

Ministère de l'enseignement supérieur
Et de la recherche scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



Université des Sciences, des Techniques et
Des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
(F.M.O.S.)

Année universitaire : 2023-2024

N°.....

Thèse

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES FEMMES SUR LES EFFETS SECONDAIRES DES METHODES CONTRACEPTIVES A L'HOPITAL DE DISTRICT DE LA COMMUNE II DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le 26/12/2024

Devant le jury de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Par :

Mme. Gakou Koudeidiatou

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

JURY

Président : M. Soumana Oumar TRAORE, Maître de conférences agrégée

Membres : M. Saleck DOUMBIA, Gynécologue obstétricien

Co-directeur : M. Issa GOITA, Maître-Assistant

Directeur : M. Alassane TRAORE, Maître de conférences

DEDICACE :

BISSIMILLAH-RAHMANI-RAHIM

Au nom d'**ALLAH, le TOUT MISERICORDIEUX, le TRES MISERICORDIEUX.**

« GLOIRE à TOI ! Nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est toi l'omniscient, le sage ». Merci de m'avoir donné la force, la volonté et le courage de terminer ainsi mes études et de pouvoir présenter ma thèse.

Je vous dois ce que je suis devenu.

Louanges et remerciement pour votre clémence et miséricorde.

A notre **Prophète MOHAMED** : Salut et paix sur lui, à toute sa famille, à tous ces compagnons et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

A MA MERE : Bintou Guissé

A cette brave, croyante, joviale, généreuse, sociable, vigilante et dynamique Dame, ma maman d'amour je n'ai aucun mot pour exprimer ce que je ressens en ce moment en te dédiant ce travail, juste merci pour tes nuits blanches, tes prières, ton encouragement, ton accompagnement qui n'a jamais fait défaut.

Vous avez su être une mère et père à la foi pour nous quand il a fallu dans la dignité et l'honneur **merci** pour ça. Je prie qu'ALLAH SWT vous donne une très longue vie remplie de sante et me donne la force de vous combler d'avantage AMINE.

A MON PERE : Feu Cheick Hamed Tidiane Gakou

Un chef de famille digne de ce nom, un homme pieux, jovial, généreux, surtout surprotecteur. Cher Père je n'ai pas de dette envers vous, vous m'avez tous donnés, tous ce qu'un enfant peut s'attendre de ces parents pour être compter parmi les meilleurs d'ici-bas et haut delà. Malgré que vous n'étiez pas riche, notre éducation, enseignement sur notre religion, protection, épanouissement n'ont jamais fait défaut. Depuis que j'ai eu cette passion vous avez toujours été là par des accompagnements et encouragement j'aurai tant aimé que vous soyez présent pour voir votre Doctoresse en médecine que vous avez créé mais Dieu en a voulu autrement et je lui remercie, je sais que là où vous êtes ; vous êtes fier de moi, ce travail est le tien mon Papoune d'Amour. Qu'ALLAH SWT vous réserve Aldjanna Firdaws.

A MES FRERES ET SŒURS : Adam Diane, Aissata Gakou, Oumou Gakou, Modibo Gakou, Abdoulaye Gakou, Sadio Boundi

Mon plus grand bonheur c'est de vous avoir dans ma vie je ne vous changerais en rien au monde vous avez toujours été là durant toute ces années, à ma grande sœur Adam qui était à l'étranger mais toujours près du cœur par des encouragements sans arrêt que ce lien de fraternité nous unisse jusqu' ALDJANA FIRDAWS AMINE

Très heureuse en vous dédiant ce travail.

A Tonton Soumeila Guissé, Tante Alimatou Camara et la Famille Guissé

Vous avez été ma famille d'accueil, tonton Soumeila vous avez été une très grande aide pour moi financièrement et moralement seul un père est capable de faire tous ce que vous avez fait pour moi, je vous dédie ce travail qu'ALLAH vous récompense. AMINE.

A MON FIANCE : Mohamed Dabo

Un homme pieux, respectueux, courageux, compréhensif et très patient.

A ce grand homme qui m'as tant aimé en ALLAH, qui m'as rendue fière de moi-même qui m'as surtout respecté et toujours soutenue moralement et financièrement, tu as toujours été d'une aide immensurable que je n'imaginai pas durant toutes ces années. Qu'Allah SWT fortifie notre amour, qu'il nous permet de former une famille pieuse et enfin nous unissent jusqu' ALDJANA FIDAWS AMINE.

Ce travail est le tien mon bien aimé.

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements :

Au Tout-Puissant, Créateur des cieux et de la terre, le très clément. Merci de m'avoir accordé la vie, le savoir et la patience de terminer l'une des tâches importantes de ma vie. Garde nous sous votre protection divine et oriente-nous sur le bon chemin.

A L'ensemble des professeurs de la FMOS :

A tous nos maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako pour la qualité des enseignements que vous nous avez prodigués tout au long de notre formation. Soyez rassurés, que je rendrai à vos enfants, « l'instruction que j'ai reçue de leurs pères ».

A TONTON ALOU N DJAYE ET SA FAMILLE :

Un homme de parole exact ! Tonton vous avez toujours été un papa pour nous et durant toutes ces longues années votre présence n'a pas manqué, permettez-moi de vous remercier pour tous qu'Allah vous donne une très longue vie remplie de santé auprès de nous chers Tonton.

Tante Kadia Sangho et la famille sangho :

Votre accompagnement, encouragement et conseil n'ont pas fait défaut, merci pour tous qu'Allah vous récompense. AMINE

A MA PETITE FAMILLE AU POINT G : Ibrahim Traore, Ismaeil Sidibe, Boubacar Bah, Adama Dembele, Fatoumata Camara, Sanata Traore, Djita Sidibe, Sadio Kouyate, Bintou Kane, Aichatou Traore, Rokiatou Diarra

Une famille qu'on a eu à construire et fortifiée d'amour, vos accompagnements, encouragements, conseil, joie de vivre, soutien m'ont aidé à surmonter tous ces difficultés durant toutes ces années, les mots me manquent pour vous remercier vous êtes plus que des camarades mais une famille ce travail est de notre et vivement pour chacun de vous tous qu'ALLAH y mette des barakas et nous unissent à jamais. AMINE.

A mon responsable de classe et toute ma promotion du numerus clausus :

Merci pour votre accompagnement et tous ces moments de joie.

A l'Amicale des Etudiants Ressortissants de la Région de Ségou et Sympathisants (AMERS)

Au Chef de service de la gynéco obstétrique de la commune II : Seydou Z Dao

Vous m'avez accueilli les bras ouverts dans votre service. Je ne vous remercierai jamais assez de votre grande disponibilité. Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

A tous les médecins gynéco obstétrique de la CII :

A tous les médecins de garde de la gynéco obstétrique de la CII

A tous mes collègues internes du service de la gynéco obstétrique de la CII

A toutes les sages-femmes, Infirmières obstétriciennes, Aide-soignante

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY :

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- **Maître de conférences agrégé en Gynécologie-obstétrique à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie du Mali,**
- **Praticien Hospitalier au centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Certifié en Programme GESTA International (SOGC).**
- **Leaders d'Option locale de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako.**
- **Enseignant chercheur**

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. L'intégrité, l'assiduité, le sens élevé de la responsabilité, le souci constant du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration. Vous avez cultivé en nous l'amour du travail bien fait. Veuillez accepter cher maître, l'expression de notre plus haute considération. Puisse dieu vous garder encore pendant longtemps à nos côtés, et vous accorder santé et prospérité.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Dr Saleck DOUMBIA

- **Gynécologue-Obstétricien**
- **Praticien hospitalier au CSREF de la Commune V**
- **Détenteur d'un Master en Coloscopie obtenu en Algérie**
- **Détenteur d'un Diplôme Universitaire (DU) en Epidémiologie Biostatistique à l'institut Africain de Santé Publique**
- **Détenteur d'un certificat en Rédaction Scientifique**
- **Détenteur d'un diplôme Universitaire (DU) en VIH/TB**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail.

Vous nous avez honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Nous sommes très touchés par votre dynamisme, votre courage, votre modestie et votre amour pour le travail bien fait. Recevez ici cher maitre l'expression de notre profond respect.

Puisse Dieu vous comblez de ces bienfaits.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR :

Dr Goïta Issa Souleymane

- **Maitre-assistant à la FMOS/ USTTB**
- **Spécialiste en Médecine de famille/médecine communautaire**
- **Diplôme universitaire en drépanocytose**
- **Diplôme universitaire en gestion et analyse des données de santé**

Cher Maître, l'opportunité nous est donnée de vous faire part de la grande estime et admiration que nous portons à votre égard. Votre disponibilité et votre sympathie ont accompagné la réalisation de ce travail. Votre ardeur au travail, votre dévouement, l'amour du travail bien fait, le souci constant et permanent de la formation, votre expérience et votre compétence nous ont marqué et font de vous un modèle pour nous.

Puisse Dieu vous accompagner au sommet de vos ambitions.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Pr Alassane TRAORE

- **Maitre de conférences de Gynécologie Obstétrique à la FMOS,**
- **Praticien hospitalier à l'Hôpital du Mali,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**

Cher maître, nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail que vous avez guidé minutieusement. La qualité de votre enseignement et votre grande culture scientifique ont permis de rehausser la qualité de ce travail.

Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand scientifique.

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

Puisse Dieu vous accompagner au sommet de vos ambitions.

LISTE DES ABREVIATIONS

CAT	Conduite à tenir
DIU	Dispositif intra utérine
FMOS	Faculté de médecine et d'odontostomatologie
IST	Infection sexuellement transmissible
OMS	Organisation mondiale de la santé
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
WHO	World health organization

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Méthodes modernes de contraception 7

Figure 2 : Carte sanitaire de la Commune II du District de Bamako 20

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Situation des STRUCTURES DE SANTE de la Commune II.	19
Tableau II : Répartition des participantes selon les caractéristiques socio-démographiques...	25
Tableau III : Répartition des participantes selon la parité et l'intervalle inter génésique.	26
Tableau IV : Répartition des participantes selon la connaissance sur les effets secondaires de la contraception.	27
Tableau V : Répartition de nos participantes selon leur vécu d'effets secondaires des méthodes de contraception.	28
Tableau VI : Répartition de nos participantes selon leurs attitudes face aux effets secondaires des méthodes contraceptifs.....	29
Tableau VII : Répartition de nos participantes selon leurs pratiques faces aux effets secondaires.	30

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
Objectifs	3
2.1. Objectif général :	3
2.2. Objectifs spécifiques :	3
GÉNÉRALITÉS	4
3.1. Définitions des concepts :	4
3.2. Historique de la contraception dans le monde :	4
3.3 Historique de la Planification familiale au Mali :	5
3.4. Méthodes de contraceptions [13] :	7
3.4.1. Les contraceptifs oraux ou pilules :	7
3.4.2. Les contraceptifs injectables :	8
3.4.3. La contraception mécanique :	9
3.4.4. Les autres méthodes modernes	12
3.4.5. Les méthodes naturelles :	16
MÉTHODOLOGIE	18
4.1. Cadre d'étude :	18
4.2. Type et période d'étude :	21
4.3. Variables mesurées :	21
4.4. Population d'étude :	22
4.4.1. Critère d'inclusion : ont été incluses dans notre étude	22
4.4.2. Critères de non inclusion : N'ont pas été incluses dans notre étude	22
4.5 Technique et outils de collecte des données :	22
4.6 Déroulement de l'étude :	23
4.7 Définitions opératoires :	23
RESULTATS	25
5.1. Caractéristiques socio-démographiques :	25
5.2. Antécédents obstétricaux :	26
5.3. Connaissances sur les effets secondaires de la contraception :	27
5.4. Vécu d'effets secondaires :	28
5.5. Attitudes-pratiques faces aux effets secondaires :	29
Commentaires et discussion	31
Conclusion	34
Recommandations	35
Références	36
Fiche signalétique	38

ANNEXES :	42
FICHE D'ENQUÊTE :	42

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la contraception est définie comme l'emploi d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures visant à réduire la probabilité de conception ou à l'éviter [1].

