Embolie-Veineuse

UPA : l'Acétate d'Ulipristal

VIH/SIDA: Virus d'Immuno-déficience Humaine / Syndrome
d'Immuno-déficience Acquise

VIP : Very Important Person.

Table des matières

I. INTRODUCTION	21
II. OBJECTIFS	24
Objectif général	24
Objectifs spécifiques :	24
III. GENERALITES	26
1- Rappel sur la planification familiale	26
2. Activité de planification familiale	28
3 Concept du counseling	30
4- Historique :	32
5- Moyens de régulation des naissances	33
5.1- Les methodes de barrieres	35
5.2- La contraception hormonale combinée	40
5.3-Le timbre contraceptif transdermique :	42
5.4- L’anneau vaginal contraceptif	42
5.5 -La contraception injectable combinée :	44
5.6- Contraception hormonale à base de progestatif	44
5.7- Les implants de progestatif	46
5.8- Les dispositifs intra-utérins (Stérilet)	48
5.9 La contraception d’urgence	50
5.10- Les méthodes de planification familiale naturelle	52
6 Critère d éligibilité de la PF selon OMS	56
IV - METHODOLOGIE	66
1- Cadre d’étude :	66
2- Type d’étude	75

3-Lieu d'étude	75
4- Période de l'étude :	76
5-Population d'étude	76
6-Echantillonnage :.....	76
7-Procédure d'échantillonnage.....	76
9 - Les variables :	77
10- Critères d'inclusion	77
11- Critères de non inclusion	78
12- Considération éthique	78
13- Traitement des données.....	78
14- Définition opérationnelles.....	78
V Résultats.....	81
VI. DISCUSSION	98
CONCLUSION	103
RECOMMANDATIONS	104
REFERENCES	107
ANNEXES	113

Liste des tableaux

Tableau I:.....	68
Tableau II: Répartition des clientes selon l'âge	81
Tableau III: Répartition des clientes selon la situation matrimoniale.....	81
Tableau IV: Répartition des clientes selon le régime matrimonial.....	82
Tableau V: Répartition des clientes selon la profession	83
Tableau VI: Répartition des clientes selon la source d'information sur la	84
Tableau VII: Le taux d'utilisation de chaque méthode.....	86
Tableau VIII: Répartition des clientes selon leur perception de la Planification familiale.....	86
Tableau IX: Répartition des clientes selon l'utilisation antérieure de la PF.....	87
Tableau X: Répartition des clientes selon l'abandon de la PF.....	87
Tableau XI : Répartition des clientes selon la raison d'abandon.....	88
Tableau XII: Relation entre la contraception antérieure et l'abandon de la PF..	88
Tableau XIII: Répartition des clientes selon la raison de poursuivre avec la PF	89
Tableau XIV: Rélation entre l'âge et le choix de la méthode contraceptive	89
Tableau XV: Rélation entre situation matrimoniale et le choix de la méthode contraceptive.....	90
Tableau XVI : Relation entre le niveau d'instruction et le choix de la méthode contraceptive.....	91
Tableau XVII: Relation entre nombre d'enfants vivants et le choix de la méthode contraceptive.....	92
Tableau XVIII: Relation entre la profession et le choix de la méthode contraceptive.....	93
Tableau XIX: Selon la disponibilité des produits contraceptifs dans l'unité.....	94

Tableau XX: Répartition des clientes selon la satisfaction des clientes	94
Tableau XXI: Répartition des clientes selon la cause de la non satisfaction.....	95
Tableau XXII: Répartition selon le coût des produits contraceptifs.....	95
Tableau XXIII : Répartition des clientes selon l'appréciation du coût des	96
Tableau XXIV: Connaissances en Afrique	100

Liste des figures

Figure 1 : méthodes de contraceptions.....	34
Figure 2 : jadelle.....	48
Figure 3: dispositif intra utérin	50
Figure 4: Carte sanitaire de la Commune V du District de Bamako	72
Figure 5: Répartition des clientes selon le niveau d'instruction	82
Figure 6: Répartition des clientes selon la résidence	83
Figure 7: Répartition des clientes selon le nombre d'enfants vivants	84
Figure 8: Répartition des clientes selon la durée entre le dernier accouchement et l'utilisation de PF	85
Figure 9: Répartition des clientes selon leur connaissance sur les différentes méthodes contraceptives.	85

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La Planification Familiale (PF) est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable, de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre désiré d'enfants au moment voulu [1].

Elle affecte la vie des femmes et des hommes, de la conception à la vieillesse en passant par la naissance et l'adolescence. Elle couvre à la fois l'accès à la santé, la protection de la santé, la prévention et le traitement des maladies [2].

La croissance de la population actuelle et les problèmes qui lui sont liés sont considérés comme un frein au développement socio-économique des pays à faible revenu [3]. Cette situation attire de plus en plus l'attention des pouvoirs publics sur la maîtrise du mouvement naturel de la population, qui constitue depuis quelques années un enjeu pour la majorité des gouvernements des pays en développement [4].

Selon l'organisation mondiale de la santé, chaque minute qui passe, une femme dans le monde meurt suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, 26 à 53 millions d'avortements sont pratiqués chaque année dans le monde entier [1]. Ces avortements à risque sont effectués par des personnes hors du milieu médical et dans de mauvaises conditions d'hygiène [5].

La PF Considérée comme une composante essentielle des soins de santé primaires et de la santé de la reproduction, elle joue un rôle primordial dans la réduction des taux de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale, ainsi que de la transmission du VIH/SIDA [6].

Elle a contribué à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et elle contribue actuellement à la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD) : Agenda 2030 [7].

Cependant, la prévalence contraceptive est estimée à 62% dans le monde, mais reste faible en Afrique subsaharienne, 23,7% et parallèlement, le nombre de besoins non satisfaits ne cessent de croître [8].

La prévalence contraceptive est de 25% en Afrique, mais un peu plus élevée dans certains pays d'Afrique tels que la Tunisie 75%, le Kenya le Botswana 30% et au Zimbabwe 43% [9].

Au Mali malgré les actions entreprises, le niveau de la fécondité reste parmi les plus élevés du monde (6,3 enfants /femme) [10].

L'enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM) VI de 2018 au Mali, situe le taux de fécondité en baisse de 0,5 par rapport à 2006 où il était de 6,6 enfants/femme [10].

Cette étude a également montré en 2018 que trois femmes âgées de 15-49 ans en union sur 10 (30 %) ont déclaré qu'elles veulent retarder la venue d'un enfant (retarder une première naissance ou espacer les naissances) de deux ans ou plus. De plus, 12 % des femmes ont déclaré qu'elles ne veulent plus d'enfants. Les femmes qui veulent retarder la venue d'un enfant et celles qui ne veulent plus d'enfants ont une demande en planification familiale. La demande totale en PF au Mali est de 41 % [10].

Près d'un quart des femmes en union (24 %) ont des besoins non satisfaits en matière de PF [10].

Pour inverser cette tendance, des campagnes annuelles de promotion de la PF sont organisées, par la Direction Nationale la Santé (DNS). En 2016, lors de la douzième édition, le thème central retenu était : « Un engagement constructif des leaders et des décideurs en faveur de la PF pour une jeunesse épanouie et un développement durable. »

En effet la prévalence contraceptive du Mali est faible seulement 17% selon EDS VI de 2018 [10].

Cette prévalence contraceptive au Mali paraît faible par rapport aux efforts fournis par le ministère de la santé publique, qui ne cesse de déployer d'énormes

efforts pour la vulgarisation de l'utilisation des méthodes modernes de contraception ; c'est dans cette perspective que nous avons initié ce travail au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako dans le but de comprendre connaissances et attitudes pratiques des utilisatrices sur les méthodes contraceptives.

II. OBJECTIFS

Objectif général

Étudier Connaissances et attitudes pratiques des utilisatrices sur les méthodes contraceptives au CSREF Commune V du district de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer le taux d'utilisation des différentes méthodes de contraception ;
- ✓ Déterminer connaissances et Attitude Prataus des utilisatrices sur les méthodes contraceptives ;
- ✓ Identifier les causes d'abandon des méthodes contraceptives ;
- ✓ Préciser la perception des utilisatrices sur l'organisation de la prestation des services de PF en CV du district de Bamako.

GENERALITES

III. GENERALITES

1- Rappel sur la planification familiale

a- Définition :

Selon l'OMS la planification familiale est l'ensemble des moyens et méthodes qui concourent au contrôle des naissances, dans le but de permettre aux couples de choisir le moment d'avoir un enfant.

Au Mali, la politique nationale se base sur l'espacement des naissances.

b- La PF comporte diverses activités : qui sont

- L'information et le conseil en matière de santé de la famille ;
- L'éducation sexuelle et familiale ;
- La prévention et le traitement de la stérilité conjugale ;
- La consultation prénuptiale ;
- La contraception ;
- La lutte contre le VIH/SIDA ;
- La formation, la supervision et l'évaluation de personnel ;
- La recherche.

c- Les avantages :

- **Les femmes :** Le planning familial permet à la femme de se protéger contre les grossesses non souhaitées. Depuis les années 1960 les programmes de planning familial ont aidé les femmes du monde entier à éviter 400 millions de grossesses à haut risque ou d'avortement pratiqués dans les mauvaises conditions.

La PF permet aussi à l'organisme de la femme de se reposer de récupérer et de mieux supporter les aléas de la nature qui sont : la maladie, le stress et les efforts physiques [11].

Elle permet à la femme de limiter les abandons d'enfant ou des cas d'infanticide. La PF contribue à la disponibilité de la mère pour son enfant, son mari et pour toute la famille [11].

- **L'enfant** : Le planning familial sauve les vies des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances. Elle permet à l'enfant d'être allaité plus longtemps, de bénéficier de l'affection maternelle.

Tous ceux-ci contribueront au développement humanitaire de l'enfant pour faire face aux infections respiratoires, diarrhée et autres maladies infectieuses et virales [12].

- **Les hommes** :

La PF aide les hommes et les femmes à prendre soins de leur famille. Dans le monde entier, les hommes disent que la PF aide à leur assurer une meilleure existence [11].

- **La famille et la nation** :

La contraception offre tout un éventail d'avantages potentiels dans d'autres domaines que la santé, qui vont des possibilités élargies d'éducation et d'autonomisation des femmes, à la croissance durable de la population et au développement économique des pays [13].

Les composantes de la PF retenues au Mali sont :

- La contraception
- La prévention et le traitement de l'infertilité
- La prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST/VIH/SIDA)
- L'éducation à la vie familiale, éducation en matière de la population (EVF/EMP)
- Les activités connexes : égalité entre les sexes et la promotion des femmes, diminution de la discrimination envers les fillettes, responsabilité et implication des hommes.

2. Activité de planification familiale

a-Définition :

L'évaluation est l'un des outils les plus importants dont dispose les responsables. Le processus d'évaluation aide les responsables à prendre des décisions capitales sur la manière d'améliorer la mise en œuvre des programmes et ou la gestion des organisations.

Elle aide les responsables :

- A vérifier si les résultats escomptés sont en train d'être atteints et quelles sont les modifications qui devraient être faites pour améliorer l'efficacité et ou l'efficacité des activités du programme
- Mesurer les progrès dans la réalisation des objectifs du programme et de l'impact du programme.

« La planification familiale est l'un des quatre piliers de la maternité sans risque. L'accès à des services de grande qualité et d'un coût abordable est l'une des interventions les plus importantes que l'on puisse tenter pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle, lutter contre la pauvreté et promouvoir un développement durable. »

Droit des clients

Tout prestataire doit respecter les droits des clients venus en consultation dans la formation sanitaire. Il s'agit :

- Droit à l'information ;
- Droit à l'accès aux services de PF ;
- Droit de choisir ;
- Droit à la sécurité ;
- Droit à préserver son intimité ;
- Droit à la confidentialité ;
- Droit à la dignité ;
- Droit au confort ;

- Droit à la continuité des soins ;
- Droit à exprimer son opinion.

Dans la plupart des formations sanitaires, des responsables ont pris des mesures pratiques pour que ces droits soient respectés par exemple :

Les salles de Counseling isolées et l'utilisation des paravents pour préserver la confidentialité et la dignité ;

L'utilisation des supports visuels en langue locale en image pour faciliter l'accès à l'information ;

La référence à une boîte à image pour donner toute l'information complète ;

La tenue et le classement correct des dossiers des clients pour assurer la continuité des services ;

Une salle d'attente avec place d'assise pour un minimum de confort ;

Des toilettes accessibles aux besoins pour des droits d'hygiène ;

Une salle de tri pour éviter de très longue attente ;

Des prestataires qui parlent la langue du milieu pour faciliter la communication avec la cliente ;

Une gamme complète des produits pour faciliter le choix et satisfaire la cliente.

c- Besoin des prestataires

Pour fournir les services de qualité les prestataires ont besoin de :

Formation portant sur les compétences techniques et communication ;

Information sur les questions techniques avec mise à jour régulières ;

Infrastructures, notamment les locaux physiques appropriés et une organisation efficace ;

Contraceptifs, équipement et matériels éducatifs ;

Directives des services, listes aide-mémoire et supervision ;

Soutien de la part d'autres prestataires et autre niveau de soin ;

Respect et reconnaissance des collègues, des responsables, des clients et de la communauté ;

Motivation/encouragement pour fournir une bonne qualité des soins ;

Feed-back des responsables, des superviseurs, d'autres prestataires de services et des clients ;

Auto expression pour que les responsables tiennent compte de leur avis et prennent des décisions.

3 Concept du counseling [14]

a-Définition :

Le counseling se définit comme étant conseil, une « tête à tête » qui a lieu dans un endroit pouvant assurer la confidentialité, au cours duquel une personne aide une autre à trouver et choisir une solution à son problème. Le counseling a pour objectif d'établir puis de maintenir un dialogue basé sur la confiance.

b-Etapes du counseling :

Le counseling est une pratique incontournable dans l'offre des services de santé surtout ceux relatifs à la prévention comme la planification familiale. Classiquement, pour mener le counseling il était admis de suivre le « BER CER » (Bienvenue, Ecoute, Renseignements, Choix, Explication et Rendez/Reference) mais depuis plus de deux ans un autre concept a été développé par des partenaires ; ce nouveau processus capable d'aider les prestataires à mieux cerner la situation de chaque client afin de lui offrir un counseling adapté est appelé le REDI (Rapport, Exploration, Décision, Mise en œuvre).

c-Différentes étapes du REDI :

L'acronyme REDI renvoie à « Etablissement de rapport, exploration, prise de décision et mise en application de la décision » (en anglais : Rapport-building, Exploration, Decision-making, and Implementing the decision).

R (Rapport-building) = Etablissement de rapport

- Saluer poliment le client ;
- Se présenter (déterminer la catégorie à laquelle appartient le client-nouveau, client satisfait en visite de contrôle, client insatisfait en visite de contrôle) ;
- Garantir la confidentialité et l'intimité ;
- Expliquer la nécessité de discuter des problèmes sensibles et personnels.

E= Exploration

- Examiner en détail les raisons de la visite du client.
- Pour les nouveaux clients
- Explorer les intentions du client en matière de SR, sa situation personnelle actuelle et ces expériences antérieures ;
- Focaliser la discussion sur la (les) méthode (s) pertinentes pour le client ;
- Contrôle l'absence de grossesse et explorer les facteurs relatifs aux saignements mensuels, à toute grossesse ou maladie récentes.
- Pour les clients en visite de contrôle
- Evaluer le degré de satisfaction du client en ce qui concerne la méthode en cours d'utilisation ;
- Vérifier que la méthode est utilisée correctement ;
- Demande au client s'il y a des changements dans sa vie.
- **D(Décision-making) =** Prise de décision
- Identifier les décisions que le client doit prendre ou confirmer ;
- Explorer les options pertinentes pour chaque décision ;
- Aider le client à évaluer les avantages, les inconvénients ainsi que les conséquences de chaque option ;
- Encourager le client à prendre lui-même sa décision.
- **I (Implementing the décision) =** Mise en application de la décision
- Aider le client à élaborer un plan concret et précis pour mettre en application sa (ses) décision (s) ;
- Aider le client à acquérir les aptitudes nécessaires pour l'utilisation de la (des) méthode (s) choisie (s) et du préservatif ;
- Identifier les obstacles que le client pourrait rencontrer dans la mise application de sa décision ;
- Elaborer des stratégies pour surmonter ces obstacles ;
- Elaborer un plan de suivi et /ou référer en fonction de ses besoins.

