

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR 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'ODONTOSTOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

THESE

OBSTACLES ET FACTEURS FACILITANTS L'UTILISATION
DE LA PLANIFICATION FAMILIALE CHEZ LES FEMMES
ALLAITANTES AU CSCOM DE KALABAN-CORO

Présentée et soutenue publiquement le :23/012/2023 devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par Mme TRAORE Oumou Keita

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

Jury

Président : M. Alassane TRAORE,

Maitre de Conférences

Membres : M. Inhissa Ben BENGALY,

Médecin

M. Saleck DOUMBIA,

Gynecologue-Obstetricien

Co-Directeur : M. Issa Souleymane GOITA, Maitre-Assistant

Directeur : M. Soumana Oumar TRAORE, Maitre de Conférences

2023

LISTE DES PROFESSEURS

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

ADMINISTRATION

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



LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

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

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



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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

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

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

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



3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

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

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

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



D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

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

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

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

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| 1. Mme Djeneba Bocar FOFANA | Bactériologie-Virologie |
| 2. Mr Bamodi SIMAGA | Physiologie |
| 3. Mme Mariam TRAORE | Pharmacologie |
| 4. Mr Saïdou BALAM | Immunologie |

- | | |
|--------------------------------|---|
| 5. Mme Arhamatoulaye MAIGA | Biochimie |
| 6. Mr Modibo SANGARE | Pédagogie, en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale |
| 7. Mr Hama Abdoulaye DIALLO | Immunologie |
| 8. Mr Adama DAO | Entomologie médicale |
| 9. Mr Ousmane MAIGA | Biologie, Entomologie, Parasitologie |
| 10. Mr Cheick Amadou COULIBALY | Entomologie |
| 11. Mr Drissa COULIBALY | Entomologie médicale |
| 12. Mr Abdallah Amadou DIALLO | Entomologie, Parasitologie |
| 13. Mr Sidy BANE | Immunologie |
| 14. Mr Moussa KEITA | Entomologie Parasitologie |

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

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



D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

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

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

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

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



3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

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

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

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

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2. Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.



3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO Informatique Médicale

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

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

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

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

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

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

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

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

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

ENSEIGNANTS EN MISSION

Bamako, le / 30 / 06 / 2023

Le Secrétaire Principal



Dr Monzon TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

▪ **Je dédié ce travail à ALLAH le tout puissant :**

Pour avoir maintenu ma santé et m'avoir donné la force et le courage de mener ce travail au bout. Tu m'as guidé tout au long de ce travail.

Je te confie mon avenir !

▪ **A ma mère feuè Mariam FOFANA :**

Maman d'amour, en ce moment spécial de ma vie, ton absence est celle qui m'a manqué le plus. Tu étais la première à me soutenir et à m'épauler dans tous mes projets de vie. Merci pour la mère et l'amie incroyable que t'as été. Tes enfants t'aiment énormément ou que tu sois. Tu as tant souffert dans la vie, tant lutté pour nous offrir une vie aussi meilleure que possible dans l'honnêteté, la probité, la dignité, l'humilité et le sens élevé de l'honneur. Ta vie est tout simplement un modèle pour aboutir au succès. Je te fais le serment de ne jamais te décevoir car ton modèle a forgé la femme que je suis. Qu'Allah t'accorde le réponde éternel, te pardonne et te préserve de tout mal en t'accueillant dans le paradis des pieux. Amine !!!

▪ **A mon père Niory KEITA :**

Sans lequel rien de tout cela n'aurait été possible. Toi qui as su assurer avec dignité, courage, honneur et foi ton devoir de père de famille. Tu as inculqué à nous, mes frères, mes sœurs et moi-même l'amour du travail bien fait et l'endurance dans la vie quotidienne. Ce travail est le tien !

Que DIEU le tout puissant te donne une longue vie. Amen !!!

▪ **A ma tante Awa SANGARE :**

Tu as toujours été une femme courageuse, brave et exemplaire. Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que tu as fait pour moi. Merci d'avoir été une mère pour nous. Tu occupes une place à part entière dans mon cœur.

▪ **A mon époux Amadou TRAORE :**

Mon cœur, cette étape a été dure, très dure mais il n'y'a eu aucune faille dans notre union sacrée. Merci de m'aimer, de me soutenir, d'être toujours là, merci d'être toi.

▪ **A mes frères et sœurs :**

Merci pour tous vos soutiens, conseils et l'amour fraternel. Restons toujours unis pour l'amour de Dieu. Recevez mes salutations les plus sincères

▪ **A ma belle-famille les TRAORES :**

Merci à vous tous pour le soutien moral et physique tout au long de cette aventure.

▪ **A ma fille Fatoumata Samira TRAORE :**

Ta venue fut une bénédiction et la force qu'il me fallait pour terminer au mieux ce travail, il est aussi pour toi.

REMERCIEMENTS

▪ AU MALI

Merci d'avoir investi en moi pendant ces longues années d'études. Ma chère patrie, tu m'as donné des encadreurs de taille depuis l'école maternelle jusqu'à nos jours. Tu as créé les conditions favorables à ma formation.

Je prie le bon Dieu de pouvoir te servir avec honnêteté et loyauté

▪ Au corps professoral de la faculté de médecine et d'odontostomatologie :

Recevez mes sincères remerciements pour la qualité de l'enseignement. Je prie Dieu afin que votre enseignement ne soit vain.

▪ A mes honorables membres du jury :

Pr Alassane TRAORE, Dr. Inhissa Ben BENGALY, Dr.Saleck DOUMBIA, Dr.Issa Souleymane GOITA, Pr.Soumana Oumar TRAORE pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

Mes remerciements vont à tout le personnel du CScom de kalaban coro et notamment :

A Dr Youssouf COULIBALY votre apport intellectuel et matériel, ainsi que vos conseils de Maitres ne m'ont jamais fait défaut dans les moments les plus difficiles.

A tout le personnel du CScom de kalaban coro, particulièrement ceux de l'unité de la maternité, par crainte d'omettre des personnes, je tairai les noms. La formation que j'ai reçue à vos côtés, toute une vie je ne pourrai vous manifester toute ma reconnaissance. Merci pour tout.

A tout le personnel du service d'imagerie médicale du CHU mère enfant le Luxembourg, merci de votre accueil chaleureux et surtout de toutes ces leçons apprises à vos côtés.

A tous mes collègues ou déjà Docteur, je vous souhaite beaucoup de courage et bonne carrière de médecin. Que nos liens se consolident d'avantage et demeurent pour toujours.

▪ A mes parents

A mon père : j'espère que tu seras fier de ta fille. Que DIEU te donne longue vie. Amen !

A feu ma maman : si je suis fier d'une chose aujourd'hui c'est de l'éducation que j'ai reçue de vous, vous m'avez toujours fait confiance et même entièrement, je me suis toujours interrogé si je mérite vraiment.

A la famille TRAORE : Merci pour votre amour, votre assistance, votre hospitalité et pour l'attention et l'intérêt que vous portez à l'endroit de notre famille. Que DIEU vous bénisse ; et que le bonheur couronne vos foyers respectifs.

A la famille DIARRA : chères frères et sœurs merci à vous pour la patience et l'accompagne et surtout l'amour que vous me portez. Que le tout puissant raffermisse nos liens.

A la famille KEITA et surtout aux filles de Feu Siraly KEITA FOFANA que le tout puissant vous garde.

Je profite de ces instants solennels pour adresser mes vifs remerciements :

A mes mères : Awa SANGARE, Djita FOFANA, Oumou FOFANA, Assitan FOFANA, feu Kadidiatou FOFANA, Fatoumata TRAORE

A mes pères : feu Mamadou FOFANA, feu Niory FOFANA, Makan FOFANA, feu Tata FOFANA, Mohamed TRAORE.

A mes sœurs : Setou DIARRA, Sitan KEITA, Aissata DIARRA, Hinda MAGASSA, Safie FOFANA, Fatoumata KEITA, Djeneba KEITA, Fatoumata TRAORE, Hawa TRAORE.

A mes frères : Mahamadou DIARRA, Yacouba TRAORE, Modibo KEITA, Baikoro KEITA, Issa KAMENA, Bassekou TRAORE

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Hommages aux membres du jury

A notre Maitre et Président 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 maitre,

Nous vous sommes très reconnaissants pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Vos remarques et suggestions ont su conduire ce travail à son terme. Votre abord facile, votre rigueur scientifique, vos qualités humaines font de vous un maitre exemplaire.

Cher maitre, trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude. Puisse Allah vous accorde sante, longévité et bonheur Amina

Docteur BENGALY Ben Inhissa

A notre maître et juge :

- ✓ Spécialiste en médecine de famille, médecine communautaire
- ✓ Point focal dans la direction régionale de la sante (DRS) de Kayes
- ✓ Médecin de la fédération de taekwondo du Mali
- ✓ Ancien président du Comité Universitaire pour la Coordination des Arts Martiaux (CUCAM) du Mali.
- ✓ Président de l'association lumière pour la jeunesse.
- ✓ Maître enseignant et praticien du taekwondo dont lui-même détenteur d'une ceinture noire 4^{ème} dan

Cher Maître,

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury malgré vos nombreuses occupations.

Vos grandes qualités pédagogiques et scientifiques et votre humeur constamment joviale font de vous un maître admirable.

Trouvez ici, cher maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A notre Maitre et juge

Docteur Saleck DOUMBIA

- ✓ Gynécologue-Obstétricien ;
- ✓ Praticien hospitalier au CSREF CV
- ✓ Détenteur d'un DU en VIH obtenu à la FMOS ;
- ✓ Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie ;
- ✓ Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie-Biostatistique à l'institut Africaine de Santé Publique ;
- ✓ Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en sénologie a la FMOS.

Cher Maitre,

Nous nous réjouissons de votre présence au sein de ce jury. Vous n'avez cessé de faire preuve de patience, de courtoisie et de grande serviabilité au cours de la réalisation de ce travail. Votre rigueur dans la démarche scientifique nous a beaucoup impressionnés.

Cher maitre, dans ce travail vous trouverez la marque de nos profonds sentiments de respect, de reconnaissance et de remerciement.

Nous sommes fiers d'être votre élève

À NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Goïta Issa Souleymane

- ✓ Maître-assistant à la FMOS/ USTTB
- ✓ Spécialiste en Médecine de famille/médecine communautaire
- ✓ Titulaire d'un Diplôme Universitaire de drépanocytose à la FMOS de l'USTTB;
- ✓ Titulaire d'un Diplôme Universitaire en gestion et analyse des données de santé à L'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Education (IFRISSE) de Ouaga (Burkina Faso)
- ✓ Secrétaire administratif du Réseau des Médecins de Famille et Communautaire du Mali (REMEFAC-Mali)

Cher Maître,

Votre souci constant du travail bien fait, votre art de transmettre le savoir et votre attachement à la formation correcte de vos élèves font de vous un maître de référence. Votre caractère sociable fait de vous un homme exceptionnel toujours à l'écoute des autres. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, et surtout de votre savoir-faire. Recevez ici l'expression de toute notre profonde gratitude et notre haute considération.

À 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,

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez faite en nous confiant ce travail

Votre pédagogie à transmettre vos connaissances et votre attachement au sens de l'éthique et de la déontologie font de vous un maître admiré et respecté.

Vous avez cultivé en nous, l'esprit du travail bien fait, la persévérance et la précision.