Ainsi, elle fait référence aux méthodes temporaires et réversibles et elle s'oppose à la stérilité [1].

D'après les politiques normes et procédures du Mali, la contraception englobe tous les moyens et techniques médicaux ou non, accessibles aux individus et aux couples, afin de garantir une sexualité responsable, en évitant les grossesses non désirées, en espaçant les naissances et en ayant le nombre d'enfants souhaité au moment opportun [2].

En 2019, sur 1,9 milliard de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dans le monde, elles étaient 1,1 milliard à avoir besoin de planification familiale ; parmi celles-ci, 842 millions utilisent des méthodes de contraception, et 270 millions n'avaient pas accès à la contraception dont elles ont besoin [3,4].

La proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) utilisant des méthodes modernes de planification familiale selon l'indicateur 3.7.1 des objectifs de développement durable était de 75,7 % à l'échelle mondiale en 2019 ; toutefois, moins de la moitié des besoins en planification familiale étaient satisfaits en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest [4].

La prévalence contraceptive est estimée à 62% dans les pays en développement, mais reste faible en Afrique subsaharienne (23,7%) et parallèlement, le nombre de besoins non satisfaits ne cessent de croître [5].

Selon la sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM VI), la tendance de l'utilisation contraceptive est à la hausse depuis l'EDSM V 2012-2013. En effet, entre les deux enquêtes, la prévalence de l'utilisation de méthodes contraceptives modernes est passée de 10 % en 2012-2013 à 16 % en 2018[6]. Au Mali 24 % des femmes actuellement en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale [6].

Les besoins satisfaits en matière de planification familiale représentent 17 % Globalement, la demande totale en planification familiale s'élève à 41 %. Cette demande est satisfaite dans 42 % des cas et par les seules méthodes modernes dans 40 % des cas [6].

L'annuaire 2020 du Système National d'Information Sanitaire et Social (SNISS) du Mali rapporte que le taux d'utilisation des services de PF était de 12,7% en 2020 contre 13,8% en 2019 [7]. Le District de Bamako a enregistré le taux le plus élevé avec 24% et le plus bas a été observé dans la région de Kidal avec 0,65% [7].

La faible utilisation des services de planification familiale est principalement due à l'absence d'informations sur les effets secondaires des produits contraceptifs, à leur rupture périodique et au coût élevé de certaines méthodes. En effet, le vécu de ces effets secondaires est l'un des principaux éléments qui encouragent les femmes à abandonner les méthodes contraceptives hormonales. Les milieux médicaux et pharmaceutiques ne prennent pas en compte ces effets non mortels à la mesure des désavantages qu'ils entraînent chez les femmes utilisatrices. Dans une étude réalisée en Afrique de l'Ouest, il a été remarqué que de nombreuses femmes souffrent d'effets indésirables [8].

Dans l'enquête menée par Dembélé au Mali dans la commune V du district de Bamako en 2018, il est constaté que la crainte des effets secondaires était l'une des principales causes de l'abandon des produits contraceptifs. Un tiers des personnes interrogées ont déclaré avoir ressenti un ou plusieurs effets secondaires [9].

Au regard de ces constats, nous nous sommes proposées d'étudier les connaissances, attitudes-pratiques des femmes sur les effets secondaires des méthodes contraceptives à l'hôpital du district sanitaire de la commune II de Bamako.

OBJECTIFS

2.1. OBJECTIF GENERAL :

- ❖ Décrire les connaissances et attitudes, pratiques des femmes sur les effets secondaires des méthodes contraceptives à l'Hôpital de district sanitaire de la commune II de Bamako.

2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- ✓ Décrire les caractéristiques socio-démographiques des femmes de la population d'étude.
- ✓ Décrire les connaissances des femmes sur les effets secondaires des méthodes contraceptives ;
- ✓ Déterminer les attitudes, pratique des femmes vis-à-vis des effets secondaires des méthodes contraceptives.

GÉNÉRALITÉS

3.1. DEFINITIONS DES CONCEPTS :

La contraception est définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures visant à diminuer la probabilité de conception ou visant à l'éviter. Elle désigne donc les procédés temporaires et réversibles et elle s'oppose à la stérilisation [1].

Selon les politiques normes et procédures du Mali, la contraception est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non, mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu [2].

Selon l'OMS, 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. Elle leur permet d'avoir des enfants au moment où ils le décident, d'avoir juste le nombre d'enfant qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soins, d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants [1].

L'Effet indésirable est une réaction nocive et non voulue faisant suite à l'utilisation d'un produit de santé, se produisant aux doses normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou la modification d'une fonction physiologique [10].

3.2. HISTORIQUE DE LA CONTRACEPTION DANS LE MONDE :

La restriction des naissances existe depuis les temps les plus anciens et pourrait avoir son origine dans les sociétés préhistoriques lorsque les conditions de survie imposaient de restreindre les naissances malgré une mortalité naturelle très élevée [1]. De nouvelles méthodes contraceptives ont été inventées à chaque époque pour limiter la surpopulation et la famine.

Les ovules et les barrières mécaniques étaient utilisés en Égypte 300 ans avant Jésus-Christ, et les ancêtres des préservatifs masculins étaient fabriqués à partir d'intestins de petits animaux. Dans les temps anciens, des potions à base de diverses plantes médicinales étaient utilisées comme moyen de contraception. En Grèce, le gynécologue Sopranos parle déjà d'une abstinence périodique [11].

Pour tuer les spermatozoïdes, les Romains utilisent des poires vaginales remplies d'eau glacée. On utilise également des « préservatifs » en intestin ou de vessie d'animaux, dans le but de restreindre la propagation de maladies. Des avortements et des infanticides sont pratiqués par les Romains pour restreindre la population. Dès le IV^{ème} siècle, le Kama Sutra préconise les

bonnes pratiques des périodes d'abstinence en Inde. Au XVI^e siècle, en Asie, les diaphragmes sont en métal ou en verre et les préservatifs sont en lin, cuir ou écaille. Le premier DIU est créé en 1846. Il est laissé tomber à cause du risque d'infection. Les capes cervicales sont produites à grande échelle en 1880. La même année, John Rendell, un pharmacien britannique, crée une contraception locale, des ovules spermicides à base de cacao [11]. En 1919, aux États-Unis, Margaret Sanger, infirmière et sage-femme, lance une des premières campagnes en faveur du droit à la contraception. Elle met également en place le programme « American birth control » qui deviendra le calendrier familial. En 1920, la propagande anticonceptionnelle est interdite par une loi en raison des idéaux religieux et du fort besoin de main-d'œuvre et de repopulation de l'après-guerre. Sa méthode est développée en 1924 par le docteur Kiasuku Ogino, puis en 1933 par le docteur Knauss. Les périodes de fertilité de la femme sont spécifiées. En 1943, le docteur Hillbard fait la découverte de la méthode Billings en Australie. En 1967, la loi Neuwirth autorise l'imposition de la contraception sur un carnet à souche sur prescription médicale. La contraception est donc uniquement prescrite par le médecin et délivrée par le pharmacien. L'autorisation écrite de l'un des deux parents est nécessaire pour prescrire à un mineur [11].

Cela favorise la diffusion de la contraception à l'échelle mondiale, ce qui entraîne la création de grandes rencontres et de congrès internationaux. L'une des premières actions en faveur des femmes a eu lieu en 1974 à Bucarest, où il s'agissait de croissance et de libération de la femme, et la première conférence mondiale des Nations unies sur les femmes a eu lieu à Mexico en 1975, qui a conduit à la proclamation de l'année internationale de la femme (1976-1985). L'idée de la planification familiale est née en septembre 1978 à Alma Ata (URSS) lors de la réunion mondiale sur les problèmes de santé des populations. En 1982, la pilule RU486 est développée pour arrêter une grossesse en début. La disponibilité et la diffusion du stérilet, de l'implant, de l'anneau vaginal et du patch sont étendues aux États-Unis vers 1990, puis en Europe dans les années 2000 [11].

3.3 HISTORIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU MALI :

Les méthodes modernes de contraception sont introduites à la suite de la fondation, en 1972, de l'Association malienne pour la promotion et la protection de la famille (AMPPF), une organisation non gouvernementale impliquée dans la réorientation de la politique de santé maternelle et infantile. En 1972, la loi du 31 juin 1920, dont les articles 3 et 4 interdisaient la propagande anticonceptionnelle, fut abrogée au Mali. En 1971, le Mali a pris part à un séminaire sur la planification familiale à Montréal (Canada) [12].

Le premier séminaire interafricain sur l'éducation sexuelle a eu lieu à l'école de médecine de Bamako de mars à avril 1973. Depuis lors, de nombreuses initiatives ont été mises en place pour renforcer l'engagement des populations locales, tant dans le domaine étatique que dans celui des ONG. Une mission gouvernementale conjointe (FNUAP/UNICEF/OMS) à Bamako élabore un plan d'action sur 5 ans en avril 1974. Le Mali ratifie la déclaration de Bucarest (Roumanie) la même année, qui stipulait le droit à la planification familiale [12]. Le congrès constitutif de l'Union nationale des femmes du Mali a eu lieu en décembre 1974 et a recommandé la mise en place de l'éducation sexuelle dans les écoles dès la classe de 7ème année, ainsi que l'extension de la planification familiale au Mali. En 1978, le Mali ratifie la déclaration d'Alma Ata (URSS) concernant les soins de santé primaire, dont l'une des parties est la planification familiale, qui vise à améliorer la santé de la mère et de l'enfant en étant prudent dans l'organisation des naissances [12].

En 1980, le ministère de la santé fusionne la division de la santé familiale (DSF) avec la division de la santé familiale et communautaire (DSFC). La plus grande réunion en matière de santé maternelle et infantile et de PF a eu lieu au Mali en septembre 1987. Le comité régional de l'Afrique pour l'initiative de Bamako se réunit pour la 37e fois. En 1991, le Mali adopte une politique de population nationale. En 1994, le Mali a pris l'engagement avec la CIPD au Caire de s'engager dans le domaine de la santé de la reproduction, en reconnaissant la PF comme un droit. Le concept de planning au Mali a connu une évolution, passant de l'espacement des naissances dont la pratique était soumise à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 à l'actuel concept qui accorde une liberté et une dignité équivalentes entre hommes et femmes en matière de santé de la reproduction et de planification familiale : Selon la loi N°02-044 du 24 juin 2002, les droits des femmes en matière de santé de la reproduction et de planification familiale sont reconnus et renforcés [6].