4- Historique :

L'origine de la contraception semble se situer dans l'antiquité Romaine où Sopranos d'Ephèse établit la distinction entre avortement : qui tue le fœtus et contraception : qui prévient la conception.

Les méthodes alors utilisées pour empêcher la formation et le développement de l'œuf furent aussi variées qu'insolites.

Ainsi, l'une des premières fût la pharmacopée excrémentielle qui consistait à reproduire les principes généraux de la thérapeutique visant à chasser d'un corps malade les esprits qui pouvaient s'y abriter.

Les premières méthodes rationnelles pratiquées furent le coïtus-obstructus, le coïtus-reservatus et le coïtus-interuptus que l'on regroupa sous le vocable de « coït non conventionnel »

Après la découverte des spermatozoïdes en 1677 par l'hollandais Anton Van Leeuwenhoek, différentes substances ont été utilisées à travers le monde en vue d'une contraception locale.

C'est ainsi que l'on évoque l'utilisation de :

- Gomme d'acacia dans le Manuscrits d'Ebert ;
- Presseurs reliés à l'extérieur par une fine cordelette, des tampons de charpie servant de préservatif mécanique associés par la suite à un dispositif chimique mélangeant gomme ; miel et céruse (carbonate de plomb) ;
- L'alun de potassium et le natron (carbonate de sodium) comme substance contraceptive ;
- Le saule et « les misugami », papier de soie que l'on appliquait sur la muqueuse vaginale, en extrême Orient.

En Europe aussi, le principe des « barrières » fut employé, sous forme de :

- Tampons constitués de cire d'abeille par les paysannes hongroises ;
- D'éponges imprégnées de cognac dans les milieux libertins de la fin du XVIIIe siècle ;

- De sulfate de quinine dont l'emploi s'est répandu au milieu du Xylène de même que des solutions astringentes (thé vert, alun, etc..).

En plus de ces substances qui semblent être les ancêtres des spermicides, l'on a également eu recours à cette époque à d'autres méthodes de Barrières notamment :

- Les préservatifs d'abord confectionnés en boyaux d'animaux ;
- Le diaphragme qui fut proposé par Wilhelmy Mesinga.

Ces méthodes dont l'efficacité restait limitée étaient également associées à des effets secondaires importants. Ceux-ci ont donc conduit les chercheurs à explorer des voies aboutissant à des produits moins nocifs.

C'est ainsi qu'en 1865, Jacques SIMS publia les circonstances de la fertilité mais ce n'est que bien plus tard que trois informations capitales furent assimilées : la nature du sperme, sa fonction et la nécessité de sa pénétration dans l'utérus Pour fécondation de l'ovule.

La contraception dont la paternité est souvent associée à Malthus T. Robert a donc évolué depuis l'antiquité Romaine avec des méthodes pouvant paraître fantaisiste telle la pharmacopée excrémentielle pour offrir aujourd'hui aux couples qui le désire des moyens dont la rigueur scientifique est clairement établie et ce, dans le but de leur permettre de contrôler leur descendance.

5- Moyens de régulation des naissances

La régulation des naissances se fait essentiellement à partir de la planification familiale. Elle fait intervenir : [15]

- La contraception est définie par l'Organisation mondial de la santé (OMS) comme étant <<l'utilisation d'agents, de disposition, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'évité>> [16].
- La contraception post-coïtale utilisable après un rapport non protégé entre le temps de l'ovulation et l'implantation ;
- La stérilisation, la méthode irréversible :

Il existe aujourd'hui à travers le monde, des moyens qui diffèrent selon leur présentation pharmacologique, leur durée d'action et leur mécanisme.



Figure 1 : méthodes de contraceptions

5.1- Les méthodes de barrières

5.1.1-Le condom masculin (Préservatif)

Bien que la plupart d'entre eux soient faits de latex, il existe également des condoms en polyuréthane, en silicone et en membrane d'agneau.

- Efficacité

Le taux d'échec associé à une utilisation parfaite des condoms est estimé à 3% [16].

- Mécanisme d'action

Le condom agit à titre de barrière mécanique afin de prévenir l'échange de fluides corporels et de sperme. Certains sont prés-lubrifiés à l'aide d'un lubrifiant aqueux ou d'une petite quantité de spermicide qui renforce leur efficacité.

- Contre-indication

- Allergie ou sensibilité au latex pour les condoms de latex
- A la lanoline dans le cas des condoms en membranes d'agneau.

- Effets indésirables

Il interfère avec l'acte sexuel.

5.1.2- Le condom féminin :

Il s'agit d'une gaine de polyuréthane souple à ajustement ample. D'environ 17 cm de long et un diamètre de 7 cm, il possède deux anneaux flexibles dont l'un est lié à la gaine. L'intérieur est enduit d'un lubrifiant à base de silicone.

- Efficacité

Le taux de grossesse à 12 mois pour une utilisation parfaite (correcte et systématique) du condom féminin est de 5% [16].

- Mécanisme d'action

Une fois placé dans le vagin, le condom féminin le recouvre en entier, prévenant ainsi tout contact direct avec le pénis. Il recueille le sperme et doit ensuite être jeté.

- Contre-indications

- Allergie au polyuréthane
- Anomalies de l'anatomie vaginale
- Incapacité pour la femme d'apprendre la technique d'insertion

- Effets indésirables

Le fait de ne pas bien rester en place est cité comme l'un des problèmes particuliers de l'utilisation du condom féminin.

Parmi les autres inconvénients du condom féminin on trouve :

- La nécessité de s'entraîner à insérer le dispositif et de l'utiliser plusieurs fois avant de se sentir à l'aise avec cette méthode ;
- L'anneau interne peut causer de l'inconfort et du bruit pendant le coït,
- L'interférence avec l'acte sexuel.

5.1.3 Le diaphragme :

Le diaphragme est une méthode de contraception intra vaginal utilisée conjointement avec un spermicide. C'est un dôme de latex dont le pourtour contient un anneau d'acier flexible. Il s'insère dans le vagin afin de recouvrir le col de l'utérus.

Il existe trois types de diaphragme :

- Le diaphragme à ressort à boudin privilégié par les multipares ;
- Le diaphragme à ressort à arceau convenant mieux aux nullipares ;
- Le diaphragme à ressort à lame fait de silicone constitue une option pour les femmes allergiques au latex.

- Efficacité

Les taux d'échec selon OMS au cours des 12 premiers mois d'utilisation sont de 6% malgré une utilisation parfaite [16].

- Mécanisme d'action

Le diaphragme agit à titre de barrière physique entre le sperme et le col utérin ; il doit toujours être utilisé conjointement avec un spermicide dont l'action accroît son effet. Il doit être maintenu au moins six heures après le coït.

- Contres indications

L'allergie ou la sensibilité pour la matière constituant le diaphragme (latex, caoutchouc ou au spermicide) constitue la principale contre-indication au diaphragme. La présence d'un prolapsus urogénital ou utérin manifeste doit être au préalable écarté puisque réduisant son efficacité.

- Effets indésirables

L'utilisation d'un diaphragme peut entraîner une hausse des risques d'IVG persistantes ou récurrentes ; tendance aux inflammations : en raison de la pression qu'il exerce sur le pourtour de l'urètre et au spermicide associé. Il peut aussi être associé à la survenue du syndrome de choc toxique.

5.1.4-La cape cervicale :

A utiliser conjointement avec un spermicide (gelée ou crème), la cape cervicale est indiquée chez les femmes allaitantes, celles ne souhaitant pas avoir recours à la contraception hormonale ou chez celle pour qui cette dernière est contre-indiquée.

- Efficacité

La cape semble avoir une efficacité plus importante chez la nullipare que le multipare vu que l'OMS indique des taux d'échec respectivement égaux à 9% et à 26% malgré une utilisation parfaite au cours des douze premiers mois [16].

- Mécanisme d'action

Insérée directement contre le col qui la maintient par effet de succion, la cape cervicale agit à titre de barrière physique entre le sperme et le col utérin ; l'action de la gelée ou de la crème accroît son action.

- Contre-indications

La cape cervicale ne doit pas être utilisée par les femmes qui présentent :

- Une infection de la filière pelvienne ;
- Un cancer ou une dysplasie du col de l'utérus ;
- Une allergie ou une sensibilité aux spermicides.

- Effets indésirables

L'utilisation de la cape peut aggraver les symptômes des femmes qui présentent une vaginite ou des infections transmissibles sexuellement.

Le risque de syndrome de choc toxique est accru. Il est possible qu'elle cause plus d'odeurs et d'écoulements vaginaux que le diaphragme ; de plus, elle peut être déplacée au cours du coït.

5.1.5- L'éponge contraceptive :

Imprégnée de spermicide, l'éponge contraceptive consiste en de petits dispositifs jetables, ou en mousse de polyuréthane conçus pour recouvrir le col de l'utérus.

Elle peut répondre tout particulièrement aux besoins des femmes qui souhaitent ou doivent éviter le recours à la contraception hormonale.

- Efficacité

Les éponges contraceptives présentent des taux d'échec variant entre 18 et 20% pour les nullipares et de 36 à 40% pour les multipares [17].

- Mécanisme d'action

L'action contraceptive de l'éponge est principalement attribuable au spermicide dont elle est imprégnée, le tout étant renforcé par sa capacité à absorber et à retenir le sperme. Elle agit à titre de réservoir de spermicide à libération prolongée pendant une période de 12 heures.

- Contre-indications

L'éponge cervicale ne devrait pas être utilisée en cas :

- D'allergie au spermicide utilisé ;
- D'anomalies de l'anatomie vaginale pouvant nuire à la mise en place satisfaisante ou stable du dispositif ;
- D'incapacité d'apprendre la bonne technique d'insertion ;
- D'antécédents de syndrome de choc toxique ;
- D'une grossesse à terme dans les six dernières semaines ;
- D'avortement spontané ou provoqué, ou des saignements vaginaux anormaux.

- Effets indésirables

L'éponge peut potentiellement endommager la muqueuse vaginale, ce qui pourrait augmenter les risques de transmission du VIH. Il existe également des risques de syndrome de choc toxique.

5.1.6- Les spermicides :

Ils sont composés d'un agent spermicide en solution dans un excipient qui permet la dispersion et la rétention dans le vagin. Le nonoxynol-9 est le plus courant d'entre eux. Leur utilisation n'est recommandée qu'à titre de traitement d'appoint à utiliser conjointement avec une méthode de barrière dont ils renforcent l'action.

- Efficacité

Le taux d'échec au cours de la première année d'utilisation est de 6% malgré une utilisation parfaite [16].

- Mécanisme d'action

Ils détruisent les spermatozoïdes en altérant la couche lipidique de la membrane cellulaire ; Ils deviennent alors perméables et se gonflent, ce qui entraîne la rupture des membranes plasmique et acrosomique.

- Contre-indications

Le spermicide est contre-indiqué en cas de :

- Allergie à l'agent spermicide ou à son excipient ;
- Etat pathologique pouvant empêcher sa mise en place dans la partie supérieure du vagin et sur le col utérin (telles qu'un septum vaginal ou un double col).

- Effets indésirables

L'irritation génitale qui pourrait faciliter la transmission du VIH [18].

L'utilisation de spermicides a également été associée à un accroissement du risque d'infection des voies urinaires [19].

5.2- La contraception hormonale combinée

Elle désigne les moyens de contraception qui contiennent à la fois de l'œstrogène et de progestatif. Il existe quatre types :

5.2.1-Les contraceptifs oraux combinés (coc)

Ils peuvent être :

- Monophasique, contenant une quantité fixe d'œstrogène et de progestatif ;
- Bi phasiques, la quantité d'œstrogène est fixe, alors que celle de progestatif augmente au cours de la seconde moitié du cycle ;
- Tri phasique dont la quantité d'œstrogène fixe ou variable, tandis que la quantité de progestatif augmente en trois phases égales.

Le type d'estrogène utilisé est : l'éthinylestradiol.

En fonction de leur structure chimique, les progestatifs peuvent être répartis en deux groupes :

- Les estrans (noréthindrone, diacétate d'éthynodiol)
- Les gonanes (levonorgestrel, désogestrel, norgestimate) qui semblent être plus puissants [20].

- Efficacité

Les COC constituent un mode de contraception réversible très efficace.

En utilisation parfaite, ils sont efficaces à 99,9% [16].

- Mécanisme d'action

Le principal mécanisme d'action est l'inhibition de l'ovulation.

Parmi les autres mécanismes d'action, on trouve :

- L'accentuation de l'atrophie endométriale ;
- La production de glaire cervicale visqueuse ;
- Des effets sur la sécrétion et le péristaltisme au sein des trompes de Fallope

- Contre-indications

L'OMS, a établi des contres indications absolues et relatives à l'utilisation des COC [21].

Contre –indications absolues

- Avant 6 semaines à la suite d'un accouchement, si la patiente allaite ;
- Fumeuses de plus de 35 ans (Plus de 15 bâtons/jour)
- HTA (systolique >160mmHg ou diastolique >100mmHg) ;
- Antécédents de thrombo-embolie veineuse ;
- Cardiopathie ischémique ;
- Antécédents d'accident vasculaire cérébral ;
- Cardiopathie valvulaire compliquée ;
- Migraine accompagnée de symptômes neurologiques en foyer ;
- Cancer du sein (en cours) ;
- Diabète accompagné de rétinopathie/ Néphropathie ;
- Cirrhose et tumeur hépatique (adénome ou hépatome).

Contres indications relatives

- Fumeuses de plus de 35 ans (Moins de 15 bâtons/jour) ;
- HTA maîtrisée ;
- Hypertension (systolique : 140-159mmHg, diastolique : 90-99 mmHg) ;
- Migraine (chez les femmes de plus de 35 ans) ;
- Maladie vésiculaire en phase symptomatique ;
- Antécédents de cholestase associée à l'utilisation de COC ;
- Utilisatrices de médicaments pouvant entraver le métabolisme des COC.

- Effets indésirables

Survenant la plupart du temps au cours des trois premiers cycles, la présence de saignements menstruels anormaux constitue la raison la plus couramment citée par les patientes. Parmi les autres raisons courantes, on trouve la nausée, le gain pondéral, les sauts d'humeurs, la sensibilité des seins et les céphalées.

5.3-Le timbre contraceptif transdermique :

Le timbre contraceptif diffuse 150µg de norelgestromine (principal métabolite actif du norgestimate) et 20µg d'éthinylestradiol quotidiennement dans la circulation générale.

L'utilisatrice doit s'appliquer un timbre par semaine sur les fesses, la partie supérieure externe du bras, la partie inférieure de l'abdomen ou la partie supérieure du torse (en dehors des seins) pendant trois semaines consécutives et ensuite s'abstenir de la faire pendant une semaine. Il convient tout particulièrement aux femmes qui souhaitent utiliser un moyen de contraception moins exigeant sur le plan de l'observance.

- Efficacité

L'indice de Pearl du timbre contraceptif transdermique (taux des échecs en fonction du nombre de grossesses pour 100 années femme) est de 0,7 (IC 0,31-1,10), dans le cas d'une utilisation parfaite [22].

- Mécanisme d'action

Le mécanisme d'action du timbre contraceptif est semblable à celui des COC, vu qu'il empêche le développement folliculaire et inhibe l'ovulation.

- Contre-indications

Les contre-indications applicables au timbre contraceptif sont les mêmes que celles applicables aux COC.

- Effets indésirables

A l'exception des réactions sur le site d'application, les effets indésirables qui affectent les utilisatrices de timbres contraceptifs sont semblables à ceux que connaissent les utilisatrices de COC mais le timbre cause rarement l'aménorrhée.

5.4- L'anneau vaginal contraceptif

L'anneau vaginal contraceptif est un anneau flexible, pratiquement transparent, dont le diamètre extérieur est de 54 mm et le diamètre transversal, de 4mm. Il diffuse un taux constant de 15% µg d'éthinylestradiol et de 0,120mg

d'étonogestrel (métabolite actif du désogestrel) par jour. Chaque anneau est utilisé pendant trois semaines, suivies d'un intervalle sans anneau pendant une semaine.

- Efficacité

L'indice de Pearl global de l'anneau, se situe entre 0,65 et 1,18 [23].

- Mécanisme d'action

L'anneau empêche le développement folliculaire et inhibe l'ovulation.

Parmi les autres mécanismes d'action possible, on trouve l'accentuation de l'atrophie endométriale et l'altération de la glaire cervicale.

- Indications

L'anneau convient tout particulièrement aux femmes qui souhaitent utiliser un moyen de contraception ne nécessitant pas une attention quotidienne.