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

LISTE DES SYGLES ET ABREVIATIONS

AMPPF	: Association malienne pour la protection et la promotion de la famille
APF	: Association de Planification Familiale
ATCD	: Antécédent
CAB	: Cabinet
CCV	: Contraception Chirurgicale Volontaire
CIC	: Contraceptifs Injectables Combinés
CIP	: Contraceptifs Injectable Progestatifs
COC	: Contraceptifs Oraux Combinés
COP	: Contraceptifs Oraux Progestatifs
CRDI	: Centre de Recherche pour le Développement International
CSAR	: Centre de Sante d'Arrondissement Revitalise
CSCOM	: Centre de Santé Communautaire
DIU	: Dispositif Intra Utérin
DNS	: Direction Nationale de la Sante
DSF	: Division Santé Familiale
DSFC	: Division Santé Familiale et Communautaire
EDM	: Energie du Mali
EDS	: Enquête Démographique et de Sante
EDSM	: Enquête Démographique et de Santé du Mali
EVF/EMP	: Education de la Vie Familiale/Education en Matière de la Population
FIPF	: Fédération Internationale pour la Planification Familiale
HTA	: Hyper Tension Artériel
IM	: Intra Musculaire

IST	: Infection Sexuellement Transmissible
ITS	: Infection Pelvienne supérieure
MAMA	: Méthode d'Allaitement Maternelle et d'Aménorrhée
MJF	: Méthode des Jours Fixes
MSP	: Ministère de la sante publique
ODD	: Objective de Développement Durable.
OMD	: Objective Millénaire pour le Développement.
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé PF: Planification Familiale
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PF	: Planification Familiale
PFN	: Planification Familiale Naturelle
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
PPS	: Pilule Progestative Seul
QDA	: Analyse Qualitative
REMAPOD	: Réseau Malien des Parlementaires sur la Population et le Développement
SIU-LNG	: Système intra-utérin au lévonorgestrel
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SR	: Santé de la Reproduction
TA	: Tension Artériel
UNFPA	: Fond des Nations Unies pour la Population
URSS	: Union des Républiques Socialistes Soviétiques
USAID	: United States Agency for International Development
VIH/SIDA	: Virus Immuno- Humaine/Syndrome Immuno- Déficient Acquis

LISTE DES FIGURES

Figure 2 : Différents types de méthodes contraceptives.....	14
Figure 3 : Méthode MAMA	15
Figure 4 : Courbe température	16
Figure 5 : Méthode du collier.....	18
Figure 6 : Les méthodes hormonales.....	19
Figure 7 : Méthodes barrières.....	23
Figure 8 : Diaphragme.....	24
Figure 9 : Cape cervicale.....	25
Figure 10 : Différents modèles de DIU à cuivre	28
Figure 11 : Le milieu de résidence	38
Figure 12 : Le type de religion	39
Figure 13 : Le niveau d'instruction.....	39
Figure 14 : Le statut matrimonial	40
Figure 15 : Le type d'avortement.....	43
Figure 16 : Le cycle menstruel	43
Figure 17 : La durée du cycle.....	44
Figure 18 : L'utilisation des différentes méthodes contraceptives.....	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : La tranche d'âge.....	38
Tableau II : La gestité de la femme.....	40
Tableau III : La parité de la femme.....	41
Tableau IV : Le nombre d'enfants vivant	41
Tableau V : Le nombre d'enfant décède.....	42
Tableau VI : L'intervalle inter génésique.....	42
Tableau VII : Les antécédents gynécologiques.....	44
Tableau VIII : Les autres antécédents	45
Tableau IX : Les méthodes de contraception que vous connaissez	45
Tableau X : Les intérêts de la planification familiale	46
Tableau XI : Le nombre idéal d'enfant pour un couple selon les femmes	46
Tableau XII : L'intervalle inter génésique idéal selon les femmes.....	47
Tableau XIII : Les inconvénients ou effets secondaire des méthodes contraceptives	47
Tableau XIV : Les barrières à la planification familiale.....	48
Tableau XV : Les facteurs qui facilitent la planification familiale selon les femmes.....	48
Tableau XVII : Prévalence d'utilisation des méthodes contraceptives.....	49
Tableau XVIII : Les conseillers	50
Tableau XVIII : La tranche d'âge et méthode contraceptive utilisée	50
Tableau XIX : Le statut matrimonial et méthode contraceptive utilisée.....	51
Tableau XXI : Les inconvénients ou effets secondaire des méthodes contraceptives et méthode contraceptive utilisée.....	52
Tableau XXII : Les barrières à la planification familiale et méthode contraceptive utilisée...	53
Tableau XXIII : Les facteurs qui facilitent la planification familiale et méthode contraceptive utilisée	54

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	4
II.1. Objectif Général :	5
II.2. Objectifs Spécifiques :	5
III. GENERALITES	6
III.1. Rappel sur la planification familiale :	7
III.2. Activité de planification familiale	8
III.3. Historique :	10
III.4. Les Moyens De Régulation Des Naissances :	14
III.4.1. Les méthodes temporaires	14
III.4.1.1. Les Méthodes de courte durée :	14
III.4.1.2. Les Méthodes de longue durée :	27
III.4.2. Méthodes permanentes	31
IV. METHODOLOGIE	32
IV.1. Cadre d'étude :	33
IV.2. Type d'étude :	34
IV.3. Période d'étude :	34
IV.4. Population d'étude :	35
IV.5. Technique et outils de collecte de données :	35
IV.6. Aspects éthiques :	35
IV.7. Analyse des données :	36
IV.8. Les variables étudiées :	36
V. RESULTATS	37
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	55
VI.1. Aspect Méthodologique :	56
VI.2. Caractères sociodémographiques :	56
VI.2.1. Age :	56
VI.2.2. Milieu de résidence :	56
VI.2.3. Religion :	56
VI.2.4. Niveau d'instruction :	56
VI.2.5. Statut matrimoniale :	56
VI.2.6. Cycle menstruel :	57

VI.2.7. Source d'information :	57
VI.3. Antécédents :	57
VI.4. L'utilisation de la planification familiale :	57
VI.5. Connaissance en planification familiale :	58
VI.6. Barrières à la planification familiale :	59
VI.7. Facteurs facilitants l'utilisation de la PF :	59
VII. CONCLUSION ET RECOMMADATIONS	60
VII.1. CONCLUSION :	61
VII.2. RECOMMADATIONS :	62
VIII. REFERENCES	64
IX. ANNEXES	67
XI.1. Agenda d'étude.....	68
IX.2. Fiche d'enquête/ questionnaire d'entretien individuel	70
IX.3. Fiche Signalétique	75
IX.4. Serment d'Hippocrate.....	76

I. INTRODUCTION

INTRODUCTION :

Dans le cadre de l'amélioration du développement socio-économique plusieurs études ont montré que l'une des stratégies de l'amélioration des indicateurs de la santé maternelle, néonatale et infantile est la Planification Familiale (1).

La Planification Familiale (PF) est l'ensemble des moyens mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer une sexualité responsable, de façon à éviter les grossesses non désirées, d'espacer les naissances et de déterminer la taille souhaitée de leur famille (2).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la planification familiale « permet aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement des naissances » (2). Elle passe par la mise en place des divers moyens de contraceptions.

La contraception est définie selon l'OMS comme étant l'utilisation d'agents, de dispositifs de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de fécondation ou de l'éviter (2).

En 2019 dans le monde sur 1,9 milliard de femmes, elles sont 1,1 milliard à avoir besoin de la planification familiale ; parmi celles-ci, 842 millions utilisent des méthodes de contraceptions, et 270 millions n'ont pas accès à la contraception dont elles ont besoin (3).

En 2014, la moyenne de la prévalence contraceptive pour les femmes mariées par région du monde a été estimée à 27 % pour l'Afrique, alors qu'au même moment, elle est de 74 % pour le continent américain et de 46 % pour les pays de la méditerranée orientale pourtant à très forte tradition musulmane (4).

Au Mali, les effets de la contraception moderne en 2009 sont estimés à plus de 16 000 grossesses évitées, 12 000 naissances et 175 avortements évités. En termes de mortalité, la planification familiale a aussi permis d'éviter environ 1 200 cas de décès d'enfants de moins d'un an, 2 300 cas de décès d'enfants de moins de cinq ans, et 100 cas de décès maternels (5).

L'enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM) VI de 2018 au Mali, situe le taux de fécondité en baisse par rapport à 2006 où il était de 6,6 enfants/femme, malgré les actions entreprises, elle reste parmi les plus élevés au monde (5,88 enfants /femme) en 2018 et occupe le quatrième rangs (6).

Cette étude a également montré en 2018 que la proportion de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale s'est élevée à 24% et, dans la majorité des cas (17%) de ces besoins non satisfaits sont orientés vers l'espacement **(6)**.

En effet la prévalence contraceptive du Mali est restée faible passant de 10,3% à 17% entre 2012-2013 à 2018 selon EDSM-VI de 2018 **(6)** ; cette lenteur dans les chiffres s'explique par la présence de divers facteurs dans l'accès aux méthodes contraceptives.

Cette faible utilisation des services de santé de la reproduction en général et de la Planification Familiale (PF) en particulier contribue fortement aux maladies ou aux décès des femmes pendant et/ou après l'accouchement et des enfants de moins d'un an **(7)**.

Face à ce constat, la présente étude est initiée pour évaluer les obstacles et les facteurs facilitants l'utilisation de la planification familiale dans l'air de santé du CScom de kalaban coro.

II. OBJECTIFS

OBJECTIFS :

II.1. Objectif Général :

Etudier les obstacles et facteurs facilitant l'utilisation de la planification familiale (PF) chez les femmes allaitantes de l'aire de santé de Kalaban coro.

II.2. Objectifs Spécifiques :

- ✓ Déterminer les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude ;
- ✓ Déterminer la prévalence de la contraception chez les femmes allaitantes ;
- ✓ Déterminer les méthodes contraceptives utilisés par les femmes ;
- ✓ Identifier la connaissance des femmes en matière de PF ;
- ✓ Déterminer les barrières à l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- ✓ Identifier les facteurs facilitants l'accès à la planification familiale.

III. GENERALITES

GENERALITES :

III.1. Rappel sur la planification familiale :

+ Définition :

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la planification familiale « permet aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement des naissances » (2). La planification familiale est l'ensemble des mesures et méthodes que les hommes et les femmes prennent ou utilisent pour éviter des grossesses non désirées et organiser la venue des enfants quand ils le désirent (3).

+ 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 présentation et le traitement de la stérilité conjugale
- La consultation pré-nuptiale
- La contraception
- La lutte contre le VIH/SIDA
- La formation, la supervision et l'évaluation de personnel
- La recherche.

+ Les avantages de la PF :

- **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. Si toutes les femmes pouvaient éviter les grossesses à hauts risques, le nombre de mortalité maternelle pourrait diminuer d'un quart, en outre beaucoup de méthodes hormonales aident à empêcher certains cancers et les préservatifs aident à empêcher les maladies sexuellement transmissibles dont le VIH SIDA (7).

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 les efforts physiques (8). La PF 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 (8).

- **l'enfant** : Le planning familial sauve les vies des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances. Entre les 13 et les 15 millions d'enfant âgés de moins de cinq ans meurent chaque année, si tous les enfants naissent à intervalle d'au moins de deux ans 3 à 4 millions de ses morts serraient éviter (7).

La PF permet à l'enfant de prendre le sein 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 infectieuse et virales (9).

- **Les hommes** : Le 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 (8).
- **La famille** : La PF améliore le bien être familiale. Les couples qui ont moins d'enfant sont mieux à mesure de leur donner suffisamment de nourriture et de vêtements, de leur assurer un logement et de les scolariser (7)
- **La nation** : La PF aide la nation à développer dans les pays où les femmes ont beaucoup moins d'enfants que leur propre mère. La population voit s'améliorer sa situation économique plus rapidement qu'ailleurs (9).

Les composantes de la PF retenues au Mali :

- ✓ La contraception
- ✓ La prévention et le traitement de l'infertilité
- ✓ La prévention et le traitement des 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.

III.2. Activité de planification familiale

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 voir 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'efficacite 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 des droits :

- ✓ À l'information ;
- ✓ Accès aux services de PF ;
- ✓ De choisir ;
- ✓ A la sécurité ;
- ✓ A préserver son intimité ;
- ✓ A la confidentialité ;
- ✓ A la dignité ;
- ✓ Au confort ;
- ✓ A la continuité des soins ;
- ✓ A 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.

Besoin des prestataires

Pour fournir les services de qualités 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.

- Image professionnelle : Les centres reconnus pour la bonne qualité attirent et retiennent les clients.

III.3. Historique :

Dans le monde :

Selon Serfaty, la limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances **(11)**.

La contraception était pratiquée dans l'antiquité, elle le fut ensuite et l'est encore de nos jours dans les proportions respectives extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle **(12)**.

Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix. C'est le propre de la pensée religieuse **(11)**.

L'histoire de la contraception n'est en dehors des moyens employés, qu'une illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée toujours présents dans la

société ou chez l'individu lui-même : le conservatisme ou le changement ; la tradition ou le progrès ; la foi ou la raison (11).

Au Mali :

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

Une nombreuse progéniture est source à la fois de richesse (maximum de bras travailleurs pour augmenter la production) et de bénédiction divine (12).

La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme (12).

S'il est vrai qu'une femme doit avoir des enfants, mais il demeure également vrai que la survenue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) serait sujet de moqueries. Cependant, avoir des enfants hors-mariage ou adultérins renvoie à un signe de mauvaise éducation et d'immoralité et la femme y paie plus que l'homme (12).

Malgré le comportement pro-nataliste, les Maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances : c'est ainsi qu'après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant deux à trois ans. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement (12).

On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs comme le *tafo*. La fréquence de ces pratiques serait en diminution notamment dans le milieu urbain (12).

La société malienne contemporaine est prise en porte-à-faux entre les valeurs séculaires (culturelles, morales et religieuses) et les logiques postcoloniales d'une culture de la raison et de la liberté de l'individu selon le modèle d'humanisme progressiste hérité à la fois du colonialisme et de la révolution socialiste des années 1962 (13).

Principales dates de la politique de la PF au Mali :

Le Mali a été l'un des premiers pays à adopter une attitude de tolérance vis-à-vis du planning familial. En effet depuis 1971 une délégation malienne s'est rendue à Montréal (Canada) pour participer à un séminaire sur la planification familiale (13).

Après le Mali a signé un accord avec les organisations de ce séminaire pour un projet d'assistance en planning familial pour quatre ans. A ce moment, entre les approches démographiques et sanitaires du planning familial, c'est l'approche sanitaire qui a été choisie en absence de paramètre démographique suffisamment maîtrisé de l'époque. C'est dans cet élan que l'association malienne pour la protection et la promotion de la famille (AMPPF) a été créée le 7 juin 1972 (7).