3.4. METHODES DE CONTRACEPTIONS [13] :

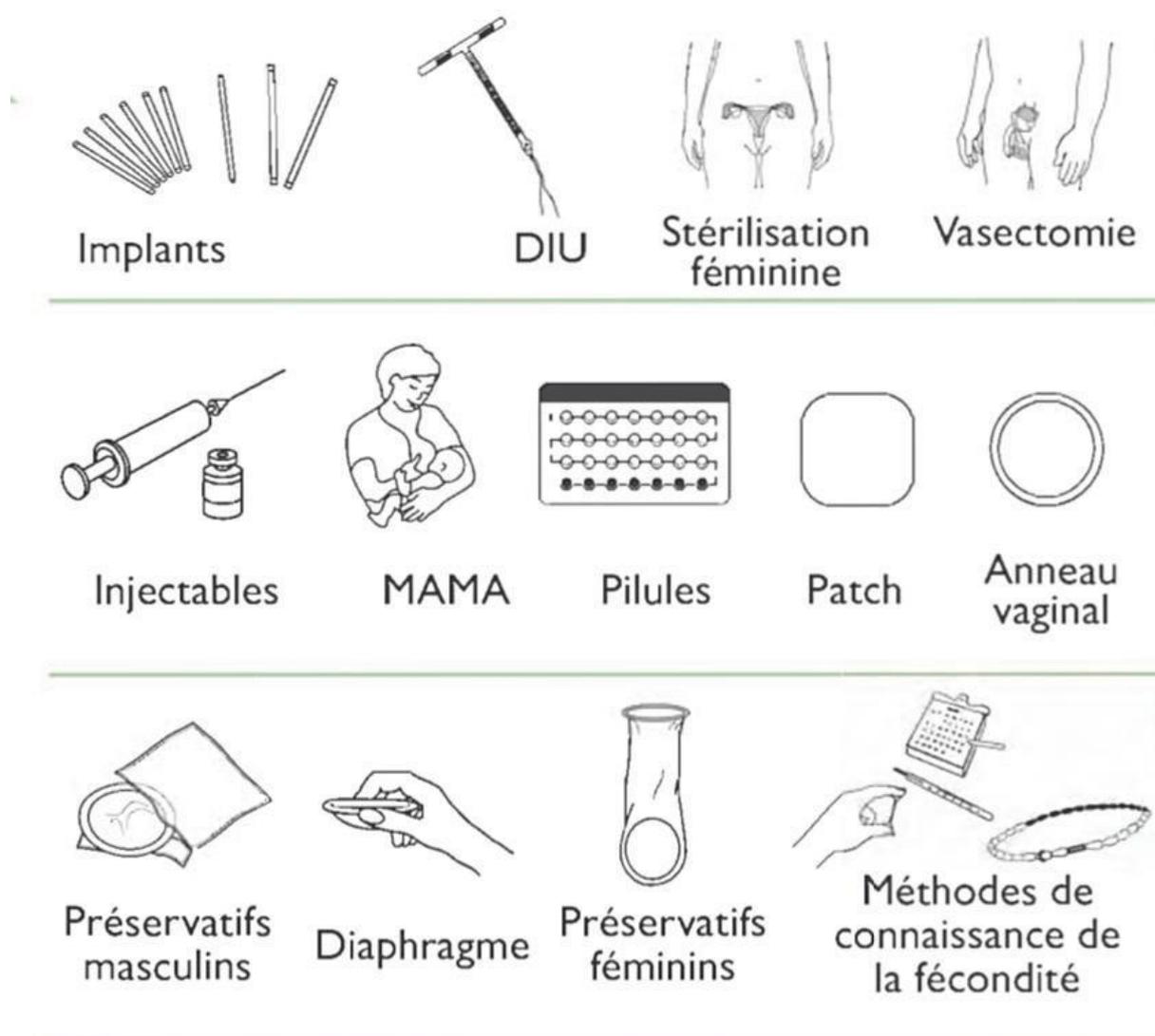


Figure 1 : méthodes modernes de contraception

Source : Ecole de santé publique Bloomberg de l'université Johns Hopkins, Agence des états unis pour le développement international. OMS : Planification familiale : Manuel à l'intention des prestataires de service du monde entier. 2011

3.4.1. LES CONTRACEPTIFS ORAUX OU PILULES :

Il existe deux grands groupes : les contraceptifs oraux combinés (œstrogène + progestérone) et les contraceptifs oraux progestatifs.

❖ Mécanisme d'action

- L'action principale de la pilule oestro-progestative est de bloquer l'ovulation, de modifier l'endomètre qui devient inflammatoire afin de ne pas pouvoir accueillir un œuf et de modifier la glaire afin d'empêcher les spermatozoïdes de passer le col.

- La micropilule (microdose de progestatif) ne fonctionne que par modification de la glaire afin d'empêcher les spermatozoïdes de traverser le col, à l'exception de la micropilule Cerazette qui entraîne également la suppression de l'ovulation.

❖ **Avantages des pilules**

Il s'agit d'une méthode contraceptive extrêmement efficace, parfaitement tolérée et efficace dès le premier mois. Grâce à cela, les cycles sont plus réguliers et les règles sont moins fréquentes, moins longues et moins gênantes. La période de retour à la fécondité s'étend entre 3 et 7 mois.

❖ **Les effets secondaires**

Les petits saignements (spotting) peuvent survenir en dehors des règles, en particulier lors des premières plaquettes, ainsi que des nausées, des maux de tête, des étourdissements, des seins endoloris et des changements d'humeur. L'augmentation de poids, qui est rare, reste toujours modérée.

❖ **Les contre-indications**

Elle est contre-indiquée en cas d'hypercholestérolémie, d'hypertension artérielle, d'accident thromboembolique, de diabète féminin, de certains cancers, de tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans, de cancer du sein, d'ictère sous COC, de barbituriques, de carbamazépine, d'oxcarbazépine, de phénytoïne, de topiramate, de rifampicine ou de rifabutine ou de ritonavir, de lamotrigine.

3.4.2. LES CONTRACEPTIFS INJECTABLES :

Les contraceptifs injectables jouissent d'une grande popularité car leurs utilisateurs n'auront besoin de consulter un prestataire qu'à certaines périodes, mais aussi en raison de leur efficacité remarquable. En outre, ils peuvent être employés sans l'accord du partenaire et ne perturbent pas les rapports sexuels. La combinaison des contraceptifs injectables contient deux hormones, l'œstrogène et un progestatif. Les médicaments sont injectés dans le muscle une fois par mois. L'œstrogène n'est pas présent dans les contraceptifs injectables progestatifs (Dépo-Provera, Noristérat). Une injection est administrée toutes les 8 à 12 semaines afin d'éviter la grossesse, en fonction du type de contraceptif injectable sélectionné.

❖ **Les avantages**

Ils sont faciles à utiliser. Ils nécessitent que peu de consultation médicale et ils sont très efficaces.

❖ **Les effets secondaires**

La prise de contraceptifs injectables peut entraîner des saignements en dehors des règles "spotting", parfois des règles prolongées ou même des ménométrorragies, ainsi que la prise de poids et un retour à la fécondité prolongé. Maux de tête, étourdissements et douleur aux seins.

❖ **Les contre-indications**

- Insuffisance hépatique ;
- Hépatite ou antécédents,
- Cancer du sein ou de l'endomètre ;
- Les maladies thromboemboliques ;
- Les fibromes utérins ;
- Le Diabète ;
- Obésité ;
- Hypertension artérielle ;
- Grossesse ou suspicion de grossesse.
- Prise de lamotrigine ou de ritonavir.

3.4.3. LA CONTRACEPTION MECANIQUE :

3.4.3.1. LE PRESERVATIF MASCULIN

La protection la plus efficace contre les IST/VIH/SIDA. Cet étui en latex peut être équipé d'un réservoir ou non. Le sperme est collecté dans le préservatif lors de l'éjaculation et n'est pas évacué dans le vagin.

❖ **Mode d'emploi**

En cas d'absence de réservoir sur le préservatif, il est nécessaire de laisser 1 à 2 cm en haut pour créer un réservoir. Il est nécessaire de pincer le haut du préservatif entre les doigts pour en chasser l'air. Ensuite, il faut le dérouler sur le pénis en érection avant de pénétrer, aussi loin que possible. Le petit bourrelet de l'anneau doit être tourné vers l'extérieur. Avant la fin de l'érection, il est nécessaire de se retirer en le retenant à la base.

❖ **L'efficacité**

S'il est correctement utilisé, le taux d'échec est inférieur à 5 % et son efficacité est renforcée s'il est associé à des spermicides.

❖ **Les avantages**

Il s'agit de la protection la plus efficace contre les IST et le VIH/SIDA. Il s'agit d'une méthode simple et accessible. Il offre la possibilité de traiter la contraception chez les hommes et de prévenir le cancer du col. Il est libre de vente et à disposition.

❖ **Les inconvénients**

Il peut diminuer la qualité et la spontanéité de l'acte sexuel. Il doit être mis sur le pénis en érection et être retiré avant la fin de l'érection sinon le préservatif n'est plus maintenu et peut laisser passer le sperme dans le vagin. Il peut se déchirer, le taux de grossesse non-désirée est plus important qu'avec la pilule ou le stérilet.

3.4.3.2. LE PRESERVATIF FEMININ : FEMIDON

Il s'agit d'une gaine en polyuréthane cylindrique pré-lubrifiée. Un anneau interne permet de faciliter l'insertion dans le vagin et de maintenir le préservatif pendant le rapport, tandis qu'un anneau externe repose sur la vulve pour permettre de le retenir pendant le rapport.

❖ **Mode d'emploi**

Peut être mis à n'importe quel moment avant le rapport sexuel.

❖ **Efficacité**

Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

❖ **Avantages**

Il s'agit d'une protection efficace contre les IST et le SIDA. Il peut être utilisé par la femme si elle refuse ou ne peut pas utiliser le préservatif masculin.

3.4.3.3. LE DIAPHRAGME ET LA CAPE CERVICALE

❖ **Mécanisme d'action**

Le diaphragme consiste en une membrane de latex ronde et concave qui est tendue sur un ressort rotatif. Avant les rapports sexuels, il est introduit dans le vagin afin de recouvrir le col de l'utérus. La cape cervicale est un soutien-gorge en silicone qui est fixé au fond du vagin avant les rapports sexuels afin de recouvrir le col de l'utérus, à l'instar d'un dé à coudre.

❖ **Mode d'emploi**

Il est recommandé d'utiliser des spermicides. Ils entravent la pénétration du sperme dans le col de l'utérus. Il y a plusieurs dimensions de diaphragme et de cape. On peut comparer l'utilisation des capes cervicales à celle du diaphragme. Le médecin évalue la taille et aide la femme à positionner le diaphragme ou la cape cervicale.

❖ **Efficacité**

Si on les utilise correctement et à tous les rapports sexuels, leur efficacité est supérieure à celle des spermicides seuls et équivalente à celle des préservatifs.

❖ **Avantages**

Il s'agit de la méthode de contraception vaginale la plus sûre, abordable, sans contrainte médicale et sans danger pour la santé. Il est possible de le placer discrètement à l'avance, ce qui réduit le risque de cancer du col de l'utérus et est réversible immédiatement.

❖ **Inconvénients**

Le taux d'échec est élevé lorsqu'il est mal utilisé. La mise en œuvre demande un apprentissage compétent. Le spermicide peut être excessivement évaporé.

3.4.3.4. LES DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (STERILET)

❖ **Mécanisme d'action**

Différentes approches sont proposées : altération des spermatozoïdes par le cuivre qui empêche la fécondation, altération de l'endomètre qui empêche la nidation de l'œuf, altération de la glaire cervicale pour les stérilets au progestatif qui empêche les spermatozoïdes de passer le col. Il y a plusieurs formes, plusieurs tailles. Le stérilet le plus adapté à chaque femme sera sélectionné par le médecin, qu'il soit en cuivre ou en progestatif.

❖ **Mode d'emploi**

Le médecin ou la sage-femme formée pose généralement cette question à la fin des règles ou à n'importe quel jour du cycle. Il est inséré sans anesthésie par le col, situé au fond de l'utérus, les fils du stérilet dépassant le col afin de permettre le contrôle du stérilet (que ce soit par le médecin ou la sage-femme) et également le retrait. Si une contraception d'urgence est requise, il est nécessaire de la mettre en place dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé éventuellement. La période varie de 3 à 12 ans en fonction des stérilets. La fréquence de la surveillance médicale est de 1 à 2 fois par an. Le retrait peut être effectué de manière indolore et facile pendant ou après les règles.