- Contre-indications

Les contre-indications absolues sont la grossesse connue ou soupçonnée, les antécédents, de thrombo-embolie veineuse, les maladies cérébrovasculaires ou coronariennes, la cardiopathie valvulaire compliquée, l'HTA sévère, le diabète, les céphalées accompagnées de symptômes neurologiques en foyer, le cancer (connu ou soupçonné) du sein, de l'endomètre ou du col utérin, les saignements vaginaux inexplicables, ainsi que les réactions allergiques à un composant de l'anneau.

Parmi les contre-indications relatives, on trouve le prolapsus utéro-vaginal ou la sténose vaginale si la rétention de l'anneau s'en trouve affectée.

- Effets indésirables

Ils sont dans l'ensemble semblables à ceux que l'on constate pour les COC ; toutefois, certains sont propres à l'anneau vaginal, notamment :

- Des saignements irréguliers au premier cycle d'utilisation ;
- Des effets indésirables de nature hormonale : céphalée, nausée, et sensibilité des seins.
- Des symptômes vaginaux : vaginite et leucorrhée.

5.5 -La contraception injectable combinée :

Cette forme contraceptive n'est pas encore largement utilisée. Il s'agit d'un contraceptif injectable menstruel composé de 5mg de cypionate d'oestradiol et de 25mg d'acétate de médroxyprogestérone (Lunel le).

Il s'administre en intramusculaire, en s'assurant que l'intervalle entre les injections ne dépasse pas 33 jours.

Dans le cadre d'une étude portant sur 782 américaines suivies pendant un an, aucune grossesse n'a été constatée [24].

Son principal mécanisme d'action est l'inhibition de l'ovulation.

Il dispose des mêmes indications et contre-indications que les COC et devrait être envisagé par les femmes qui ont la difficulté à se rappeler de la prise de pilule chaque jour, qui souhaitent obtenir des saignements mensuels prévisibles ou qui précisent des troubles d'absorption entérique.

5.6- Contraception hormonale à base de progestatif [25]

Les contraceptifs ne contenant qu'un progestatif peuvent être offerts sous forme de comprimé oral, d'implants ou de solution injectable.

- Les progestatifs injectables

L'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) est utilisé à titre de contraceptif par des millions de femmes à travers le monde.

- Efficacité

L'AMPR est une forme grandement efficace de contraception dont le taux d'échec est estimé à moins de 0,3% par an [26].

- Mécanisme d'action

Son action se fait principalement par l'inhibition de la sécrétion des gonadotrophines hypophysaires, ce qui prévient l'ovulation. Il accroît la viscosité de la glaire cervicale et provoque une atrophie endométriale.

- Indications

Puisqu'il ne nécessite pas d'attention quotidienne, il peut être mieux adapté aux besoins des femmes qui ont de la difficulté à respecter la posologie des autres moyens de contraception.

Il peut également convenir aux femmes allaitantes ou ayant :

- Une sensibilité ou des contre-indications connues aux oestrogènes ;
- Plus de 35 ans et qui fument ;
- Des migraines ;
- Une endométriose ;
- La drépanocytose ;
- Sous anticonvulsivants.

- Contres indications

- Contre-indications absolues : grossesse, saignements vaginaux inexpliqués et diagnostic courant de cancer du sein ;
- Contre-indications relatives : cirrhose grave, hépatite virale évolutive et adénome hépatique bénin.

- Effets indésirables

Les effets indésirables associés à l'AMPR sont :

- la perturbation du cycle menstruel (le plus courant) ;
- La prise de poids ;
- Les manifestations indésirables de nature hormonale (céphalée, acné, baisse de la libido, la nausée et la sensibilité des seins) ;
- Des variations de l'humeur.
- Retour tardif de la fécondité (neuf mois en moyenne) ;
- Baisse de la densité minérale osseuse sans ostéoporose notamment au niveau de la colonne lombaire.

- Progestatif oral :

Pilule de progestatif seul

Utilisées selon les indications, les pilules de progestatif seul (PPS) sont très sûres et grandement efficaces. En utilisation parfaite, elles présentent un taux d'échec de 0,5% [26].

- Mécanisme d'action

L'altération de la glaire cervicale (portant sur le volume, la viscosité et la structure moléculaire) constitue le principal mécanisme d'action des PPS. Ceci entrave ou empêche la pénétration des spermatozoïdes.

L'ovulation peut être supprimée et des modifications de l'endomètre peuvent se produire.

- Indications

Elles peuvent être utilisées par les femmes qui nécessitent un moyen de contraception exempté d'oestrogènes ou chez qui les COC entraînent des effets particulièrement indésirables, ainsi que celles qui présentent des migraines accompagnées de symptômes neurologiques ou qui allaitent.

- Contres indications

- Contres indications absolues : grossesse et diagnostic courant de cancer du sein
- Contres indications relatives : Hépatite virale évolutive et les tumeurs hépatiques.

- Effets indésirables

L'utilisation des PPS est associée à des saignements irréguliers et des pertes vaginales légères. Les effets indésirables de nature hormonale (tels que les céphalées, le ballonnement, l'acné et la sensibilité des seins) ne surviennent que peu fréquemment.

5.7- Les implants de progestatif

Insérés en sous-cutanée, sous la face interne de l'avant-bras, les implants constituent une méthode contraceptive réversible de longue durée restant

pendant cinq ans en moyenne. Ils peuvent être composés d'un, de deux ou de six bâtonnets.

- Efficacité

Le taux d'échec associé aux implants se situe autour de 0,1% par année [16].

- Mécanisme d'action

Le levonorgestrel libéré par les bâtonnets qui la constitue supprime l'ovulation, provoque une atrophie endométriale et rend la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes.

Les systèmes d'implants fondés sur un nombre réduit de bâtonnets disposent de l'avantage d'une facilité accrue en ce qui a trait à l'insertion et au retrait des bâtonnets en question.

Un autre type d'implant est constitué d'un seul bâtonnet dont le principe actif est l'étonogestrel. Il diffère des modèles Norplant puisqu'il semble inhiber systématiquement l'ovulation jusqu'au début de la troisième année d'utilisation.

- Effets indésirables

La présence de saignements vaginaux prolongés ou irréguliers constitue le principal effet secondaire.

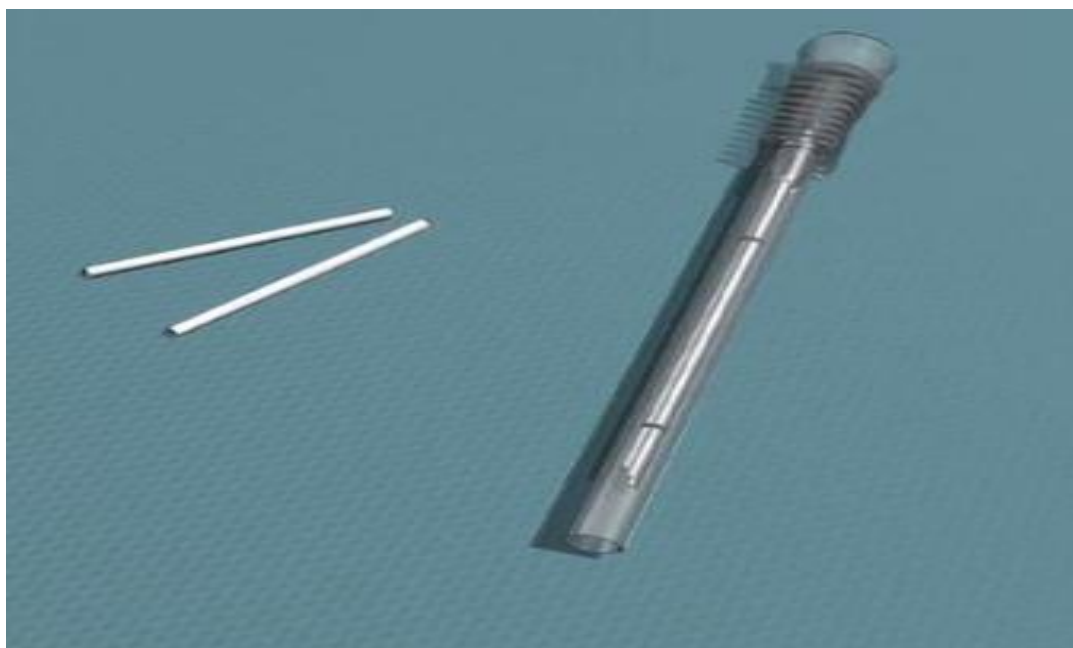


Figure 2 : jadelle

5.8- Les dispositifs intra-utérins (Stérilet) [27]

Il existe deux types de DIU :

- Le DIU libérant du Lévonorgestrel ou « système intra-utérin à libération de Lévonorgestrel » (SIU-LNG) ;
- Deux DIU de cuivre (NOVA6T et flexi-T300).

- Efficacité

Le taux d'échec du DIU de cuivre est estimé à 1,26 par 100 femmes années, celui du DIU à libération de Lévonorgestrel est estimé à 0,09 par 100 femmes années [28].

- Mécanisme d'action

Le principal mécanisme d'action semble être la prévention de la fertilisation. Même si elle se produit, le DIU semble également avoir des effets post-fertilisation, dont l'inhibition potentielle de l'implantation.

Les DIU de cuivre consistent en une tige verticale sur laquelle s'enroule un fil de cuivre à âme d'argent. La présence de cuivre dans la cavité endométriale entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre qui nuisent au transport des spermatozoïdes.

Les ions de cuivre ont également un effet direct sur la motilité des spermatozoïdes, ce qui affecte la capacité de ces derniers à pénétrer la glaire cervicale.

Le SIU-LNG consiste en un petit dispositif de polyéthylène en forme de « T » comportant dans sa composante verticale, un réservoir cylindrique contenant du Lévonorgestrel qu'il libère lentement au travers d'une membrane limitant le débit d'hormone.

Il ne suscite qu'une faible réaction de type « corps étranger » mais entraîne la décidualisation de l'endomètre et l'atrophie glandulaire. Les récepteurs endométriaux des oestrogènes et de la progestérone sont inhibés. La glaire

cervicale s'épaissit, créant ainsi une barrière à la pénétration des spermatozoïdes.

L'ovulation peut même s'en trouver inhibée.

Les DIU restent actifs 10 ans en moyenne.

- Indications

L'utilisation du DIU convient aux femmes qui souhaitent obtenir une efficacité anticonceptionnelle à long terme ou utiliser un moyen de contraception moins exigeant sur le plan de l'observance.

Les femmes qui présentent des contre-indications ou une sensibilité aux oestrogènes, celles qui allaitent, peuvent s'avérer de bonnes candidates à l'utilisation d'un DIU qui peut aussi être utilisé aux fins d'une contraception post coïtale.

- Contre-indications

Contre-indications absolues

- La grossesse
- Infection pelvienne ou ITS (au cours des trois derniers mois)
- Sepsis puerpérale
- A la suite d'un avortement septique
- Cavité utérine gravement déformée
- Saignements vaginaux inexplicables
- Cancer du col utérin ou de l'endomètre
- Maladie trophoblastique maligne
- Allergie au cuivre (dans le cas des DIU de cuivre)
- Cancer du sein (dans le cas du SIU-LNG)

- Contre-indications relatives

- Facteurs de risque en ce qui a trait aux ITS ou au virus du VIH-SIDA
- Immunodépression infectieuse ou médicamenteuse (corticothérapie) ;
- De 48 heures à quatre semaines à la suite d'un accouchement ;
- Cancer de l'ovaire ;

- Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne.

- Effets indésirables

Les effets indésirables associés à l'utilisation d'un DIU sont :

- Les saignements menstruels irréguliers et l'augmentation du volume des menstrues mais leur diminution est constatée avec le SIU-LNG ;
- La dysménorrhée avec le DIU de cuivre mais le SIU-LNG est plutôt associée à une diminution des douleurs menstruelles.
- La dépression, l'acné, les céphalées et la sensibilité des seins ;
- Kystes ovariens fonctionnels chez certaines utilisatrices de SIU-LNG.



Figure 3: dispositif intra utérin

5.9 La contraception d'urgence [29]

La contraception d'urgence fait référence aux moyens utilisables après une relation sexuelle, mais dont l'action se fait avant l'implantation. Il en existe deux types :

- Les méthodes hormonales, aussi appelées contraception orale d'urgence (COU)
- L'insertion post coïtale d'un stérilet au cuivre.

Il existe deux types de COU dont l'un consiste à prendre deux doses de 750µg de Lévonorgestrel par voie orale à 12 heures d'intervalle.

Le second connu sous le nom de méthode Yuzpe, consiste en deux doses contenant 100µg d'éthinylestradiol et 500µg de Lévonorgestrel, administrées par voie orale, à 12 heures d'intervalle.

L'anti progestatif mifépristone (RU 486) est reconnu comme étant un contraceptif post coïtal très efficace.

La mise en place d'un stérilet au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est également un moyen efficace de prévention de la grossesse.

Ce DIU reste dans les 7 jours qui suivent une relation sexuelle non protégée.

- Mécanisme d'action

Le mode d'action des COU n'est pas encore totalement connu. On estime toutefois, qu'ils peuvent entraver la maturation folliculaire, la formation du mucus cervical, la migration des spermatozoïdes, le maintien du corps jaune, la réceptivité de l'endomètre, la fécondation ou la croissance du zygote, son transport ou son adhérence mais le principal mode d'action selon les preuves statistiques semble être lié au processus ovulatoire

- Efficacité

L'OMS rapporte un taux de grossesse de 1,1% pour le traitement au Lévonorgestrel seul, comparativement 3,2% pour la méthode Yuzpe.

La mifépristone est six fois plus efficace que la méthode Yuzpe. A très faible dose (10mg), elle est aussi efficace que le lévonogestrel seul [30].

On estime que l'insertion post coïtal d'un stérilet au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est efficace à 98,7% [28].

- Indications

Il faut envisager l'utilisation de la COU chez toute femme voulant éviter une grossesse se présentant dans les cinq jours suivants :

- Une relation sexuelle mal ou non protégée ;
- A la suite d'une agression sexuelle non souhaitée.

- Contre-indications

La seule allergie aux COU porte sur les composantes du produit. Dans le cas d'un stérilet au cuivre post coïtal, il faut exclure la possibilité d'une grossesse préexistante, surtout si la femme a eu des rapports sexuels en début de cycle, il ne doit y avoir ni signe d'infection vaginale ou cervicale ni antécédents récents d'infection pelvienne ; de plus, le risque d'infection transmise sexuellement doit être faible.

- Effets indésirables

Les effets indésirables associés sont : des nausées, des vomissements, d'étourdissement et de fatigue.

Quant au stérilet au cuivre post coïtal, les complications possibles sont des douleurs pelviennes, des saignements anormaux, une infection pelvienne, une perforation utérine et l'expulsion.

5.10- Les méthodes de planification familiale naturelle [31]

On entend par « planification familiale naturelle » (PFN), les méthodes de contrôle de la fertilité qui ne font pas recours à des dispositifs ou à des agents chimiques de contraception. Elles reposent sur la compréhension de la physiologie du cycle menstruel et sur la détermination du moment de l'ovulation, et ce, dans le but de ne permettre le coït que lorsque le risque de grossesse est réduit ou même inexistant.

Parmi les méthodes de planification familiale naturelle, on trouve le coït interrompu (retrait), l'abstinence et la connaissance du cycle de fertilité.

- Connaissance du cycle de fertilité

Les méthodes qui permettent d'y accéder s'affairent à déterminer la période de fertilité d'une femme et donc, les jours pendant lesquels les partenaires devraient s'abstenir de pratiquer le coït ou se protéger soigneusement à l'aide de méthodes de barrière.

Les trois principaux signes de fertilité sont les modifications de la glaire cervicale, de la température basale et de la position du col utérin.

D'autres méthodes se fondent sur des calculs à l'aide d'un calendrier.

- Efficacité

Le taux d'échec estimés par l'OMS est de 1 à 9%, malgré une utilisation parfaite [16].

- Mécanisme d'action

- Connaissance du cycle de fertilité et méthode sympto-thermique

Cette méthode fait appel aux trois signes de fertilité :

- Les modifications de la glaire cervicale

Avant l'ovulation, la glaire cervicale subit des modifications tant au niveau de son volume que de sa nature. Elle se clarifie, devient plus élastique au fur et à mesure que l'ovulation approche : c'est le « spinnbarkeit ». Après cette dernière, elle devient visqueuse, opaque et imperméable aux spermatozoïdes ; de plus, son volume connaît une baisse marquée. Après trois jours de glaire cervicale présentant une clarté et une élasticité maximale, la femme connaît une phase moins fertile.