- En 1972, le Mali abrogea la loi du 31 juillet 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisait la propagande anticonceptionnelle (13). Un centre pilote a été créé à Bamako par L'AMPPF dont l'objectif était l'espace des naissances. La pratique du planning était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes et parentale pour les célibataires (13).
- En 1973, deux séminaires dont un interafricain sur l'éducation sexuelle et d'autre intersyndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako (9).
- En 1974, le Mali a souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) sur le droit au planning familial (9).
- En 1978, le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaires dont une des composantes est le planning familial dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances (9).
- En 1980, la division santé familiale (DSF) a été créée au sein du ministère de la santé publique et affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial (16).
- En 1990, deux séminaires nationaux ont été organisés à Bamako pour l'ébauche d'une politique de population, femme et développement.
- En 1991, le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population (16).
- En 1994 avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Egypte), les gouvernements dont le Mali se sont engagés à agir dans le domaine de la santé de la reproduction, engagement réitéré lors de la 4ème conférence mondiale sur les femmes à Beijing (Chine) en septembre 1995.
- En juin 1995 a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle et infantile et planning familial (16).

Avec le temps le concept Malien en matière de planning familial a évolué allant de l'espace des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuel qui définit le planning familial comme : l'ensemble des mesures et moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère

génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelle, infantiles et juvéniles notamment celles liées aux IST/SIDA, aux grossesses non désirées et avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel.

Ceci implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir le ou les moyens de régulation de la fécondité (8).

Pour le Mali la santé de la reproduction englobe la santé de la mère y compris le planning familial et la santé de l'enfant y compris celle de la petite fille.

✚ Principales lois relatives à la santé de la reproduction au Mali :

- **La loi N° 02-044 relative à la santé de la reproduction dite loi Lahaou Touré, adoptée le 24 juin 2002 :**

Il est à noter que la loi sur la Santé de la Reproduction (S.R) a été initiée par l'Assemblée Nationale sous forme de proposition de loi introduite par le REMAPOD et adaptée à partir d'une proposition régionale Ouest Africaine (Côte d'Ivoire 1999). Cette introduction a été faite dans un contexte marqué par de nombreuses barrières juridiques et non juridiques à la SR/PF : l'existence de la loi de 1920 qui interdisait la propagande anticonceptionnelle et l'avortement ; le statut légal de femme peu favorable à la S.R au Mali. Il faut noter que le processus d'adoption de cette loi a bénéficié de l'engagement des parlementaires maliens et du réseau régional de parlementaires, de la collaboration des ministères en charge de la santé et de la femme, de la société civile, des juristes...et aussi du soutien de partenaires comme l'usaid, l'unfpa et Policy projet.

La loi sur la SR est structurée en quatre titres et 21 Articles qui traitent : de la définition (titre I), de la santé de la reproduction (titre II), des dispositions pénales (titre III), et des dispositions transitoires et finales (titre IV). Elle annonce deux décrets : Le 1er déterminant les conditions et les modalités de fabrication des produits contraceptifs au Mali. Et le second fixant les conditions et modalités d'octroi de l'assistance particulière aux malades du SIDA ou personnes vivant avec le VIH et les garanties de confidentialité.

La loi relative à la SR annonce également deux arrêtés : le 1er portant sur la liste des produits, des méthodes et des moyens de contraception légalement approuvés et le 2ème, interministériel, fixant les conditions d'importation des produits contraceptifs (16).

- **LETTRE-CIRCULAIRE N°004/MSP-AS/CAB du 25 janvier 1991 :**

Cette lettre adressée aux responsables politiques, administratives et sanitaires, stipule que l'accès à une méthode contraceptive reste libre pour toute femme en âge de procréer qui le désire ou qui le nécessite (16).

III.4. Les Moyens De Régulation Des Naissances :

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

- La contraception, est définie par l'Organisation mondiale 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 » (10).
- La contraception post-coïtale utilisable après un rapport non protégé entre le temps de l'ovulation et l'implantation ;
- La stérilisation, la méthode irréversible.

Au Mali les méthodes de contraception sont classées en 2 grandes catégories (16) :

- les Méthodes temporaires ;
- Et les Méthodes permanentes.

Les méthodes temporaires sont classées à leur tour en méthodes de courte durée et méthodes de longues durées.



Figure 1 : Différents types de méthodes contraceptives

III.4.1. Les méthodes temporaires

III.4.1.1. Les Méthodes de courte durée :

✚ Les méthodes de planification familiale naturelle

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

▪ **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 (14).



Figure 2 : Méthode MAMA

▪ **Méthode du calendrier**

La méthode du calendrier ou des rythmes serait la plus employée de toutes les techniques basées sur l'abstinence périodique. Son utilisation implique des calculs sur les cycles menstruels précédents afin d'estimer la période fertile.

- Instructions : noter le nombre de jour de chaque cycle pendant au moins 6 mois. On calcule le 1er jour fertile en soustrayant 18 du cycle le plus court ; et le dernier jour fertile en soustrayant 11 du cycle le plus long.

Le taux d'échec est élevé.

▪ **Méthode de la glaire cervicale ou 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).

▪ **Méthode de la température**

Cette méthode repose sur l'évaluation de la température corporelle liée à la sécrétion de la progestérone par le corps jaune après l'ovulation.

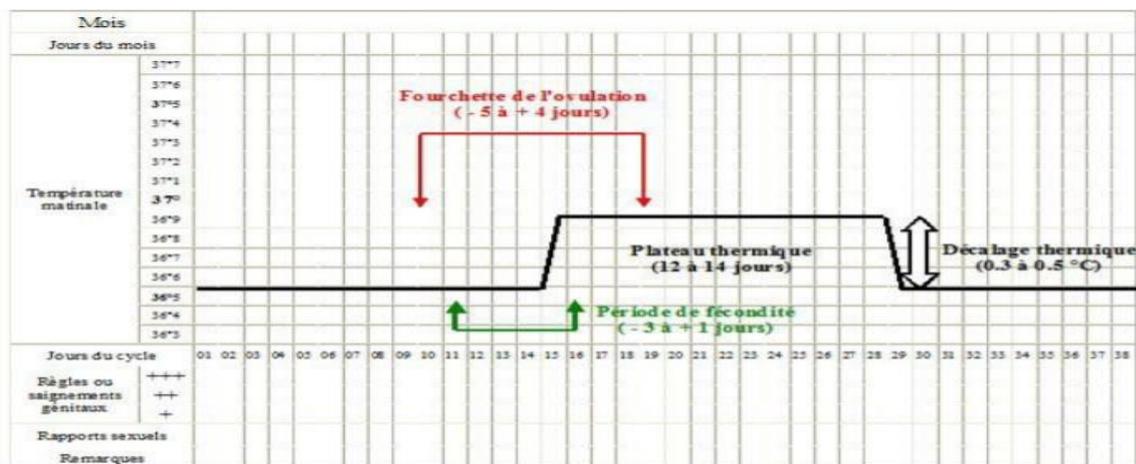


Figure 3 : Courbe température

Après l'ovulation, la température augmente de 0,2° à 0,4°C et reste élevée jusqu'à la prochaine menstruation. Il est alors conseillé au couple d'éviter les rapports sexuels du premier au troisième jour consécutif de température élevée. Elle devient inutilisable en cas d'aménorrhée, de spanioménorrhée, dans les suites de couches, en période péri ménopausique et chez les femmes ayant des cycles anovulatoires.

▪ **Méthode d'Ogino-Knaus :**

La méthode Ogino-Knaus a pour principe de base qu'il n'y a qu'une ovulation par cycle et que celle-ci a lieu entre 12 et 16 jours avant les règles suivantes, que les spermatozoïdes survivent 3 jours dans les voies génitales supérieures de la femme et donc qu'un rapport peut être fécondant 3 jours avant l'ovulation, enfin que l'ovule vit et reste fécondable 48 heures et donc que les 2 jours qui suivent l'ovulation sont fertiles. Ainsi, dans un cycle idéal de 28 jours, la fertilité existe du 10^e au 17^e jour, auxquels on peut rajouter un jour au début et à la fin de la période, par sécurité.

Pour appliquer cette méthode, il faut que la patiente connaisse parfaitement la longueur de ses 12 cycles précédents, qu'elle modifie ces données en fonction de l'évolution des cycles.

Son application est impossible dans le post-partum ou le post-abortum et chez les femmes ayant des cycles irréguliers.

▪ **Méthode Sympto-thermique**

C'est une méthode qui associe la méthode de la température et celle de la glaire cervicale ou tout autre signe d'ovulation. Elle peut s'avérer plus efficace.

▪ **Méthode d'auto observation masculine ou le coït interrompu, le retrait**

De toutes les méthodes, elle semble être la plus vastement utilisée dans le monde, tant dans les pays développés qu'en développement (14).

Les taux d'échec au cours de la première année d'utilisation ont été décrits comme étant de 4 % selon une utilisation parfaite (15).

Mécanisme d'action : Au cours du coït, l'homme retire son pénis du vagin de sa partenaire avant l'éjaculation, ce qui devrait prévenir tout contact entre l'ovule et le spermatozoïde contenu dans le sperme.

Indications : Le retrait peut constituer une option en matière de contraception lorsque :

- aucun autre moyen de contraception n'est disponible ;
- le couple préfère éviter d'avoir recours aux autres méthodes ;
- des considérations d'ordre religieux interdisent le recours à d'autres méthodes.

Contre-indications : Puisque donnant lieu à une intromission, elle ne devrait pas être utilisée en présence d'un risque connu d'infection transmissible sexuellement. Les femmes qui doivent

éviter la grossesse pour des raisons médicales ne devraient pas se fier uniquement à cette méthode.

▪ **Méthode du collier :**

Basée sur la connaissance de la fertilité du couple, elle aide le client et le couple à prévenir une grossesse non désirée à l'aide d'un collier de perle.



Figure 4 : Méthode du collier

Conditions d'utilisation du collier :

- La cliente doit avoir un cycle menstruel compris entre 26 et 32 jours
- La cliente doit avoir 4 cycles après l'accouchement avant de commencer la méthode
- La cliente doit être motivée

Mode d'utilisation : Le 1er jour des menstruations, déplacer l'anneau sur la perle rouge ;

- Faire une marque sur le calendrier pour ce jour
- Chaque jour, déplacé l'anneau vers la perle suivante- Déplacer toujours l'anneau dans la même direction, qui est indiquée par une flèche
- Éviter les rapports sexuels sans protection si l'on ne veut pas tomber enceinte pendant les jours correspondant aux pertes vert clair.

✚ Méthodes hormonales :

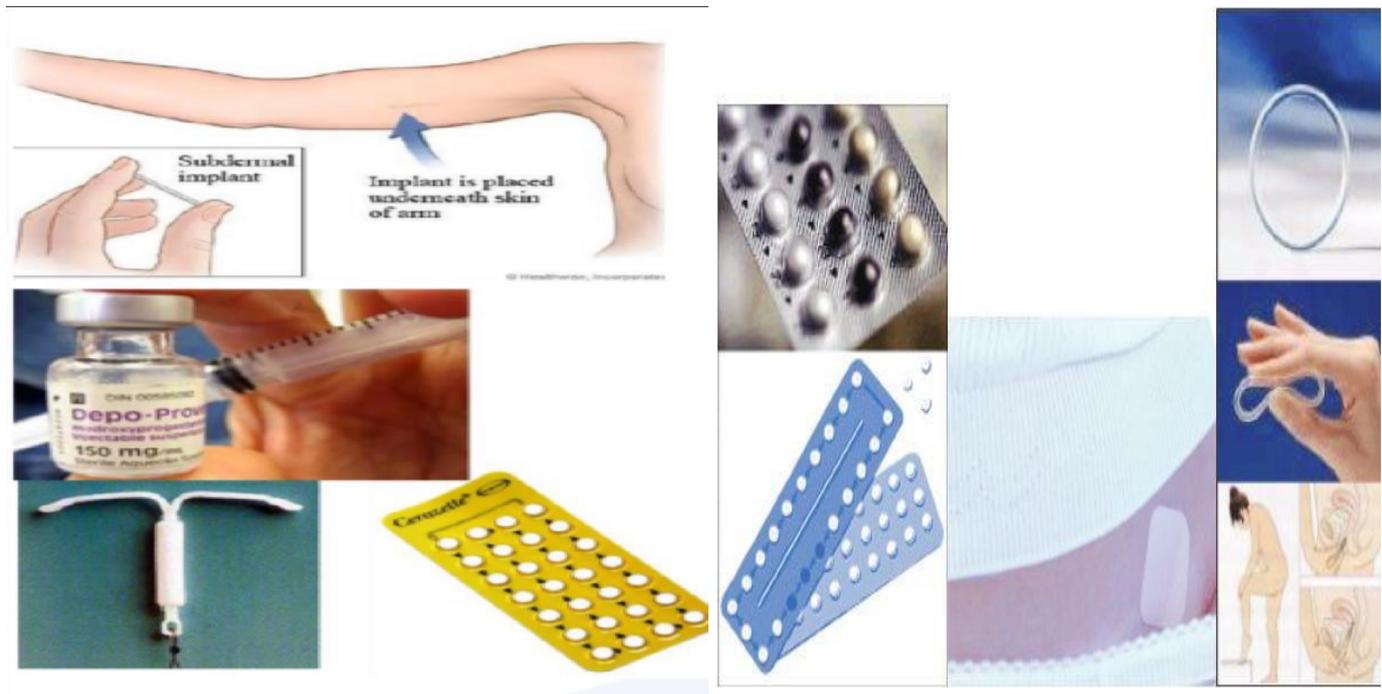


Figure 5 : Les méthodes hormonales

Mécanisme d'action :

- Supprime l'ovulation ;
- Épaissit la glaire cervicale, empêchant la pénétration des spermatozoïdes ;
- Change l'endomètre ; la rendant inapte à la nidation ;
- Diminue le transport du sperme dans les trompes.