❖ **Efficacité**

Il est efficace dès la pose.

❖ **Avantages**

Il s'agit d'une approche libérale, extrêmement efficace, généralement bien acceptée, réversible dès le retrait.

❖ **Effets secondaires**

Certains stérilets peuvent avoir des règles abondantes et longues. Les douleurs et les saignements en dehors des règles peuvent survenir, ainsi que les risques d'infections en cas de partenaires multiples. Certaines femmes n'ayant jamais eu d'enfants n'en sont pas recommandées en raison du risque de stérilité en cas d'infection. Il est important de souligner que les infections sont moins fréquentes avec le stérilet au progestatif. Il existe un risque d'expulsion de grossesse avec les stérilets.

❖ **Contres indications**

- Les infections récentes de l'utérus ou des trompes ;
- Antécédent de grossesse extra-utérine (dans certains cas) ;
- Les malformations utérines importantes ;
- Les maladies hémorragiques pour le stérilet en cuivre ;
- Certains fibromes ;
- Les femmes n'ayant jamais eu d'enfant.
- Cancer des ovaires ;
- Maladie trophoblastique gestationnelle non cancéreuse ;
- VIH non suivie ;
- Lupus érythémateux systémique avec thrombocytopénie grave.

3.4.4. LES AUTRES METHODES MODERNES

3.4.4.1. LES IMPLANTS

Il s'agit d'un implant sous-cutané cylindrique en bâtonnet de 4 cm de long et de 2 mm de large, qui produit en continu de faibles quantités d'hormone (progestérone).

❖ **Mécanisme d'action :**

Il agit en empêchant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

❖ **Mode d'emploi**

Après une anesthésie locale, l'implant est placé sous la peau de la face interne du bras à l'aide d'un applicateur stérile à usage unique. Après une anesthésie locale, il peut également être retiré à l'aide d'une petite incision de 2 mm, avec une pince. La mise en place et le retrait sont faciles et rapides, nécessitant environ 1 minute 30 pour la mise en place et 3 minutes 30 pour le retrait. Le médecin ou la sage-femme l'établit pour une durée de 3 ans lors d'une consultation.

❖ **Efficacité**

Elle est très efficace dès la pose.

❖ **Avantages**

Il n'y a pas de problème d'observance, il est bien toléré et réversible.

❖ **Inconvénients**

Des problèmes de cycle peuvent survenir, ce qui peut être une raison de s'en retirer. Une légère cicatrice de 2 mm est laissée au niveau de la zone d'insertion.

❖ **Contres indications**

- Thrombose évolutive ;
- Affection hépatique sévère.

3.4.4.2. LE PATCH "EVRA" :

Il s'agit d'un patch d'une surface de 20 cm² qui fournit une combinaison oestro-progestative, similaire à une pilule de 20 microgrammes.

❖ **Mécanisme d'action**

Son effet est similaire à celui d'une pilule, en empêchant l'ovulation et en altérant la glaire cervicale.

❖ **Mode d'emploi**

Il est nécessaire d'utiliser un patch par semaine pendant une période de 3 semaines, avec une pause d'une semaine (comme avec la pilule, les règles se produisent pendant la semaine sans patch). Le bras, l'abdomen, le tronc et les fesses sont les 4 sites d'application envisageables.

❖ **Efficacité**

Il est extrêmement efficace si on l'utilise correctement.

❖ **Avantages**

On observe mieux qu'avec la pilule, on a moins de risques d'oubli, on le tolère très bien et on peut le réduire dès l'arrêt. Cela favorise une régularité des cycles menstruels, des règles moins fréquentes, moins longues et moins douloureuses.

❖ **Inconvénients**

On le remarque et il peut se décoller dans 2 à 3% des situations. À l'instar de toute contraception hormonale, on peut constater des douleurs, des nausées, une augmentation de poids et une augmentation de la tension mammaire.

❖ **Contre- indications**

Les contraintes sont identiques à celles de la pilule oestro-progestative : taux élevé de cholestérol, hypertension artérielle, historique d'accident thromboembolique, certains cancers, tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans.

3.4.4.3. L'ANNEAU VAGINAL "NUVARING" :

L'anneau NUVARING (mesurant 54 mm de diamètre et 4 mm de section) produit une combinaison oestro-progestative, similaire à une pilule à 15 microgrammes.

❖ **Mécanisme d'action :**

Son effet est similaire à celui d'une pilule, en empêchant l'ovulation et en altérant la glaire cervicale.

❖ **Mode d'emploi**

Il est nécessaire d'utiliser un anneau tous les 3 cycles, puis une semaine sans anneau. Pendant la semaine sans anneau, les règles se produiront, tout comme avec la pilule. La mise en place et le retrait sont faciles.

❖ **Efficacité**

Il est efficace, tout comme la pilule oestro-progestative, à condition d'être correctement utilisé.

Cela fonctionne dès la mise en place du premier anneau et également pendant la semaine d'arrêt.

❖ **Avantages**

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

❖ **Effets secondaires**

Comme pour toute contraception hormonale, on peut ressentir des nausées, des douleurs physiques, une augmentation du poids et une augmentation de la tension mammaire.

❖ **Contre – indications**

Les risques associés sont similaires à ceux de la pilule oestro-progestative.

3.4.4.4. CONTRACEPTION D'URGENCE

Il s'agit d'une méthode de contraception exceptionnelle à employer en cas de rapport sexuel non ou mal protégé, peu importe le moment du cycle. Il est recommandé de le prendre dès 12h et au plus tard pendant 5 jours pour le stérilet. Elle agirait d'une part par le retard ou la perturbation de l'ovulation lorsqu'elle est sur le point de se produire, d'autre part par la modification de l'endomètre afin qu'il ne puisse pas accueillir un éventuel œuf. Les diverses options de contraception en cas d'urgence Le Norlevo est le plus célèbre, tandis que le Stérilet est un dispositif intra-utérin.

❖ **Mode d'emploi**

Pour éviter les nausées, il est recommandé de prendre le Norlevo le plus tôt possible pendant le repas, dans les 12 heures suivant le rapport mal ou non protégé, et au plus tard dans les 72 heures suivant le rapport sexuel.

❖ **Efficacité**

Elle varie avec la méthode.

❖ Effets secondaires

Elle est généralement bien tolérée ; il est possible de ressentir des vomissements ou des nausées.

3.4.4.5. LES SPERMICIDES

❖ Mécanisme d'action

Avant le rapport sexuel, il est nécessaire d'introduire le spermicide au fond du vagin. Le spermicide se dissout et se répand dans le vagin, ce qui immobilise les spermatozoïdes. Ils se composent principalement de chlorure de benzalkonium. Ceux-ci sont des ovules, des crèmes, du gel ou des éponges.

❖ Avantages

Ils sont faciles à manipuler, accessibles aisément, sans contraintes médicales ni danger pour la santé ; ils peuvent être utilisés comme un lubrifiant.

❖ Inconvénients

- L'efficacité est insuffisante ;
- Coûteux ;
- Leur emploi est contraignant (un délai à respecter, mise en place difficile) ;
- Certains peuvent couler de façon excessive ;
- Possibilité d'intolérance locale.

3.4.4.6. LA STERILISATION A VISEE CONTRACEPTIVE

Elle est soumise à des lois dans de nombreux pays.

a) La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes

• Méthode par cœlioscopie et laparotomie

Elle est réalisée sous anesthésie générale (hospitalisée), elle implique soit la section et l'électrocoagulation des trompes, soit la pose d'anneaux de Yoon sur les trompes. En théorie, cette approche est irréversible.

• Méthode par les voies naturelles

Le dispositif Essure est une nouvelle technique : il est réalisé par hystérocopie sans anesthésie générale et sans hospitalisation. Les trompes sont explorées afin de placer un micro-implant souple dans chacune d'entre elles afin de les obstruer. Il s'agit d'une technique facile et rapide (environ 30 minutes) qui ne laisse pas de marques.

Avant que la méthode soit efficace, il est nécessaire d'attendre 3 mois (et de poursuivre sa méthode de contraception habituelle). Elle n'a pas de retour.

b) La stérilisation masculine : la vasectomie

Il s'agit de la partie des canaux déférents (les canaux qui transportent les spermatozoïdes). Il s'agit d'une intervention chirurgicale simple qui se déroule sous anesthésie locale, sans risques opératoires majeurs et en principe irréversible. Il est possible de conserver le sperme au préalable dans des banques de sperme.

3.4.5. LES METHODES NATURELLES :

Ce sont les contraceptions les moins performantes.

LE RETRAIT OU COÏT INTERROMPU

Pendant l'éjaculation, l'homme retire son pénis afin qu'elle se déroule à l'extérieur du vagin. Il existe un risque de grossesse si le retrait n'est pas fait à temps, de même qu'il arrive fréquemment qu'avant l'éjaculation, un peu de liquide contenant des spermatozoïdes s'écoule du pénis. Il s'agit d'une méthode qui perturbe l'équilibre du rapport sexuel.

L'ABSTINENCE PERIODIQUE

L'objectif est de repérer la période fertile du cycle menstruel et de ne pas avoir de relations sexuelles ou d'utiliser des contraceptions locales durant cette période. Il s'agit d'une méthode basée sur le fait que les spermatozoïdes et les ovules sont à bout de vie. Il est impossible de féconder si les rapports sexuels ont lieu quelques jours avant, pendant ou après l'ovulation. Cette approche demande une formation. On peut évaluer le moment de l'ovulation de différentes manières.

LA METHODE DU CALENDRIER OU OGINO

C'est la plus répandue, mais pourtant la moins performante. Elle repose sur l'évaluation de la période fertile (ovulation), en laissant les autres périodes du cycle sans risque de grossesse. La fiabilité de cette méthode réside dans le fait que la date de l'ovulation n'est jamais prévisible, elle peut être décalée même si les cycles sont réguliers et de nombreux facteurs peuvent perturber le cycle. Le risque de grossesse est présent dans tout rapport sexuel, peu importe le jour du cycle (même pendant les règles).

LA METHODE DES TEMPERATURES

La température basale du corps augmente de 1 à 4 degrés lors de l'ovulation et reste constante (en plateau) jusqu'aux règles suivantes. Ce procédé implique de repérer l'ovulation en mesurant sa température rectale le matin avant de se lever. L'abstinence prend du temps. Le début des règles doit être suivi du deuxième jour après la montée de température. Un certain nombre de variables peuvent altérer la température normale (infections, nuits courtes, heure du réveil) et tromper l'opérateur. Cette approche est restrictive.

LA METHODE DE LA GLAIRE OU BILLINGS

L'ovulation modifie la consistance de la glaire cervicale. Cette technique permet de repérer la variation de la texture de la glaire cervicale observée quotidiennement à l'entrée du col : il suffit d'injecter le pouce de glaire et d'évaluer la longueur du « fil » obtenu (5 à 10 cm) et la transparence de la glaire. La glaire cervicale est plus épaisse lors de l'ovulation et a une consistance semblable à celle du blanc d'œuf. Il est nécessaire de commencer l'abstinence à partir de cette modification et jusqu'à 3 jours après sa disparition. Cette approche nécessite une formation et est destinée aux personnes initiées motivées, elle est sujette à de nombreuses erreurs.