- Température basale

La température corporelle est prise par voie orale ou vaginale, à l'aide d'un thermomètre, après au moins six heures de sommeil. A la suite de la hausse post ovulatoire du taux de progestérone, elle connaît une hausse d'au moins 0,5°C au cours de la phase lutéale du cycle qui marque la fin de la période fertile.

Pour éviter une grossesse, le coït non protégé doit être reporté jusqu'à ce qu'une hausse de température ait été enregistrée pendant trois jours consécutifs.

- Position du col utérin

Le col peut être senti près de l'ostium vaginale à la suite des menstruations ; sa position s'élève considérablement au sein du vagin au cours de la phase folliculaire.

Il atteint sa position la plus élevée au moment de l'ovulation. Sa consistance devient alors souple et le diamètre de son orifice s'élargie. Au cours de la phase lutéale, le col descend dans le vagin et se raffermi, se referme et se rapproche de l'ostium vaginale.

• La méthode « Billings »

Elle repose uniquement sur les modifications de la glaire cervicale. Pour plus de certitude, il est conseillé de ne se fier qu'à la deuxième période d'infertilité (post ovulation) [32].

• Algorithme de deux jours

Ici, un jour est classé comme « fertile » si des sécrétions cervicales sont constatées au cours de ladite journée ou si elles ont été constatées le jour précédent.

• La « Standard dayMethod »

Elle définit la période de fertilité comme s'étalant du 8^e au 19^e jour du cycle menstruel. Pendant ce temps, le couple s'abstient de pratiquer le coït. Elle ne convient qu'aux femmes dont les cycles comptent 26 à 32 jours.

• La méthode du calendrier

Les femmes doivent déterminer à l'aide de calculs, le début et la durée de leur période de fertilité en fonction des postulats suivants :

L'ovulation se produit de 12 à 16 jours avant le déclenchement des menstruations suivantes ; les spermatozoïdes demeurent viables pendant une période allant jusqu'à cinq jours ; et l'ovocyte non fertilisé survit pendant 24 heures.

Le couple doit donc éviter de pratiquer le coït ou utiliser une méthode de contraception d'appoint pendant une période de 8 à 10 jours au cours de chaque cycle. L'utilisatrice doit remplir un calendrier menstruel pendant au moins six mois. Sa période de fertilité est déterminée par la soustraction de 20 jours à la durée de son cycle le plus court (afin d'établir le début de la période de fertilité) et par la soustraction de 10 jour à la durée de son cycle le plus long (afin d'établir la fin de la période de fertilité).

- Trousse de prédiction de l'ovulation

Elle fait appel à un petit moniteur électrique portatif et à des bâtonnets diagnostics (Test d'urine) jetables. Ce moniteur mesure la présence d'un métabolite urinaire des oestrogènes et de la LH.

- Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).

La MAMA est extrêmement efficace à titre de méthode post-partum temporaire. Elle se fonde sur l'infertilité physiologique, attribuable à la suppression hormonale de l'ovulation, des femmes qui allaitent.

Son efficacité est de 98% pour une femme allaitante, seulement si :

- Elle est toujours en aménorrhée ;
- Elle allaite son enfant exclusivement ;
- Son enfant est âgé de moins de six mois.

L'intervalle entre les périodes d'allaitement ne devrait pas dépasser quatre heures le jour, et six heures, la nuit [33].

- Indications

La PFN peut constituer une option en matière de contraception pour :

- Les couples qui souhaitent éviter avoir recours à des méthodes de barrière ou hormonales ;
- Les couples qui souhaitent accroître l'efficacité du retrait ou des méthodes de barrière au cours de la période de fertilité ;
- Les couples en mesure d'assumer une grossesse accidentelle.

- Contre-indications

La PFN peut ne pas s'avérer une option convenable pour :

- Les couples qui ne veulent pas ou ne sont pas en mesure de faire preuve de diligence quant à l'observation et à la consignation des signes de fertilité, ainsi qu'en ce qui concerne le respect des règles visant la prévention de la grossesse ;
- Les femmes dont le cycle menstruel est irrégulier ;
- Les femmes en post-partum (sauf en ce qui a trait à la MAMA) ;
- Les femmes qui ont de la difficulté à évaluer la nature de la glaire cervicale, en raison d'une infection vaginale ou du recours à des agents vaginaux (Par. Ex. lubrifiants, spermicides).

6 Critère d'éligibilité de la PF selon OMS

1. Recommandations relatives à l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés (CHC) par classe d'âge [34]

Les CHC comprennent les contraceptifs oraux combinés, les contraceptifs injectables combinés, le patch contraceptif combiné et l'anneau contraceptif combiné intravaginal.

< 40 ans : Des premières règles jusqu'à l'âge de 40 ans, les femmes peuvent utiliser les CHC sans restriction (Catégorie 1).

≥ 40 ans : Les femmes âgées de 40 ans et plus peuvent en général utiliser les CHC (Catégorie 2).

2. Recommandations relatives à l'utilisation des CHC chez les femmes qui allaitent au sein

< 6 semaines après l'accouchement : Moins de 6 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein ne devraient pas utiliser de CHC (Catégorie 4).

De 6 semaines à < 6 mois après l'accouchement : De 6 semaines à < 6 mois après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein (allaitement principalement au sein) ne devraient généralement pas utiliser de CHC (Catégorie 3).

≥ 6 mois après l'accouchement : À partir de 6 mois après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent en général utiliser les CHC (Catégorie 2).

3. Recommandations relatives à l'utilisation des CHC chez les femmes pendant la période post-natale

< 21 jours après l'accouchement, sans autres facteurs de risque de thromboembolie veineuse (TEV) : Moins de 21 jours après l'accouchement, les femmes qui ne présentent pas d'autres facteurs de risque de TEV ne devraient généralement pas utiliser de CHC (Catégorie 3).

< 21 jours après l'accouchement, avec autres facteurs de risque de TEV : Moins de 21 jours après l'accouchement, les femmes qui présentent d'autres facteurs de risque de TEV ne devraient pas utiliser de CHC (Catégorie 4).

De 21 à 42 jours après l'accouchement, sans autres facteurs de risque de TEV : Entre 21 et 42 jours après l'accouchement, les femmes qui ne présentent pas d'autres facteurs de risque de TEV peuvent en général utiliser les CHC (Catégorie 2).

De 21 à 42 jours après l'accouchement, avec autres facteurs de risque de TEV : Entre 21 et 42 jours après l'accouchement, les femmes qui présentent d'autres facteurs de risque de TEV ne devraient généralement pas utiliser de CHC (Catégorie 3).

> 42 jours après l'accouchement : Plus de 42 jours après l'accouchement, les femmes peuvent utiliser les CHC sans restriction (Catégorie 1).

4. Recommandations relatives à l'utilisation des CHC chez les femmes présentant des troubles veineux superficiels

Varices : Les femmes présentant des varices peuvent utiliser les CHC sans restriction (Catégorie 1).

Thrombose veineuse superficielle (TVS) : Les femmes présentant une TVS peuvent en général utiliser les CHC (Catégorie 2).

5. Recommandations relatives à l'utilisation des CHC chez les femmes atteintes de dyslipidémies avérées

Dyslipidémies avérées sans autres facteurs de risque cardiovasculaire connus : Les femmes atteintes de dyslipidémies avérées sans autres facteurs de risque cardiovasculaire connus peuvent en général utiliser les CHC (Catégorie 2).

6. Recommandations relatives à l'utilisation des progestatifs seuls (PS) et des dispositifs intra-utérins à diffusion de lévonorgestrel (DIU-LNG) chez les femmes qui allaitent au sein

6a. Utilisation des PS chez les femmes qui allaitent au sein (les PS comprennent les pilules progestatives seules, les implants et les solutions injectables)

< 6 semaines après l'accouchement :

Moins de 6 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent en général utiliser les pilules de progestatif seul (PPS), les implants au lévonorgestrel (LNG) et les implants à l'étonogestrel (ETG) (Catégorie 2).

Moins de 6 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein ne devraient généralement pas utiliser de progestatifs seuls injectables (PSI) (AMPR ou NET-EN) (Catégorie 3).

De 6 semaines à < 6 mois après l'accouchement : De 6 semaines à < 6 mois après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent utiliser les PPS, les PSI, les implants au LNG et les implants à l'ETG sans restriction (Catégorie 1).

\geq 6 mois après l'accouchement : À partir de 6 mois après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent utiliser les PPS, les PSI, les implants au LNG et les implants à l'ETG sans restriction (Catégorie 1).

6b. Utilisation des DIU-LNG chez les femmes qui allaitent au sein

< 48 heures après l'accouchement : Moins de 48 heures après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent en général utiliser les DIU-LNG (Catégorie 2).

De 48 heures à < 4 semaines après l'accouchement : De 48 heures à < 4 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein ne devraient pas se voir poser un DIU-LNG (Catégorie 3).

≥ 4 semaines après l'accouchement : À partir de 4 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent utiliser les PPS, les PSI, les implants au LNG et les implants à l'ETG sans restriction (Catégorie 1).

Infection puerpérale : Les femmes qui allaitent au sein (ou non) et qui présentent une infection puerpérale ne devraient pas se voir poser un DIU-LNG (Catégorie 4).

7. Recommandations relatives à l'utilisation d'acétate de médroxyprogestérone retard administré par voie sous-cutanée (AMPR-SC) – nouvelle méthode ajoutée aux lignes directrices

Toutes les recommandations : Les recommandations relatives à l'AMPR-SC seront identiques aux recommandations actuelles relatives à l'AMPR-IM (administré en intramusculaire).

8. Recommandations relatives au Sino-implant (II) – nouvelle méthode ajoutée aux lignes directrices

Toutes les recommandations : Les recommandations relatives au Sino-implant (II) seront identiques aux recommandations actuelles relatives aux implants au LNG.

9. Recommandations relatives aux pilules pour la contraception d'urgence (PCU) : l'acétate d'ulipristal (UPA), une nouvelle méthode ajoutée aux lignes directrices – l'utilisation d'inducteurs du CYP3A4 et l'obésité, comme thématiques nouvelles pour l'utilisation des PCU

Grossesse : L'utilisation de la PCU ne concerne pas les femmes enceintes.

Allaitement au sein :

Les femmes qui allaitent au sein peuvent utiliser sans restriction les pilules contraceptives orales combinées (COC) ou le LNG pour une contraception d'urgence (Catégorie 1).

Les femmes qui allaitent au sein peuvent en général utiliser l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 2).

Antécédents de grossesse extra-utérine : Les femmes qui ont fait des grossesses extra-utérines dans le passé peuvent utiliser sans restriction les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 1).

Antécédents de pathologie cardiovasculaire grave : Les femmes ayant des antécédents de pathologie cardio-vasculaire grave, dont cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral ou autre pathologie thrombo-embolique, peuvent en général utiliser les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 2).

Migraines : Les femmes sujettes aux migraines peuvent en général utiliser les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 2).

Pathologie hépatique grave : Les femmes souffrant d'une pathologie hépatique grave, dont l'ictère (une caractéristique individuelle qui est le signe d'une pathologie hépatique avant qu'un diagnostic n'ait été posé), peuvent en général utiliser les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 2).

Utilisation d'un inducteur du CYP3A4 : Les femmes prenant des inducteurs du CYP3A4 peuvent utiliser sans restriction les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 1).

Utilisation répétée de la PCU : Il n'existe pas de restriction quant à l'utilisation répétée de COC, LNG ou UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 1).

Viol : Il n'existe pas de restriction quant à l'utilisation répétée de COC, LNG ou UPA pour une contraception d'urgence en cas de viol (Catégorie 1).

Obésité : Les femmes obèses peuvent utiliser sans restriction les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 1).

10. Recommandations relatives à l'utilisation des dispositifs intra-utérins (DIU) pour les femmes à risque accru d'infections sexuellement transmissibles (IST)

Adoption du DIU : Bien des femmes présentant un risque accru d'IST peuvent en général commencer à utiliser un DIU au cuivre (DIU-Cu) ou un DIU-LNG (Catégorie 2). Certaines femmes à risque accru (très forte probabilité individuelle) d'IST ne devraient généralement pas se voir poser un DIU avant d'avoir effectué un dépistage et, le cas échéant, suivi un traitement (Catégorie 3).

Continuation du DIU : Les femmes présentant un risque accru d'IST peuvent en général continuer à utiliser un DIU-Cu ou un DIU-LNG (Catégorie 2).

11. Recommandations relatives à l'utilisation d'un anneau vaginal libérant de la progestérone, une nouvelle méthode ajoutée aux lignes directrices

Allaitement au sein et ≥ 4 semaines après l'accouchement : À partir de 4 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein activement peuvent utiliser l'anneau vaginal libérant de la progestérone, sans restriction (Catégorie 1).

12. Recommandations relatives à l'utilisation de la contraception hormonale pour les femmes à risque élevé d'infection par le VIH, les femmes vivant avec le VIH et les femmes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral (TAR)

12a. Femmes à risque élevé d'infection par le VIH

Les femmes présentant un risque élevé de contracter le VIH peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, contraceptifs injectables combinés (CIC), patchs et anneaux contraceptifs combinés, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l'ETG (Catégorie 1).

Les femmes présentant un risque élevé de contracter le VIH peuvent en général utiliser les DIU-LNG (Catégorie 2).

12b. Femmes vivant avec une infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2)

Les femmes vivant avec une infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l’OMS 1 ou 2) peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, CIC, patchs et anneaux contraceptifs combinés, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l’ETG (Catégorie 1).

Les femmes vivant avec une infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l’OMS 1 ou 2) peuvent en général utiliser le DIU-LNG (Catégorie 2).

12c. Femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l’OMS 3 ou 4)

Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l’OMS 3 ou 4) peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, CIC, patchs et anneaux contraceptifs combinés, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l’ETG (Catégorie 1).

Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l’OMS 3 ou 4) ne devraient généralement pas adopter le DIU-LNG (Catégorie 3) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère (stade de l’OMS 1 ou 2).

Les femmes ayant déjà un DIU-LNG posé qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n’ont pas besoin de se faire retirer leur DIU (Catégorie 2 pour la continuation).

12d. Femmes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral (TAR)

Inhibiteurs de la protéase (p. ex. ritonavir et ARV boostés par le ritonavir) :

Les femmes sous inhibiteurs de la protéase (p. ex. ritonavir et ARV boostés par le ritonavir) peuvent en général utiliser les méthodes de contraception suivantes : COC, CIC, patchs et anneaux contraceptifs combinés, PPS, NETEN, implants au LNG et implants à l’ETG (Catégorie 2).

Les femmes sous inhibiteurs de la protéase (p. ex. ritonavir et ARV boostés par le ritonavir) peuvent utiliser l’AMPR sans restriction (Catégorie 1).

Les femmes sous inhibiteurs de la protéase peuvent en général utiliser le DIU-LNG (Catégorie 2), sous réserve que leur infection à VIH soit asymptomatique ou légère (stade de l’OMS 1 ou 2). Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l’OMS 3 ou 4) sous inhibiteurs de la protéase ne devraient généralement pas commencer à utiliser le DIU-LNG (Catégorie 3 pour l’adoption) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère.

Les femmes sous inhibiteurs de la protéase qui ont déjà un DIU-LNG posé et qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n’ont pas besoin de faire retirer leur DIU (Catégorie 2 pour la continuation).

Inhibiteurs nucléosidiques/ nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) :

Les femmes prenant un INTI peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, CIC, patchs et anneaux contraceptifs combinés, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l’ETG (Catégorie 1).

Les femmes prenant des INTI peuvent en général utiliser le DIU-LNG (Catégorie 2), sous réserve que leur infection à VIH soit asymptomatique ou légère (stade de l’OMS 1 ou 2). Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l’OMS 3 ou 4) et sous INTI ne devraient généralement pas commencer à utiliser le DIU-LNG

(Catégorie 3 pour l’adoption) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère. Les femmes prenant des INTI qui ont déjà un DIU-LNG posé et qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n’ont pas besoin de faire retirer leur DIU (Catégorie 2 pour la continuation).

Classification par catégories de critères d’éligibilité médicale (OMS)

1-État où l’utilisation de la méthode contraceptive n’appelle aucune restriction.

2-État où les avantages de la méthode contraceptive l’emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.