▪ **Contraceptifs oraux**

- **Contraceptifs oraux combinés (COC)**

Ils peuvent être :

- *Monophasiques*, 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 phasiques* dont la quantité d'œstrogènes fixe ou variable, tandis que la quantité de progestatif augmente en trois phases égales.

Deux types d'œstrogènes sont utilisés : *l'éthinylestradiol* et le *méthanol* qui est un « *promédicament* » converti *in vivo* en *éthinylestradiol*.

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

- les estrans (*noréthindrone, diacétate d'éthinodiol*)
- les gonanes (*lévonorgestrel, désogestrel, norgestimate*) qui semblent être plus puissants **(13)**.

Efficacité : Les COC constituent un mode de contraception réversible très efficace.

En utilisation parfaite, ils sont efficaces à 99,9 % **(15)**.

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 contre-indications absolues et relatives à l'utilisation des COC **(14)**.

Contre-indications absolues :

- Plus de 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 >160 mm Hg ou diastolique >_100 mm Hg)
- 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 / neuropathie
- Grave cirrhose et tumeur hépatique (adénome ou hépatome).

Contre-indications relatives :

- Fumeuses de plus de 35 ans (*Moins de 15 bâtons/ jour*) ;
- HTA adéquatement maîtrisée ;
- Hypertension (*systolique : 140-159 mm Hg, diastolique : 90-99 mm Hg*) ;
- Migraine (*chez les femmes de plus de 35 ans*)
- Maladie vésiculaire en phase symptomatique ;
- Légère cirrhose ;
- 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 sautes d'humeur, la sensibilité des seins et les céphalées.

- **Contraceptifs oraux progestatifs (COP) :**

Les COP sont des contraceptifs oraux qui contiennent uniquement des progestatifs à faible dose. 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 % (16).

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.

Contre-indications

Contre-indications absolues : grossesse et diagnostic courant de cancer du sein.

Contre-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.

- **Contraceptifs injectables** : le *Depo-provera*, le *Noristerat*

Contraceptifs injectables progestatifs (CIP) :

Le CIP est un produit progestatif de synthèse qui, libéré lentement empêche la survenue de grossesse.

✓ **Avantages :**

- Très efficace (>99,7%) ;
- Action prolongée ;
- Méthode peu contraignante, pratique, discrète ;

- Ne gêne pas la lactation.
- ✓ **Limites (inconvenients) ou précautions :**
- Pas de protection contre les IST et SIDA ;
- Retour parfois lent à la fertilité (6 à 18 mois).
- ✓ **Effets secondaires :**
- Spotting ou, rarement une hémorragie génitale importante ;
- Aménorrhée ;
- Gain pondéral modéré ;
- Maux de tête ;
- Acné (rarement) ;
- Diminution de la libido.
- ✓ **Mode d'utilisation :**
- Quand commencer ?

Les CIP peuvent être administrés à n'importe quel moment du cycle si l'on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte.

Cependant le meilleur moment de l'injection est entre le 1er et le 7ème jour du cycle. Si l'injection a eu lieu après le 7ème jour, demandé à la cliente d'utiliser une méthode de barrière ou s'abstenir pendant 7 jours.

- ✓ **Mode d'administration :**
- Respecter les étapes de la technique d'administration. Respecter les règles de l'asepsie et de l'antisepsie.
- Si Depo-provera : au cas où le produit est déposé dans le flacon frotter délicatement le flacon dans le creux de la main. Éviter de mousser le produit.
- Si Noristerat : réchauffer délicatement l'ampoule en frottant entre les mains ;
- l'injection des CIP se fait en IM profonde. Ne pas masser le site de l'injection et dire A la cliente de ne pas masser.

- ✓ **Rendez-vous de suivi : Donner un rendez-vous de**
- 8 semaines (2 mois) après si Noristerat
- 12 semaines (3 mois) après si Depo-provera.

✚ Méthodes dites de barrières :

Ces méthodes font appel à une barrière mécanique ou chimique afin d'entraver la pénétration des spermatozoïdes dans les voies génitales supérieures de la femme.

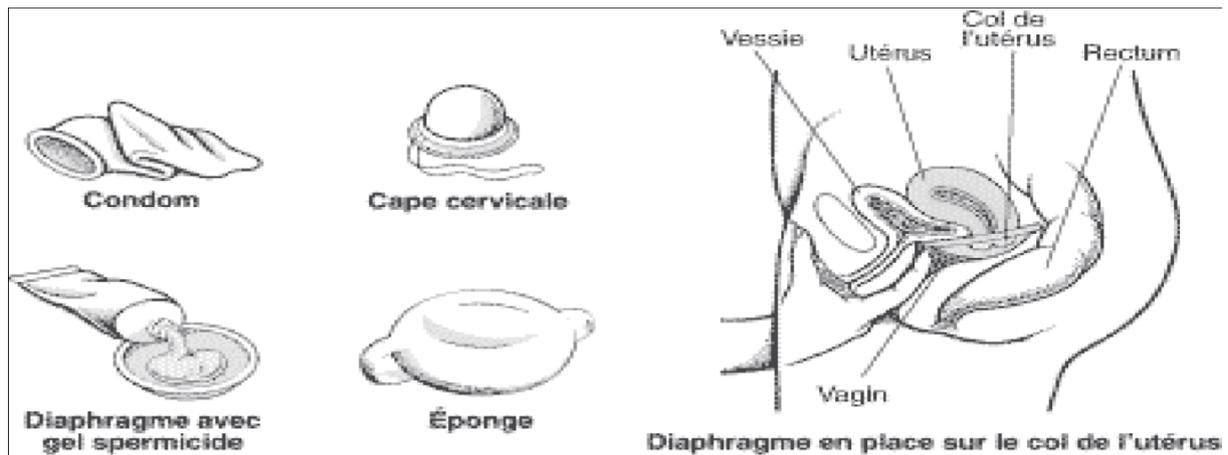


Figure 6 : Méthodes barrières

▪ **Le condom masculin (préservatif)**

Bien que la plupart d'entre eux soient faits du 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% (14).

Mécanisme d'action

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

Contre - Indications

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

Chez certains hommes, il interfère avec l'acte sexuel.

▪ **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 fixé 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 % (14).

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.

LE DIAPHRAGME

Le diaphragme est une méthode de contraception intra vaginale 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 utérin.



Figure 7 : Diaphragme

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 l'OMS au cours des 12 premiers mois d'utilisation sont de 6 % selon une utilisation parfaite (14).

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.

Contre-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'IVU persistantes ou récurrentes ; 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.

▪ 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.



Figure 8 : Cape cervicale

Efficacité

La cape semble avoir une efficacité plus importante chez la nullipare que chez le multipare vu que l'OMS indique des taux d'échec respectivement égaux à 9% et à 26% selon une utilisation parfaite au cours des douze premiers mois. (14).

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 Spermicide de la gelee ou de la creme 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 ou de l'utérus,
- 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.

▪ 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 (13).

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 par les femmes qui :

- présentent une allergie au spermicide utilisé ;
- ont des anomalies de l'anatomie vaginale pouvant nuire à la mise en place satisfaisante ou stable du dispositif ;
- sont incapables d'apprendre la bonne technique d'insertion ; - présentent des antécédents de syndrome de choc toxique ;
- présentent des infections récurrentes des voies urinaires ;
- nécessitent une protection contre l'infection au VIH ;

- ont mené une grossesse à terme dans les six dernières semaines,
- ont récemment connu un avortement spontané ou provoqué, ou présentent 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.

▪ Les spermicides

Ils sont composés d'un agent spermicide en solution dans un excipient qui en 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 % selon une utilisation parfaite (14).

Mécanisme d'action

Les spermicides sont composés d'un agent spermicide en solution dans un excipient qui en permet la dispersion et la rétention dans le vagin.

Comme l'indique leur nom, ils détruisent spermatozoïde en altérant la couche lipidique de la membrane cellulaire. Ils deviennent alors perméables et 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

On estime que l'irritation génitale pourrait faciliter la transmission du VIH. L'utilisation de spermicides a également été associée à un accroissement du risque d'infection des voies urinaires (14).

III.4.1.2. Les Méthodes de longue durée :

✚ Les Implants :

Inserés en sous-cutanée, sous la face interne de l'avant-bras, les implants constituent une méthode contraceptive réversible de longue durée car restant efficace 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 *lévonorgestrel* 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.

Implanon® qui un autre type d'implant : 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

✚ Dispositif intra utérin : D.I.U

Le DIU est un dispositif flexible de composition métallique et/ou plastique que l'on insère dans la cavité utérine dans un but contraceptif.

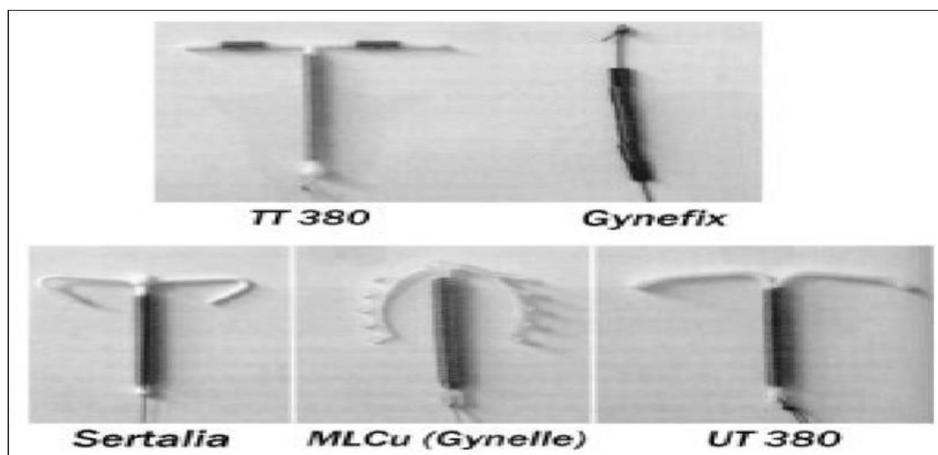


Figure 9 : Différents modèles de DIU à cuivre

Il existe plusieurs modèles :

- En cuivre, le DIU tcu-380A qui est en plastique et libère lentement des petites quantités de cuivre.
- Le DIU médicamenteux qui libère un progestatif (progestérone).

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.

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 œstrogènes et de la progestérone sont inhibés. La glaire cervicale s'épaissit, créant ainsi une barrière à la pénétration des spermatozoïdes. L'ovulation peut même s'en trouver inhibée.

Les DIU restent actifs 10 ans en moyenne,

Indications

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

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

Contre-indications

Contre-indications absolues

- La grossesse
- Infection pelvienne ou ITS (*au cours des trois derniers mois*)

- Sepsis puerpérale
- Immédiatement à la suite d'un avortement septique
- Cavité utérine gravement déformée
- Saignements vaginaux inexpliqués
- 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 associé 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.

III.4.2. Méthodes permanentes

La Contraception chirurgicale volontaire CCV (12) :

La CCV est une petite intervention chirurgicale volontaire qui consiste à interrompre la capacité reproductive de l'homme (vasectomie) ou de la femme (ligature des trompes).

L'efficacité est presque totale aussitôt après l'intervention. C'est une méthode irréversible.

IV. METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

IV.1. Cadre d'étude :

La commune rurale de Kalaban-coro : est implantée dans l'arrondissement de Kalaban-coro, cercle de Kati, région de Koulikoro. Elle est limitée à l'Est par la commune rurale de Mountougoula au Nord par les communes V et VI du district de Bamako, au Sud par la commune rurale de Sanankoroba et à l'Ouest par le fleuve Niger sur environ 17 Km du Sud au Nord et s'étend d'Est en Ouest sur environ 20 Km. Elle couvre une superficie d'environ 340 Km².

La commune a depuis 1976 construit une maternité et un dispensaire rural qui sont fonctionnels pour la distribution des soins de santé primaires. Pour l'amélioration des prestations de ces infrastructures sanitaires face à des besoins de plus en plus croissants, la rénovation et le rééquipement adéquat s'imposent en même temps que l'implantation d'une pharmacie de santé primaire. Ce qui a suscité la construction d'un Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé (CSAR), dirigé et animé par des techniciens de santé et géré par un conseil d'administration élu par la communauté.

Le CSCOM de Kalaban-coro village est battu sur une superficie de 18130 m² et est constitué d'un dispensaire, d'une maternité et d'un dépôt de médicaments.

Les locaux appartiennent à l'état. Ils sont en bon état constitués de 13 pièces. A côté de ces locaux se trouvent deux logements dont un servait de logement du major et l'autre du gardien. Au moment de notre passage le centre disposait d'une moto DT et d'une Yamaha 100.