LES TESTS D'OVULATION : PERSONA

Ces tests sont utilisés pour identifier le début et la fin de l'ovulation en mesurant les fluctuations hormonales dans les urines, si les cycles sont réguliers. Ils sont un peu plus efficaces que les méthodes précédentes, mais leur coût demeure très élevé.

L'ALLAITEMENT MATERNEL (METHODE MAMA) :

L'allaitement maternel et l'aménorrhée (MAMA) est une approche temporaire de planification familiale qui utilise l'allaitement maternel. Les critères suivants sont remplis pour que la MAMA soit efficace contre la grossesse à 98% environ : la mère n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement ; elle nourrit son enfant au sein, entièrement ou presque entièrement ; le bébé a moins de 6 mois.

En plus de son effet temporaire de contraception, l'allaitement offre une protection au nourrisson contre les maladies infectieuses, qui peuvent être fatales. Cependant, pour les femmes atteintes du VIH, il est important de prendre en compte attentivement le risque de transmission de ce virus de la mère à l'enfant en comparaison avec les bénéfices bien connus de l'allaitement.

LES METHODES DE CONTRACEPTION TRADITIONNELLES AU MALI

Ces approches sont basées sur l'expérience socioculturelle des peuples. Il est possible de mentionner :

LE « TAFO »

Une cordelette ornée de nœuds, remplie d'incantations et fixée autour du bassin de la femme. Son influence serait basée sur la psychologie, mais aussi sur les expériences vécues ou les valeurs socioculturelles (par exemple, elle perd son efficacité en cas de relation avec un autre homme que son conjoint).

3.4.5.5.2. LA SEPARATION DU COUPLE APRES ACCOUCHEMENT

Il est courant de séparer le couple pendant un certain temps après l'accouchement afin de permettre à la femme de se remettre et à l'enfant de se développer de manière normale. Il n'y a pas eu de recherche scientifique sur l'efficacité de ces méthodes classiques.

Elles semblent être responsables d'infections répétées et même engendrer d'autres problèmes chez les femmes tels que l'infertilité et les douleurs pelviennes.

MÉTHODOLOGIE

4.1. CADRE D'ETUDE :

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique à l'Hôpital de district sanitaire de la Commune II de Bamako.

❖ Situation socio-sanitaire :

La commune II du district de Bamako possède des infrastructures et des équipements de santé. Les 13 quartiers de la commune sont équipés de six (6) CSCOM et d'un CSREF afin de garantir la santé de 190 534 habitants. Le CSREF compte un total de 179 employés et les CSCOM comptent 147 employés, dont des médecins spécialistes et généralistes. Parmi les six (6) CSCOM, un (1) n'est pas opérationnel et les résidents de ce quartier se rendent dans les centres de santé les plus proches, selon les données du CSREF.

Néanmoins, la santé de la commune reste préoccupante en raison de la pression démographique très importante de la commune en tant que zone commerciale et industrielle, de l'insuffisance des ressources financières de la Mairie pour la réalisation de CSCOM pour les nouveaux quartiers, de la taille importante des secteurs de certains quartiers qui ne peuvent pas être couverts par un seul CSCOM [14].

Tableau I : situation des structures de santé de la commune II.

Villages/Commune	Service de santé	Fonctionnalité	
		Oui	Non
Missira	ASACOMI	X	
Bakaribougou	BENKADY	X	
Bozola	ABOSAC	X	
Hippodrome	ASACOHI	X	
Médina Koura	ASACOME	X	
Niaréla	BONIABA	X	
Bagadadji	ASACOBAGADADJI	X	
Missira	ASACOMI	X	
Quinzambougou	ASACOQUINZAMBOUGOU		X
TSF	CSREF	X	
Hippodrome	Dispensaire Evangélique	X	
Niaréla	PMI	X	
Zone industrielle	CMIE	X	

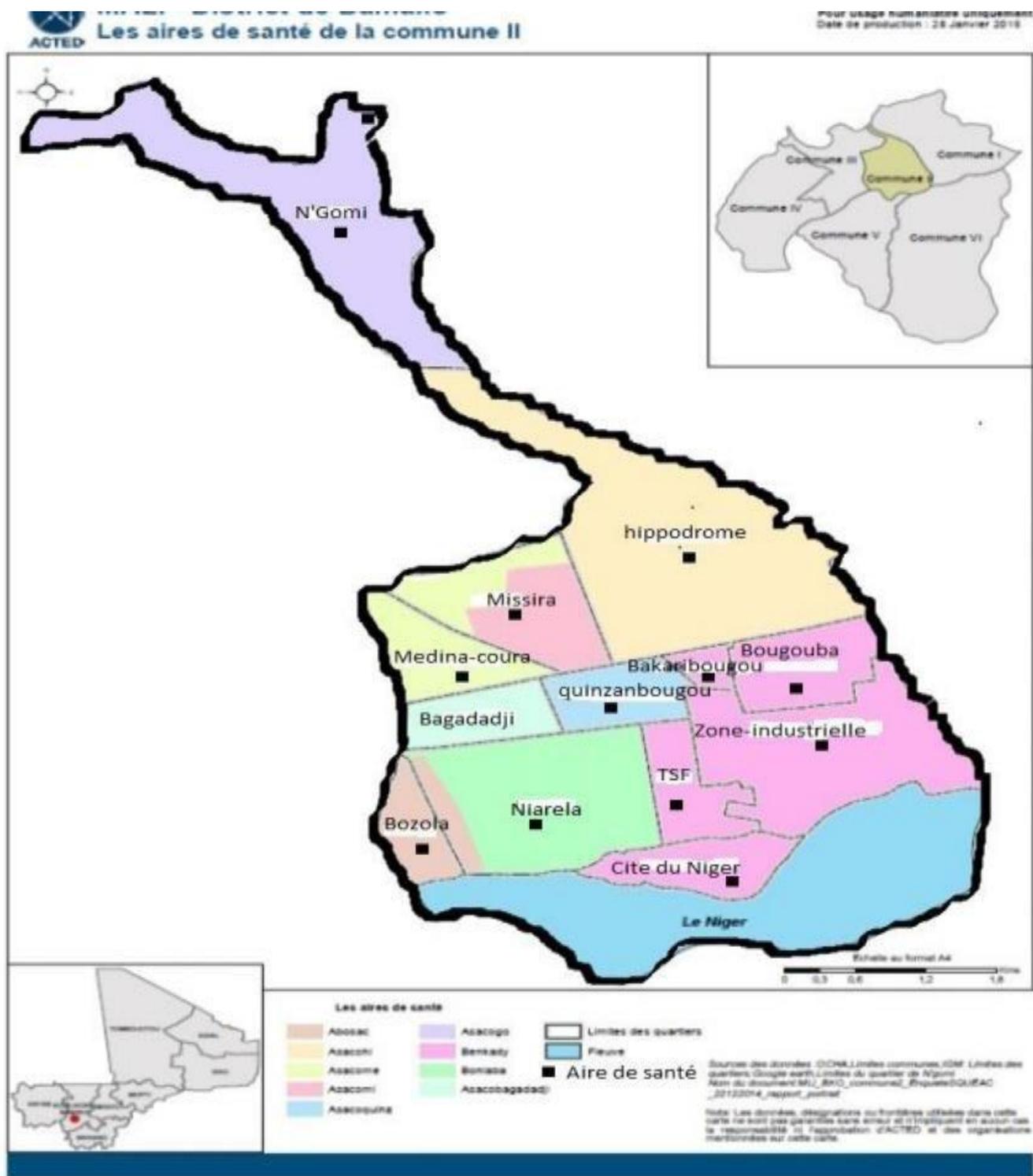


Figure 2 : carte sanitaire de la commune II du district de Bamako

Le centre de santé de référence se trouve au quartier sans fil (TSF).

✓ **Infrastructures : le service dispose**

- D'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre.
- D'une salle de consultations gynécologiques et d'une salle des urgences.
- Des unités de planification familiale, de dépistage du cancer du col de l'utérus et des soins après avortement, de consultations pré et postnatales, de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) et de pansement post-opératoire, dirigées par des sage-femmes sous supervision des gynécologues-obstétriciens.
- Quatre salles d'hospitalisation, une salle des suites de couches et une salle de pansement.

✓ **Fonctionnement au quotidien**

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par les quatre gynécologues obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Elle est composée d'un gynécologue obstétricien, de deux médecins généralistes, de deux internes, de deux sage-femmes, d'une infirmière obstétricienne et ou d'une aide-soignante, d'un chauffeur de l'ambulance, d'un anesthésiste-réanimateur et deux manœuvres.

Une réunion quotidienne du service (staff) se tient tous les jours ouvrables pour discuter de la prise en charge des patientes et des événements survenus lors des 24 dernières heures. La visite des patientes hospitalisées est quotidienne et est dirigée par un gynécologue obstétricien.

4.2. TYPE ET PERIODE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale sur une période de quatre (5) mois d'Octobre 2023 à Février 2024.

4.3. VARIABLES MESUREES :

Variables qualitatives	Variables quantitatives
Sexe, profession, religion, niveau d'instruction, statut matrimonial, connaissances de la contraception, attitudes vis-à-vis des méthodes de contraception et de leurs effets secondaires.	Âge, nombre d'enfant, intervalle inter-général.

Celles-ci sont enregistrés sur les fiches de collecte chez toutes les femmes ayant satisfaite les critères d'inclusion durant notre période d'étude.

4.4. POPULATION D'ETUDE :

L'étude a concerné les femmes en âge de procréer vu dans le service de Gynéco-obstétrique pendant la période d'étude.

Toutes les femmes en âge de procréer ayant déjà utilisé une méthode contraception et qui ont consulté dans le service pendant la période d'étude.

4.4.1. CRITERE D'INCLUSION : ONT ETE INCLUSES DANS NOTRE ETUDE

➤ Les femmes en âge de procréer (15-49ans) ayant déjà utilisé une méthode contraceptive et ayant donné leur consentement verbal.

4.4.2. CRITERES DE NON INCLUSION : N'ONT PAS ETE INCLUSES DANS NOTRE ETUDE

➤ Les femmes en âge de procréer (15-49ans) ayant déjà utilisé une méthode contraceptive mais reçues dans un contexte d'urgence gynéco-obstétrique.

4.4.3. Echantillonnage :

Une méthode d'échantillonnage aléatoire simple a été utilisée dans le cadre de cette étude

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

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

Où $z = 1,96$: écart réduit correspondant au risque α consenti (avec un seuil de signification=0,05) ;

p =Prévalence de l'utilisation de la contraception dans la population générale, qui est de 16% selon l'EDSM VI au Mali en 2018 ; $q=1-p=1-0,231=0,769$; n étant la taille de l'échantillon ; i =précision ($\alpha=5\%$).

La taille de l'échantillon calculée $n=206,5244$. Ainsi nous avons décidé de partir avec **207 femmes** comme notre taille minimale.

4.5 TECHNIQUE ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES :

❖ Technique de collecte des données

Les données ont été collectées sur des fiches d'enquêtes préétablies à partir de l'interrogatoire, des femmes remplissant les critères d'inclusion durant notre période d'étude.

❖ Outils de collecte des données :

Les matériels utilisés ont été les suivants :

- Fiches de collecte des données.

4.6 DEROULEMENT DE L'ETUDE :

Nous avons mené une enquête visant à étudier les connaissances et attitudes - pratiques des femmes sur les effets secondaires des méthodes contraceptives à l'Hôpital de district sanitaire de la commune II de Bamako.