3-État où les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode.

4-État équivalent à un risque inacceptable pour la santé en cas d'utilisation de la méthode contraceptive.

METHODOLOGIE

IV - METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude :

1.1: Présentation du CSREF de la commune V

La Commune V fut créée en même temps que toutes les autres Communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et régie par les textes suivants :

L'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 fixant les limites et le nombre de Communes ;

La loi N°93-008 du 11 Février 1993 portant code des collectivités territoriales.

La Commune V est limitée, au Nord par le fleuve Niger, au Sud-Ouest par la Commune rurale de Kalaban Coro (Préfecture de Kati), à l'Est par la Commune VI du District de Bamako.

Située sur la rive droite du fleuve Niger, la Commune V à une superficie de 41.59 km² (source Direction Nationale des Collectivités Territoriales : DNCT).

Selon les résultats du 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidante était estimée à **603 056** habitants en 2022, une densité de **14 500** habitants au Km² avec un taux d'accroissement 5,1%.

Dans sa très grande totalité, la population de la Commune V est sédentaire.

Cette population est inégalement répartie entre les 8 quartiers de la Commune. Ainsi on note une forte concentration de la population dans les quartiers Sabalibougou, Daoudabougou et Kalabancoura et Bacodjicoroni.

Les ethnies du Mali sont représentées en Commune V sont les Bambaras, Peulhs, Sonrhais, Sénoufos, Malinkés, Dogons, Soninkés. On y rencontre également des ressortissants de pays étrangers.

L'économie de la Commune est dominée par le secteur tertiaire (commerce, transport, tourisme, l'hôtellerie, la restauration, les maisons closes, les marchés publics etc.) suivi du secteur secondaire (PME à travers de petites industries de transformation), malgré le rôle relativement important du secteur primaire (agriculture, élevage, la pêche, l'artisanat, le maraîchage).

La couverture sanitaire de la Commune est assurée par deux niveaux de contact de la population avec le système de santé :

Centres de Santé Communautaire : premier niveau de contact. A ceux-ci s'ajoutent les structures sanitaires privées, parapubliques, confessionnelles et les tradithérapeutes,

Centre de Santé de Référence : deuxième niveau de contact et premier niveau de référence.

La carte sanitaire de la Commune comprend treize aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire. Les treize aires de santé disposent d'un Centre de Santé Communautaire fonctionnel avec un PMA complet. Les aires de santé se répartissent comme suit :

- Trois aires de santé à Daoudabougou disposent d'un CSCom avec un PMA complet (ASACODA, ADASCO, ASCODA) ;
- Trois aires de santé à Sabalibougou disposent chacune d'un CSCom avec un PMA complet (ASACOSAB1, ASACOSAB2, ASACOSAB3) ;
- Quatre aires de santé à Kalabancoura disposent d'un CSCom avec PMA complet (ASACOKAL, ASACOGA, ASACOKALA KO et ASACOKALA ACI) ;
- Une aire de Santé pour les quartiers de Torokorobougou et Quartier Mali dispose d'un CSCom avec un PMA complet (ASACOTOQUA) ;
- Une aire de Santé à Bacodjicoroni dispose d'un CSCom avec un PMA complet (ASCOM-BACODJI) ;
- Une aire de santé à Badalabougou SEMA I (ASACOBADA SEMAI) d'un CSCom avec un PMA complet.

1.2: Cadre de l'étude

Le Centre de Santé (service socio sanitaire) de la Commune a été construit en 1982 avec un plateau technique minimal pour assurer les activités courantes de santé.

Ce n'est qu'en 1993 en réponse à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population du gouvernement de la République du Mali que le centre de santé a été érigé en centre de santé de Référence.

Le tableau suivant résume les unités et bâtiments du CS Réf de la CV.

Tableau I:

BATIMENTS	NOMS DU SERVICE
B1 (Bureau des Entées)	<ul style="list-style-type: none">- Comptabilité- Guichet- Toilettes du personnel
B2 (Maternité)	<ul style="list-style-type: none">- Unité PTME- Unité Prénatale 1- Unité prénatale 2- Unité Planning Familiale- Unité suite de couche- Unité Grossesse Pathologie- Salle des Chauffeurs- Maternité Salle de garde 1- Maternité Salle de garde 2- Salle D'attente- Salle d'Accouchement- Salle des Urgences- Salle VIP 1- Salle VIP 2- Salle d'Hospitalisation 1- Salle d'Hospitalisation 2- Salle d'Hospitalisation 3- Bureau Sages-femmes Maitresse- Salle des Internes- Soins Apres Avortement- Bureau du gynecologue- Unité Poste Natale

	<ul style="list-style-type: none"> - Salle des D.E.S - Dépistage du Cancer de col de l'utérus - Unité SIS
B2 (One Stop Center)	<p>Bureau Assistance Psycho-sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistance de Sécurité - Assistance Juridique - Bureau de Consultation - Salle de Récupération - Salle des Enfants - Toilettes du Personnel
B3 (Bloc Opératoire)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau Major - Salle de Pansement - Salle d'Opération 1 - Salle d'Opération 2 - Salle de Stérilisation - Salle de Garde 1 - Salle de Garde 2 - Salle de Réveille - Salle de Séchage - Hospitalisation Césarienne 1 - Hospitalisation Césarienne 2 - Hospitalisation Césarienne 3 - Hospitalisation Césarienne 4 - Hospitalisation Césarienne VIP
B4 (Bloc de Réanimation)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau d'anesthésiste - Bureau de chirurgien - Salle d'Opération 1 - Salle d'Opération 2 - Salle d'Hospitalisation 1 - Salle d'Hospitalisation 2 - Salle d'Hospitalisation 3 - Salle de Stérilisation - Salle de Garde
B5 (Médecine Générale)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau Médecin Chef - Secrétariat du Médecin Chef - Salle de Consultation Gynécologie Externe - Pharmacie du Jour

	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmacie de Nuit - Salle de Pansement - Imagerie Médicale - Odontostomatologie - Laboratoire d'Analyse - Toilettes du Personnel - Hagar de Vaccination
B6 (Médecine Interne)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau Major - Salle de Consultation - Salle de Garde 1 - Salle de Garde 2 - Salle de Perfusion - Salle d'Hospitalisation 1 - Salle d'Hospitalisation 2 - Salle d'Hospitalisation 3 - Salle d'Hospitalisation 4 - Bureau Dermatologue - Bureau Rhumatologie - Toilettes du Personnel
B7 (Ressources Humaines)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau Chef de Personnel - Salle Informatique - Salle de Staff - Brigade Hygiène - Unité PEV - Ophtalmologie - Bureau Pharmacien - Dépôt Pharmacie - Bureau Médecin-chef Adjoint - Toilettes du Personnel
B8 C130	<ul style="list-style-type: none"> - Service ORL - Unité lèpre - Labo Annexe - Toilettes du Personnel
B9 (Service Pédiatrie)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau du médecin - Salle d'Attente - Salle de Consultation - Salle d'Hospitalisation 2

	<ul style="list-style-type: none"> - Salle d'Hospitalisation 3 - Salle de Soins - Salle des Internes - Salle de Consultation 1 - Salle de Consultation 2 - Salle de Consultation 3 - Bureau Surveillant General - Néonatalogie Consultation - Salle d'Hospitalisation Néonatalogie - Salle Kangourou
B10 (Ureni)	<ul style="list-style-type: none"> - Salle de Consultation - Salle de Garde - Salle d'Hospitalisation 1 - Salle d'Hospitalisation 2 - Salle de Lait - Magasin URENI
B11 (Morgue)	<ul style="list-style-type: none"> - Salle de Lavage 1 - Salle de Lavage 2 - Chambre Froide
B 12	<ul style="list-style-type: none"> - Mosquée
B13	<ul style="list-style-type: none"> - Magasin 1
B 14	<ul style="list-style-type: none"> - -Magasin 2
B15	<ul style="list-style-type: none"> - Logement du Médecin -chef
B16	<ul style="list-style-type: none"> - Espace CANAM
B17	<ul style="list-style-type: none"> - Cantine
A1	<ul style="list-style-type: none"> - Toilette Médecine
A2	<ul style="list-style-type: none"> - Toilettes Maternité

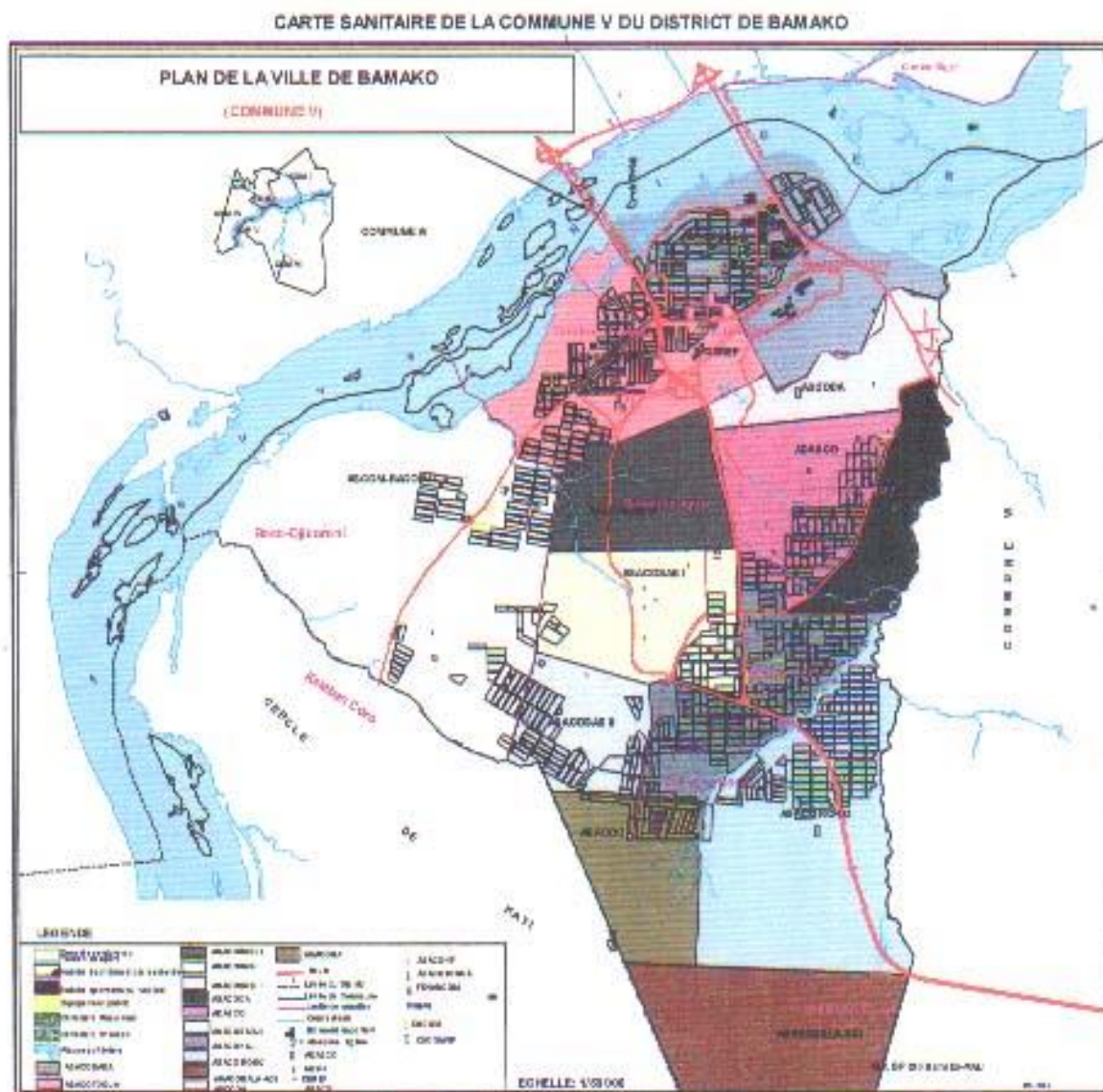


Figure 4: Carte sanitaire de la Commune V du District de Bamako

Description du service de gynécologie obstétrique du CS Réf CV :

Il comporte :

- Unité hospitalisation bloc opératoire,
- Un hangar d'attente,
- Unité de Consultation Périnatale (CPN),
Unité de grossesse pathologique.
- Une unité de PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant)
- Une salle de travail avec deux lits,
- Une salle d'accouchement avec 4 tables,
- Une unité des suites de couche avec 5 lits,
- Une salle de garde pour sage-femmes,
- Une salle de garde pour les Internes
- Une salle de garde pour les DES (Diplôme d'Etudes Spéciales)
- Une salle de garde pour les infirmières et les aides-soignantes,
- Un bureau pour la sage-femme maitresse,
- Sept salles d'hospitalisations de 5 lits chacune et 3 salles VIP (Very important Person) ou salle unique d'un lit avec commodité
- Unité de Consultation Postnatale (CPON),
- Unité de Gynécologie,
- Unité de Soins Après Avortement (SAA),
- Unité de Planification Familiale (PF),
- Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Un laboratoire de compétence,
- Unité de One Stop Center
- **Le Personnel du service de gynécologie obstétrique :** Il comporte :
- Six (6) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique dont un Gynécologue Obstétricien qui est le chef du service de Gynécologie et d'Obstétrique :
- Trois médecins spécialisés en chirurgie générale,

- Un médecin anesthésiste réanimateur,
- Six techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Une sage-femme maitresse,
- Quarante-quatre sage-femmes,
- Quatre infirmiers d'état,
- Treize infirmières obstétriciennes,
- Cinq instrumentistes,
- Un agent technique de santé
- Trois aides-soignantes,
- Six chauffeurs d'ambulances,
- Quatre manoeuvres,
- Trois gardiens,

1.3 : **Fonctionnement**

Les consultations prénatales sont effectuées par les sage-femmes tous les jours ouvrables. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours ouvrables et les samedis dans le cadre du projet weekend 70.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les Gynécologues Obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynécologiques et obstétricales y compris les cas de violences basées sur le genre (Unité de One Stop Center).

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans le cadre de la prise en charge des interventions chirurgicales gynéco-obstétricales (urgences et programmées).

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des évènements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par un médecin Gynécologue Obstétricien. Une visite générale dirigée par le chef de service a lieu tous les mercredis.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCom, les CHU Gabriel Touré, Point G, l'hôpital Luxembourg, l'hôpital du Mali, l'hôpital du Kati et le CNTS (Centre National de Transfusion Sanguine).

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- Un Gynécologue Obstétricien, chef de garde
- Cinq étudiants en médecine Faisant Fonction d'Internes (FFI) ;
- Deux sage-femmes remplaçables par deux autres toutes les 12 heures et une infirmière obstétricienne / aide-soignante par 24 heures ;
- Un assistant médical en anesthésie, le médecin anesthésiste étant en astreinte ;
- Un technicien de laboratoire ;
- Un instrumentiste ;
- Un chauffeur d'ambulance ;
- Deux techniciens de surface qui assurent la propreté permanente du service. Cette équipe dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et chirurgicales.

2- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive avec collecte prospective des données.

3-Lieu d'étude

L'étude a été réalisée au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

4- Période de l'étude :

L'étude a duré 6 mois allant du 1^{er} Juillet 2022 au 31 Décembre 2022

5-Population d'étude

La population d'étude était composée par : l'ensemble des femmes vu en consultation gynécologie durant l'étude.

6-Echantillonnage :

Nous avons choisi la commune V du district de Bamako par ce qu'elle constitue une structure de 2^{ème} référence et sa position dans le District Sanitaire de la Commune V.

A ce titre, le plateau technique devrait y être d'un niveau assez élevé tout en restant à proximité des populations de l'unité de PF.

Ceci dans le but d'avoir une appréciation d'ensemble des services offerts.

Le local l'unité de PF, les clientes que nous avons rencontrés lors de la période d'étude en fin d'entretien avec ses dernières ont constitué notre échantillon.

7-Taille de l'échantillon

La formule de schwartz a été utilisée pour calculer la taille de l'échantillon.

$$n=Z\alpha^2pq/i^2$$

Ou $Z\alpha=1,96$: écart réduit correspondant au risque α consenti (avec un seuil de signification =0,05)

P= Prévalence de l'utilisation de la contraception dans la population générale, qui est de 17% [10] selon l'EDSM VI au Mali en 2018.

$$q= 1-p =1-0,17=0,83.$$

n étant la taille de l'échantillon.

i= précision ($\alpha=5\%$)

La taille de l'échantillon calculée $n=216^2$ a été majorée de 10% en prévision d'éventuels problèmes liés à la collecte des données. La taille de notre cible est alors 207.