Au niveau du centre on a noté :

- 13 lits sans berceaux dont 9 au niveau de la maternité et 4 au niveau du dispensaire,
- 3 tables qui servaient de bureaux dont 2 en bois et une métallique,
- 14 chaises,
- 15 bancs,
- 2 tabourets,
- 2 tables gynécologiques,
- 3 tables d'accouchements (dont 2 fonctionnelles, 1 non fonctionnelle),
- Une table d'examen.

Inventaire du matériel technique :

On a noté les matériels suivants : boîte d'instrument, chaîne de froid, 2 cocottes, 2 récipients isothermes, 3 réfrigérateurs.

Description de la structure interne des locaux dans le centre de santé :

- L'éclairage est assuré par le réseau public EDM et ne dispose pas de système solaire.
- L'approvisionnement en eau est assuré par une fontaine et un puits.
- On a noté 6 latrines sanitaires traditionnelles de différent genre.
- Le centre dispose d'un système de communication téléphonique.
- L'élimination des déchets se fait dans une fosse creusée dans l'enceinte du centre.

Le personnel du centre est composé de :

- Un Médecin généraliste fonctionnaire de l'Etat,
- 2 Infirmiers d'Etat tous contractuels dont un infirmier major,
- 2 Sages-femmes dont une fonctionnaire de l'Etat, l'autre contractuelle,
- 2 Infirmiers du premier cycle dont une infirmière obstétricienne fonctionnaire de l'état, l'autre contractuelle,
- Un Technicien de laboratoire,
- Un Vendeur de dépôt de médicament,
- 2 Aides-soignants,
- 3 Matrones,
- Un Gardien,
- Un Technicien de surface.

IV.2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive.

IV.3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée sur une période de 06 mois allant mai 2023 à octobre 2023.

IV.4. Population d'étude :

- **Critères d'inclusion** : ont été incluses dans l'étude, toutes les femmes allaitantes de l'aire de santé vues au CScCom pendant la période de collecte et ayant accepté de participer à l'étude.
- **Critères de non inclusion** : n'ont pas été incluses dans l'étude, toutes les femmes allaitantes ayant refusé de participer à l'enquête pendant la période d'étude.
- **Echantillonnage** : Notre étude a concerné les femmes allaitantes.

La méthode d'échantillonnage a été aléatoire simple.

La taille de l'échantillon a été déterminée selon la formule suivante : $n = \frac{z^2 pq}{i^2}$

P= prévalence de la contraception : cette prévalence est de 16% au Mali de façon globale selon EDSVI.

$z = 1,96$

$q = 1 - p$

$i = 5\%$

La taille totale de l'échantillon est de 207 personnes. La taille de l'échantillon a été augmentée de 10% soit 21 personnes de plus pour compenser la non réponse, ce qui a donné une taille d'échantillon de 228 personnes à enquêtées.

IV.5. Technique et outils de collecte de données :

Les données ont été collectées à l'aide un entretien individuel. Un questionnaire structuré a été utilisé pour la collecte de données.

IV.6. Aspects éthiques :

Les autorités locales, coutumières et administratives ont été informées du déroulement de l'étude.

Le consentement éclairé individuel de chaque participante a été obtenu.

La participation à l'étude a été libre et volontaire.

La confidentialité a été respectée.

IV.7. Analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 25. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et en écart type. Les variables qualitatives ont été exprimées en proportions.

IV.8. Les variables étudiées :

- Les données sociodémographiques,
- Les antécédents personnels, médicaux, gynécologiques et obstétricaux de la femme,
- Les connaissances en matière de PF : les types ; les intérêts ; les facteurs facilitants la PF ; les barrières à la PF ; les conséquences et effets secondaires,
- Les motifs d'acceptations ou de refus de PF,
- Les méthodes de contraceptions utilisent,
- Les changements de méthodes de contraceptions.

V. RESULTATS

RESULTATS :

Résultat dans notre étude,

Tableau I : La tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Moins de 20	29	12,7
De 20 à 34	167	73,3
Plus de 34	32	14,0
Total	228	100,0

La tranche d'âge de 20 à 34 ans était majoritaire soit 73,3% avec une moyenne de 27,24 ans, des extrêmes de 15 et 50 ans et un écart type de 6,622.

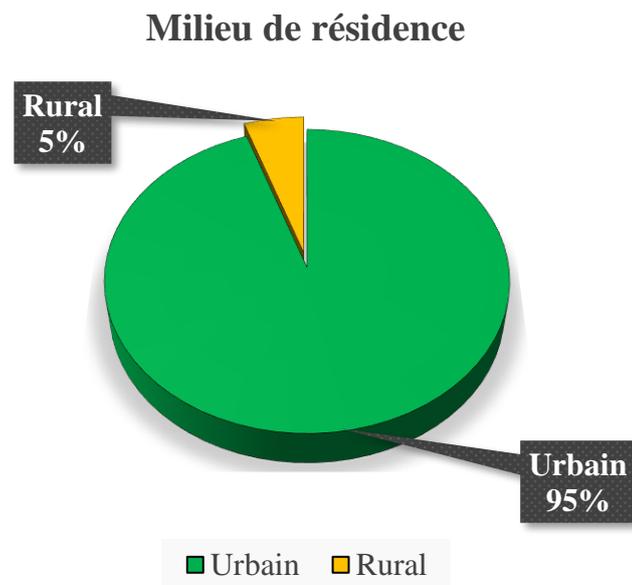


Figure 10 : Le milieu de résidence

Dans notre étude 95% des patientes résidaient en milieu urbain.

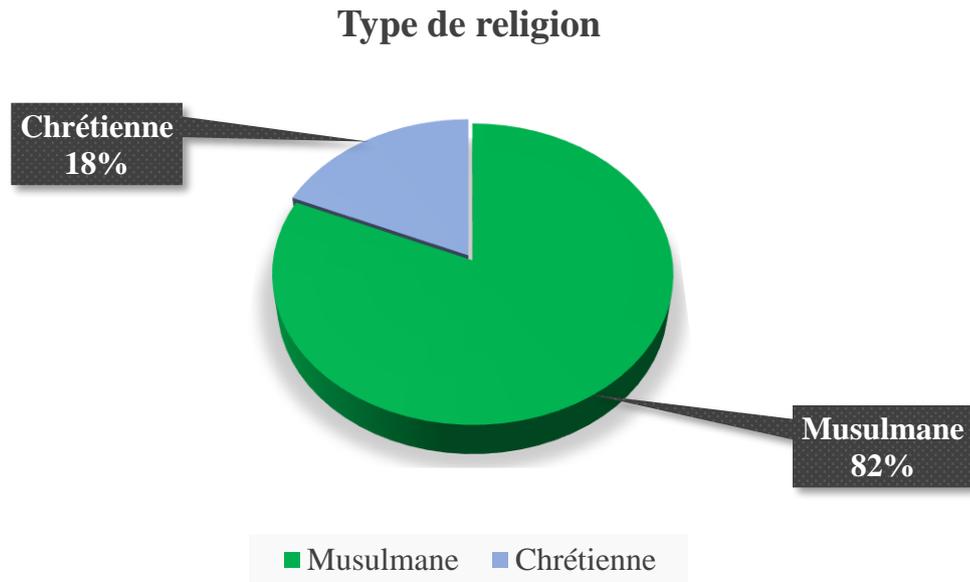


Figure 11 : Le type de religion

Dans notre étude 82% des patientes étaient des musulmanes.

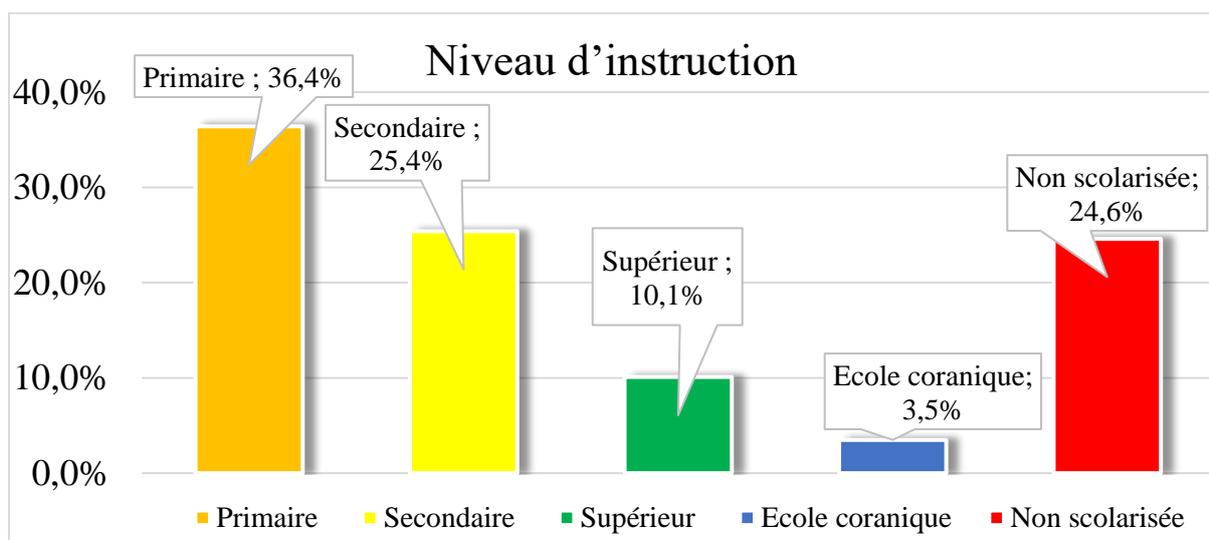


Figure 12 : Le niveau d'instruction

Dans notre étude, 36,4% des patientes avaient un niveau d'instruction primaire.

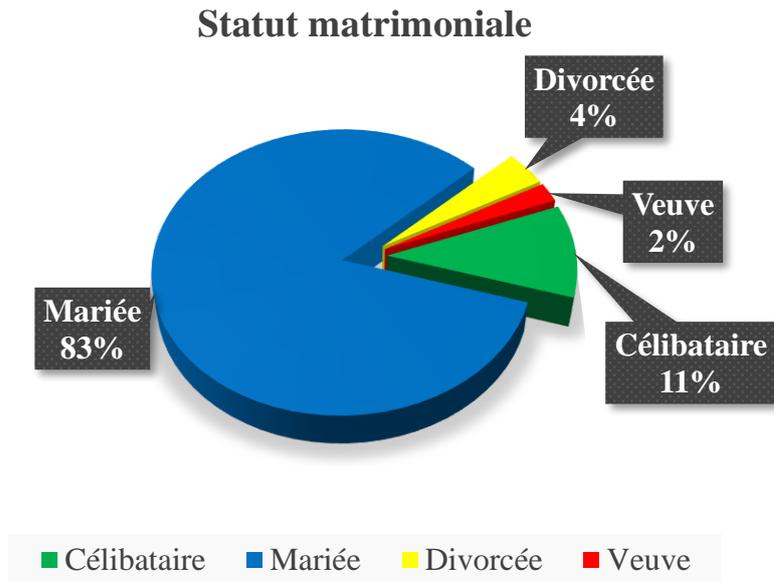


Figure 13 : Le statut matrimonial

Dans notre étude 83% des patientes étaient mariées.

Tableau II : La gestité de la femme

Gestité de la femme	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
1	49	21,5
2	51	22,4
3	36	15,8
4	38	16,7
5	22	9,6
6	17	7,5
7	10	4,4
8	5	2,2
Total	228	100,0

La majorité des femmes était multigeste, avec une moyenne de 3,21 gestite, des extrêmes de 1 à 8 gestites et un écart type de 1,88.

Tableau III : La parité de la femme

Parité de la femme	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
1	53	23,2
2	55	24,1
3	36	15,8
4	40	17,5
5	21	9,2
6	14	6,1
7	6	2,6
8	3	1,3
Total	228	100,0

La majorité des femmes était multipare, avec une moyenne de 3,00 parités, des extrêmes de 1 à 8 parités et un écart type de 1,74.

Tableau IV : Le nombre d'enfants vivant

Nombre d'enfants vivant	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
1	56	24,6
2	59	25,9
3	37	16,2
4	39	17,1
5	23	10,1
6	10	4,4
7	2	0,9
8	2	0,9
Total	228	100,0

La majorité des femmes avait au moins 2 enfants vivants, avec une moyenne de 2,83 enfants, des extrêmes de 1 à 8 enfants et un écart type de 1,59.

Tableau V : Le nombre d'enfant décède

Nombre d'enfant décède	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
0	188	82,5
1	33	14,5
2	7	3,1
Total	228	100,0

Dans notre étude 14,5% des patientes avaient un enfant décédé, avec une moyenne de 0,20 enfant décédé, des extrêmes de 0 à 2 décès et un écart type de 0,47.

Tableau VI : L'intervalle inter génésique

Intervalle inter génésique	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Moins de 2 ans	99	43,4
2 ans et plus	129	56,6
Total	228	100,0

Dans notre étude 56,6% des patientes avaient une intervalle inter génésique de deux (2) ans et plus.