Élaboration et validation du protocole : Nous avons élaboré un protocole en nous fixant des objectifs, en décrivant la méthodologie à adopter et en précisant l'outil de collecte des données. Ce protocole a été corrigé, amendé et validé par la direction de l'étude (thèse). Nous avons établi une fiche d'enquête et la validée pour l'enquête proprement dite. Avant la phase d'enquête, une lettre d'introduction a été adressée au Médecin chef de l'Hôpital de district sanitaire de la commune II par le Directeur de l'étude (thèse). Après obtention de son accord, nous avons commencé notre enquête.

La phase de l'enquête : Après avoir été admis au service de Gynécologie-obstétrique comme interne et thésard, cette phase consistait à collecter les données auprès des femmes vues au service remplissant les critères d'inclusion durant notre période d'étude. L'investigatrice participait également aux activités du dit service et se conformait aux règles en vigueur.

Élaboration du document et analyses des données : Le Pack Office 2019 a été utilisé pour la rédaction. La saisie et l'analyse des données ont été faite à l'aide du logiciel SPSS version 26. Les données ont été présentées sous forme de tableaux.

L'analyse a consisté à faire une description de la population d'étude.

Les variables quantitatives ont été exprimées par la moyenne et l'écart type ; tandis que les variables qualitatives ont été exprimées par les fréquences.

Aspects éthiques : Toutes nos activités ont été menées dans le cadre du respect des codes d'éthiques et de la déontologie médicale. Nous avons obtenu des autorisations administratives du médecin chef de l'Hôpital de district sanitaire de la commune II ainsi que le consentement volontaire, libre et éclairé individuel de chaque patiente. Un numéro d'étude a été attribué à toutes les participantes pour maintenir l'anonymat. Ainsi les résultats seront mis à la disposition de tous les intervenants dans le domaine de la santé.

4.7 DEFINITIONS OPERATOIRES :

❖ Effet indésirable :

L'Effet indésirable est une réaction nocive et non voulue faisant suite à l'utilisation d'un produit de santé, se produisant aux doses normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou la modification d'une fonction physiologique [10].

❖ **Connaissances :**

Les connaissances sont définies comme un ensemble des informations acquises par des personnes sur une question de santé donnée [16].

❖ **Attitudes :**

Les attitudes sont l'écart entre les connaissances et les pratiques, et résultent des contraintes diverses pesants sur la personne [16].

❖ **Pratiques :**

Les pratiques sont des actes réels accomplis par la personne en situation, dans son contexte [16].

RESULTATS

5.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

Tableau II : répartition des participantes selon les caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristiques socio-démographiques		Effectif =220	%
Provenance	Commune II	141	64,09
	Hors commune		
	II	79	35,91
	Total	220	100
Age (ans)	15-25	69	31,36
	26-35	107	48,64
	36-49	44	20,00
	Total	220	100
Religion	Musulmane	193	87,73
	Chrétienne	27	12,27
	Total	220	100
Statut matrimonial	Mariée	Monogame 153	69,54
		Polygame 21	9,55
	Célibataire	46	20,91
	Total	220	100
Niveau d'instruction	Secondaire	72	32,72
	Primaire	57	25,91
	Non scolarisé	50	22,73
	Supérieur	41	18,64
	Total	220	100
Profession	Femme au foyer	93	42,27
	Elève/Étudiante	39	17,73
	Commerçante	35	15,91
	Agent de santé	13	5,91
	Coiffeuse	11	5,00
	Aide-ménagère	9	4,09
	Autres	20	9,09
	Total	220	100

- Nos participantes étaient des résidentes de la commune II dans 64,09% des cas.
- La tranche de 26-35 ans a représentée 48,64% des cas. L'âge moyen était de 29,46 ans avec les extrêmes entre 15ans à 49ans.
- Les répondantes étaient des musulmanes dans 87,73% des cas.
- Les répondantes mariées dans un régime monogame représentaient 69,54% des cas suivi des célibataires avec 20,91% des cas.

- Les femmes avaient un niveau secondaire dans 32,72% des cas.
- Les femmes au foyer ont représenté 42,27% des cas.

5.2. ANTECEDENTS OBSTETRICAUX :

Tableau III : répartition des participantes selon la parité et l'intervalle inter gésésique.

Parité/ Intervalle inter gésésique		Effectif =220	%
Parité	Nullipare	30	13,64
	Primipare	35	15,91
	Multipares	124	56,36
	Grande multipares	31	14,09
	Total	220	100
Intervalle inter gésésique (mois)	2-12	29	13,18
	13-24	130	59,09
	25-36	30	12,73
	37-48	1	1,82
	Total	220	100

- Nos participantes étaient des multipares dans 56,36% des cas. Le nombre moyen d'enfant était de 3 enfants avec des extrêmes de 0 à 9 enfants.
- La tranche de 13 à 24 mois était la plus représentée soit 59,09% des cas. L'intervalle inter gésésique moyen était 18,47 mois avec des extrêmes de 2 à 48 mois.

5.3. Connaissances sur les effets secondaires de la contraception :

Tableau IV : répartition des participantes selon la connaissance sur les effets secondaires de la contraception.

Connaissances sur les effets secondaires de la contraception		Effectif =220	%
Information sur les effets secondaires	Oui	79	35,91
	Non	141	64,09
	Total	220	100
Si Oui, effets secondaires	Prise de poids	77	35,00
	Retard des règles	77	35,00
	Perte de poids	75	34,09
	Saignement irrégulier	66	30,00
	Vertiges	36	16,36
	Baisse de la libido	35	15,91
	Algie pelvienne	26	11,82
	Nausée	8	3,64
Autres	22	10,00	
Connaissances sur la CAT face aux effets secondaires	Oui	6	2,73
	Non	214	97,27
	Total	220	100
Effets secondaires un motif d'abandon de la contraception	Oui	140	63,64
	Non	33	15,00
	Aucune idée	47	21,36
	Total	220	100

- Nos participantes n'étaient pas informées sur les effets secondaires au début de la contraception dans 64,09% des cas.
- La prise de poids et retard des règles étaient les effets secondaires les plus connus par nos participantes informées dans 35% des cas.
- Parmi nos participantes 97,27% n'avaient aucune connaissance sur le CAT face aux effets secondaires des méthodes contraceptives.
- Les effets secondaires constituaient un motif d'abandon de la contraception pour 63,64% de nos participantes.

5.4. VECU D'EFFETS SECONDAIRES :

Tableau V : répartition de nos participantes selon leur vécu d'effets secondaires des méthodes de contraception.

Effets secondaires		Effectif =220	%
Vécu d'effets secondaires	Oui	131	59,55
	Non	89	40,45
	Total	220	100
Si oui, méthodes contraceptifs	Implant	59	26,82
	Contraceptif injectable	49	22,27
	DIU	21	9,55
	Contraceptif oral	4	1,82
	Préservatif	1	0,45
	MAMAN	1	0,45
	Collier	1	0,45
Si oui, effets secondaires vécus	Prise de poids	74	33,64
	Saignement irrégulier	51	23,18
	Algie pelvienne	24	10,91
	Retard des règles	23	10,45
	Perte de poids	8	3,64
	Baisse de la libido	7	3,18
	Autres	21	9,54

- Parmi nos participantes, 131 disaient avoir eu un ou des effets secondaires liés aux méthodes de contraception soit 59,55% des cas.
- Les implants ont été les plus incriminés par nos participantes suivies des contraceptifs injectables respectivement 26,82 et 22,27% des cas.
- La prise de poids était la plus représentée chez nos participantes soit 33,64% des cas.

5.5. ATTITUDES-PRATIQUES FACES AUX EFFETS SECONDAIRES :

Tableau VI : répartition de nos participantes selon leurs attitudes face aux effets secondaires des méthodes contraceptifs.

Attitudes	Effectif =131	%
Rien	67	51,15
Automédication	22	16,79
Changement de la méthode	15	11,45
Arrêter immédiat de la méthode	9	6,87
Abandon de la contraception	9	6,87
Consulter au centre de santé	8	6,11
Consulter à la pharmacie	1	0,76
Total	131	100

- Nos participantes n'ayant rien fait et continuées avec la même méthode devant les effets secondaires étaient les plus représentées soit 51,15% des cas.

Tableau VII : répartition de nos participantes selon leurs pratiques faces aux effets secondaires.

Pratiques		Effectif=220 %		
Abandon de la contraception	Oui	48	21,82	
	Non	172	78,18	
	Total	220	100	
Méthodes abandonnées	Contraceptive injectable	28	58,33	
	Implant	14	29,17	
	Contraceptive Orale	2	4,17	
	DIU	2	4,17	
	Préservatifs	1	2,08	
	MAMA	1	2,08	
	Collier	1	2,08	
	Total	49	100	
	Effets secondaires responsable	Saignement irrégulier	33	68,75
		Prise de poids	24	50,00
Retard des règles		4	8,33	
Baisse de la libido		3	6,25	
Autres		3	6,25	
Algie pelvienne		2	4,17	
Total		39	100	

- Nos participantes ayant abandonnées la contraception représentaient 21,82% des cas.
- La méthode la plus abandonnée par nos participantes étaient les contraceptives injectables soit 58,33% des abandons.
- Les effets secondaires les plus responsables d'abandon chez nos participantes étaient les saignements irréguliers suivis de la prise de poids avec respectivement 68,75 et 50% des cas.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude a porté sur 220 participantes en âge de procréer (15-49ans) ayant déjà utilisé une méthode contraceptive vues en consultation à l'hôpital du district sanitaire de la commune II. La majorité de nos participantes venaient de l'aire de santé du district sanitaire de la commune II soit 64,09%.

L'étude était de type descriptif transversal sur une période de cinq (5) mois qui s'est déroulée d'Octobre 2023 au mois de Février 2024.

❖ **Caractéristiques Socio-démographiques :**

➤ **L'âge :**

Dans notre étude la tranche de 26-35 ans était la plus représentée soit 48,64% des cas. L'âge moyen était de 29,46 ans avec les extrêmes entre 15 à 49ans.

Koné au CHU de Kati avait trouvé que la tranche d'âge 21-30ans était la plus représentée soit 28,02% avec moyenne d'âge similaire au nôtre soit 29-37ans [17].

Notre moyenne d'âge était supérieure à celle **Sidibé** en commune II du district de Bamako soit 25,5ans [18].

Cela s'explique par la différence nos extrêmes soit entre 15 à 44ans pour lui.

La représentation majoritaire de cette tranche d'âge s'explique par le fait qu'elle représente la période active de la fécondité chez la femme.

La différence entre les tranches d'âge s'explique par les approches méthodologiques.

➤ **Statut matrimonial :**

Les femmes mariées ont représenté 79,09% dont 69,54% de monogames contre 20,91% de célibataires.

Notre résultat était similaire à celui **Sidibé** dont 78.1% de femmes mariées contre 19,9% de célibataires et supérieur à celui de **Kone** soit 66,67% de femmes mariées contre 11,59% de célibataires [18, 17].

Pour des raisons socio-culturelles, les femmes célibataires fréquentent moins les services de maternité.

➤ **Niveau d'instruction :**

Dans notre étude la majorité de nos participantes étaient scolarisés soit 77,27% niveau secondaire 32,72% ; niveau primaire 25,91%, et supérieur 18,64%) contre 22,73% de non scolarisé.

Des tendances similaires avaient été retrouvées par **Kone** au CHU de Kati soit 81,16% de scolarisés contre 18,84% de non scolarisés [17].

Doumbia dans son étude à Kolondieba avait retrouvé 67,03% de scolarisé contre 32,97% de non scolarisé [19].

Cette différence pourra s'expliquer par le faible taux d'alphabétisation des filles en milieu rural.

➤ **Occupation :**

Les femmes au foyer étaient les plus représentées soit 42,27% des cas.