8-Outils et techniques de collecte des données

a- Supports

Le recueil des données a été fait à l'aide d'un questionnaire élaboré à cet effet, ces fiches ont été complétées au besoin par des dossiers individuels ;

Le registre de l'unité de la planification familiale.

b- Technique de collecte des données

Les techniques qui ont été utilisées dans cette étude sont :

- l'entretien individuel à travers un questionnaire préétabli.
- L'observation non participante : elle a porté sur les relations entre les clientes de la PF et les prestataires.
- l'entretien individuel : il a permis d'administrer des questionnaires aux participantes venues en consultation Planning familial (PF).

9 - Les variables :

a - Les variables liées aux facteurs prédisposant

Ont été mise en place par :

- Caractéristiques du personnel ;
- Catégorie professionnelle ;
- Expérience des agents.

b -Les variables liées au facteur facilitants

Ont été établie pour :

- Formation des agents ;
- Disponibilité des contraceptifs ;
- Conditions d'utilisation des contraceptifs.

10- Critères d'inclusion

Ont été incluses dans cette étude, toutes les clientes en âge de procréer (15-49 ans) reçues en consultation de PF au Centre de Santé de Référence de la Commune V, ayant bénéficié de soins contraceptifs et qui ont accepté de participer à l'étude après consentement éclairé.

11- Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses dans cette étude :

- Les clientes dont l'âge était inférieur à 15 ans ou supérieur à 49 ans,
- Toutes les clientes qui ont refusé de participer à l'étude.

12- Considération éthique

Il s'agissait d'une étude qui porte sur des êtres humains :

- Le consentement éclairé de chaque personne interrogée a été obtenu
- La confidentialité et l'anonymat ont été garantis.

13- Traitement des données

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel SPSS

25 La saisie des textes est faite sur Microsoft Word 2016.

Les tests de khi carré et exact de Fisher ont été utilisés pour comparer les valeurs catégorielles. La valeur de P était significative lorsqu'elle était inférieure à 0,05 (<5%).

14- Définition opérationnelles

- Nulligeste : toute femme n'ayant jamais été enceinte ;
- Gestite : Nombre de grossesse ;
- Primigeste : les femmes n'ayant fait qu'une seule grossesse ;
- Paucigeste : les femmes ayant fait entre deux à trois grossesses ;
- Multigeste : les femmes ayant fait quatre à cinq grossesses ;
- Grande multigeste : les femmes ayant fait six grossesses ou plus ;
- Parité : Nombre d'accouchement ;
- Nullipare : toute femme n'ayant jamais accouché ;
- Primipare : toute femme qui n'a accouché qu'une fois ;
- Paucipare : toute femme qui a fait deux à trois accouchements ;
- Multipare : toute femme qui a fait quatre à cinq accouchements ;
- Grande multipare : toute femme qui a fait six accouchements ou plus ;

- La contraception : est une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde, ou s'il y a fécondation la nidation de l'œuf fécondé ;
- Infertilité conjugale : est l'absence d'obtention d'une grossesse évolutive au bout de deux ans de rapports sexuels réguliers non-protéés, sans contraception ;
- Grossesse non désirée : est une grossesse imprévue au moment de la contraception, ou suite à un acte sexuel sans moyen de contraception.
- Anciennes : ont été considérées toutes clientes avaient utilisées la méthode contraceptive depuis au moins 3 mois.
- Nouvelles : ont été considérées toutes clientes avaient utilisées la méthode contraceptive de moins de 3 mois.

RESULTATS

V Résultats

Notre enquête a porté sur 207 clientes reçues et prises en charge à l'unité de la planification familiale du service de gynécologie-obstétrique du Centre de sante de référence de la commune V du 01/07/2022 au 31/12/2022.

Le nombre de consultations pendant la période de l'enquête est de 2834 dans l'unité de la planification familiale.

La prévalence de la contraception est de 7,30% pour l'unité PF.

Tableau II: Répartition des clientes selon l'âge

Age	Effectifs	Pourcentages (%)
15- 19 ans	16	7,7
20- 34 ans	131	63,35
35-49 ans	60	29,0
Total	207	100,0

L'âge moyen était de $29,08 \pm 7,28$ ans.

Tableau III: Répartition des clientes selon la situation matrimoniale

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentages (%)
Célibataire	11	5,3
Mariée	191	92,3
Divorcée	2	1,0
Veuve	3	1,4
Total	207	100

Les femmes mariées ont représenté 92 ,3%.

Tableau IV: Répartition des clientes selon le régime matrimonial

Régime matrimonial	Effectifs	Pourcentages (%)
Monogame	142	68,6
Polygame	57	27,5
Total	199	96,1

La majorité des clientes étaient des monogames soit 68,6%.

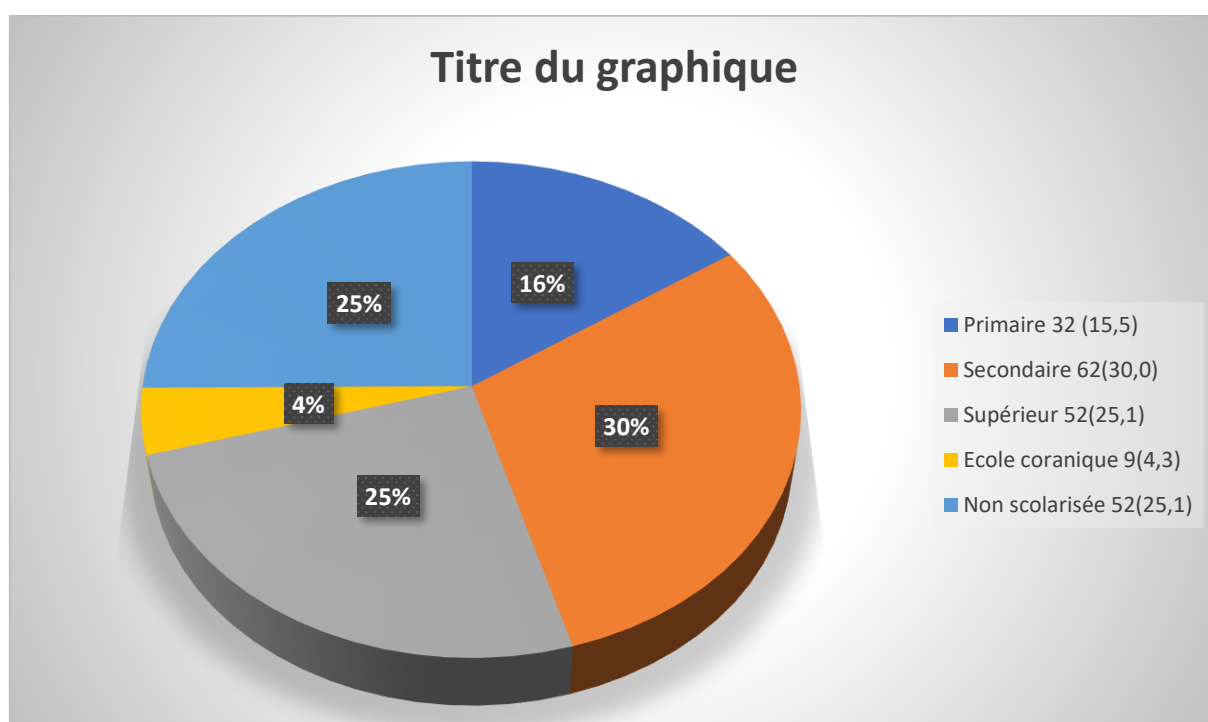


Figure 5: Répartition des clientes selon le niveau d'instruction

Dans notre étude 25,1% des clientes n'étaient pas instruites.

Tableau V: Répartition des clientes selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentages (%)
Fonctionnaire	28	13,5
Commerçante	28	13,5
Ménagère	116	56,0
Élève ou étudiante	33	15,9
Aide-ménagère	2	1,0
Total	207	100,0

Les femmes ménagères ont été les plus représentées soit 56%.

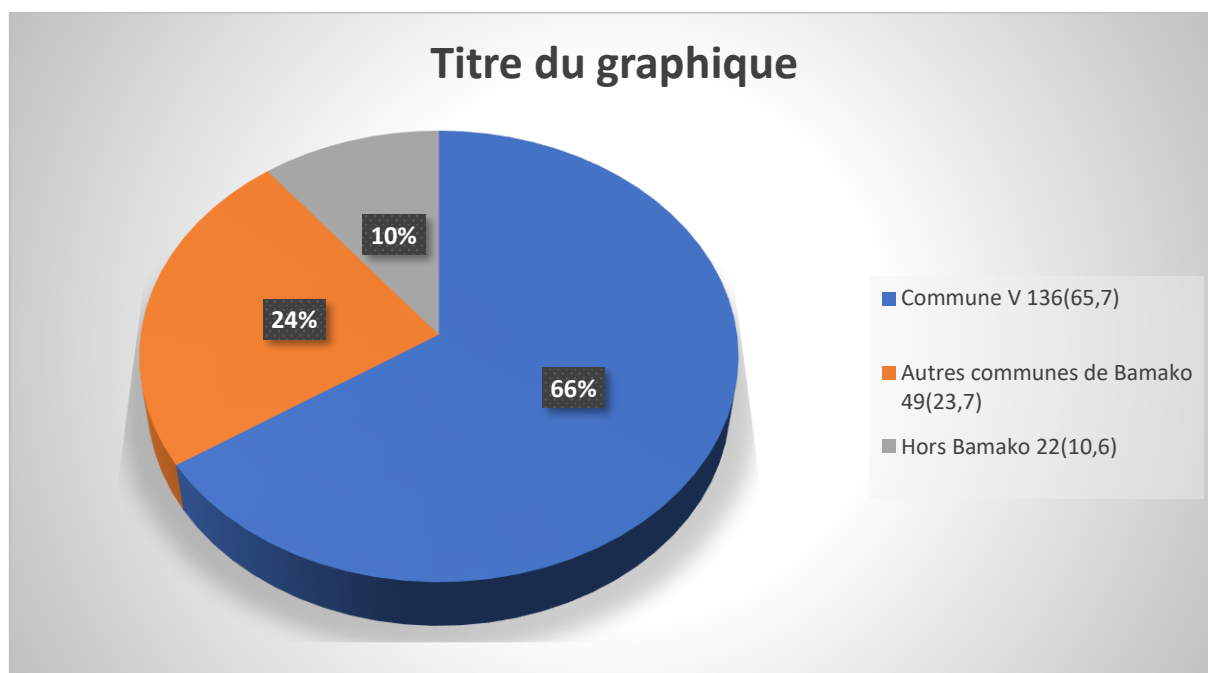


Figure 6: Répartition des clientes selon la résidence

La majorité des clientes résidaient en communes V soit 66%.

Tableau VI: Répartition des clientes selon la source d'information sur la contraception

Source d'information	Effectifs	Pourcentages (%)
Ami	35	16,9
Personnel médical	83	40,1
Partenaire	20	9,6
Voisin	11	5,3
Famille	11	5,3
Télévision ou Radio	31	15,0
Internet	2	1,0
Ecole	14	6,8
Total	207	100,0

Le Personnel médical était la principale source d'information avec 40,1%.

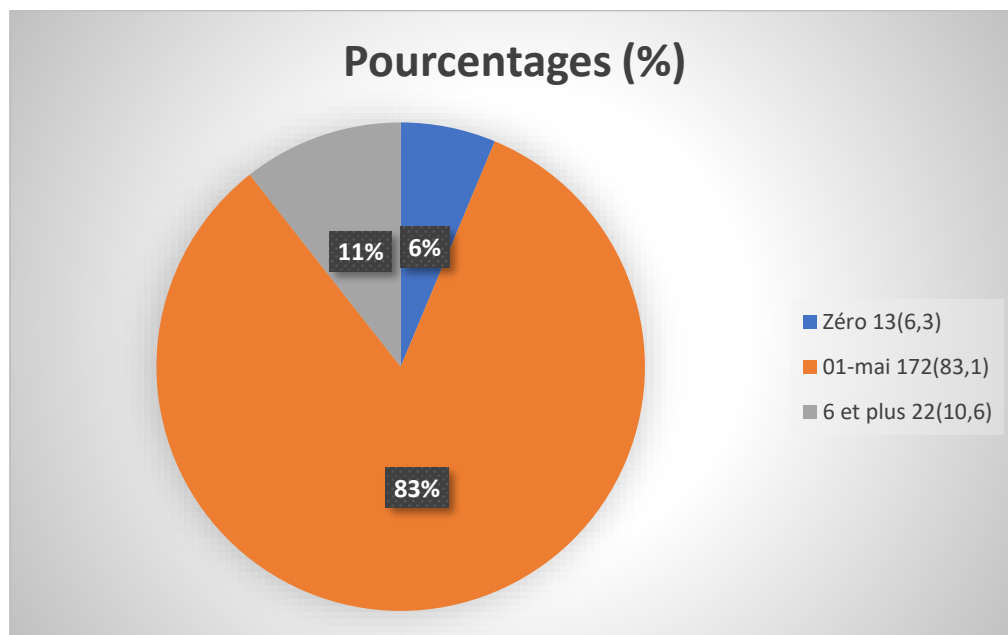


Figure 7: Répartition des clientes selon le nombre d'enfants vivants

Des clientes avaient au moins un enfant vivant étaient 83,1%.

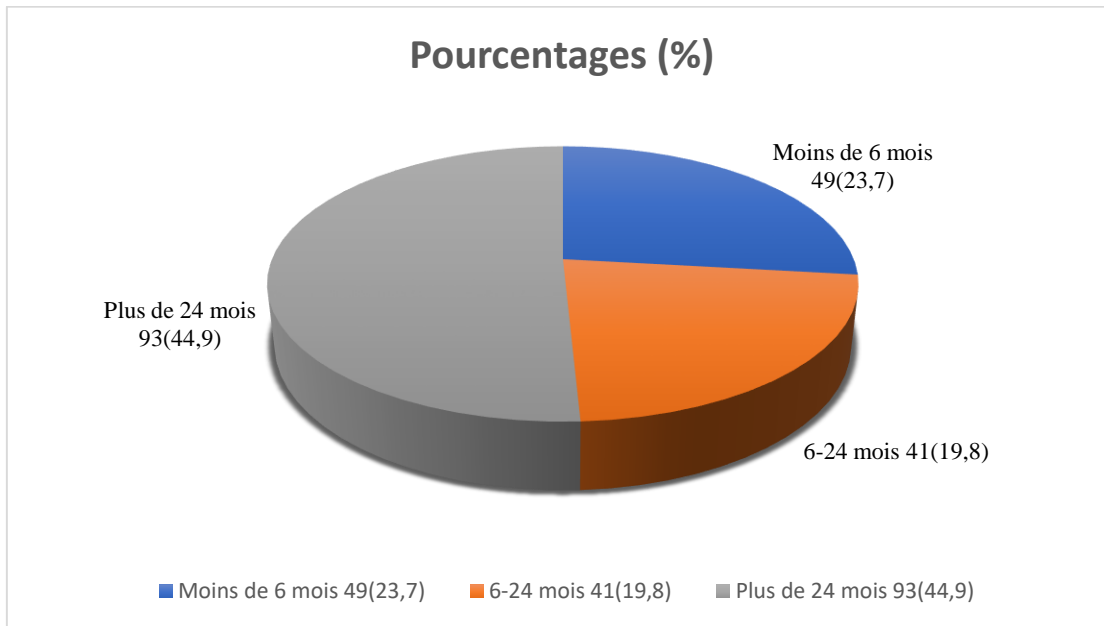


Figure 8: Répartition des clientes selon la durée entre le dernier accouchement et l'utilisation de la contraception

NB : 24 de nos clientes n'avaient jamais accouché.

La majorité des clientes utilisaient la méthode contraceptive plus de 24 mois après l'accouchement.