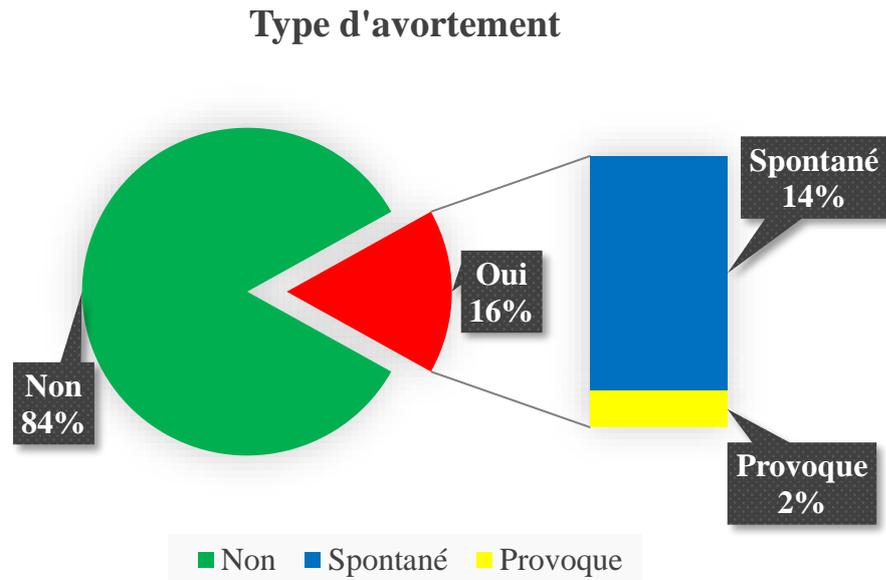


Figure 14 : Le type d'avortement

Dans notre étude 14% des patientes avaient un avortement spontané.

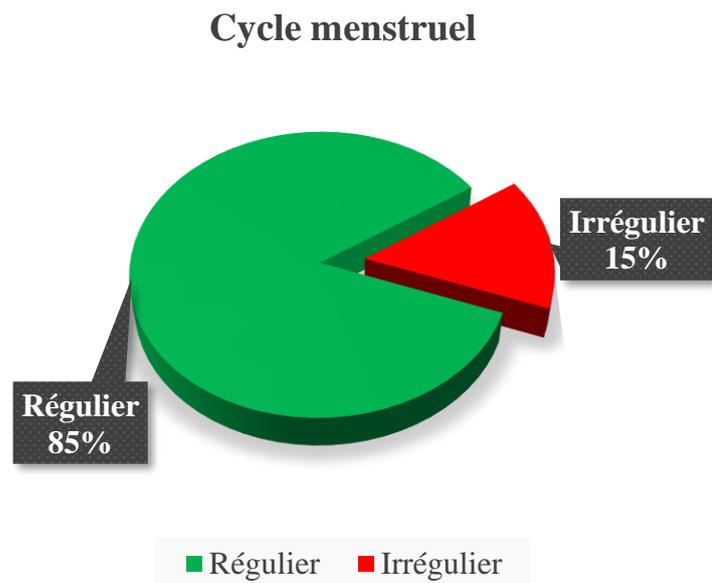


Figure 15 : Le cycle menstruel

Dans notre étude 85% des patientes avaient un cycle menstruel régulier.

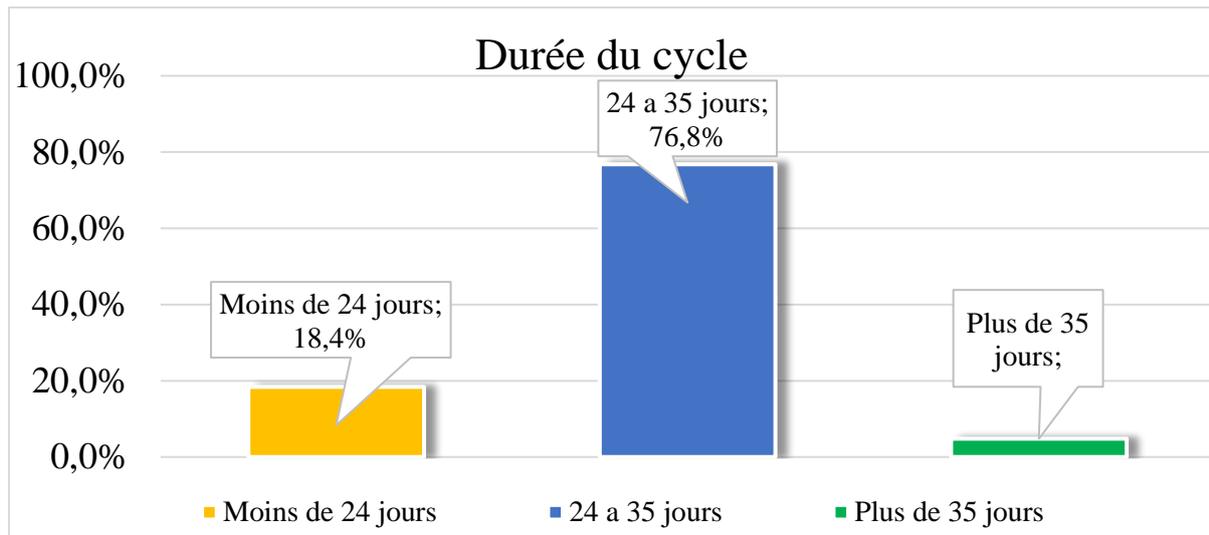


Figure 16 : La durée du cycle

La durée du cycle de 24 à 35 jours était majoritaire soit 76,8% avec une moyenne de 29,5 jours.

Tableau VII : Les antécédents gynécologiques

Antécédents gynécologiques		
Dysménorrhée	Effectif (n=228)	Pourcentage (%)
Oui	13	5,7
Non	215	94,3
Dysurie	Effectifs (n=228)	Pourcentage (%)
Oui	4	1,8
Non	224	98,2
Leucorrhée	Effectifs (n=228)	Pourcentage (%)
Oui	55	24,1
Non	173	75,9
Prurit	Effectifs (n=228)	Pourcentage (%)
Oui	54	23,7
Non	174	76,3

La majorité des patientes n'avaient pas d'antécédents gynécologique.

Tableau VIII : Les autres antécédents

Autres antécédents	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Asthme	12	5,3
Cardiopathie	3	1,3
Chirurgicaux	12	5,3
Diabète	10	4,4
Hémoglobinopathie	2	0,9
HTA	25	11,0
Aucun	164	71,9
Total	228	100.0

Dans notre étude 11% des patientes avaient une hypertension artérielle (HTA).

Tableau IX : Les méthodes de contraception que vous connaissez

Méthodes de contraception	Effectif (n=228)	Pourcentage (%)
Connaissance de la pilule		
Oui	125	54,8
Non	103	45,2
Connaissance des injectables		
Oui	122	53,5
Non	106	46,5
Connaissance des implants		
Oui	163	71,5
Non	65	28,5
Connaissance du DIU		
Oui	53	23,2
Non	175	76,8
Connaissance du diaphragme		
Oui	11	4,8
Non	217	95,2
Connaissance des préservatifs		
Oui	95	41,7
Non	133	58,3

La majorité des patientes connaissaient au moins une méthode contraceptive et dont les implants étaient la plus connues des autres méthodes contraceptives a 71,5%.

Tableau X : Les intérêts de la planification familiale

Intérêts de la planification familiale	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Contrôle des naissances	127	55,7
Espacement des naissances	21	9,2
Eviter une grossesse	71	31,1
Limitation des naissances	3	1,3
Lutte contre la stérilité	2	0,9
Lutte contre les IST /Sida	4	1,8
Total	228	100,0

Dans notre étude 55,7% des patientes avaient utilisé le planning familial pour contrôler les naissances.

Tableau XI : Le nombre idéal d'enfant pour un couple selon les femmes

Nombre idéal d'enfant pour un couple	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
2	2	0,9
4	19	8,3
5	49	21,5
6	53	23,2
7	47	20,6
8	42	18,4
9	1	0,4
10	15	6,6
Total	228	100,0

Dans notre étude 23,2% des couples désiraient six (6) enfants, avec une moyenne de 6,43 enfants, des extrêmes de 2 à 10 enfants et un écart type de 1,59.

Tableau XII : L'intervalle inter génésique idéal selon les femmes

Intervalle inter génésique idéal	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Moins de 2 ans	22	9,6
2 ans et plus	206	90,4
Total	228	100,0

Dans notre étude 90,4% des couples désiraient une grossesse chaque deux (2) ans ou plus.

Tableau XIII : Les inconvénients ou effets secondaire des méthodes contraceptives

Inconvénients ou effets secondaire	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Aménorrhée	102	44,7
Autres à préciser	3	1,3
Hyperm�norrh�e	5	2,2
Infécondité	32	14,0
Ménométrorragie	9	3,9
Métrorragie	34	14,9
Oubli	4	1,8
Prise de poids	3	1,3
S�cheresse vaginale	4	1,8
Vertiges	29	12,7
Vomissement	3	1,3
Total	228	100,0

L'aménorrhée était l'effet secondaire le plus retrouve dans 44,7% des cas.

Tableau XIV : Les barrières à la planification familiale

Barrières à la planification familiale	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Effets secondaires de la contraception	51	22,4
Je veux avoir des enfants / être enceinte	119	52,2
La religion n'autorise pas	11	4,8
Les méthodes contraceptives ne sont pas efficaces	1	0,4
Ma culture encourage à avoir plus d'enfants	11	4,8
Manque de satisfaction sexuel	4	1,8
Mon conjoint/ partenaire a désapprouvé	18	7,9
Raisons économiques	2	0,9
Rapports sexuels peu fréquents	11	4,8
Total	228	100,0

Dans notre étude 52,2% des patientes voulaient avoir des enfants/être enceinte.

Tableau XV : Les facteurs qui facilitent la planification familiale selon les femmes

Facteurs facilitants du planning familial	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Accès à la bonne sensibilisation	159	69,7
Accessibilité financière	18	7,9
Espacement des naissances	34	14,9
Mon conjoint/ partenaire approuve	9	3,9
Rapport sexuel fréquent	8	3,5
Total	228	100,0

Dans notre étude 69,7% des patientes considèrent accès à la bonne sensibilisation comme facteur facilitant.

Tableau XVII : Prévalence d'utilisation des méthodes contraceptives

Prévalence d'utilisation	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Oui	107	47,0
Non	121	53,0
Total	228	100,0

Dans notre étude la prévalence d'utilisation des méthodes contraceptive était de 47%.

l'utilisation des differentes methodes contraceptives

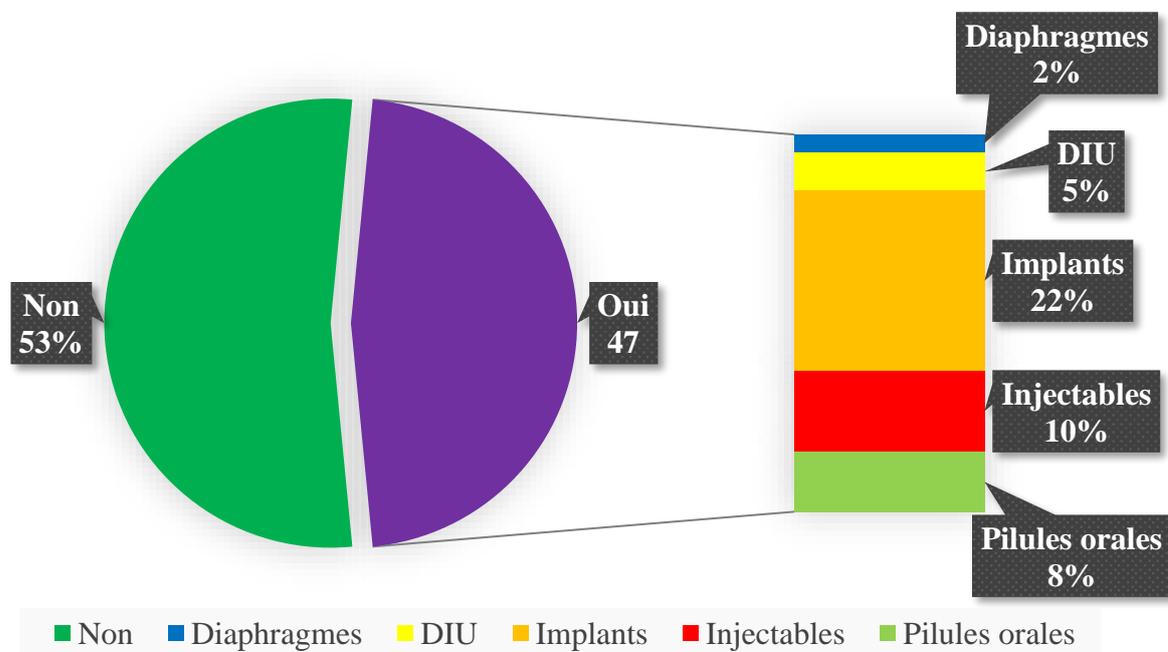


Figure 17 : L'utilisation des différentes méthodes contraceptives

Dans notre étude 22% des patientes avaient utilisé des implants contraceptifs.

Tableau XVIII : Les conseillers

Conseillers	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Agent de santé	117	51,3
Amie	5	2,2
Après réflexion personnelle	81	35,5
Mari	11	4,8
Médias	4	1,8
Parents	3	1,3
Inconnu	7	3,1
Total	228	100,0

Dans notre étude 51,3% des patientes avaient été conseillée par des agents de santé pour l'utilisation des méthodes contraceptives.

Tableau XVIII : La tranche d'âge et méthode contraceptive utilisée

Tranche d'âge	Méthode contraceptive utilisez-vous						Total
	Diaphragmes	DIU	Implants	Injectables	Pilules orales	Non	
Moins de 20	0	0	3	2	0	24	29
De 20 à 34	1	4	33	17	15	97	167
Plus de 34	0	7	9	4	2	10	32
Total	1	11	45	23	17	131	228

Khi² : 46,948 ddl : 15 p : 0,002

La valeur de p est inférieure à 0,05 ; on peut donc conclure qu'il y'a une relation significative entre la tranche d'âges et la méthode de contraception utilisée.

Tableau XIX : Le niveau d'instruction et méthode contraceptive utilisée

Niveau d'instruction	Méthode contraceptive utilisez-vous						Total
	Diaphragm es	DIU	Implants	Injectab les	Pilules orales	Non	
Primaire	0	5	22	9	7	40	83
Secondaire	2	3	13	7	5	28	58
Supérieur	1	0	6	5	2	9	23
École coranique	0	0	1	0	1	6	8
Non scolarisée	2	3	9	2	2	38	56
Total	5	11	51	23	17	121	228

Khi² : 19,989 ddl : 20 p : 0,459

La valeur de p est supérieure à 0,05 ; donc il n'y a pas de différence significative entre le niveau d'instruction et la méthode de contraception utilisée.

Tableau XIX : Le statut matrimonial et méthode contraceptive utilisée

Statut matrimonial	Méthode contraceptive utilisez-vous						Total
	Diaphragm es	DIU	Implants	Injectab les	Pilules orales	Non	
Célibataire	1	0	3	2	2	16	24
Mariée	3	10	44	19	15	99	190
Divorcée	1	1	2	1	0	4	9
Veuve	0	0	2	1	0	2	5
Total	5	11	51	23	17	121	228

Khi² : 10,977 ddl : 15 p : 0,754

La valeur de p est supérieure à 0,05 ; donc il n'y a pas de différence significative entre le statut matrimonial et la méthode de contraception utilisée.

Tableau XXI : Les inconvénients ou effets secondaire des méthodes contraceptives et méthode contraceptive utilisée

Effets secondaires des méthodes contraceptives	Méthode contraceptive utilisez-vous						Total
	Diaphragmes	DIU	Implants	Injectables	Pilules orales	Non	
Aménorrhée	3	6	26	12	9	46	102
Hyperménorrhée	0	0	0	0	0	5	5
Infécondité	2	2	7	2	3	16	32
Ménométrorragie	0	0	3	0	1	5	9
Métrorragie	0	2	5	6	2	19	34
Oubli	0	0	0	0	0	4	4
Prise de poids	0	0	2	0	0	1	3
Sècheresse vaginale	0	0	0	0	0	4	4
Vertiges	0	1	7	3	2	16	29
Vomissement	0	0	0	0	0	3	3
Autres à préciser	0	0	1	0	0	2	3
Total	5	11	51	23	17	121	228

Khi² : 31,495 ddl : 50 p : 0,981

La valeur de p est supérieure à 0,05 ; on peut donc conclure qu'il y'a pas de différence significative entre les inconvénients ou effets secondaire des méthodes contraceptives et la méthode de contraception utilisée.

Tableau XXII : Les barrières à la planification familiale et méthode contraceptive utilisée

Les barrières du planning familial	Méthode contraceptive utilisez-vous						Total
	Diaphragmes	DIU	Implants	Injectables	Pilules orales	Non	
Effets secondaires	1	4	13	6	3	24	51
Être enceinte	2	5	27	11	9	65	119
Religion n'autorise pas	1	0	3	1	1	5	11
Inefficaces	0	0	0	0	0	1	1
Culture encourage à avoir plus d'enfants	1	2	2	1	0	5	11
Manque de satisfaction sexuel	0	0	1	1	0	2	4
Conjoint/partenaire désapprouvé	0	0	3	0	1	14	18
Raisons économiques	0	0	1	1	0	0	2
Rapports sexuels peu fréquents	0	0	1	2	3	5	11
Total	5	11	51	23	17	121	228

Khi² : 34,260 ddl : 40 p : 0,726

La valeur de p est supérieure à 0,05 ; on peut donc conclure qu'il y'a pas de différence significative entre les barrières à la planification familiale et la méthode de contraception utilisée.

Tableau XXIII : Les facteurs qui facilitent la planification familiale et méthode contraceptive utilisée

Facteurs	Méthode contraceptive utilisez-vous						Total
	Diaphragmes	DIU	Implants	Injectables	Pilules orales	Non	
Accès à la bonne sensibilisation	4	11	32	18	11	83	159
Accessibilité financière	0	0	4	2	1	11	18
Espacement des naissances	1	0	9	2	4	18	34
Mon conjoint/partenaire approuve	0	0	1	1	0	7	9
Rapport sexuel fréquent	0	0	5	0	1	2	8
Total	5	11	51	23	17	121	228

Khi² : 18,662 ddl : 20 p : 0,544

La valeur de p est supérieure à 0,05 ; on peut donc conclure qu'il y'a pas de différence significative entre les facteurs qui facilitent la planification familiale et la méthode de contraception utilisée.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

VI.1. Aspect Méthodologique :

Nous avons mené une étude transversale descriptive pourtant sur 228 femmes allaitantes du centre de santé communautaire de kalaban coro.

VI.2. Caractères sociodémographiques :

VI.2.1. Age :

Dans notre étude la majorité des femmes avaient une tranche d'âge compris entre 20-34ans soit 73,3%. La plus jeune avait 15 ans ; l'âge moyen était de 27,24ans avec un écart type a 6,622. La plus âge de notre étude avait 50ans.

Sango S (17) trouve que la majorité des femmes en âge de procréer avait un âge inferieur a 30 ans soit 68,3% en 1996 en commune IV du district de Bamako.

M Yamoussa dit Balla BOUARE trouve que la plupart des femmes en âge de procréer avaient moins de 30ans (38,2%) en 2018 en commune I de Bamako (18).

VI.2.2. Milieu de résidence :

La majorité de femmes résidait en milieu urbain soit 95%. L'accessibilité au centre était facile pour elle.

VI.2.3. Religion :

La communauté musulmane était la plus représentée avec 82%contre 18% pour la religion chrétienne.

VI.2.4. Niveau d'instruction :

Les femmes qui avaient au moins un niveau d'étude primaire étaient la plus représentée 36 ,4% contre 24,6% non scolarise. Le niveau d'école coranique était la plus faible représentée avec 3,5%.

La fréquentation des services de PF par les femmes instruites témoigne de leurs occupations autres qu'avoir des enfants.

Sango S trouve que 69,5% des femmes avaient au moins un niveau fondamental en 1996 en commune IV de Bamako (17).

Ali K trouve 41,3% des femmes avaient au moins un niveau d'étude primaire contre 23,9% non scolarise (19).

VI.2.5. Statut matrimoniale :

Les femmes mariées représentaient 83%, les célibataires 11%, les divorcées 4%, les veuves 2%.

Les célibataires et les divorces avaient honte de parler de la sexualité avec les enquêteurs. Elles préfèrent se planifier auprès des officines par les formes orales ou injectables.

Notre résultat est semblable à celui de Sango S (18) trouve 71,0% des femmes étaient mariées en C IV du district de Bamako ; et à celui de Yamoussa Balla BOUARE avec 72,86% (18) en 2018 en C I de Bamako.

VI.2.6. Cycle menstruel :

La majorité des femmes qui avaient un cycle régulier 85% dont 76,8% avaient une durée comprise entre 24-35 jours contre 15% à cycle irrégulier.

Certaines méthodes contraceptives requièrent la régularisation du cycle menstruel pour son utilisation (le collier).

VI.2.7. Source d'information :

Les agents de santé (51,3%) étaient les principales sources d'information des femmes d'après notre étude ensuite viennent la réflexion personnelle 35,5%.

Résultat semblable à celui de Yamoussa Balla BOUARE dont les femmes avaient comme source d'information les personnels médicales 42,2% en 2018 commune I de Bamako (18).

VI.3. Antécédents :

La majorité des femmes étaient des multipares avec un nombre maximum d'enfant à 8 enfants.

Les primigestes représentaient 21,5% de la population étudiées.

Dans notre étude la majorité des femmes avaient 2 enfants vivants 25,9%. Au total les femmes ayant moins de 6 enfants étaient les plus représentées 93,8% et celle ayant 6 enfants au plus 6,2%.

Parmi elles 40 femmes avaient au moins 2 enfants décédés soit 17,6%.

L'avortement concernait 16% des femmes dont 14% étaient spontanés et 2% provoqués.

La majorité des femmes n'avaient pas d'ATCD gynécologique et l'HTA était la principale antécédant médicale observée chez les femmes soit 11%.

L'IIG variait de 1 an à 6 ans chez les femmes multipares, dont 56,6% avaient un intervalle intergénéral de 2 ans et plus.

VI.4. L'utilisation de la planification familiale :

La prévalence d'utilisation des méthodes contraceptives dans notre étude était de 47%.

Cela confirme les résultats de SIDIBE I qui avait retrouvé 46,7% des services de PF par les usagers en 2015(20).

Notre taux de prévalence était élevé comparé au taux national en 2018 selon EDSM VI qui était de 17 % et les méthodes utilisées étaient moderne 16 % contre 1 % pour les méthodes traditionnelles. Parmi les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées figuraient les implants (7 %) et les injectables (6 %) **(6)**.

Dans notre étude la méthode la plus utilisée étaient les implants (22%) suivit des injectables (10%), de la pilule orale (8%), DIU (5%), et enfin le diaphragme (2%).

DES Dr CISSE Rakki M'Baye trouve que l'implant a été la méthode la plus utilisée avec 55,6% suivie de l'injectable avec 29,6% dans une étude 2021**(21)**.

Tandis que dans la série de Sidibé I., la pilule était la plus utilisée soit 48,0% suivie de contraceptif injectable soit 40,0% et le Norplan soit 22,0% **(20)**.

Dans notre étude seul l'âge influencent sur les méthodes contraceptives utilisées par les femmes. Le niveau d'instruction, les effets secondaires, les barrières, les facteurs facilitants la planification familiale et le statut matrimonial n'influencent pas sur les méthodes contraceptives utilisées par les femmes.

VI.5. Connaissance en planification familiale :

La majorité des femmes pouvaient citer au moins une méthode contraceptive moderne. La méthode la moins connue étant le diaphragme 4,8% et la plus connue étant les implants 71,5% des femmes.

Sango S. a trouvé que 99,7% des femmes connaissaient au moins une méthode contraceptive en 1996 à Bamako en commune IV **(17)**.

Zalha Sani M a trouvé que 94,2% des femmes connaissaient au moins une méthode contraceptive moderne en 2004 au Burkina Faso **(22)**.

Kodjogbé N. et collaborateurs ont trouvé que 91% des femmes connaissaient une méthode contraceptive moderne en 2001 au Bénin **(23)**.

Auteurs	Pays	Niveau de connaissance
Nicaisse KODJOGBE	Bénin	91%
Zalha	Burkina Faso	94,2%
Sango S	Mali	99,6%
EDSM III	Mali	78% (6)

Dans notre étude 55,7% des femmes utilise les méthodes contraceptives pour contrôler les naissances et ensuite pour éviter une grossesse 31,1%. La lutte contre la stérilité est l'intérêt la moins connue par les femmes 0,9%.

Le nombre idéal d'enfant le plus citer dans notre étude était 6 enfants 23,2% des femmes. Au total les femmes qui considéraient un nombre idéal d'enfant entre 5-8 (83,7%).

L'IIG idéal pour la majorité des femmes dans notre étude était de 2 ans au plus a 90,4%. EDSM VI affirme qu'environ trois femmes sur dix (28%) souhaiteraient espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans (6).

L'aménorrhée était l'effet secondaire la plus retrouve 44,7%, vient ensuite la métrorragie 14,9%.

VI.6. Barrières à la planification familiale :

Dans notre étude parmi les différentes barrières à la PF, la majorité des femmes avaient comme principale barrière le désir d'avoir des enfants et être enceinte avec 52,2% suivit par la crainte des effets secondaires 22,4%, le désaccord du partenaire 7,9%, l'opposition de la religion, de la culture et la fréquence des rapports sexuel étaient représentés à part égal 4,8%.

Ali k. 2021 trouve que 50% des causes d'abandon de la PF était dû à l'opposition du mari, suivit par le désir d'enfant 21,4%, les effets secondaires 17,9% et sans raison 10,7% (19).

VI.7. Facteurs facilitants l'utilisation de la PF :

Notre étude nous révèle que la majorité des femmes considérait que l'accès à la bonne sensibilisation 69,7% était le facteur principal ; suivit par son intérêt d'espacer les naissances 14,9% ; l'accessibilité financière 7,9% ; l'accord du partenaire 3,9% et enfin la fréquence des rapport sexuel 3,5%.

VII. CONCLUSION ET RECOMMADATIONS

VII.1. CONCLUSION :

Au terme de notre étude la majorité des femmes allaitantes du CScCom de kalaban coro connaissaient au moins une méthode contraceptive et le sens donné à la PF était dominé par le contrôle des naissances.

Les méthodes contraceptives les plus connues ont été les implants, les injectables, et les méthodes orales.

Les effets secondaires les plus cités par les femmes étaient l'aménorrhée et la métrorragie.

Globalement le niveau de connaissance des femmes des méthodes contraceptives était bon avec un taux d'utilisation élevé par rapport au taux national.

Cependant la principale barrière à la PF était le désir des femmes à avoir des enfants et être enceinte ; et le principal facteur facilitant était l'accès à la sensibilisation des femmes pour une meilleure acceptation de la planification familiale.

VII.2. RECOMMADATIONS :

Au Ministère de la Santé :

- Créer un cadre de collaboration entre les ONG opérant dans le secteur de la PF avec les services publics.
- Mettre les prestataires dans les conditions optimales.
- Renforcer les capacités en matière de PF des agents quelle qu'en soit la catégorie ;
- Mettre à la disposition des prestataires les infrastructures adéquates afin de leur permettre un suivi plus adéquat des clientes ;
- Assurer la disponibilité effective de toutes les méthodes contraceptives disponibles au Mali au sein des différentes unités PF ;
- Maintenir les campagnes de sensibilisation sur la PF et encourager les campagnes de « planification gratuit ».

Au Ministère de l'éducation :

- Inscrire dans les programmes scolaires des cours de « planification familiale » afin de permettre aux jeunes générations de contrôler le nombre de leur descendance en toute responsabilité.

Aux Prestataires :

- Renforcer les causeries éducatives relatives à la planification familiale avec les femmes pendant les CPN et les séances de vaccination ;
- Elargir la sensibilité au couple en vue de faciliter l'accès aux services de la planification par les femmes ;
- Accueillir cordialement les clientes dans les services PF;
- Garantir la confidentialité dans l'offre des services de PF.

Aux Associations Féminines :

- Organiser des causeries-débats pour assurer une mise à niveau des connaissances sur la PF et sur la santé de reproduction en général.
- Mettre en place un réseau des femmes de partage et de recherche d'informations sur la planification familiale.
- Faire régulièrement des rencontres et des négociations avec des autorités locales, les Chefs traditionnels et les leaders d'opinion afin de faciliter la collaboration des agents de santé avec la communauté.

A l'adresse de la population :

- Fréquenter les services de planification familiale ;

- Discuter régulièrement avec les agents de santé de vos préoccupations en matière de la planification familiale ;
- Impliquer les hommes afin que les femmes puissent utiliser d'avantage les méthodes contraceptives modernes ;
- Eviter les grossesses rapprochées et non désirées en utilisant les méthodes contraceptives qui vous conviennent au mieux.

VIII. REFERENCES

REFERENCES :

- (1) Manuel de référence PF du post partum et du post abortum -PNSME. Formation des prestataires de sante en planification familiale. Cote d'ivoire. Décembre 2018.P :4.
- (2) Organisation mondiale de la sante. Statistiques sanitaires mondiales. Février 2014 Genève.
- (3) Organisation mondiale de la sante. Planification familial juin 2018 [https://www.who.int/reproductive Health/to pics /family planning/fr](https://www.who.int/reproductive-health/to-pics/family-planning/fr) (version francaise consultee le 20 07 2023).
- (4) Kantorova Wheldon MC, Eefing P, Dasgupta ANZ. Estimating progress towards meeting femes' contraceptive needs in 185 countries. (2020).
- (5) Bijlmakers I, carr_hill R, umdia S, et Col, la coopération Mali Néerlandaise et Crystal. Pratique contraceptive et contribution des activités de planifications familiales au Mali.2012.
- (6) 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.
- (7) A. Black- N. Fleming – H. Pymar, T. Brown, - T. Smith. Consensus Canadien sur la contraception. Mars 2004– N° 143.
- (8) TRAORE S.M, BALLO M, Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI et ORC Macro). Enquête Démographique et de Santé au Mali. 2001. 63, 64, 70, 72, 98, 103p
- (9) D. FRANCOEUR, L. HANVEY, R. MILLER, H. PYMAR. Consensus Canadien sur la Contraception. Avril 2003. Chapitre 8, Troisième partie de trois : Page N°143.
- (10) Alexander Rath, Shutterstock, Larousse médical : Le petit LAROUSSE de la médecine édition. Belgique 2010 ; p :63.
- (11) Traore ; Konaté. M. K ; Startorton. C. Enquête démographique de la sante (EDSI) au mali 1987.
- (12) Boubacar M. Etude épidémio-clinique du planning familial : Enquête auprès de 206 utilisatrices au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako d'Avril à Juin 2003. Thèse médecine, Bamako 2003, n°183.
- (13) Ministère de la santé publique et des affaires sociales. Projet de développement sanitaire : Stratégie nationale en planification familiale et en IEC. Juin 2019. P :49.
- (14) Sango. S. Contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako. 1996.Thèse Médecine, Bamako, N°32.

- (15) R. Miller- L. Hanvey. Consensus Canadien sur la contraception. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Avril 2004.Chapitre 9 – page 143.
- (16) Présidence de la République. Loi N°02 44 du 24 juin 2002 relative à la santé de la reproduction. Article 14.
- (17) Sango SANOUSSI. Contribution a l'étude de la PF dans la commune IV du district de Bamako. Thèse en médecine. Bamako 1996 n96-M-32.
- (18)M Yamoussa dit Balla BOUARE. Problématique de la planification familiale au centre de sante de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse en médecine. Bamako 2018 n18-M-96.
- (19) Ali KONATE. Problématique de la planification familiale en commune IV du District de Bamako. Thèse de médecine. Bamako 2019 2021 n19-M-100.
- (20) SIDIBE I. connaissances, attitudes et pratiques comportementales des ménages de la commune urbaine de Yanfolila en matière de PF. Thèse en médecine. Université de Bamako 2015 n15-M-89.
- (21) DES DR Rakki M'Baye CISSE. Evaluation des Connaissances, Attitudes et Pratiques du Comité de Femmes Utilisatrices des Services du Centre de Santé Communautaire de Doumanzana en matière de Planification Familiale. Mémoire en médecine. Bamako 2021 n21-M-87.
- (22) 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
- (23) Kodjogbé N. Enquête démographique sur la santé au Bénin 2ème édition,2003.

IX. ANNEXES

ANNEXE

XI.1. Agenda d'étude

Activités	Chronogramme																											
	M1				M2				M3				M4				M5				M6							
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Revue de la littérature																												
Rédaction du protocole de thèse																												
Correction du protocole																												
Rencontre d'information avec le conseil d'administration de l'ASACO																												
Rencontre d'information du personnel technique																												

IX.2. Fiche d'enquête/ questionnaire d'entretien individuel

N°	Questions	Modalités de réponse	Réponse de l'enquêtée	Observations
A- Caractéristiques socio-démographiques de l'enquêtée				
A001	Quel est votre Age en année ?		/___/	
A002	Quel est votre Milieu de résidence ?	1 : urbain, 2 : rural	/___/	Choix unique de réponse
A003	Quel est votre Religion ?	1 : Musulmane ; 2 : chrétienne ; 3 : Autre à préciser	/___/	Choix unique de réponse
A004	Quel est votre Niveau d'instruction ?	1 : non scolarisée ; 2 : primaire ; 3 : secondaire ; 4 : supérieur	/___/	Choix unique de réponse
A005	Quel est votre Statut matrimonial ?	1 : Célibataire ; 2 : Mariée ; 3 : Divorcée ; 4 : Veuve	/___/	Choix unique de réponse
B- Antécédents obstétricaux de l'enquêtée				
B001	Gestité		/___/	Inscrire le nombre
B002	Parité		/___/	
B003	Nombre d'enfant vivant		/___/	
B004	Nombre d'enfant décédé		/___/	
B005	Intervalle inter gésésique		/___/	
B006	Avez-vous fait un avortement	1 : oui 2 : non	/___/	Choix unique de réponse
B007	Si oui, quel type d'avortement	1 : spontané 2 : provoqué	/___/	Choix unique de réponse
C- Antécédent gynécologiques				

C001	Cycle menstruel	1 : régulier 2 : irrégulier	/___/	Choix unique de réponse
C002	Durée du cycle	1 : moins de 24 jours ; 2 : 24 à 35 jours ; 3 : plus de 35 jours	/___/	Choix unique de réponse
C003	Dysménorrhée	1 : oui 2 : non	/___/	Choix unique de réponse
C004	Dysurie	1 : oui 2 : non	/___/	Choix unique de réponse
C005	Leucorrhée	1 : oui 2 : non	/___/	Choix unique de réponse
C006	Prurit	1 : oui 2 : non	/___/	Choix unique de réponse
C007	Autres antécédents	1 : Diabète 2 : HTA 3 : Asthme 4 : Hémoglobinopathie 5 : Cardiopathie 6 : Chirurgicaux 7 : Autre à préciser	/___/ /___/ /___/ /___/	Plusieurs réponses possible (inscrire le ou les numéros des réponses correspondants dans les réservées à cet effet
D- Connaissances en matière de planification familiale				
D001	Quels sont les méthodes de contraception que vous connaissez	1 : Pilules orales 2 : Injectables, 3 : Implants ; 4 : DIU 5 : Diaphragmes 6 : Préservatif 7 : Autre à préciser	/___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/	Plusieurs réponses possible (inscrire le ou les numéros des réponses correspondants dans les

				réservées à cet effet
D002	Selon vous, quels sont les intérêts de la planification familiale	1 : Contrôle des naissances : 2 : Lutte contre la stérilité 3 : Lutte contre les IST /Sida 4 : Eviter une grossesse 5 : Espacement des naissances 6: Limitation des naissances 7 : Autre à préciser	/___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/	Plusieurs réponses possible (inscrire le ou les numéros des réponses correspondants dans les réservées à cet effet
D003	Quel est le nombre idéal d'enfant pour le couple selon vous ?		/___/	
D004	Selon vous, quel est l'intervalle inter génésique idéal ?	1 : moins de 2 ans 2 : 2 ans et plus	/___/	Choix unique de réponse
D005	Selon vous, quels les inconvénients ou effets secondaire des méthodes contraceptives	1 : Vertiges 2 : Aménorrhée 3 : Métrorragie 4 : Vomissement 5 : Infécondité 6 : Ménométrorragie 7 : Prise de poids 8 : Sècheresse vaginale 9 : Oubli	/___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/	Plusieurs réponses possible (inscrire le ou les numéros des réponses correspondants dans les réservées à cet effet

	planification familiale selon vous ?	2 : Espacement des naissances 3 : Accessibilité financière 4 : Rapport sexuel fréquent 5 : Mon conjoint/ partenaire approuve 6 :Autres raisons	/___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/	(inscrire le ou les numéros des réponses correspondants dans les réservées à cet effet
D008	Utilisez-vous actuellement une méthode de contraception ?	1 : Oui 2 : Non	/___/	Choix unique de réponse
D009	Si oui, quelle méthode contraceptive utilisez-vous ?	1 : Pilules orales 2 : Injectables, 3 : Implants ; 4 : DIU 5 : Diaphragmes 6 : Préservatif 7 : Autre à préciser	/___/	Choix unique de réponse
D009	Si oui, qui vous a conseillé ?	1 :Après réflexion personnelle 2 : Parents 3 : Amie 4 : Voisin 5 : Mari 6 : Agent de santé 7 : Médias 8 : Autres à préciser	/___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/	Plusieurs réponses possible (inscrire le ou les numéros des réponses correspondants dans les réservées à cet effet

IX.3. Fiche signalétique

Nom : **KEITA**

Prénom : **Oumou**

Titre : obstacles et facteurs facilitants l'utilisation de la planification familiale chez les femmes au CSCom de kalaban coro du District de Bamako.

Année : 2023-2024

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Santé publique/Santé communautaire /Santé de la reproduction et Gynécologie-obstétrique

Résumé :

Nous avons effectué une étude transversale descriptive sur les activités de la PF de mai à octobre 2023 dans le centre de santé communautaire de kalaban coro du district de Bamako.

Il faut noter que malgré la disponibilité des méthodes contraceptives et l'implication de l'autorité en matière de la planification familiale (PF), la prévalence contraceptive reste encore faible dans notre pays 17%.

Au cours de notre enquête nous avons pris un échantillon de 228 femmes allaitantes vu lors des programmes de vaccinations.

Nous avons 47% des femmes utilisatrices des méthodes contraceptives, dont 22% utilisent l'implants, 10% l'injectable, 7% la Pilule, 5% le dispositif intra-utérin, 2% diaphragmes.

Au cours de notre enquête nous avons enregistré pour des raisons désir de grossesse 52,2%, la crainte des effets secondaires 22,4%, opposition du mari 7,9%, l'opposition de la religion 4,8%, de la culture 4,8% et de la fréquence des rapports sexuels 4,8% comme les barrières à la PF.

L'accès à la bonne sensibilisation 69,7%, l'espacement des naissances 14,9%, l'accord du partenaire 3,9% sont les principaux facteurs pouvant influencer sur l'acceptation de la PF d'après notre étude.

Les activités de la PF sont satisfaisantes sur le plan de la performance et passable sur le plan de véhiculer l'information.

Mots clés : planification familiale, barrières, facteurs facilitants.

IX.4. 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 !