Notre résultat était comparable à celui de **Kone** soit 44,44% et inférieur à celui de **Sidibé** soit 58,3% [17, 18].

Ceci s'explique par la faible employabilité des femmes au Mali.

❖ **Connaissances sur les effets secondaires :**

Dans notre étude nos participantes qui n'avaient pas été informées sur les effets secondaires au début de la contraception représentaient 64,09% des cas. Parmi celles informées, 35% étaient sur la prise de poids et retard des règles, suivie de perte de poids, saignement irrégulier soit respectivement 34,09 et 30% des cas.

La quasi-totalité de nos participantes n'avaient aucune connaissance des CAT devant les effets secondaires soit 97,27%.

Et pour 63,64% de nos participantes les effets secondaires constituent un motif d'abandon de la contraception.

Masirika et al [20] en RDC avait trouvé que 73,4% des femmes ont déclaré connaître les effets secondaires des contraceptifs dont 17,6% représentent des bonnes réponses.

Au regard de ce résultat, il ressort que malgré l'effort déployé par le gouvernement et ses partenaires techniques le niveau de connaissances des femmes sur les effets secondaires de la contraception reste faible.

❖ **Vécus d'effets secondaires**

Nos participantes ayant vécu au moins un effet secondaire de la contraception représentaient 59,55% des cas. Les effets secondaires les plus retrouvés étaient la prise de poids 33,64% ; saignements irréguliers 23,18% et retard des règles 10,45% des cas.

Dans notre étude les méthodes les plus incriminées étaient les implants dans 26,82% des cas suivie des contraceptives injectables et DIU respectivement 22,27% et 9,55% des cas.

Ce résultat était comparable à celui de **Kone** soit 60,51% des cas, le retard des règles, les saignements irréguliers et la prise de poids chez les femmes étaient les effets secondaires les plus retrouvés avec respectivement 52,63% ; 49,47% et 33,68% [17].

Doumbia dans son étude avait retrouvé que la prise de poids, retard des règles et les saignements irréguliers étaient les effets secondaires les plus vécus soit respectivement 35,41 ; 20,27 et 12,43% [17].

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des contraceptifs utilisés sont des hormones et peuvent créer un dérèglement du cycle menstruel et un gain de poids.

❖ **Attitudes faces aux effets secondaires :**

Dans notre étude, nos participantes n'ayant rien fait et continuées avec la même méthode devant les effets secondaires étaient les plus représentées soit 51,15% suivi de l'automédication et changement de méthode respectivement 16,79 et 11,45%.

Koné avait retrouvé dans son étude qu'aller au centre de santé était l'attitude la plus retrouvée chez les femmes devant les effets secondaires avec 69,47% suivi de celle qui n'ont rien fait soit 27,37% des cas [17].

Cette différence pourra s'expliquer par le fait que dans notre étude l'effet secondaire le plus représenté était la prise de poids donc suscitait moins chez les femmes comme motif de consultation.

❖ **Pratiques de nos participantes faces aux effets secondaires :**

L'abandon de la contraception en raison des effets secondaires représentait 21,82%. Les méthodes les plus abandonnées par nos participantes étaient les contraceptives injectables et les implants soit 58,33% et 29,17% des abandons. Les effets secondaires les plus responsables d'abandon étaient les saignements irréguliers suivis de la prise de poids avec respectivement 68,75 et 50% des cas.

Ceci révèle que les effets secondaires constituent l'une des raisons majeures d'abandon de la contraception.

CONCLUSION

Notre étude menée à l'hôpital du district sanitaire de la commune II de Bamako a révélé que la majorité des femmes n'étaient pas informées des effets secondaires au début de leur contraception, et ont signalé avoir vécu au moins un effet secondaire. De plus, la grande majorité de ces femmes ne connaissaient pas les CAT (conduite à tenir) en cas d'effets secondaires.

Il est donc crucial de renforcer l'éducation et la sensibilisation autour de ces questions pour améliorer l'utilisation et la persévérance des méthodes contraceptives gage d'une bonne santé reproductive.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons des recommandations :

❖ Aux autorités sanitaires :

- Mettre en place des campagnes d'information sur les méthodes contraceptives, en mettant l'accent sur les effets secondaires possibles et les mesures à prendre en cas de problèmes.
- Former les prestataires de soins sur les effets secondaires des contraceptifs, le CAT (Conseil Approprié aux Troubles) et la manière de gérer les préoccupations des patientes.

❖ Aux personnels de santé :

- Informer systématiquement les femmes sur les effets secondaires potentiels lors de la prescription de contraceptifs.
- Fournir des conseils personnalisés sur la gestion des effets secondaires et l'utilisation continue des méthodes contraceptives.
- Encourager la persévérance malgré les éventuels inconvénients.

❖ Aux populations de la commune II :

- Se renseigner sur les méthodes contraceptives, leurs avantages et leurs effets secondaires.
- Discuter avec les professionnels de santé en cas de préoccupations ou d'effets secondaires, plutôt que d'abandonner la contraception.

REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Planification familiale/méthodes contraceptives [en ligne]. Disponible à l'URL : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> [consultée le 23/11/2023].
2. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique – Mali, Direction générale de la santé et de l'hygiène publique, Sous-Direction de la santé de reproduction. Procédures en santé de la reproduction, composantes communes : planification familiale IST/VIH ET SIDA/PTME genre et santé, pathologies génitales et dysfonctionnements sexuels chez la femme. Bamako : MSHP, DGSHP, SDSR. 2019. 248p.
3. Kantorová V, Wheldon MC, Ueffing P, Dasgupta ANZ. Estimating progress towards meeting women's contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *PLoS Med.* fév 2020;17(2): 1-23.
4. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UN; 2019. 21p.
5. Nations Unies. Objectifs du millénaire pour le développement Rapport 2010. New York : UN ; 2010. 76p.
6. 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. Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Indicateurs Clés. Bamako, Mali, et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF, et ICF ; 2019.
7. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique – Mali, Direction générale de la santé et de l'hygiène publique. Statistique du Système Local d'Information Sanitaire du Mali 2020. Bamako : MSHP, DGSHP ; 2021. 196p.
8. Vitzthum VJ, Ringheim K. Hormonal contraception and physiology: a research-based theory of discontinuation due to side effects. *Stud Fam Plann.* mars 2005;36(1):13-32.
9. Dembélé A. Connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relatives à la contraception en milieu scolaire dans la commune V du district de Bamako. [Thèse] Médecine : Bamako ; 2018. 77p.
10. Roulet L, Ballereau F, Lapeyre-Mestre M, Joris-Frasseren M, Asseray N. [Developing a terminology in the French language for clinical practice and research in drug safety]. *Thérapie.* 2015;70(3):283-92.

- 11.**LANSAC J. La contraception de l'antiquité à nos jours. 31^{ème} journées nationales. Site web CNGOF [en ligne]. 2007 [consulté 02/03/2024]. Disponible à l'URL : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2007/vendredi_2007.htm
- 12.**Cellule de Planification et de Statistique, Ministère de la Santé, Direction Nationale de Statistique et de l'information. Enquête Démographique et de Santé (EDS-III) Juin 2001. Bamako,Mali : CPS, MDS,DNSI ; 2002.
- 13.**Smallwood GH, Meador ML, Lenihan JP, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW, et al. Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obstet Gynecol.* nov 2001;98(5 Pt 1):799-805.
- 14.**Ministère de l'Administration Territoriale de Décentralisation et de la Réforme de l'Etat. PLAN DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE, SOCIAL ET CULTUREL (PDESC) 2016-2020 DE LA COMMUNE II. Bamako : MATDRE ; 2016.
- 15.**Direction Nationale de la Population (DNP). Estimation de la population du Mali par Région, Cercle et Commune selon le sexe en 2023. Bamako : DNP ; 2022.
- 16.**Essi M J, Njoya O. L'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) en Recherche Médicale. *Health Sci. Dis.* June 2013 ; Vol 14(2) : 1-3.
- 17.**Kone M. Connaissances, Attitudes, et Pratique des femmes en âge de procréer face aux méthodes de contraceptions modernes au CHU Pr BSS de KATI [Thèse]. Santé publique/Santé de la Reproduction et Gynéco-obstétrique : Bamako ; 2023. 94p.
- 18.**Sidibé R. Perception, et pratiques communautaires liées à la contraception en commune II du district de Bamako [Thèse]. Santé publique : Bamako ; 2021. 96p.
- 19.**DOUMBIA T. Connaissances, Attitudes et pratiques en matière de la planification familiale dans le district sanitaire de Kolondiéba [Thèse]. Planification familiale et santé de la femme et de l'enfant : Bamako ; 2020. 48p
- 20.**Masirika B, Bisimwa S, Mukengere C. Connaissances des femmes sur les méthodes contraceptives dans la zone de santé rurale de Miti-Murhesa, province du Sud-Kivu, RDC. *Cahiers du centre de recherches pour la promotion de la sante (Crps)*. janv 2018. <hal-03412173>

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom et Prénom : GAKOU KOUDEIDIATOU

E-mail : koudeidiatougakou@gmail.com

Titre de thèse : Connaissances et Attitudes, Pratiques des femmes sur les effets secondaires des méthodes contraceptives à l'hôpital du district sanitaire de la commune II de Bamako.

Année Universitaire : 2023-2024

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Santé Publique/ Gynécologie Obstétrique

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie, Bamako, Mali.

Résumé

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la contraception est définie comme l'emploi d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures visant à réduire la probabilité de conception ou à l'éviter. Ainsi, elle fait référence aux méthodes temporaires et réversibles et elle s'oppose à la stérilité.

L'objectif de cette étude était de décrire les connaissances et attitudes - pratiques des femmes sur les effets secondaires des méthodes contraceptives à l'Hôpital de district sanitaire de la commune II de Bamako.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude descriptive transversale sur une période de quatre (5) mois d'Octobre 2023 à Février 2024 à l'hôpital du district sanitaire de la commune II de Bamako.

L'étude consistait à recueillir les données à partir de l'anamnèse des femmes en âge de procréer (15-49ans) ayant déjà utilisé une méthode contraceptive et ayant donné leur consentement verbal.

Résultats

Notre étude a porté sur 220 participantes en âge de procréer (15-49ans) ayant déjà utilisé une méthode contraceptive vues en consultation à l'hôpital du district sanitaire de la commune II. La majorité de nos participantes venaient de l'aire de santé du district sanitaire de la commune II soit 64,09%. La tranche de 26-35 ans a représentée 48,64% des cas. Les répondantes mariées dans un régime monogame représentaient 69,54% des cas. La majorité de nos participantes étaient scolarisés soit 77,27%. Les femmes au foyer étaient les plus

représentés soit 42,27% des cas. Nos participantes qui n'avaient pas été informées sur les effets secondaires au début de la contraception représentaient 64,09% des cas. Parmi celles informées, 35% étaient sur la prise de poids et retard des règles, suivie de perte de poids, saignement irrégulier soit respectivement 34,09 et 30% des cas. La quasi-totalité de nos participantes n'avaient aucune connaissance des CAT devant les effets secondaires soit 97,27%. Nos participantes ayant vécu au moins un effet secondaire de la contraception représentaient 59,55% des cas. Les effets secondaires les plus retrouvés étaient la prise de poids 33,64% ; saignements irréguliers 23,18% et retard des règles 10,45% des cas. Nos participantes n'ayant rien fait et continuées avec la même méthode devant les effets secondaires étaient les plus représentées soit 51,15% suivies de l'automédication et changement de méthode respectivement 16,79 et 11,45%. L'abandon de la contraception en raison des effets secondaires représentait 21,82%. Les méthodes les plus abandonnées par nos participantes étaient les contraceptives injectables et les implants soit 58,33% et 29,17% des abandons. Les effets secondaires les plus responsables d'abandon étaient les saignements irréguliers suivis de la prise de poids avec respectivement 68,75 et 50% des cas.

Conclusion

A l'issue de notre étude, la majorité des femmes n'étaient pas informées des effets secondaires au début de leur contraception, et ont signalé avoir vécu au moins un effet secondaire. De plus, la grande majorité de ces femmes ne connaissaient pas les CAT (conduite à tenir) en cas d'effets secondaires.

Mots clés : Contraception, Effets secondaires

Material Safety Data Sheet (MSDS)

Name and Surname: GAKOU KOUDEIDIATOU

E-mail: koudeidiatougakou@gmail.com

Thesis title: Knowledge and Attitudes, Practices of women on the side effects of contraceptive methods at the hospital of the health district of commune II of Bamako.

Academic year: 2023-2024

City of defense: Bamako

Country of origin: Mali

Sector of interest: Public Health/Gynecology Obstetrics

Place of submission: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology, Bamako, Mali.

Abstract

Introduction

According to the World Health Organization (WHO), contraception is defined as the use of agents, devices, methods or procedures to reduce the probability of conception or to prevent it. Thus, it refers to temporary and reversible methods and is opposed to sterility.

The objective of this study was to describe the knowledge and attitudes - practices of women on the side effects of contraceptive methods at the District Health Hospital of Commune II of Bamako.

Results

Our study involved 220 participants of childbearing age (15-49 years) who had already used a contraceptive method seen in consultation at the hospital of the health district of commune II. The majority of our participants came from the health area of the health district of commune II, i.e. 64.09%. The 26-35 age group represented 48.64% of cases. Respondents married in a monogamous regime represented 69.54% of cases. The majority of our participants were in school, i.e. 77.27%. Housewives were the most represented, i.e. 42.27% of cases. Our participants who had not been informed about the side effects at the start of contraception represented 64.09% of cases. Among those informed, 35% were on weight gain and late periods, followed by weight loss, irregular bleeding, i.e. 34.09 and 30% of cases respectively. Almost all of our participants had no knowledge of CATs in view of the side effects, i.e. 97.27%. Our participants who experienced at least one side effect of contraception represented 59.55% of cases. The most common side effects were weight gain 33.64%; irregular bleeding 23.18% and late period 10.45% of cases. Our participants who did nothing and continued with the same method in the face of side effects were the most represented, i.e.

51.15% followed by self-medication and change of method respectively 16.79 and 11.45%. Abandoning contraception due to side effects represented 21.82%. The methods most abandoned by our participants were injectable contraceptives and implants, i.e. 58.33% and 29.17% of abandonments. The side effects most responsible for abandonment were irregular bleeding followed by weight gain with respectively 68.75 and 50% of cases.

Conclusion

At the end of our study, the majority of women were not informed about the side effects at the beginning of their contraception, and reported having experienced at least one side effect. In addition, the vast majority of these women did not know the CAT (conduct to adopt) in case of side effects.

Keywords : Contraception, Side effects

ANNEXES :

FICHE D'ENQUÊTE :

Thème : Connaissances et Attitudes, Pratiques des Femmes sur les Effets Secondaires des méthodes Contraceptives à l'Hôpital de district sanitaire de la commune II de Bamako.

Fiche N°/_____

Identité de la personne

Q1 : Age : /_____ans /

Q2 : Profession : /_____ / 1= militaire ; 2= commerçante ; 3= femme au foyer ; 4 =Administratrice ; 5=couturière ;6=Enseignante ;7=Agent de sante ;8=Coiffeuse ; 9=élève/Étudiante ;10= Aide-ménagère ; 11=Secrétaire ;12= autre à préciser 1 :

Q3 : Résidence : /_____ / 1=Commune II 2= Hors Commune II

Caractéristiques sociodémographiques

Q4 : Niveau d'instruction : /_____ / 1= primaire ; 2= secondaire ; 3=supérieur ; 4=non alphabétisés

Q5 : Statut matrimonial : ; /_____ / 1= monogame ; 2= polygame ; 3= célibataire.

Q6 : Religion : /_____ / 1= musulmane ; 2=chrétienne ; 3= autre à préciser : ...

Q7 : Nombre d'enfants : /_____ /

Q8 : Quel est l'intervalle de temps moyen entre vos enfants : /_____ /

Connaissances de la contraception

Q1 : Connaissez-vous la contraception : /_____ / 1=Oui ; /_____ / 2=Non

Q2 : Si Oui sources d'information : /_____ / 1= Centre de santé ; 2= Pharmacie ; 3= Dans la rue (Boutique, pharmacie par terre) ; 4= Par une tierce personne ; 5=Media ; 6= Autres à préciser 1 :

Q3 : Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ? /_____ / 1= Contraceptifs oraux ; 2= Les contraceptifs injectables ; 3= Les implants [(Norplant (6 bâtonnets), Jadelle (2 bâtonnets), Sino-Implant (2 bâtonnets), Implanon (1 bâtonnet)] ; 4= Le dispositif intra-utérin (DIU) ; 5=les préservatifs ; 6= le collier ; 7= la MAMAN. 8= la Contraception chirurgicale volontaire (ligature des trompes) ; 9= l'Anneau vaginal ; 10= le Tafo ; 11=Autres à préciser 4 :

Q4 : Selon vous pourquoi les femmes pratiquent la planification familiale : /_____ / 1= empêcher une Grossesse ; 2= empêcher les grossesses rapprochées ; 3= espacer les naissances ; 4= limiter les naissances ; 5= avorter ou arrêter la fécondité ; 6= Prévenir des maladies sexuellement transmissibles ; 7= politique pour réduire les bras valides ; 8=facteur de

débauche ; 9=Santé maternelle ; 10=Rends stérile la femme ; 11=Santé materno-infantile ; 12= autres à préciser 3 :

Q5 : Parlez-vous de la planification familiale avec votre époux ? /___/ 1= Oui ; 2= Non

Attitudes face aux méthodes de contraception

Q1 : Quelle(s) méthodes contraceptives avez-vous utilisée 1 : /___/ 1= Contraceptifs oraux ; 2= Les contraceptifs injectables ; 3= Les implants [(Norplant (6 bâtonnets), Jadelle (2 bâtonnets), Sino-Implant (2 bâtonnets), Implanon (1 bâtonnet)) ; 4= Le dispositif intra utérin (DIU) ; 5=les préservatifs ; 6= le collier ; 7= la MAMAN. 8= la Contraception chirurgicale volontaire (ligature des trompes) ; 9= l'Anneau vaginal ; 10= Le Tafo ; 11=autres méthodes à préciser 5 :

Q2 : cette méthode a été choisie par qui ? /___/ 1= Votre mari et vous ; 2= Par vous seule ; 3= Par le mari seul ; 4=par un agent de santé ; 5= Autre à préciser :

Connaissances sur les effets secondaires des méthodes de contraception

Q1 : Au moment où vous avez commencé une méthode contraceptive, avez-vous été informée sur les effets secondaires de la méthode : /___/ 1= oui ; 2= non

Q2 : Si oui les quels ? /___/ 1= prise de poids ; 2= retard des règles, aménorrhée ; 3= vertiges ; 4=perte de poids ; 5=Paresthésie des membres ; 6=maux de tête ; 7=Crampes musculaires ; 8= baisse de la libido ; 9=saignements irréguliers ; 10=Douleurs dorso-lombaires ; 11=Nausées ; 12 = Courbature ; 13=algies pelviennes ; 14=Aucun =.....

Q3 : Avez-vous eu des effets secondaires causés par les méthodes contraceptives /___/ 1= Oui ; 2=Non

Q4 : Si Oui quelles méthodes : /___/ 1= Contraceptifs oraux ; 2= Les contraceptifs injectables ; 3= Les implants [(Norplant (6 bâtonnets), Jadelle (2 bâtonnets), Sino-Implant (2 bâtonnets), Implanon (1 bâtonnet)) ; 4= Le dispositif intra utérin (DIU) ; 5=les préservatifs ; 6= le collier ; 7= la MAMA. 8= la Contraception chirurgicale volontaire (ligature des trompes) ; 9= l'Anneau vaginal ; 10= Le Tafo ; 11=autres méthodes à préciser 5 :

Q5 : Quels étaient la ou les effets secondaires ? : 1= prise de poids ; 2= retard des règles, aménorrhée ; 3= vertiges ; 4=perte de poids ; 5=Paresthésie des membres ; 6=maux de tête ; 7=Crampes musculaires ; 8= baisse de la libido ; 9=saignements irréguliers ; 10=Douleurs dorso-lombaires ; 11=Nausées ; 12 : Courbature ; 13=algies pelviennes ; 14=Aucun ; Autres à préciser 12 =.....

Q6 : Au moment où vous avez commencé une méthode contraceptive avez-vous été informée sur ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires : /___/ 1= oui 2= non

Q7 : Savez-vous qu'on peut corriger les effets secondaires ? /___/ 1= Oui ; 2= Non

Attitudes et pratiques sur les effets secondaires des méthodes contraceptives

Q8 : Qu'avez-vous fait devant ces effets secondaires : /___/ 1= Consulter au centre de santé ; 2= Consulter à la Pharmacie ; 3= Automédication ; 4= Rien ; 5= Arrêt immédiat de la méthode ; 6= Changement de la méthode contraceptive ; 7= Continuer avec la même méthode ; 8= Abandon de la contraception ; 9= Autres choses à préciser :

Q9 : Que craignez-vous après avoir été confronté à ces effets secondaires : /___/ 1= Ne plus avoir d'enfant ; 2= Perturbations des menstrues ; 3= Baisse du désir sexuel ; 4= Conflit avec les proches ; 5= Autres choses à préciser :

Q10 : Selon vous les effets secondaires constituent-ils un motif d'abandon de la contraception : /___/ 1= Oui ; 2= Non ; 3= Aucune idée.

Q11 : Vous avez abandonné quelles méthodes contraceptives à cause des effets secondaires : /___/ 1= Contraceptifs oraux ; 2= Les contraceptifs injectables ; 3= Les implants [(Norplant (6 bâtonnets), Jadelle (2 bâtonnets), Sino-Implant (2 bâtonnets), Implanon (1 bâtonnet)] ; 4= Le dispositif intra-utérin (DIU) ; 5= les préservatifs ; 6= le collier ; 7= la MAMAN. 8= la Contraception chirurgicale volontaire (ligature des trompes) ; 9= l'Anneau vaginal ; 10= Le Tafo ; 11= autres méthodes à préciser 5 :

Q12 : Devant quel(s) effet (s) secondaire (s) : 1= prise de poids ; 2= retard des règles, aménorrhée ; 3= vertiges ; 4= perte de poids ; 5= Paresthésie des membres ; 6= maux de tête ; 7= Crampes musculaires ; 8= baisse de la libido ; 9= saignements irréguliers ; 10= Douleurs dorso-lombaires ; 11= Nausées ; 12 : Courbature ; 13= algies pelviennes ; 14= Aucun ; Autres à préciser 12 =

: 1= prise de poids ; 2= retard des règles, aménorrhée ; 3= vertiges ; 4= perte de poids ; 5= Paresthésie des membres ; 6= maux de tête ; 7= Crampes musculaires ; 8= baisse de la libido ; 9= saignements irréguliers ; 10= Douleurs dorso-lombaires ; 11= Nausées ; 12 : Courbature ; 13= algies pelviennes ; 14= Aucun ; Autres à préciser 12 =

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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 race, de parti ou de classe 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 condisciples si j'y manque.

Je le Jure !!