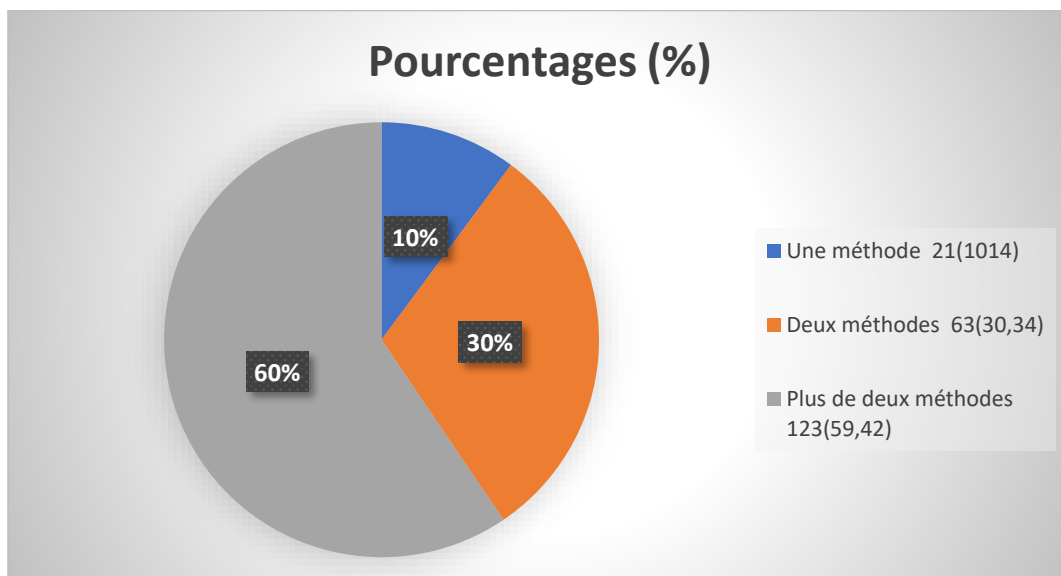


Figure 9: Répartition des clientes selon leur connaissance sur ou des méthodes contraceptives.

La majorité des clientes connaissaient plusieurs méthodes soit 89,76% contre 10% qui ne connaissaient qu'une méthode.

Tableau VII: Le taux d'utilisation de chaque méthode

Contraception antérieure	Effectifs	Pourcentages (%)
Dispositif intra-utérine	18	8,7
Injection	18	8,7
Jadelle	133	64,3
Méthode jours fixe	1	,5
Pilule	36	17,4
Préservatif	1	,5
Total	207	100,0

La méthode la plus utilisée a été les jadelle soit 64,3%.

Tableau VIII: Répartition des clientes selon leur perception de la contraception

Perception de la contraception	Effectifs	Pourcentages (%)
Espacement des naissances	167	80,7
Limitation des naissances	9	4,3
Arrêt de la procréation	2	1,0
Bien être de la mère et l'enfant	29	14,0
Total	207	100,0

La majorité des clientes pensent que la contraception vise l'espace des naissances soit 80,7%.

Tableau IX: Répartition des clientes selon l'utilisation antérieure de la contraception

Contraception antérieure	Effectifs	Pourcentages (%)
Ancienne	155	74,88
Nouvelle	52	25,12
Total	207	100,0

Les anciennes clientes étaient les plus représentées soit 74,88%.

Tableau X: Répartition des clientes selon l'abandon de la méthode contraception

Abandon	Effectifs	Pourcentages (%)
Oui	118	57,00
Non	89	43,00
Total	207	100,0

La majorité des clientes avaient abandonné la méthode contraceptive soit 57,00%.

Tableau XI : Répartition des clientes selon la raison d'abandon

Raison d'abandon	Effectifs	Pourcentages (%)
Refus du mari	9	4,3
Effets secondaires	52	25,1
Désir de grossesse	54	26,1
Échec de méthode (grossesse)	3	1,4
Total	118	57,00

La plupart des clientes avaient arrêté la méthode contraceptive pour désir de grossesse soit 26,1%.

Tableau XII: Relation entre l'ancienneté dans la contraception et l'abandon de la PF

Ancienneté dans la contraception		Abandon		Total
		oui	non	
Anciennes	Effectifs	98	57	155
	%1	47,3%	27,5%	74,9%
Nouvelles	Effectifs	21	31	52
	%	10,1%	15,0%	25,1%
Total	Effectifs	119	88	207
	%	57,5%	42,5%	100,0%

Khi-care= 8,312 dll = 1 P valeur = 0,04

L'ancienneté dans la contraception a une influence sur son abandon.

Tableau XIII: Répartition des clientes selon la raison de poursuivre avec la contraception

Raison de poursuivre avec la contraception	Effectifs	Pourcentages (%)
Espacer des naissances	63	70,78
Éviction des IST	3	3,37
Éviction des grossesses non désirées	6	6,74
Raison économiques	2	2,24
Santé de la mère et de l'enfant	15	16,85
Total	89	72,9

La majorité des clientes avaient poursuivi la méthode contraceptive pour espacer les naissances soit 70,78%.

Tableau XIV: Relation entre l'âge et le choix de la méthode contraceptive

Age	_Méthode de contraception						Total
	DIU	Injection Jadelle	MJF	Pilule	Préservatif		
15- 19 ans	1	2	12	0	1	0	16
20-34 ans	10	12	87	1	20	1	131
35-49 ans	7	4	34	0	15	0	60
Total	18	18	133	1	36	1	207

Khi-care = 7.031

ddl = 10

P valeur =0,722

L'âge n'influence pas le choix de la méthode contraceptive.

Tableau XV: Relation entre situation matrimoniale et le choix de la méthode contraceptive

Etat_matrimonial	Méthodes de contraception						
	Injectio				Préservat		
	DIU	n	Jadelle	MJF	Pilule	if	
Célibataire	0	1	8	0	1	1	11
Mariée	18	17	122	1	33	0	191
Divorcée	0	0	2	0	0	0	2
Veuve	0	0	1	0	2	0	3
Total	18	18	133	1	36	1	207

Khi-care = 25,801

dll = 15

P valeur = 0,040

La situation matrimoniale influence le choix de méthode contraception.

Tableau XVI : Relation entre le niveau d’instruction et le choix de la méthode contraceptive

Niveau d’instruction	Méthode de contraception						Total
	Injectio				Préservat		
	DIU	n	Jadelle	MJF	Pilule	if	
Primaire	2	5	22	0	3	0	32
Secondaire	6	5	38	0	13	0	62
Supérieur	5	3	34	1	8	1	52
Ecolecoranique	0	0	6	0	3	0	9
Non scolarisée	5	5	33	0	9	0	52
Total	18	18	133	1	36	1	207

Khi-care = 13,558

ddl = 20

P valeur = 0.852

Il n’y a pas de différence significative entre le niveau d’instruction et la méthode contraceptive.

Tableau XVII: Relation entre nombre d'enfants vivants et le choix de la méthode contraceptive

Enfant vivants	Méthode de contraception						Total
	DIU	Injectio n	Jadelle	MJF	Pilule	Préservatif	
Zéro	0	1	10	0	1	1	13
1-5	16	15	112	1	28	0	172
Plus de 6	2	2	11	0	7	0	22
Total	18	18	133	1	36	1	207

Khi-care = 20,852

ddl = 10

P valeur = 0,022

Il y a une relation significative entre le nombre d'enfants vivants et la méthode contraceptive choisie.

Tableau XVIII: Relation entre la profession et le choix de la méthode contraceptive

Profession	Méthode de contraception						Total
	Injectio				Préservati		
	DIU	n	Jadelle	MJF	Pilule	f	
Fonctionnaire	1	1	17	0	9	0	28
Commerçante	4	5	12	0	7	0	28
Ménagère	10	11	75	1	19	0	116
Élève ou étudiante	3	1	28	0	0	1	33
Aide-ménagère	0	0	1	0	1	0	2
Total	18	18	133	1	36	1	207

Khi-care = 28,872

ddl = 20

P valeur = 0.090

Il n'y a pas de différence significative entre la profession et la méthode de contraception choisie.

Tableau XIX: Selon la disponibilité des produits contraceptifs dans l'unité de PF de la CV.

Les produits contraceptifs	Disponibilité	
	OUI	NON
Pilule	+	
Norplant	+	
Injectable	+	
DIU	+	
Préservatif	+	
Collier du cycle	+	
Diaphragme		-
Spermicide		-
Cape cervicale		-

Les trois derniers produits contraceptifs n'étaient pas disponibles

Tableau XX: Répartition des clientes selon la satisfaction des clientes

Satisfaction des clientes	Effectifs	Pourcentages (%)
Oui	132	63.76
Non	75	36.23
Total	207	100

Les clientes satisfaites ont représenté 63,76% contre 36,23% de non satisfaites.

Tableau XXI: Répartition des clientes selon la cause de la non satisfaction

Causes d'insatisfactions	Effectifs	Pourcentages (%)
Attente trop longue	43	57,33
Manque de place d'attente	25	33,33
Mauvaise attitude des prestataires	7	9,33
Total	75	100

L'attente trop longue était la cause principale du non satisfaction soit 57,33%.

Tableau XXII: Répartition selon le coût des produits contraceptifs

Méthodes	Unité	Montant
Pilule	1	100Fcfa
Dispositif intra-utérine	1	5000Fcfa
Injectable	1	1000Fcfa
Implant (jadelle)	1	6000Fcfa
Collier du cycle	1	200Fcfa
Préservatif	1	25Fcfa

Le coût le plus élevé était l'implant (jadelle) et le dispositif intra-utérin

Tableau XXIII : Répartition des clientes selon l'appréciation du coût des Produits contraceptifs

Coût des produits	Effectifs	Pourcentages (%)
Abordable	96	46.37
Non abordable	111	53.62
Total	207	100

Le coût des produits n'était pas abordable pour 53,62% des clientes.

DISCUSSION

VI. DISCUSSION

6.1. Caractéristique sociodémographique

6.1.1. Age :

Durant notre étude, la tranche d'âge de 20-34 ans était prédominante avec 63,35%. L'âge moyen était de $29,08 \pm 7,28$ ans avec des extrêmes de 15 et 49 ans. Konate A [35] trouve que la plupart des clientes avaient moins de 20 ans soit 83,5% en 2021 à Bamako. Kodjobé N [36] en 2001 au Bénin et Bouare Y [37] en 2018 à

Bamako ont rapporté respectivement 74,8 % des femmes avec un âge de plus de 30 ans et 38,2% avec un âge d'au moins de 30 ans. Notre résultat peut s'expliquer le taux de fécondité plus élevé dans cette tranche d'âge.

6.2.2. Situation matrimoniale

Les femmes mariées représentaient 92,3%. Zalha S [38] trouve que 66,4% des femmes étaient mariées en 2004 au Burkina Faso. Bouare Y [37] trouve que 72,86% des femmes étaient mariées en 2018 à Bamako. Konate A [35] trouve que 74,31% des femmes étaient mariées en 2021 à Bamako.

La situation matrimoniale a une grande influence sur la fréquentation des services de PF.

La planification paraît plus concevable chez la femme mariée dans notre société, contrairement à la femme célibataire ; en ce sens qu'elles ont honte de discuter de la sexualité avec les prestataires qui sont plus âgées qu'elles. Elles préfèrent se planifier avec la forme injectable ou la forme orale, disponibles dans les officines plutôt, que de se rendre dans les unités de PF.

6.2.3. Niveau d'instruction :

Les clientes qui avaient au moins un niveau d'étude fondamental ont représenté 49,8% contre 25,1% de non instruite. Le niveau d'école coranique était de plus faible prévalence 4,3% suivi du niveau primaire 15,5%. Bouare Y [37] trouve

que 28,1% des femmes ont au moins un niveau d'étude fondamental en 2019 à Bamako.

La fréquentation des services de PF par les femmes instruites pourrait s'expliquer par une meilleure compréhension des avantages de la PF.

6.2.4. Profession

Les clientes ménagères représentaient 56% contre 13,5% de fonctionnaire. Les étudiantes et les commerçantes représentaient 29,4%. Bouare Y. [37] trouve que 49,7% des femmes étaient des ménagères, Zalha Sani M. [38] trouve 16,1% de ménagères.

Les fonctionnaires fréquentent moins le centre de PF pour des raisons d'horaires.

Elles préfèrent venir dans l'après-midi ou juste à la descente ou le Week-end.

6.2.6. Service d'information :

La famille et les voisins ont représenté 10,6%, les Média 15%. La majorité a été informée par le personnel médical (40,1%). Ces résultats peuvent s'expliquer par les campagnes de sensibilisation avancées en matière de PF organisées par la maternité chaque année.

6.2.7. Nombre d'enfants vivants :

Dans notre étude 83,1% avaient 1 à 5 enfants et 10,6% avaient au moins 6 enfants.

Konate A [35] trouve que 38,5% des femmes avaient au moins 2 à 4 enfants.

Kodjobe N [36] trouve que 60,4% des femmes avaient au moins un enfant vivant. Ceci pourrait s'expliquer par un taux de fécondité élevé au vu du nombre d'enfants par femme. Ce qui justifie de faire une PF.

6.2.8. Connaissances en PF :

Toutes les femmes ont cité au moins une méthode contraceptive moderne.

La moins connue étant la stérilisation masculine 100%. Les clientes qui connaissaient une seule méthode représentaient 10,14% alors que 89,76% en connaissaient au moins deux. Bouare Y [37] a trouvé que 90,4% des femmes

pouvaient citer au moins une méthode contraceptive moderne. Zalha Sani M. [38] a trouvé que 94,2% des femmes connaissaient au moins une méthode contraceptive moderne. Kodjogbé N [36] ont trouvé que 91% des femmes connaissaient une méthode contraceptive moderne.

Tableau XXIV: Connaissances en Afrique

Auteurs	Pays	Niveau de connaissance
Nicaisse KODJOGBE	Benin	91%
Zalha	Burkina Faso	94,2%
Bouare Yamoussa	Mali	90,4 %
EDSM III	Mali	78%

6.3. Utilisation de PF :

Le résultat de notre enquête révèle que 74,88% étaient des anciennes clientes de la PF contre 25,12% qui étaient nouvelles. L'entretien avec les clientes a été fait dans un lieu discret sous forme de Counseling avec les échantillons des méthodes à l'appui.

La méthode la plus utilisée au moment de notre enquête était des implants (Jadelle) 64,3% suivie de la pilule 17,4%, du Dispositif intra-utérin (DIU) 8,7%, l'injectable 8,7%. Les femmes mariées utilisent plus les implants. Le statut matrimonial a une grande influence sur le choix de la méthode contrairement au niveau d'instruction. La parité a une grande influence sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, plus les femmes ont des enfants, plus elles pensent à espacer les naissances.

EDSM III trouve 80% de femmes qui utilisent la forme orale au moment de l'enquête Démographique et de Santé au Mali [39]. Zalha Sani M. [38] a trouvé que 70% des femmes ont choisi la pilule contre 30% ayant d'autres méthodes. Kodjogbé N. [36] trouve 68% des femmes qui utilisent au moins une méthode contraceptive moderne.

« Population report » trouve, lors d'une enquête en Afrique du sud, que 98% des femmes en âge de procréer connaissaient au moins une méthode contraceptive moderne ; 94% au Ghana ; 100% en Tunisie ; 100% en Egypte ; 86% au Sénégal ; 99% en Inde ; 100% aux Etats-Unis et en Ukraine.[40]

6.4. Les obstacles à l'utilisation de la PF :

Certaines produit contraceptifs, telles que le diaphragme, la cape cervicale et le spermicide ne sont pas disponibles au sein de l'unité PF du csref CV.

Les effets secondaires ont été la cause d'abandon de 25,1% de nos clientes ; 26,1% pour désir d'enfant ; 4,3% par opposition du mari et 1,4% ont arrêté pour échec de méthode. 42,99% étaient pour la pratique de la PF ; leurs raisons de poursuivre majoritaires étaient pour espace de naissance soit 70,78%.

La disponibilité de place pour les clientes a été souligné, un seul banc a l'unité de PF pour les clientes. 63,76% des clientes sont satisfaites de la prestation de service contre 36,23%. Zalha Sani M. [38] a trouvé que 64,4% des femmes pensent que le temps d'attente est long. 97,3% sont parties avec un carnet de suivi contre 2,7% qui ont oublié leurs carnets à domicile.

CONCLUSION

CONCLUSION

Notre étude nous démontre que la méthode la plus utilisée au cours de notre enquête est l'implant (Jadelle).

Toutes les clientes connaissaient au moins une méthode contraceptive, la situation matrimoniale jouer un rôle important sur le choix de la contraception.

La majorité des clientes étaient des ménagères.

Le taux d'abandon est élevé et cela est dû au faible niveau d'instruction des femmes, les effets secondaires ; le désir d'enfant ; et le coût élevé des produits contraceptives.

Le CSRéf Commune V, manque de certaines méthodes telle que :

Le diaphragme, la cape cervicale et les spermicides.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Au Ministère de la Santé

Promouvoir la vulgarisation des méthodes contraceptives.

Au ministère de l'éducation :

- Procéder à une plaidoirie pour renforcer les programmes scolaires des cours de planification familiale.
- Rendre disponible toutes les méthodes contraceptives au Centre de Sante de la Commune V ;
- Assurer la gratuite des méthodes contraceptives.

Aux personnels de sante :

- Sensibiliser régulièrement les femmes à toutes les occasions sur l'importance de la contraception ;
- Respecter les principes de l'accueil et de la confidentialité ;
- Respecter scrupuleusement l'esprit de REDI (Rapport-Exploration-Décision-Implémentation) ;
- Faire des rotations dans autres unités de soins pour l'éclaircissement sur les fausses idées qui constituent un obstacle.

A la population :

- Mettre en place un réseau de partage et de recherche d'informations sur la planification familiale ;
- Fréquenter les services de planification familiale ;
- S'informer sur les avantages de la contraception pour le bien-être de la famille.

REFERENCE

REFERENCES

- 1 AMPPF : Situation de la planification familiale au Mali, 2004.
- 2 Centre français sur la population et le développement (CFPD) : Groupement d'intérêt scientifique EHESS-INED-INSEE-ORSTOM-PARIS 6 20ans de planification familiale en Afrique Subsaharienne/Thérèse LOCOH, 1992-27P n° 19.
- 3 CERPOD, Impacte de la planification familiale sur la vie des femmes : Résultats d'une étude réalisée dans le District de Bamako, Mali, Mai 1999.
- 4 Cahier d'étude et de recherche francophone/Santé volume 10.6, 407-12 Novembre -Décembre 2000, Etude original.
- 5 Comportements contraceptifs des familles en milieu rural : Tunis Office national de famille et de la population, 1995.
- 6 Saifuddin Ahmed, Qingfeng Li, Li Liu, Amy O Tsui. Les décès maternels évités grace à l'utilisation de la contraception : analyse de 172 pays. In : Hannah Cumber, dir: « Les programmes de planification familiale sont une solution gagnant-gagnant; le bien-être de chaque femme et des enfants est amélioré, et l'économie nationale et l'environnement en tirent les bénéfices.». THE LANCET, Planification familiale. Juillet 2012 :17-32.
- 7 UNESCO, L'Education en vue des Objectifs de développement durable : Objectifs de d'apprentissage, Paris, UNESCO, 2017,62 p.
- 8 Nations Unies : La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement a besoin d'un coup d'accélérateur. 2010 janv. Report No.: 2010/1/F.
- 9 World Health Organization Division of family and reproductive health: Improving access to quality care in family planning, Algiditycriteria for initiating use of selected methods of contraception, WHO/FRH/FPP/96-9

- 10 Mali Enquête Démographique et de Santé (EDSM VI) 2018 : Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé -Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 : Rapport de synthèse. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SSDS-PF et ICF.
- 11 Traoré SM, Ballo MB. Planification familiale Cellule de planification et de statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI et ORC Macro. 2002. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001. Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, DNSI et ORC Macro. 63, 64, 70, 72, 98,103p
- 12 Francoeur D, Hanvey L, Miller R, Pymar H. Consensus Canadien sur la Contraception Chapitre 8, N°143, Troisième partie detrois, Avril 2003.
- 13 Campana A. Cours pour les étudiants de médecine-Family planning Guidelines, reviews
- 14 Manuelde référence PF du post partum et du post abortum-PNSME.
- 15 Campana A. Cours pour les étudiants de médecine - Family planning - Guidelines, reviews.
- 16 Organisation Mondiale de la Santé Improving access to quality care in family planning : medical eligibility criteria for contraceptive use, 2e éd. Genève, OMS, 2001.
- 17 Hoffman T, Martinson F. Adverse health event occurring during an n9 gel pilot study : Malawi, 13th International AIDS Conference, de 9 au 14 juillet 2000, Durban, Afrique du Sud, n° de résumé TuPpC1171.
- 18 Rowe T, Consensus Canadien sur la contraception – Chapitre 12, Troisième partie de trois, Avril 2004, N° 143.
- 19 Hooton TM, Scholes D, Hughes JP, Winter C, Roberts PL, Stapleton AL et Coll. A prospective study if risk factors for symptomatic urinary tract infection in young women, New Engl J Med, vol. 335, 1996, p. 468-

74.

20 Black A, Fleming N, Pymar H, Brown T, Smoth T. Consensus Canadien sur la Contraception, Deuxième partie de trois, Mars 2004 – N°143.

21 Family Health International, Document électronique- consulté le 14 juin 2004.

22 Geoffrey H, Smallwood , Meador, Mary L, Lenihan , John P, Shangold , Gary A, Fisher, Alan C, George W , Creasy for the ORTHO EVRA/EVRA 002 Study Group. «Efficacy and safety of a transdermal Contraceptive system », Obst et Gynecol, vol. 98, 2001, p. 799-805.

23 Thom O, Dieben, Roumen, Frans J, Apter D. « Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring », Obst et Gynecol, vol. 100, n° 3, 2002, p. 585-93.

24 Kaunitz AM, Garceau RJ, Cromie MA. Comparative safety, efficacy, and cycle control of Lunelle monthly contraceptive injection and Ortho-Novum 7/7/7 oral contraceptive, Contraception, vol. 60, n° 4, 1999, p. 179-87.

25 Black A, O'grady T, Pymar H. Consensus Canadien sur la contraception Deuxième partie de trois – Chapitre 5 Mars 2004, N° 143.

26 Hatcher R, Trussell J, Stewart F, Cates W, Guest F et coll. Contraceptive technology, 17e éd. New York, Ardent Media Inc., 1998. 297p.

27 Black, Consensus Canadien sur la contraception- Chapitre 7, Deuxième partie de trois, Mars 2004, N° 143.

28 Anderson K, Odland V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova-T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial, Contraception, vol. 49, 1994, p. 56-72.

29 Dunn S, Guilbert E. Consensus Canadien sur la contraception Première partie de trois, Février 2004 -N° 143.

- 30 Trussell J, Rodriguez G, Ellertson C. « New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception », *Contraception*, vol. 57, 1998, p. 363 – 9.
- 31 Miller R, Hanvey L.
Consensus Canadien sur la contraception- Chapitre 9, Troisième partie de trois, Avril 2004, N° 143.
- 32 Guillebaud J. *Contraception : your questions answered*, 3e éd. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1999, p. 23- 37, 39 – 43.
- 33 Dunson DB, Sinai I, Colombo B. « The relationship between cervical secretions and the daily probabilities of pregnancy: effectiveness of the two-day algorithm », *Hum Reprod*, vol. 16, 2001, p. 2278 – 82.
- 34 Guide essentiel OMS de planification familiale cinquième édition 2015
- 35-Konate Ali. Problématique de la planification en commune IV du district de Bamako à propos de 109 cas. Thèse, méd. Bko, n21M366,2019-2021
- 36- Kodjogbé N. Enquête démographique sur la santé au Bénin 2ème édition, 2003.
- 37-Bouare Yamoussa. Problématique de la planification au centre de santé de la référence de la commune I du district de Bamako à propos de 199 cas. Thèse, méd. Bko, n21M60,2017-2018.
- 38-Zalha Sani M. Les obstacles à l'utilisation des services de planification familiale à OUAGADOUGOU au Burkina Faso, Thèse de médecine, Bamako 2004, n° 4 M-25
- 39- Mali Enquête Démographique et de Santé (EDSM-III) 2001 : Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) et ORC Macro. 2002. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001. Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, DNSI et ORC Macro.

Connaissances et attitudes pratiques des utilisatrices sur les méthodes contraceptives au CSREF Commune V du district de Bamako.

40-Population Information Program. Vasectomy: safe and simple. Population Reports, Series D, No. 4, Baltimore, Johns Hopkins University, novembre / décembre 1983.

ANNEXES

Fiche d'enquête

I. Identité

Q1=N° de la fiche d'enquête : / /

II. Statut sociodémographique

Q2= Tranche d'âge : /..... /

1=15-19 ans ; 2=20 -34 ans ; 3=35-49 ans

Q3- Ethnie : /..... /

1-Bambara ; 2- Malinké ; 3- Soninké ; 4- Sonrhaï ; 5- Minianka ; 6- peulh ; 7- Senoufo ; 8- Dogon ; 9- Bozo ; 10- Bobo ; 11- Kassonké ; 12- Mossi ; 13- Maure ; 14- Tamalchèq ;

Q4- Profession : /..... /

1=Elève/étudiante ; 2=Ménagère ; 3= Secrétaire ; 4= commerçante ; 5=Couturière ; 6=Teinturière ; 7=Agent de santé ; 8=Enseignante ; 9=Cultivateur ;

Q5- Résidence : /..... /

1=commune v, 2= autres communes, 3= Hors Bamako

Q6=Niveau d'instruction : /..... /

1= primaire ; 2= Secondaire ; 3= supérieur ; 4=Non instruite

Q7- Statut matrimonial : /..... /

1= Célibataire ; 2= Fiancée ; 3=Mariée ; 4= Divorcé ; 4=Veuve.

Q7a: si mariée, à quel âge vous vous êtes mariée ?ans

III. Antécédents gynéco-obstétricales

Q8= Menarche:/..... /

1=moins de 14 ans ; 2=14 à 18 ans ; 3= plus de 18 ans

Q9= Combien de grossesse avez-vous fait ? /..... /

1=0 ; 2=1 ; 3=2 ; 4= 3 ; 5=4 ; 6=5 ; 7=6 ; 8=7 ; 9=8 ; 10=9et plus.

Q10= Combien d'enfant avez-vous ? :/..... /

1=0 ; 2=1 ; 3=2 ; 4= 3 ; 5=4 ; 6=5 ; 7=6 ; 8=7 ; 9=8 ; 10=9et plus.

Q11= Quel est le nombre de mois ou années qui séparent vos deux dernières grossesses ? /..... /

1=Moins de 12 mois ; 2= 12 à 16 mois ; 3=16 à 24 mois ; 4= 24 à 36 mois ; 5=4 ans ; 6=5 ans ou plus ; 7= une seule ou pas de grossesse.

IV. Connaissances sur la contraception

Q12=Avez-vous déjà entendu parler de la contraception ? /..... /

1=Oui ; 2=Non ;

Q12a=Si Oui que signifie la contraception selon vous ? /...../

1- Espacement des naissances ; 2-Santé de la mère et de l'enfant ; 3- Moins de naissance ; 4- Eviter la grossesse ; 5- Ne sait pas

Q13= Quelles sont vos principales sources d'information sur la contraception ? /...../

1-Ecole ; 2- Personnel medical ; 3- Médias (Internet, Radio, Télé) ; 5- Ami(es) ; 6-Famille ; 7- Autres (à préciser)

Q14= Selon vous, quels sont les gens qui doivent utiliser la contraception ? /...../

1=Les femmes ; 2=Hommes ; 3=hommes et femmes ; 4=Ne sait pas

Q15=Connaissez-vous des méthodes contraceptives ? /...../

1= Non ; 2= Oui.

Q15a=Si oui, lesquelles : /...../

1-Naturelles ; 2-Pilule ; 3-Préservatif ; 4- L'implant Jadelle (allumettini) ; 5- Dispositif intra utérin (mounounani) ; 6- Injectable ; 7- Pilule du lendemain ; 8- Méthode traditionnelle ; 9- Tout les méthodes modernes

Q16= Quelle méthode contraceptive préférez-vous ? /...../

1-Naturelles ; 2-Pilule ; 3-Préservatif ; 4- L'implant Jadelle (allumettini) ; 5- Dispositif intra utérin (mounounani) ; 6- Injectable ; 7- Pilule du lendemain ; 8- Méthode traditionnelle ; 9-Aucune

Q17=Quelles sont les sources d'approvisionnement en méthode contraceptive que vous connaissez ? /...../

1-Centre de santé ; 2-Pharmacie ; 3- Dans la rue (Boutique, pharmacie par terre) ; 4- Autres (à préciser) :.....

V. Attitudes pratiques de la contraception

Q18=Avez-vous déjà utilisé un moyen de contraception ? /...../

1=Non ; 2=Oui

Q18a-si non, pourquoi...../

Q18b- Si oui pourquoi avez-vous utilise la contraception ? /...../

1= Eviter une grossesse ; 2= Espacement des naissances ; 3= Limitation des naissances ; 4=Lutte contre les IST/Sida ; 5= Autre (à préciser) :

Q19= Aviez-vous eu des malaises liés aux méthodes contraceptives ?

/...../

1=oui ; 2= non

Q19a- si oui, les quelles ? /...../

1- Vertiges 2- Vomissement 3- Prise de poids 4- Douleur pelvienne, 5- Aménorrhée ; 6- Grossesse non désirée ; 7- Menométrorragie ; 8- hyperménorrhée ; 9- Autres

Q20=Savez-vous qu'il existe des services ou des unités de planification familiale ? /..... /

1=Non ; 2=Oui

Q20a=Si oui : avez-vous déjà fréquenté ces services ou unités ? /..... /

1=Oui ; 2=Non

Q20b=Si non pourquoi ? /..... /

1- Coutume ; 2- Religion ; 3- Peur de la réaction du partenaire 4- Pas besoin ; 5-Autres (à préciser)

Q21= Utilisez-vous actuellement une méthode contraceptive ? /..... /

1=Oui ; 2=Non :

Q21a= si non, pourquoi ?.....

Q21b= Si oui, quelle méthode contraceptive utilisez-vous maintenant ?

/..... /

1-Naturelle ; 2-Pilule ; 3-Préservatif ; 4- L'implant Jadelle (allumettini) ; 5- Norplant ; 6- Allaitement maternel ; 7- Pilule du lendemain ; 8- Méthode traditionnelle ; 9-Collier du cycle ; 10- Autres.....

Q22= Comment qualifiez-vous l'efficacité de cette méthode ? /..... /

1= Efficace 2= Inefficace

Q23=Qui vous a conseillé de pratiquer la contraception ? /..... /

1- Après réflexion personnelle ; 2- Ami(e) ; 3- Mari ; 4- Agent de santé 5- Parents ; 6-Médias ; 7- Autres (à préciser) :

Q24= Où avez-vous pratiqué cette méthode ? /..... /

1=Au CSRéf ; 2= Dans un CSCom ; 3= Domicile,

Q25=Pourquoi avez-vous choisi ce lieu ? /..... /

1-Bonne qualité ; 2- Plus grande discrétion ; 3- Accessibilité géographique ; 4- Accessibilité financière ; 5- Autres (à préciser)

.....

Q26= Selon vous quel est le temps qui doit exister entre deux maternités ?

1= Moins de 2 ans ; 2= 2 ans ; 3= 3 ans ; 4=4 ans ; 5=5 ans ; 6=6ans et plus

Q27= Appréciez-vous la contraception ?

1=Oui ; 2=Non

Q27a= si non ; pourquoi ? /..... /

1- Coutume, 2- Religion ,3- Effets secondaires, 4=Autres (à préciser)

Q28= Connaissez-vous les risques encourus par les femmes qui ne pratiquent pas la contraception ? //

1= Non, 2= Oui

Q28a= si oui ; les
quels.....

Fiche Signalétique

Nom : KOUREKAMA

Prénom : Mahamadou

Titre : Etudier Connaissances et attitudes pratiques des utilisatrices sur les méthodes contraceptives au CSREF Commune V du District de Bamako.

Année : 2021-2022

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Santé publique/Santé de la reproduction.

Email : kourekama74642915@gmail.com **Tel :** 74642915

Résumé :

Nous avons effectué une étude transversale descriptive sur les connaissances et attitudes pratiques des utilisatrices sur les méthodes contraceptives du 1^{er} Juillet 2022 au 31 Décembre 2022 dans le CSREF CV du district de Bamako.

Malgré la disponibilité des méthodes contraceptives et l'implication des autorités en matière de PF, la prévalence contraceptive reste encore faible dans notre pays (7,30%). Nous avons 17,4 % des clientes qui ont utilisé la pilule ; 64,3% le jadelle ; 8,7%% DUI ; 0,5% le préservatif.

Nous avons enregistré pour des raisons d'échec de méthode 1,4% ; effets secondaires 25,1% ; opposition du mari 4,3% ; désir d'enfants 26,1%.

Les activités de PF sont satisfaisantes sur le plan de la performance. Elles doivent cependant être améliorées sur le plan de la communication.

Le temps d'attente est long.

Mots clés : contraception, connaissance, commune V, Bamako.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire

au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !