Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT- UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

TITRE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025 N°……

Facteurs associés à l'utilisation de la contraception dans le post partum au Centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako en 2024

Présentée et soutenue publiquement le 04/07/2025 devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par M. CHEICK OUMAR SAMAKE

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

JURY

Président : M. Oumar SANGHO, *Maitre de Conférences Agrégé*

Membre : M. Bocary Sidy KONE, *Gynécologue Obstétricien*

Co-directeur : M. Salia KEITA, *Maitre-Assistant*

Directeur : M. Nouhoum TELLY, *Maître de Conférences Agrégé*

De tout cœur, je dédie ce modeste travail :

❖ **À ma mère Feu Fatoumata Konaté**

Maman, vous êtes responsable de ce travail. Une femme remarquable, une mère dévouée, courageuse, croyante, généreuse, l'inspiration de ma vie, la première de mon éducation. Vous avez toujours été là pour nous, nous rassurer et nous réconforter. Vous représentez l'amour, la tolérance et la bienveillance pour nous. Tes dévouements envers tes enfants et les autres nous ont permis de réaliser ce que vous avez toujours désiré. Et surtout Excuse-moi pour toutes les difficultés, les inquiétudes et la fatigue que je vous ai engendrées. Qu'Allah vous accorde sa grâce et son paradis très chère mère.

À mon père Soungalo Samaké

Papa, je n'ai pas les mots pour exprimer mes émotions aujourd'hui. Vous avez toujours été présent à nos côtés. Vous nous avez enseigné à nous ce qu'est la dignité, l'honneur, le respect et la probité. Vous êtes un modèle pour l'ensemble de la famille, car tu es un travailleur dévoué, rigoureux et exigeant envers toi-même et les autres. Je n'ai jamais manqué de tes prières et de tes bénédictions, ainsi que de ton soutien moral, affectif et matériel. Il est important que vous sachez que je ne pourrai jamais te rendre un hommage à la mesure de tes efforts effectués. Fais de ce travail le signe de ma gratitude pour tous tes efforts. Que Dieu vous donne une vie longue et épanouissante.

❖ **À ma mère Hawa Mariko** :

Chère mère vous avez été toujours là pour nous, grâce à vous je suis devenue ce que je suis aujourd'hui et la réussite de ce travail est à vous, que Dieu vous accorde la santé et une longue vie.

❖ **À ma famille** :

Je vous remercie de vos conseils, vos encouragements, votre soutien et votre amour envers moi. Vous avez été attentive à mes études et vous avez fait tout votre possible pour que je réussisse. Je vous estime énormément et le quotidien que nous avons partagé a contribué à développer ma personnalité. Ensemble, nous avons vécu des instants plaisants, parfois difficiles, mais nous en sommes sortis encore plus forts et plus solidaires. Je souhaite à chacun de vous le meilleur en compagnie du Seigneur. Ce travail résulte des sacrifices que vous avez faits avec dignité et humilité.

❖ **À mes frères et sœurs :**

Maimouna Samake, Aminata Samake, Nene Samake, Assoumane Samake, Badra Aly Samake, Assetou Samake, Souleymane Samake, Abdoul Karim Samake, Cherif Madani Samake, Moussa Samake, Salimata Samake, Gnadjoukou Samake, Alima Samake,

Kadidiatou Samake et Bouye Samake.

- **À toutes les femmes** qui ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie.
- **À toutes les mères,** particulièrement celles qui ont perdu leur vie en donnant la vie.
- **Aux orphelins,** dont les mères sont décédées après avoir leur donné la vie.

REMERCIEMENTS

Je remercie :

❖ **Allah le tout puissant**

Au nom d'Allah, le très clément, le très miséricordieux. Louange et gloire à Allah le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et de voir ce jour important dans ma vie. Je suis ce que tu as voulu que je sois, je ne serai que ce que tu voudras que je sois. Que ta volonté soit faite ! Guide-nous dans le droit chemin, Amen.

❖ **Son prophète Mohamed** Salut et paix sur lui, à toute sa famille et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

❖ **À mon pays natal, le Mali**

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une instruction. Tu m'as donné un savoir incommensurable. Profonde gratitude.

❖ **Au Professeur** : Pr Nouhoum Telly

Cher Maître, je vous remercie de m'avoir fait confiance en me donnant ce sujet. Dès notre premier contact, vous m'avez accueillie chaleureusement. Depuis lors, je me rappelle comme si c'était hier. Votre disponibilité, votre attitude facile, votre soutien inébranlable, votre sympathie, votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait ont contribué à la réalisation de ce travail. Je vous remercie pour vos précieux conseils et votre solide encadrement. Cette tâche est entièrement à votre honneur. Qu'il puisse être le témoin de ma sincère reconnaissance. Que votre cœur vous bénisse et vous accorde tout ce que vous souhaitez.

❖ **Aux Dr Abou Sogodogo et Dr Borodjan Diarra**

Vous avez été des maîtres exemplaires pour moi. Vous avez été attentif à mon suivi, en me donnant des conseils et des encouragements utiles. Vous trouverez ici ma sincère reconnaissance. Que Dieu vous donne une longue vie !

❖ **À tous les personnels du Département d'Enseignement de la Recherche en Sante Publique et Spécialité**

J'ai découvert en vous des personnalités simples, rigoureuses, aimables et respectueuses en vous. Je vous remercie pour votre chaleureux accueil, je vous fais part de ma sympathie et de ma disponibilité. Que Dieu nous accorde une longue vie dans la santé et la prospérité.

❖ **À mes merveilleuses Tantes : Inna Ouloguem et Batoma Konaté.**

❖ **À mes merveilleux oncles : Amadou Konaté, Seydou Konaté, Feu Oumar Konaté, Sekou Konaté.**

❖ **À la famille Konate, la famille Cissé, la famille Sissoko, la famille Traoré, la famille Diallo et la famille Dembélé depuis Kayes.**

❖ **À tous les personnels du centre de santé communautaire de Doumanzana (ASACODOU) : Dr M'baye Rakki Cissé et l'ensemble de ces personnels.**

❖ **À mes chers ainés du service :**

Il n'y aura aucune manière d'exprimer ma profonde reconnaissance. Votre contribution à la réalisation de ce travail a dépassé toutes les attentes. Vos qualités humaines de courtoisie, de sympathie, votre rigueur dans le travail, en un mot votre savoir-être, sont à la hauteur de nos attentes. Que vos compétences humaines nous encouragent. Il est important que nous conservions précieusement tout ce que vous avez fait pour moi ; chers aînés, recevez ici mes remerciements les plus sincères. Je vous remercie pour votre contribution, que le Dieu dans sa grâce vous soutienne tout au long de votre carrière.

❖ **À tous mes camarades internes du service** : Kalifa Diarra , Aichata Diarra, Badra Aly Traore, Ousmane Timbine, Ballo Yamadou, Louis Diallo, Lassina Sountoura, Ahmadou Traore, Mohamed Diaby, Sadia Sanogo, Bakary Dembele,Tahirou Sanogo, Labass Timite et David Diassana.

Je vous remercie pour votre confiance, vos échanges de connaissances et je m'excuse sincèrement pour mes erreurs. Que le Seigneur puisse renforcer encore plus nos liens d'amitié.

❖ **À tous et toutes mes camarades de la promotion**

Que Dieu nous accorde toujours la sagesse de maintenir l'union sacrée que nous avons établie tout au long de cette longue aventure.

❖ **À mes merveilleux amis : Marabata Sissoko, Dr Fatoumata Bolo Traore, Mamadou Coulibaly, Dr Issa Diallo, Cheickné Coulibaly et Boubacar Coulibaly.**

Il n'y aura aucune manière d'exprimer ma profonde reconnaissance. Votre contribution à la réalisation de ce travail a dépassé toutes les attentes. Vos qualités humaines de courtoisie, de sympathie, en un mot votre savoir-être, sont à la hauteur de mes attentes. Que vos compétences humaines nous encouragent. Je vous remercie pour votre contribution à ma vie, que le Dieu de grâce vous soutienne tout au long de votre existence.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Oumar SANGHO

- **Maître de Conférences Agrégé en Epidémiologie ;**
- **Doctorat en Epidémiologie ;**
- **Diplôme Inter-Universitaire (DIU) EPIVAC ;**
- **Certificat de Promotion de la Santé**
- **Enseignant-Chercheur au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique et Spécialités (DERSP) / FMOS / USTTB ;**
- **Ancien Médecin Chef du District Sanitaire de Niono.**

Cher Maître,

C'est un privilège que vous nous accordez en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos nombreuses responsabilités. Vos qualités d'humanisme, de simplicité, sociale et scientifique suscitent respect et admiration. En nous, vous avez développé le sens du travail bien accompli et la rigueur scientifique. Nous vous adressons, cher maître, notre gratitude et nos remerciements les plus sincères. Que l'éternel vous accorde une santé de fer et une vie épanouie.

À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Bocary Sidi Kone

- **Médecin gynécologue obstétricien à la clinique périnatale Mohammed VI,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie et Obstétrique,**
- **Membre du Collège National des Gynécologues Obstétriciens français,**
- **Ancien faisant fonction d'interne des hôpitaux de paris,**
- **Titulaire de Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie (DFMSA)**
- **Titulaire de diplôme inter universitaire en échographie gynécologie et obstétricale en France,**
- **Titulaire de diplôme universitaire de cœlioscopie gynécologie en France,**
- **Membre de Médecin Sans Frontière (MSF) en France.**

Cher maître,

La qualité de votre enseignement, votre expérience de chercheur et de praticien, votre simplicité et votre modestie font de vous un maître admiré de tous. Nous sommes très honorés de vous avoir comme juge de cette thèse. Veuillez accepter cher maître, l'expression de notre sincère reconnaissance**.**

À NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Salia Keita

- **Maître Assistant en Epidémiologie au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique et Spécialités (DERSP) / FMOS / USTTB ;**
- **Enseignant-Chercheur au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique et Spécialités (DERSP) / FMOS / USTTB.**

Cher Maître,

Nous souhaitons vous exprimer notre profonde gratitude pour avoir accepté de co-diriger cette tâche, où vous avez joué un rôle essentiel malgré vos nombreuses responsabilités. Votre gentillesse et votre profond humanisme suscitent une grande sensibilité chez nous. Cher maître, veuillez accepter nos remerciements les plus sincères. Puisse le bon DIEU vous fortifier dans votre carrière.

À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Nouhoum Telly

- **Maître de Conférences Agrégé en Epidémiologie à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) ;**
- **Chef de la section de surveillance épidémiologique à la cellule sectorielle de lutte contre le VIH /SIDA, la tuberculose et les hépatites virales ;**
- **Secrétaire général adjoint de la Société Malienne d'Epidémiologie (SOMEPI).**

Cher Maître**,**

C'est un honneur pour nous de vous avoir dans ce jury. Votre abord facile, votre esprit critique et votre objectivité ont largement contribué à renforcer la qualité de ce travail. Vos imminentes qualités scientifiques, votre sens de responsabilité font de vous un grand maître au sein de notre faculté. C'est un immense plaisir de vous manifester ici, solennellement notre profonde gratitude et notre sincère admiration. Que l'éternel vous garde longtemps auprès de nous.

ABRÉVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COC : Contraceptif Oraux Combiné

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSCOM U : Centre de Santé communautaire universitaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DIU : Dispositif Intra -Utérin

EDSM-VI : Sixième Enquête Démographique et de Santé

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie

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

HRP : Programme de la Reproduction Humaine

IIG : Intervalle Inter-Génésique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IST : Infection sexuellement transmissible

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PF : Planification Familiale

UNFP : Fonds des Nations Unies pour la Population

USTTB : Université des sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

VIH/SIDA : Virus d'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des femmes reçu en CPON au CSRéf CI en 2023 selon les données sociodémographiques 40
Tableau II: Répartition des femmes reçu en CPON au CSRéf CI en 2023 ayant participer a l'étude selon leurs caractéristiques reproductives. 41
Tableau III: Répartition des femmes reçu en CPON au CSRéf CI en 2023 selon la prise de décision de la planification dans le post partum. 42
Tableau IV: Répartition des femmes reçu en CPON au CSRéf CI en 2023 selon les connaissances de la planification familiale dans le post partum. 43
Tableau V: Répartition des femmes reçu en CPON au CSRéf CI en 2023 selon l'utilisation de la contraception du post-partum 44
Tableau VI: La fréquence d'utilisation de la contraception par les femmes en postpartum au CSRéf de la commune I. 44
Tableau VII: Répartition des femmes reçu en CPON au CSRéf CI en 2023 selon le moment d'utilisation de la contraception 45
Tableau VIII: Répartition des femmes reçu en CPON au CSRéf CI en 2023 selon la méthode contraceptive utilisée actuellement 46
Tableau IX: Répartition de l'âge des patientes en fonction de l'utilisation de la contraception 47
Tableau X: Répartition socio-démographique en fonction de l'utilisation de la contraception 48
Tableau XI: Répartition de la parité et le désir d'avoir un autre enfant en fonction de l'utilisation de la contraception 49
Tableau XII: Répartition des facteurs associés à la contraception en fonction de l'utilisation de la contraception 50

Liste des figures

Figure 1: Les contraceptifs oraux ou pilules 9
Figure 2: Le contraceptif injectable progestatif (Dépo-Provera) 10
Figure 3: Le préservatif masculin 11
Figure 4: Le préservatif féminin 12
Figure 5: la cape cervicale 13
Figure 6: Le dispositif intra-utérin (stérilet) 15
Figure 7 : L'implant "Implanon" 16
Figure 8: Le patch "EVRA" 17
Figure 9: L'anneau vaginal "Nuvaring" 18
Figure 10 La contraception d'urgence (Norlevo) 19
Figure 11: Ls spermicides 20
Figure 12: Ligature ou obturation des trompes 21
Figure 13 : la vasectomie 21
Figure 14 : La méthode du calendrier ou Ogino 23
Figure 15 : La courbe des températures 23
Figure 16 : La méthode de la glaire ou Billings 24
Figure 17 : Les tests d'ovulation : Persona 25
Figure 18 : Allaitement maternel 26
Figure 19: Le « Tafo » 27
Figure 20: « Nasi » 28
Figure 21: Carte sanitaire de la Commune I 36

Table des matières

1 Introduction 1
2 Objectifs 3
2.1 Objectif général 3
2.2 Objectifs spécifiques 3
3 Généralités 4
3.1 Définitions 4
3.1.1 Planification familiale (PF) 4
3.1.2 La contraception : 4
3.1.3 Le post-partum 6
3.2 Méthodes contraceptives 8
3.2.1 Les méthodes de contraception modernes 8
3.2.2 Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali 26
4 Méthodologie 30
4.1 Cadre de l'étude 30
4.1.1 Présentation de la commune I 30
4.2 Type d'étude 36
4.3 Période d'étude 36
4.4 Population d'étude 36
4.4.1 Critères d'inclusion 36
4.4.2 Critères de non inclusion 36
4.4.3 Calcul de la taille de l'échantillon 37
4.4.4 Échantillonnage 37
4.5 Variables étudiées 37
4.5.1 Variables qualitatives : 37
4.5.2 Variables quantitatives : 38
4.6 Mode ou technique de collecte des données 38
4.7 Outils (Instruments) de collecte des données 38
Pour la collecte de nos données, nous avons utilisés : 38
4.8 Saisie et analyse des données 38
4.9 Considérations éthiques et déontologiques 38
4.10 Définitions opérationnelles 38
5 Résultats 40

5.1 Données sociodémographiques 40
Caractéristiques 40
5.2 Caractéristiques reproductives des femmes en période post-partum 41
5.3 Connaissances sur l'utilisation de la contraception 43
5.4 Etudes analytiques 47
6 Commentaires et discussion 51
6.1 Approche méthodologique : 51
6.2 Caractéristiques sociodémographiques 51
6.2.1 Age 51
6.2.2 Situation matrimoniale 51
6.2.3 Parité 52
6.2.4 Niveau d'instruction 52
6.2.5 Profession 52
6.2.6 Source d'information 53
6.2.7 Intervalle inter génésique 53
6.2.8 Désir de la grossesse 53
6.3 Méthodes de contraception préférée : 53
7 Conclusion : 55
8 Recommandations 56
9 Références 57

1 Introduction

Selon le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFP), la santé de la reproduction signifie que les gens sont en mesure d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et dépourvue de danger et qu'ils ont à la fois les moyens de procréer et la liberté de décider, quand et avec quelle fréquence ils le font [1]. Selon les politiques, normes et procédures au 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]. La planification familiale dans le post-partum est définie comme la prévention des grossesses non désirées et des grossesses très rapprochées, durant les douze mois suivant l'accouchement [3].

Les grossesses non désirées, ainsi que celles qui ne sont pas suffisamment espacées, sont des problèmes de santé publique, car elles augmentent les taux de morbidité et de mortalité maternelle, néonatale et infantile [4].

Environ 287 000 femmes sont décédées pendant ou après une grossesse ou un accouchement en 2020 dans le monde. Près de 95 % des décès maternels, dont la plupart auraient pu être évités, sont survenus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2020. Le taux de mortalité maternelle dans les pays à revenu faible était de 430 pour 100 000 naissances vivantes, contre 12 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays à revenu élevé [5].

Au Mali, les taux de mortalité liée à la grossesse et néonatale étaient de 325 pour 100 000 naissances vivantes et 33‰ en 2018 [1]. Le nombre de femmes souhaitant la planification familiale a nettement augmenté au cours des 20 dernières années, de 900 millions en 2000 à près de 1,1 milliard en 2021 [6]. Malgré cet état de fait, 61% des femmes n'utilisent pas de moyens de contraception efficaces dans les 24 mois suivant un accouchement afin d'éviter une grossesse non désirée [7].

Dans le monde, 95% des femmes veulent éviter une grossesse dans les deux ans qui suivent l'accouchement mais seulement un tiers utilise une méthode contraceptive dans le post-partum [8] . Les moments les plus appropriés pour le counseling sont pendant les consultations prénatales, en salle d'accouchement pendant la phase de latence et pendant la période des suites de couches [9].

Malgré les efforts du gouvernement malien et de l'ensemble de ses partenaires techniques et financiers, le domaine de la santé sexuelle et reproductive est marqué par une très faible amélioration des indicateurs [10]. Selon EDSM-VI,

la prévalence de l'utilisation des méthodes de contraception moderne est de 16% en 2018 et les besoins non satisfaits en planification familiale étaient de 24% [1]. Cependant on observe un accroissement de l'indice synthétique de fécondité passant de 6,1 enfants par femme en 2012-2013 à 6,3 enfants par femme en 2018 selon EDSM-V I [1].

La déclaration d'action collective pour la planification familiale du post-partum [11] et les recherches disponibles [12,13] se concentrent sur la période post-partum prolongée. Cependant, la fertilité peut revenir dès 25 jours après l'accouchement [14]. Alors que l'allaitement retarde considérablement l'apparition de la fertilité, [15] même les femmes qui allaitent peuvent ovuler avant les premières règles, limitant leur capacité à prédire avec précision un retour à la fécondité [16].

Au Mali, la faible utilisation des services de santé de la reproduction en général et de la planification familiale (PF) en particulier contribue pour beaucoup aux maladies et aux décès des femmes pendant et/ou après l'accouchement et des enfants de moins d'un an. [17].

Il n'y a eu pas d'étude sur la contraception dans le post partum au CSRéf de la commune 1, d'où l'intérêt de la nôtre étude qui vise à contribuer à une meilleure compréhension de la contraception et de ces facteurs déterminants dans le post-partum.

Question de recherche

Quels sont les facteurs associés à l'utilisation de la contraception dans le post partum au Centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako en 2024 ?

2 Objectifs

2.1 Objectif général

Étudier les facteurs associés à l'utilisation de la contraception par les femmes dans le postpartum au CSRéf de la commune I du district de Bamako en 2024.

2.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence d'utilisation de la contraception par les femmes en postpartum au CSRéf de la commune I.
- Identifier les méthodes contraceptives utilisées par les femmes en postpartum au CSRéf de la commune I.
- Identifier les facteurs de l'utilisation de la contraception par les femmes en post partum au CSRéf de la commune I.

3 Généralités

3.1 Définitions

3.1.1 Planification familiale (PF)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (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. C'est aussi des moyens qui concourent au contrôle des naissances, dans le but de permettre aux femmes et donc aux familles de choisir à quel moment elles auront un enfant.

En effet à travers la planification familiale, plusieurs actions peuvent être menées à la fois directement sur les soins et l'éducation des populations. d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants [18].

Au Mali, les normes définissent la planification familiale comme 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 [19].

3.1.2 La contraception :

La contraception est l'utilisation de procédés temporaires et réversibles destinés à empêcher la conception, sont donc exclus de cette définition les procédés chirurgicaux irréversibles (vasectomie, ligatures des trompes) qui restent une méthode de stérilisation [18]. Elle permet aux couples et individus, de choisir le moment où ils le décident d'avoir des enfants, le nombre d'enfant qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soins, d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants.

La PF regroupe diverses activités qui sont :

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

Composantes de la PF retenues au Mali sont :

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

Avantages

- Pour la femme

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'avortements 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 [20].

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 [21]. La planification familiale permet à la femme de limiter les abandons d'enfant et de rendre la mère disponible pour son enfant, son mari et pour toute la famille [21].

- Pour l'enfant

Cette méthode sauve la vie des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances. Entre les 13 et 15 millions d'enfant avant l'âge de cinq ans meurent chaque année, si tous les enfants naissent en intervalle d'au moins de deux ans 3 à 4 millions de ces morts seraient éviter [22] .La PF permet l'enfant de prendre le sein plus longtemps, de bénéficier de l'affection maternelle. Elle contribue au développement humanitaire de l'enfant pour faire face à certaines pathologies tels que les infections respiratoires, la diarrhée et autres maladies infectieuses et virales [23].

- Pour l'homme

La PF aide l'homme et la femme à prendre soins de leur famille. Dans le monde entier, les hommes disent que la PF aide à leur assurer une meilleure existence [21].

- Pour la famille

La PF améliore le bien-être familial. Les couples qui ont moins d'enfant sont mieux à mesure de leur donner suffisamment de nourriture, de leur assurer un logement et de les scolariser [22]

- Pour la nation

La PF aide la nation à se développer dans les pays où les femmes ont moins d'enfants. La population voit sa situation économique s'améliorer plus rapidement qu'ailleurs [20].

3.1.3 Le post-partum

Définition :

C'est la période qui s'étend sur les six (6) semaines qui suivent l'accouchement. Il se termine par le retour de la menstruation sauf dans les cas d'aménorrhée physiologique de nourrice [24].

3.1.3.1 Les différentes modifications du post-partum

3.1.3.1.1 Modifications anatomiques

La rétraction et l'involution utérine se passent comme suit [25] :

Dès après la délivrance, l'utérus se contracte. Il devient dur, prenant l'aspect classique d'un « globe de sécurité ». Pendant les douze premiers jours, il reste abdominal ; le premier jour, son fond remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le sixième jour, il est à mi-distance entre l'ombilic et la symphyse pubienne. Après le douzième jour, l'utérus redevient pelvien.

Quant au col utérin, il retrouve sa consistance ferme et sa longueur en une semaine. Son orifice interne se ferme au bout d'une semaine contrairement à son orifice externe qui reste perméable pendant les trois semaines suivant l'accouchement. L'endomètre évolue en quatre phases. La première phase est celle de régression dans les cinq jours suivant l'accouchement. Vient ensuite la phase de cicatrisation qui a lieu du 6ème au 25ème jour. La troisième phase correspond à la phase de prolifération du 25ème au 45ème jour, elle est suivie par une hémorragie de privation qui signe la reprise du cycle menstruel. Le vagin ne retrouve sa trophicité qu'à partir du 25ème jour en raison de la stimulation hormonale. La vulve est béante le premier jour puis reprend sa tonicité par la suite [26].

3.1.3.1.2 Modifications hormonales

Le taux d'œstrogènes s'effondre le lendemain de l'accouchement. Si la femme n'allaite pas, celui-ci va progressivement augmenter à partir du 25ème jour. En cas d'allaitement maternel, cette augmentation se produira entre le 35ème et le 45èmejour. Le taux de prolactine augmente aussitôt après l'accouchement en raison de la levée de son inhibition par les œstrogènes. En cas d'allaitement artificiel, celui-ci commence à diminuer après le 15ème jour puis se normalise en quatre à six semaines [26].

3.1.3.1.3 Modifications biologiques

La glycémie et les constantes lipidiques (triglycérides, cholestérol et lipoprotéines) se normalisent progressivement en trois mois.

L'hypercoagulabilité physiologique de la grossesse persiste environ deux semaines après l'accouchement. Les facteurs de coagulation ne retrouvent leurs valeurs normales qu'en trois à quatre semaines [26].

3.1.3.1.4 Le retour de la fonction ovarienne

La fonction ovarienne associée à la reprise des ovulations, est fonction du type d'allaitement choisi par la femme. En effet si la femme a choisi de donner du lait artificiel à son enfant, la première ovulation peut avoir lieu à partir du 25ème jour du post-partum et les premières règles surviennent en général entre six et huit semaines après l'accouchement. Le premier cycle aboutissant au retour des menstruations peut être anovulatoire [27]. Si la femme allaite son nourrisson, la reprise d'activité ovarienne est retardée. En effet, lors de chaque mise au sein la succion du mamelon par l'enfant provoque chez la mère un pic de prolactine. Ce pic entraine un ralentissement des pulsations de GnRH, ce qui a pour conséquences une hyposécrétion des œstrogènes et une perturbation de la croissance des follicules. Tous ces phénomènes aboutissent à une anovulation. Cependant pour que ceux-ci soient réellement efficaces sur le blocage de l'ovulation, cela nécessite certaines conditions : l'allaitement doit être complet et exclusif avec au minimum six tétées par 24 heures, réparties régulièrement entre la nuit et le jour. Si ces conditions ne sont pas réunies, une ovulation peut avoir lieu [28].

3.1.3.1.5 La contraception dans le post-partum

Elle est la prévention des grossesses non désirées et des grossesses très rapprochées, durant les douze mois suivant l'accouchement [3].

Le post-partum est une période sujette aux nombreux changements. C'est pourquoi les recommandations concernant la contraception sont différentes des recommandations habituelles. L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure grâce à l'indice de Pearl. Il correspond au nombre de femmes sur 100 utilisant ce moyen contraceptif et présentant une grossesse dans l'année suivant le début de l'utilisation [29]. Il existe deux analyses de l'indice de Pearl : en fonction d'une utilisation dans des conditions optimales (c'est- à-dire une utilisation correcte et régulière) et en fonction d'une utilisation courante (c'est-à-dire comme elle est le plus souvent utilisée par les personnes). La méthode contraceptive est jugée très efficace lorsque cet indice se situe entre 0-0,9 ; efficace quand il se situe entre 1-9 ; modérément efficace lorsqu'il se trouve entre 10-25 et moins efficace quand il est entre 26-32. En comparatif, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2011 le taux de grossesse sur une année lorsqu'aucune méthode de contraception n'est utilisée, celui-ci est de 85 grossesses pour 100 femmes sur un an [30].

3.2 Méthodes contraceptives

3.2.1 Les méthodes de contraception modernes

3.2.1.1 Contraceptifs oraux ou pilules

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

Mode d'action

La pilule œstroprogestative agit principalement en bloquant l'ovulation, en modifiant l'endomètre qui devient inflammatoire de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf et en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col.

La micropilule (micro dose de progestatif) agit uniquement en modifiant la glairepour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col sauf la micropilule Cerazette qui supprime aussi l'ovulation.

Avantages

C'est une méthode contraceptive très efficace, très bien tolérée, efficace dès le 1ercomprimé.

Elle permet d'avoir des cycles réguliers et les règles sont moins abondantes, moins longues et moins douloureuses. Le retour à la fécondité est d'environ 3 à 7 mois.

Inconvénients

Il peut y avoir des petits saignements (spotting) en dehors des règles surtout lors des premières plaquettes, de nausées, douleurs et des gonflements des seins.

La prise de poids, exceptionnelle, est toujours modérée.

Contres indications

- Hypercholestérolémie,
- Hypertension artérielle,
- Les antécédents d'accident thromboembolique,
- Les femmes diabétiques ; certains cancers ; le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [31].

Figure 1: Les contraceptifs oraux ou pilules [32]

3.2.1.2 Contraceptifs injectables

Les contraceptifs injectables sont des méthodes populaires parce que leurs utilisatrices n'ont pas besoin de consulter un prestataire qu'à certains intervalles, mais aussi parce qu'ils sont très efficaces. De plus, ils peuvent être utilisés à l'insu du partenaire et qu'ils ne gênent pas les relations sexuelles. Cette méthode ne contient qu'une hormone appelée progestérone (pas de œstrogènes). Elle est administrée par voie intramusculaire une fois par mois.

Les contraceptifs injectables progestatifs (tels le Dépo-Provera et le Noristérat) ne contiennent pas d'œstrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite toutes les 8 à 12 semaines, selon le type de contraceptif injectable choisi [31].

Avantages

C'est une méthode facile à utiliser. Elle nécessite que peu de consultation médicale et très efficaces.

Inconvénients

Comme les pilules les patientes sous contraceptifs injectables peuvent présenter des saignements en dehors des règles « spotting » et parfois des règles prolongées ou même des ménométrorragies, la prise de poids et le long retour à la fécondité.

Contres indications

- L'insuffisance hépatique ;
- L'hépatite ou antécédent familial de pathologie hépatique,
- Le cancer du sein ou de l'endomètre ;
- Les maladies thromboemboliques ;
- Les fibromes utérins ;

- Le Diabète ;
- L'obésité ;
- L'hypertension artérielle ;
- La grossesse ou suspicion de grossesse.

Figure 2: Le contraceptif injectable progestatif (Dépo-Provera) *[32]*

La contraception mécanique : masculin

Les préservatifs : la meilleure des protections contre les IST / VIH/ SIDA.

3.2.1.3 Le préservatif masculin

C'est un étui en latex avec ou sans réservoir. Au moment de l'éjaculation le sperme est recueilli dans le préservatif et n'est pas répandu dans le vagin.

Mode d'emploi

Si le préservatif ne possède pas de réservoir il faut laisser 1 à 2 cm en haut afin decréer un réservoir, pincer le haut du préservatif entre les doigts pour en chasser l'air, dérouler le sur le pénis en érection avant la pénétration, aussi loin que possible ; le petit bourrelet de l'anneau doit être tourné vers l'extérieur. Il faut se retirer avant la fin de l'érection en le retenant à la base.

Efficacité

Le taux d'échec est inférieur à 5 % s'il est bien utilisé, son efficacité est renforcée s'il est associé à des spermicides.

Avantages

C'est la meilleure protection contre les IST et le VIH/ SIDA. C'est une méthode simple, facile à se procurer. Il permet la prise en charge de la contraception par l'homme et la protection contre le cancer du col. Il est en vente libre et disponible.

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.

Figure 3: Le préservatif masculin [32]

3.2.1.4 Préservatif féminin : Femidom

C'est une gaine cylindrique pré-lubrifiée en polyuréthane. Il comprend un anneau interne facilite l'introduction dans le vagin et son maintien pendant le rapport et un anneau externe repose sur la vulve pour permettre de retenir le préservatif 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. Les avantages :

C'est une excellente protection contre les IST et le SIDA. Il est utilisable par la femme en cas de refus ou d'impossibilité d'utilisation du préservatif masculin.

Figure 4: Le préservatif féminin [32]

3.2.1.5 Le diaphragme et la cape cervicale

Mode d'action

Le diaphragme est une membrane en latex ronde et concave tendue sur un ressort circulaire. Il est placé dans le vagin avant les rapports sexuels pour recouvrir le col de l'utérus. La cape cervicale est une cupule en silicone, elle est placée au fond du vagin avant les rapports sexuels pour couvrir le col de l'utérus, comme un dé à coudre.

Mode d'emploi

Ils sont à utiliser avec des spermicides. Ils empêchent le sperme de pénétrer dansle col de l'utérus. Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape.

L'utilisation des capes cervicales est à rapprocher de celle du diaphragme. Le choix de la taille est évalué par le médecin qui aide la femme à savoir placer le diaphragme ou la cape cervicale.

Efficacité

S'ils sont correctement utilisés et à tous les rapports sexuels, leur efficacité est supérieure à celle des spermicides seuls et équivalente à celle des préservatifs.

Avantages

C'est la méthode vaginale de contraception la plus fiable, peu onéreuse, pas de contre-indication médicale, pas de risque pour la santé. Il peut être placé discrètement à l'avance, il diminue le risque du cancer du col de l'utérus, elle est immédiatement réversible.

Inconvénients

Le taux d'échec est élevé si mal utilisé. La mise en place nécessite un apprentissage avec un médecin entraîné. Le spermicide peut couler de façon excessive. Ils sont un peu encombrants [31].

Figure 5: la cape cervicale [32]

3.2.1.6 Dispositif intra-utérin (stérilet)

Mode d'action

Plusieurs modes d'action sont avancées : l'inactivation des spermatozoïdes par l'action du cuivre ainsi que par une l'inflammation locale qu'il crée au niveau de l'endomètre, empêchant l'ovocyte fécondé de s'implanter dans l'utérus, une modification de la glaire cervicale pour les stérilets au progestatif ce qui empêche les spermatozoïdes de franchir le col.

Il existe différentes formes, différentes tailles. Le médecin choisira le stérilet le mieux approprié à chaque femme soit en cuivre ou en progestatif.

Mode d'emploi

Le dispositif intra-utérin couramment appelé << Stérilet >> est un dispositif contraceptif inséré à l'intérieur de l'utérus.

Il s'agit d'une tige en plastique souple, de 3,5cm de long le plus souvent en forme de T et porteuse d'une petite quantité de cuivre.

Le DIU est placé à l'intérieur de l'utérus par le gynécologue, médecin ou sage-femme formé. Avant la pose, une grossesse doit être exclue.

Pour faciliter son insertion, la pose s'effectue généralement durant les premiers jours. Sans anesthésie, il est introduit par le col, placé au fond de l'utérus, les fils du stérilet dépassant le col pour permettre le contrôle du stérilet et aussi le retrait car l'insertion du stérilet peut être désagréable. Sa pose est cependant relativement rapide.

La durée est de 3 à 12 ans selon les stérilets. La surveillance médicale régulière est de 1 à 2 fois par an. Le retrait se fait pendant ou après les règles de façon indolore et simple.

Efficacité

Il est efficace dès la pose.

Avantage

C'est une méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée, réversible dès le retrait.

Inconvénients

Les règles peuvent être abondantes et longues avec certains stérilets. Il y a la possibilité de douleurs et saignements en dehors des règles, les risques d'infection en cas de partenaires multiples. Dans certains cas, il est peu conseillé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants à cause du risque de stérilité en cas d'infection. Il faut noter qu'il y a moins de risque d'infection avec le stérilet au progestatif. Avec les stérilets il y a un risque d'expulsion de grossesse.

Contre – indications

- Les infections urogénitales récentes (utérus ou des trompes) ;
- L'antécédent de grossesse extra-utérine (dans certains cas) ;
- Les malformations congénitales de l'utérus ;
- Des pathologies hémorragiques causée par le stérilet en cuivre ;
- Certains fibromes ;
- Les femmes n'ayant jamais eu d'enfant [17].

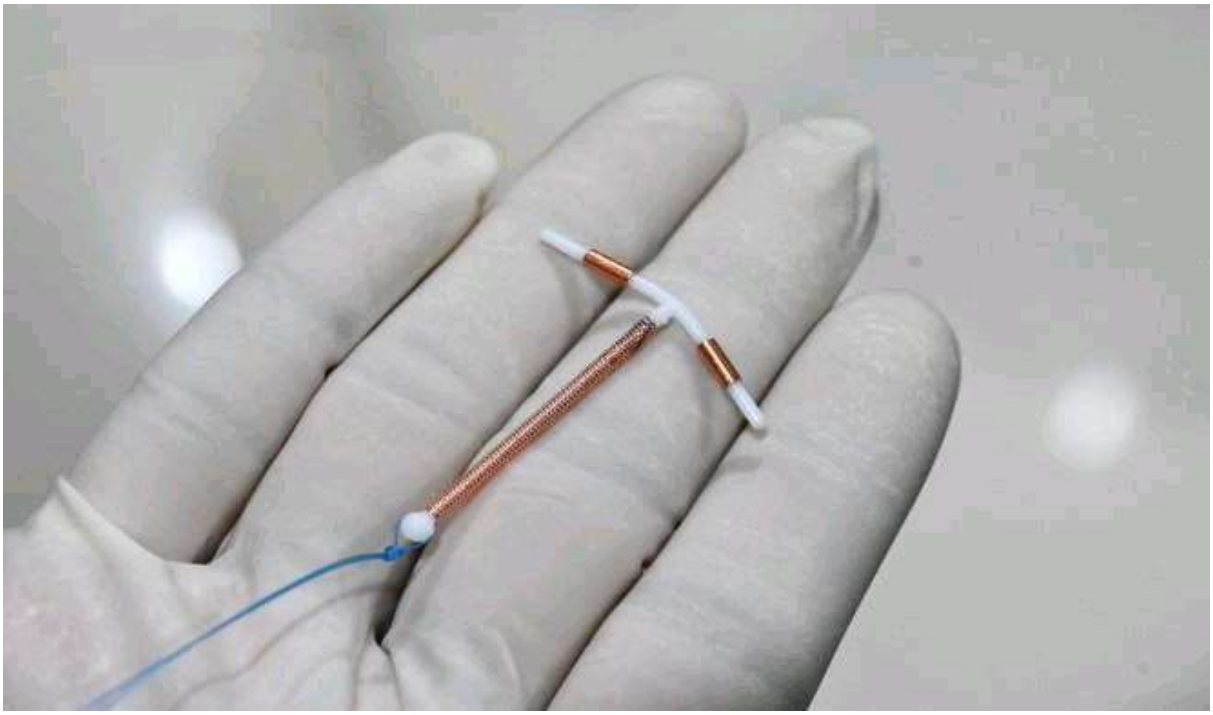

Figure 6: Le dispositif intra-utérin (stérilet) [32]

3.2.1.7 Autres méthodes modernes

L'implant "Implanon"

C'est une capsule utilisée en sous-cutané de forme bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large, qui délivre en continu de faibles doses d'hormone (progestérone). Au Mali, on dispose surtout du Norplant qui est de 6 capsules pour 5 à 7 ans et la jadelle qui est de 2 capsules.

Mode d'action

Il permet d'empêcher l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

Mode d'emploi

L'implant se met sous la peau de la face interne du bras, à l'aide d'un applicateur stérile à usage unique après une anesthésie locale

Il se retire aussi après une anesthésie locale, à l'aide d'une petite incision de 2 mm,avec une pince. La pose et le retrait sont simples et rapides, environ 1 à 30 minutes pour la pose et 3 à 30 minutes pour le retrait. Il est mis en place pour 3 ans par un agent expérimenté pendant une consultation.

Efficacité

Il est très efficace dès la pose.

Avantages

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

Inconvénients

Il peut y avoir des troubles du cycle, pouvant être un motif de retrait. Il laisse une petite cicatrice de 2 mm au niveau de la zone d'insertion.

Contre- indications

- Thrombose évolutive ;
- Affection hépatique sévère.

Figure 7 : L'implant "Implanon" [32]

Le patch "EVRA" :

C'est un adhésif imprégné de substance de 20 cm^2 qui délivre une association œstroprogestative, commune pilule à 20 microgrammes.

Mode d'action

Il s'agit d'une pilule permettant de bloquer l'ovulation tout en modifiant la glaire cervicale.

Mode d'emploi

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

Efficacité

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

Avantages

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

Inconvénients

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

Contre- indications

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

Figure 8: Le patch "EVRA"[32]

Anneau vaginal "Nuvaring" :

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

Mode d'action

Il est utilisé comme une pilule, en bloquant l'ovulation et modifie la glaire cervicale.

Mode d'emploi

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

Efficacité

Comme la pilule œstroprogestative, il est efficace à condition d'être bien utilisé. C'est efficace dès la pose du 1er anneau et aussi pendant la semaine d'arrêt.

Avantages

-Mise en place et retrait facile ;

-Meilleure observance qu'avec la pilule ;

-Moins de risques d'oublis ;

-Mêmes avantages que la pilule.

Inconvénients

Comme pour toute contraception hormonale, on peut observer des nausées, des céphalées, un surpoids voire obésité, de la tension mammaire.

Contre – indications

Les contre-indications sont comme celles de la pilule œstroprogestative.

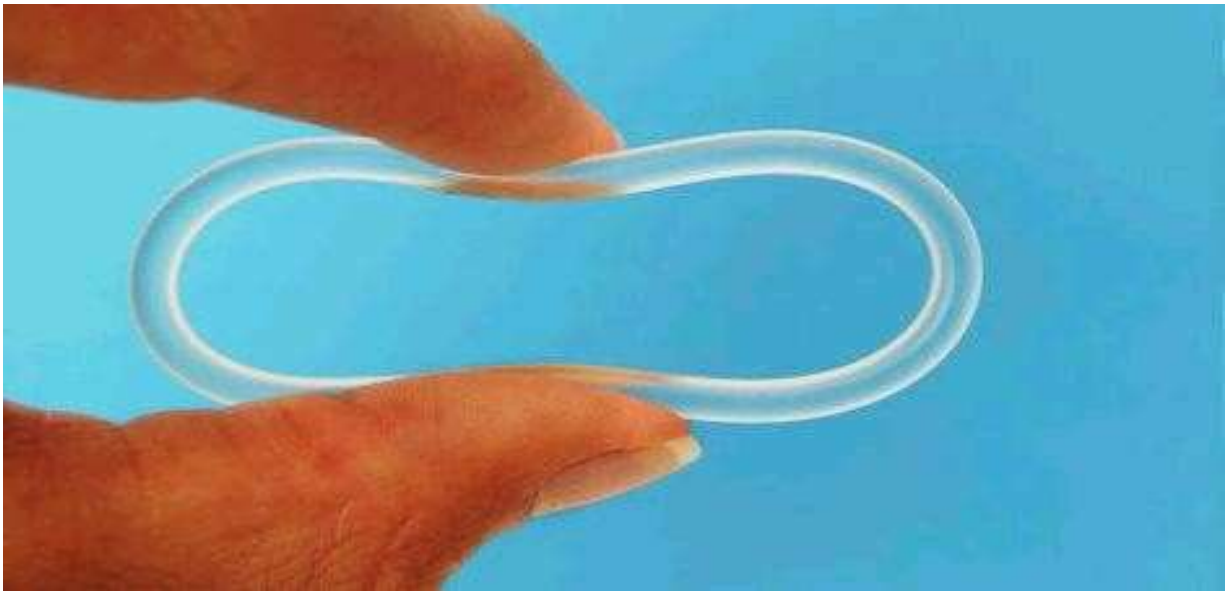

Figure 9: L'anneau vaginal "Nuvaring" [32]

Contraception d'urgence

C'est une contraception à réaction rapide à utiliser en cas de rapport sexuel non ou malprotégé et quel que soit le moment du cycle.

À prendre si possible dans les 12h et au plus tard jusqu'à 72 heures pour le stérilet.

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

Les différents types de contraception d'urgence

La pilule (le plus connu est le Norlevo) et le stérilet (dispositif intra-utérin).

Mode d'emploi

Le lévonorgestrel est à prendre le plus tôt possible pendant le repas pour éviter les nausées, dans les 12 heures après le rapport mal ou non protégé, au plus tard dans les 72 heures après le rapport sexuel.

Efficacité

Elle varie avec la méthode.

Inconvénients

Très fréquent (plus de 10% des cas) : nausées, douleurs abdominales, céphalées, vertiges, fatigue.

Figure 10 La contraception d'urgence (Norlevo) [32]

Spermicides

Les spermicides contiennent des substances chimiques qui rendent inactifs ou détruisent les spermatozoïdes. Ils se présentent sous différentes formes : crème, gel, mousse, film et suppositoires.

Mode d'action

Il doit être introduit au fond du vagin avant le rapport sexuel, le spermicide se dissout et se disperse dans le vagin et immobilise les spermatozoïdes. Ils sont essentiellement composés de Chlorure de Benzalkonium. Ils se présentent sous forme d'ovules, de crèmes, de gel ou d'éponges.

Avantages

Ils sont simples à utiliser, facilement disponibles, sans contre-indications médicale ni de risque pour la santé ; ils peuvent jouer un rôle de lubrifiant.

L'efficacité est insuffisante, les spermicides doivent être utilisés avec une autre méthode de contraception, comme les préservatifs ou un diaphragme.

Inconvénients

- Coûteux ;
- Leur emploi est contraignant (un délai à respecter, mise en place difficile) ;
- Certains peuvent couler de façon excessive possibilité d'intolérance locale [33].

Figure 11: Ls spermicides [32]

Stérilisation à visée contraceptive

Elle est régie par des lois dans plusieurs pays [31].

Stérilisation féminine

Ligature résection des trompes

Méthode par cœlioscopie et laparotomie

Elle se pratique sous anesthésiegénérale (avec hospitalisation), elle consiste soit à sectionner et électrocoaguler les trompes, soit à poser des anneaux de Yoon sur les trompes. Cette méthode est en principe irréversible.

Méthode par les voies naturelles

C'est une nouvelle méthode, le dispositif Essure se pratique par hystéroscopie sans anesthésie générale et sans hospitalisation. On accède aux trompes pour y placer un micro-implant souple dans chacune des trompes pour les obstruer. C'est une méthode simple et rapide (environ 30 minutes) ne laissant pas de cicatrice.

Il faut attendre 3 mois (et continuer sa méthode de contraception habituelle) avantque la méthode soit efficace. Elle est irréversible.

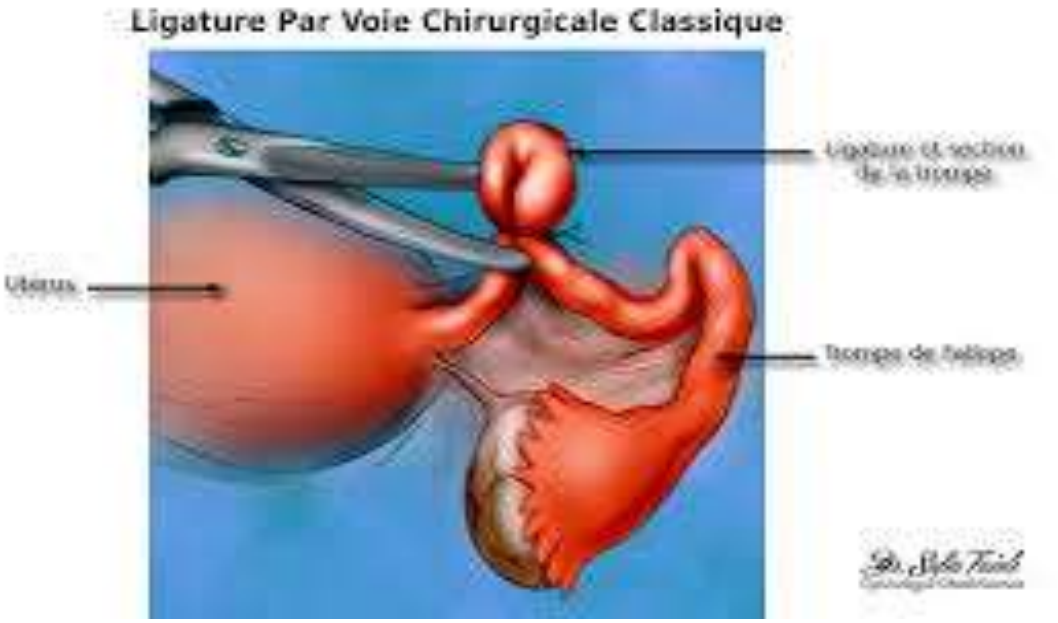

Figure 12: Ligature ou obturation des trompes [34]

Stérilisation masculine : la vasectomie

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

Au Mali, les services de prestation du planning familial (PF) mettent la plupart de ces méthodes modernes ci-dessus à la disposition de la population.

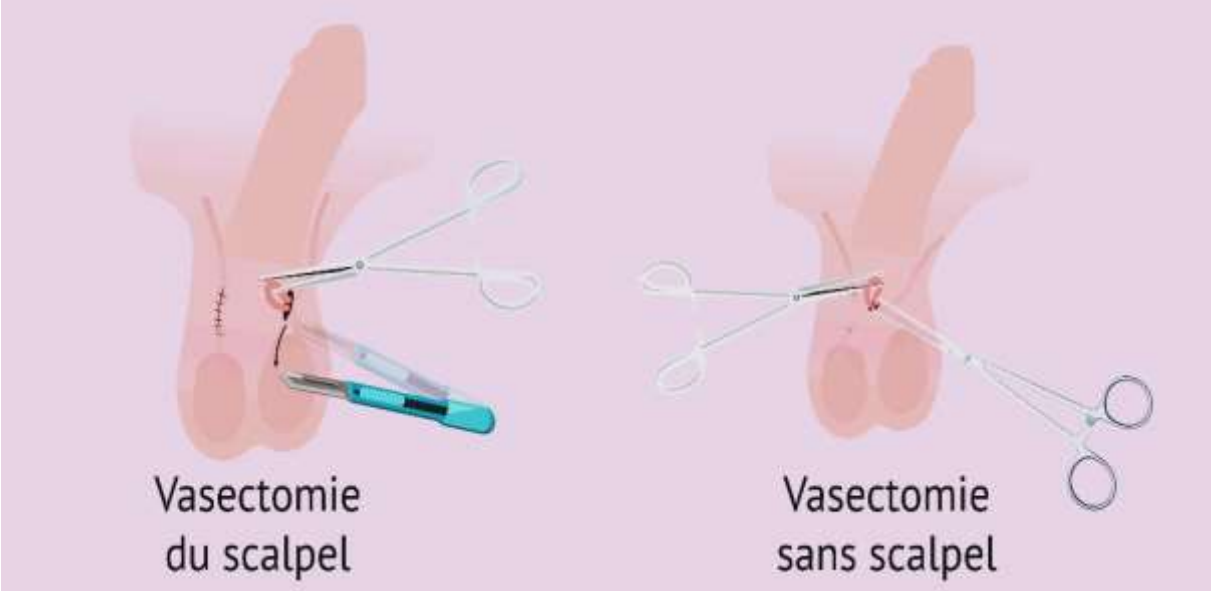

Figure 13 : la vasectomie *[32]*

- **Méthodes naturelles**

Elles sont les moins efficaces des contraceptions. Historiquement, ce sont les plus utilisées et pourtant les moins fiables. Elles peuvent être utilisées par des femmes voulant espacer les grossesses et qui accepteraient l'échec de ces méthodes.

Le retrait ou coït interrompu

L'homme retire son pénis juste avant l'éjaculation pour qu'elle se produise à l'extérieur du vagin. Si le retrait n'est pas effectué à temps, il y a un risque de grossesse, de même qu'il arrive très souvent qu'avant l'éjaculation qu'un peu de liquide contenant des spermatozoïdes s'écoule du pénis. C'est une méthode qui rompt l'harmonie du rapport sexuel.

L'abstinence périodique

Il s'agit de détecter la phase fertile du cycle menstruel et de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels ou d'utiliser des contraceptions locales pendant cette période. Cette méthode est fondée sur le fait que les spermatozoïdes et les ovules ont une durée de vie de quelques jours. La fécondation ne peut se réaliser que si les rapports sexuels ont lieu quelques jours avant, pendant ou après l'ovulation cette méthode nécessite un apprentissage. Le moment de l'ovulation est évalué de plusieurs façons.

La méthode du calendrier ou Ogino

C'est la plus largement connue et pourtant la moins efficace.

Elle est basée sur le calcul de la période fertile (ovulation), considérant les autres périodes du cycle comme non à risque de grossesse.

Cette méthode est peu fiable car 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.

Tout rapport sexuel présente un risque de grossesse, quel que soit le jour du cycle (même pendant les règles).

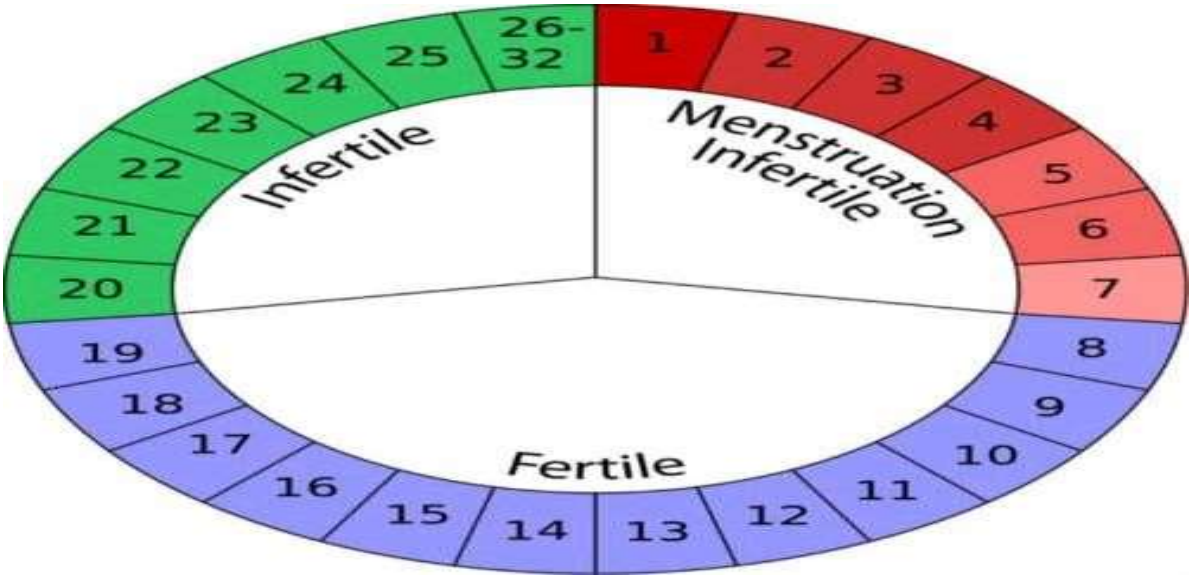

Figure 14 : La méthode du calendrier ou Ogino [32]

La méthode des températures

Lors de l'ovulation la température basale du corps monte de 1 à 4 degrés et reste la même (en plateau) jusqu'aux règles suivantes. Cette méthode consiste àdétecter l'ovulation en prenant sa température rectale tous les matins au réveil avant de se lever.

L'abstinence est longue. Elle doit se faire du début des règles jusqu'au 2ème jouraprès la montée de température. De nombreux facteurs peuvent perturber la température basale (infections, nuits courtes, heure du réveil) et induire en erreur l'utilisatrice. Cette méthode est contraignante.

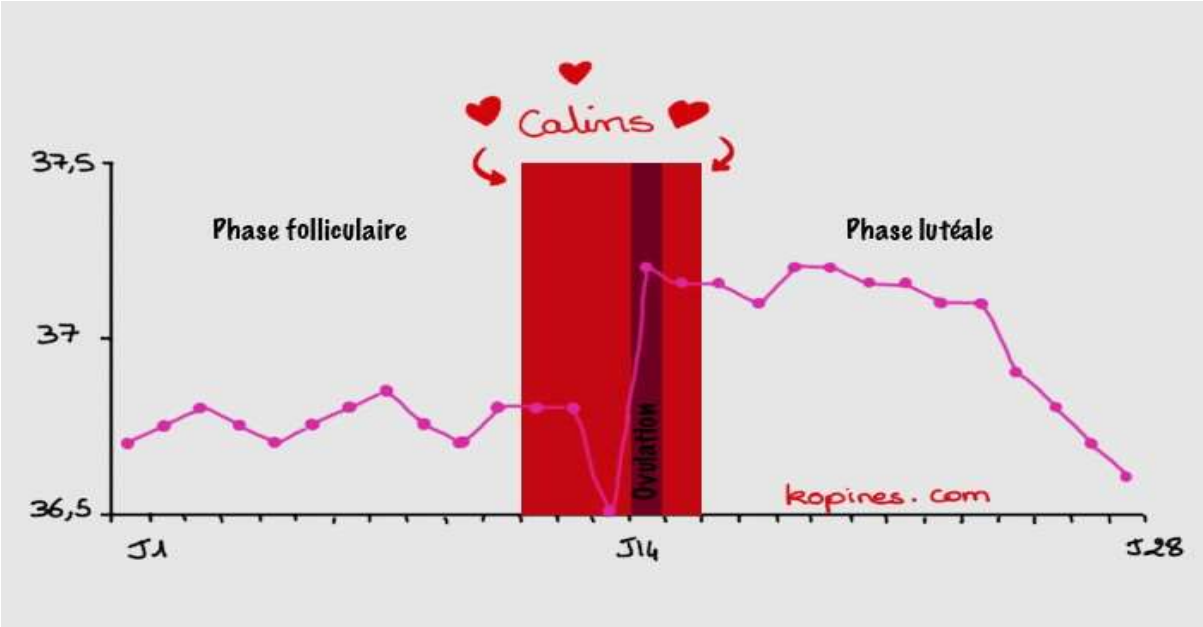

Figure 15 : La courbe des températures [32]

La méthode de la glaire ou Billings

La glaire cervicale change de consistance au moment de l'ovulation.

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

Au moment de l'ovulation et juste avant, la glaire cervicale est plus abondante et a une consistance comparable à celle du blanc d'œuf. L'abstinence doit se faire à partir de cette modification et jusqu'à 3 jours après qu'elle ait disparu.

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

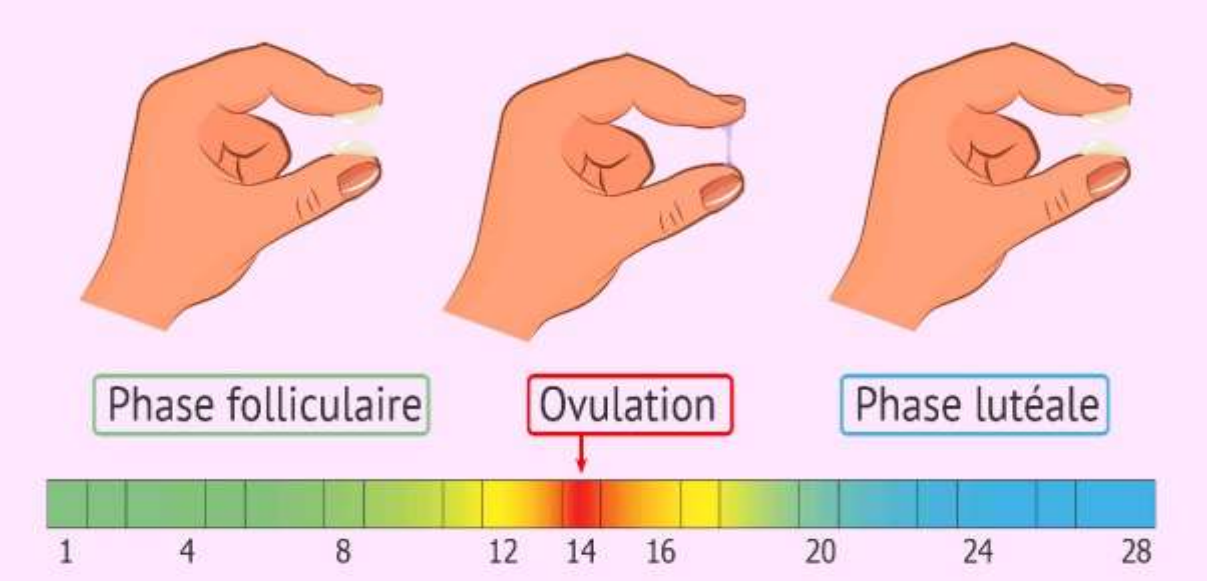

Figure 16 : La méthode de la glaire ou Billings [32]

Tests d'ovulation : Persona

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

Ils ont une efficacité légèrement supérieure aux méthodes précédentes toutefoisleur coût reste très élevé [31].

Figure 17 : Les tests d'ovulation : Persona [32]

L'allaitement maternel

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est le recoursà l'allaitement comme méthode temporaire de planification familiale. La MAMAest efficace à 98% environ contre la grossesse si les critères suivants sont remplis :

La mère n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement ;

Elle nourrit son enfant au sein, exclusivement ou presque exclusivement ;

Le bébé a moins de 6 mois.

Outre son effet contraceptif temporaire, l'allaitement protège le nourrisson contre les maladies infectieuses, lesquelles peuvent être mortelles. Toutefois, dans le casdes femmes séropositives pour le VIH, il convient de peser soigneusement le risque de transmission de ce virus de la mère à l'enfant contre les avantages bien connus de l'allaitement.

Figure 18 : Allaitement maternel [35]

3.2.2 Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples [36].

On peut citer :

3.2.2.1 Le « Tafo »

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

Figure 19: Le « Tafo » [32]

3.2.2.2 La Toile d'araignée

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

3.2.2.3 Le miel et le jus de citron

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

3.2.2.4 Solutions à boire

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

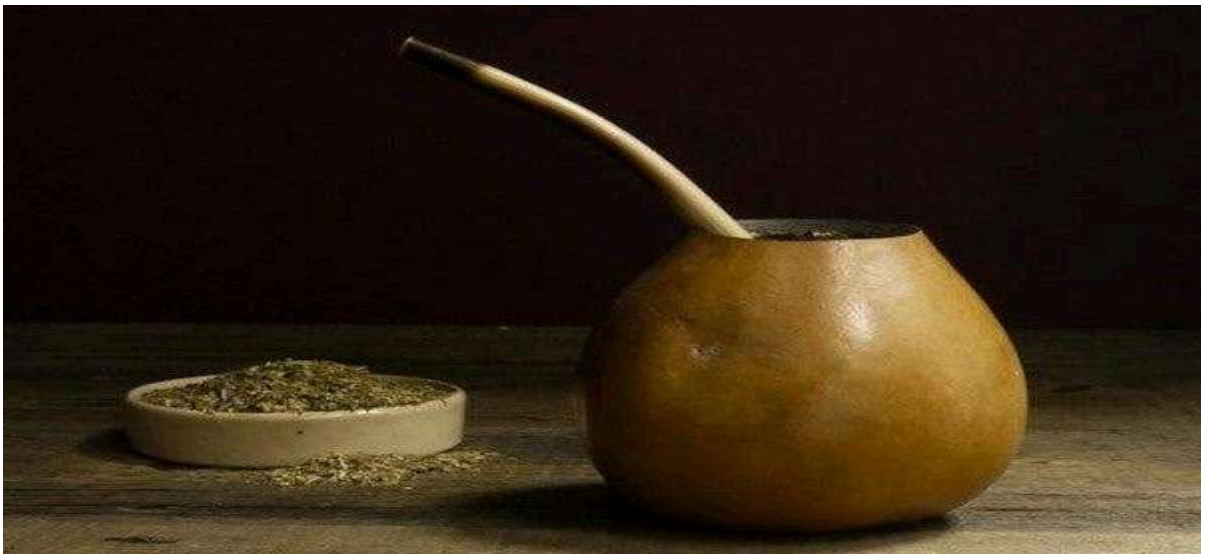

Figure 20: « Nasi » [32]

3.2.2.5 Séparation du couple après accouchement

Après l'accouchement, il est généralement d'habitude (traditionnel) de séparer le couple pendant un certain temps ceci permettait à la femme de récupérer et au nouveau-né de se développer normalement.

De nos jour aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles.

Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infection à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tel que l'infertilité, des algies pelviennes.

Morale et éthique de la contraception

De l'antiquité

L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité.

Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les régions et le milieu. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle ou collective, institutionnelle ou non, mais ne trouvant une opposition ou une annihilation que dans une structure morale d'essence religieuse, philosophique ou politique [37].

- **Aspects religieux et philosophiques**

Le christianisme et la contraception

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larckhet [38], mais

L'expansion et la banalisation de cette pratique dans les sociétés modernes par la mise à disposition des moyens plus nombreux et plus sûrs,

a suscité des réactions aiguës et accentué le débat du côté des confessions chrétiennes traditionnellementréservées vis à vis de la contraception.

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

L'abstention de rapports sexuels durant la menstruation, durant la grossesse, mais également lors des jours et des périodes de carême (qui totalisent la moitié des jours d'une année), ainsi que les jours précédant la communion et la pratique de l'allaitement maternel, le nombre de jours fertiles se trouvait ainsi considérablement réduit [38].

L'islam et la contraception

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 [39] est la suivante : « la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture ».

La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'Islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète (SWS) la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas [39]. Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, alors les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite, ce qui n'est pas le cas.

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

Aucun texte de l'Islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement [37].

4 Méthodologie

4.1 Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée au service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune I.

4.1.1 Présentation de la commune I

La commune I est située à l'Est du District de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger. Elle est limitée :

- Au Nord et à l'Est par le cercle de Kati ;
- Au Sud par le fleuve Niger ;
- A l'Ouest par la commune II (le marigot de Korofina limitant les 2 Collectivités).

Elle comprend (9) quartiers qui sont :

Korofina (Nord et Sud) ; Djélibougou ; Boulkassoumbougou ; Doumanzana ; Fadjiguila ; Banconi ; Sikoro ; Sotuba.

La surface est de 34,26km2 soit 12,83% de la superficie totale de Bamako, pour une population totale de 376917 habitants (2013) soit une densité moyenne de 11002 habitants/km2 (DNSI-Mairie CI).

Le relief de la commune I est caractérisé par des plateaux et des collines de type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures d'assainissement tandis que sa végétation est de type Soudano-sahélien dominée par les grands arbres comme le Caïlcédrat, l'arbre de karité le Manguier, etc.

Son climat est de type tropical est caractérisé par :

• Une saison sèche ;
• Une saison froide : de Novembre à Janvier ;
• Une saison chaude : de Février à Mai ;
• Une saison des pluies : de Juin à Octobre.

Les infrastructures routières :

• La route régionale (RR) N°14 ou Route de Koulikoro avec éclairage public ;
• La route pavée qui relie la RR 14 au marché de Fadjiguila ;
• La route 251 reliant la RR 14 au Lycée Fily Dabo Sissoko avec éclairage public ;
• La desserte de Banconi allant de la RR 14 et traverse le quartier Banconi ;
• Deux autres voies traversent toute la commune I d'Est en Ouest marché de Boulkassoumbougou jusqu'au quartier de Hippodrome en commune II) dans le cadre du réseau routier de la ceinture du District de Bamako avec éclairage public ;

• A l'intérieur des quartiers les routes sont petites, latéritiques et difficilement praticables en saison pluvieuse ;

• Une voie ferrée reliant Bamako à Koulikoro traverse la commune I sur une distance de cinq (5) km.

Les moyens de transports :

Le transport collectif est assuré principalement par les minibus (SOTRAMA),

Les bus, et les taxis. Au total, vingt (20) lignes desservent la commune I en

Provenance des abords des rails, de la grande mosquée et du marché de Médine.

Il existe quatre stations de taxis dans la commune, dont une à côté du Centre de Santé de Référence de la commune I.

Les moyens de télécommunications : La commune possède un réseau téléphonique d'une capacité de 52 000 lignes avec une agence de la SOTELMA à Djélibougou, des cabines téléphoniques ORANGE et MALITEL.

Le CSRéf CI, l'ASACOBA, l'ASACOMSI, l'ASACODJE et l'ASACOBOUL II sont les seules structures sanitaires publiques de la commune I qui sont servies en lignes téléphoniques par la SOTELMA.

Les canaux de communication :

Modernes :

• L'ORTM : Office de Radiodiffusion Télévision du Mali

• Les radios privées du district de Bamako dont six sont en commune I

(Djekafo 100.7, Kayira 104.4, Patriote 88.1, Ambiance 97.4, Dambé

102.8 et Energie107.9 FM).

• La connexion internet occupe une place prépondérante tant sur le plan économique que communication.

Traditionnels :

• Les crieurs publics ;

• Les leaders d'opinions ;

• Les griots ;

• Les troupes théâtrales de la commune I.

Les infrastructures sanitaires :

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé du gouvernement :

- un premier plan de développement de la commune de 1995 à 1999 avait prévu la création de onze (11) aires de santé dont dix (10) sont fonctionnelles ;

- un deuxième plan a été élaboré pour la période 2002-2006 dans lequel il est prévu la création de six (06) nouveaux centres de santé communautaire (CSCOM) et le renforcement des capacités du Centre de Santé de Référence de la Commune I.

Il existe en commune I : un CS Réf, 12 CSCOM, des Cabinets médicaux, des Cliniques privées et des centres confessionnels (AMuPi, Catholique et Chérifla). Le Centre de Santé de Référence de la Commune I comprend actuellement plusieurs services et unités qui sont :

- L'administration ;
- Le service de gynécologie obstétrique ;
- Le service de chirurgie générale ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le service d'ophtalmologie ;
- Le service d'odontostomatologie ;
- Le service d'ORL ;
- Le service de médecine générale ;
- Le service de développement social et de l'économie solidaire ;
- L'unité d'imagerie médicale ;
- Le S.I.S ;
- L'unité de laboratoire ;
- L'USAC de la commune I ;
- Le bloc opératoire ;
- La pharmacie ;
- La brigade d'hygiène ;
- La morgue.

Le personnel est composé de :

- 19 médecins dont un médecin chef, quatre gynécologues obstétriciens, un pédiatre, un ophtalmologue, deux chirurgiens, un Médecin de santé publique, neuf médecins généralistes, deux Pharmaciens
- 29 sage-femmes ; 16 assistants médicaux (quatre Anesthésistes, trois agents de la santé publique, deux odontostomatologistes, deux ORL, trois ophtalmologues, un biologiste médical, un agent de gestion des hôpitaux) ;
- 06 techniciens supérieurs spécialistes (un agent d'hygiène d'assainissement, quatre (04) agents de laboratoire, un agent de technicien supérieur des affaires sociales) ;
- 06 techniciens supérieurs

- 15 techniciens de santé (10 agents de santé publique et cinq Infirmières obstétricienne) ; 03 Ingénieurs sanitaires (un agent d'hygiène d'assainissement, deux agents de biologie médical) ;
- 03 infirmiers du bloc opératoire ;
- 03 vendeurs de pharmaciens ;
- 1 matrone ;
- 29 aides-soignantes ;
- 02 infirmières auxiliaires :
- 08 comptables ;
- 03 chauffeurs ;
- 07 manœuvres ;
- 08 secrétaires ;
- 01 informaticien
- 1 gardien.

Les activités comprennent :

- Les consultations prénatales ;
- Les accouchements et les urgences gynécologiques et obstétricales ;
- Les consultations de planification familiale et post-natale ;
- Le suivi des malades hospitalisés ;
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Les interventions chirurgicales ;
- Les analyses biologiques ;
- L'imagerie médicale (Échographie) ;
- Les consultations médicales externes ;
- Les consultations ORL ;
- Les consultations ophtalmologiques ;
- Les consultations Odonto-stomatologiques.
- Le dépistage des malades suspects de tuberculose
- Le dépistage du VIH.

Présentation du service de gynécologie et d'obstétrique :

Le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I fait partie des services les plus fréquentés du centre. Ce service comprend :

- Deux salles de consultation externe ;

- Une salle pour les urgences gynécologie-obstétrique ;
- Une salle d'accouchement à trois lits ;
- Une salle d'attente qui sert également de salle pour les suites de couches et la surveillance post-partum ;
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité de planification familiale (PF) et post-natale ;
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;
- Un bloc d'hospitalisation comprenant :
- Trois grandes salles avec une capacité de six (06) lits ;
- Deux salles à deux (02) lits ;
- Une salle pour les thésards (faisant fonction d'internes) ;
- Une salle pour le major du bloc d'hospitalisation ;
- Une salle de soins.
- Un bloc opératoire comprenant :

➢ Deux salles d'interventions pour les interventions gynécologiques obstétricales chirurgicales et ophtalmologiques ;

➢ Une salle de stérilisation des instruments ;

➢ Une salle contenant l'autoclave pour la stérilisation des champs et des blouses opératoires ;

➢ Une salle de réveil ;

➢ Une salle de préparation des patients ;

➢ Une salle de préparation des opérateurs (chirurgiens ; gynécologues obstétriciens) ;

➢ Un bureau pour les anesthésistes ;

➢ Un bureau pour les aides de bloc.

La maternité :

Elle est située vers le côté Sud du CS Réf entre le bloc d'hospitalisation à l'Ouest, la pharmacie à l'Est et le bloc opératoire au Nord.

Elle reçoit les gestantes et parturientes issues de toutes les couches sociales. Les parturientes venant y accoucher sont suivies soit dans notre service, soit dans les autres services de gynécologie et obstétrique publics ou privés, soit dans les centres de santé communautaire.

Le personnel de la maternité est composé de :

- Un gynécologue-obstétricien, chef de service qui coordonne et supervise toutes les activités du service ;
- Autres gynécologues-obstétriciens ;

- Un médecin DES de gynéco-obstétrique troisième année, en formation ;
- Un gynécologue-obstétricien (médecin stagiaire et personnel d'appui
- Vingt-deux (22) médecins généralistes (ancien thésard et personnel d'appui) ;
- Vingt- neuf (29) sage-femmes reparties entre les différentes unités de la maternité ;
- Vingt (20) thésards (faisant fonction d'internes) ;
- Huit (8) aides-soignantes ;
- Trois (3) chauffeurs d'ambulances ;
- Six (6) manœuvres et six (6) gardiens.

Les activités sont programmées comme suit :

- Les consultations sont assurées par les médecins gynécologues obstétriciens, ainsi que par les médecins généralistes, principalement lors des gardes ;
- L'échographie est réalisée tous les jours ;
- Deux journées consacrées aux activités chirurgicales des Malades programmées ;
- La garde est assurée par un gynécologue, trois (3) médecin généraliste, de thésards (ou faisant fonction d'internes), d'une sage-femme, d'une aide-soignante et de deux manœuvres ;
- La formation continue du personnel est pérennisée par un staff quotidien sur les dossiers journaliers et principalement ceux de la garde, ainsi que par un exposé hebdomadaire sur les pathologies gynécologiques et obstétricales fréquemment rencontrées dans le service ;
- Il s'en suit la visite aux malades hospitalisés, visite au cours de laquelle le gynécologue obstétricien donne les instructions et enseignements nécessaires à la formation continue des étudiants (thésards).

Les accouchements eutociques, les consultations prénatales et post natales, les consultations pour la planification familiale, le dépistage du cancer du col de l'utérus sont du ressort de la sage-femme.

Les grossesses à risque ainsi que les accouchements dystociques sont prises en charge par les médecins spécialistes.

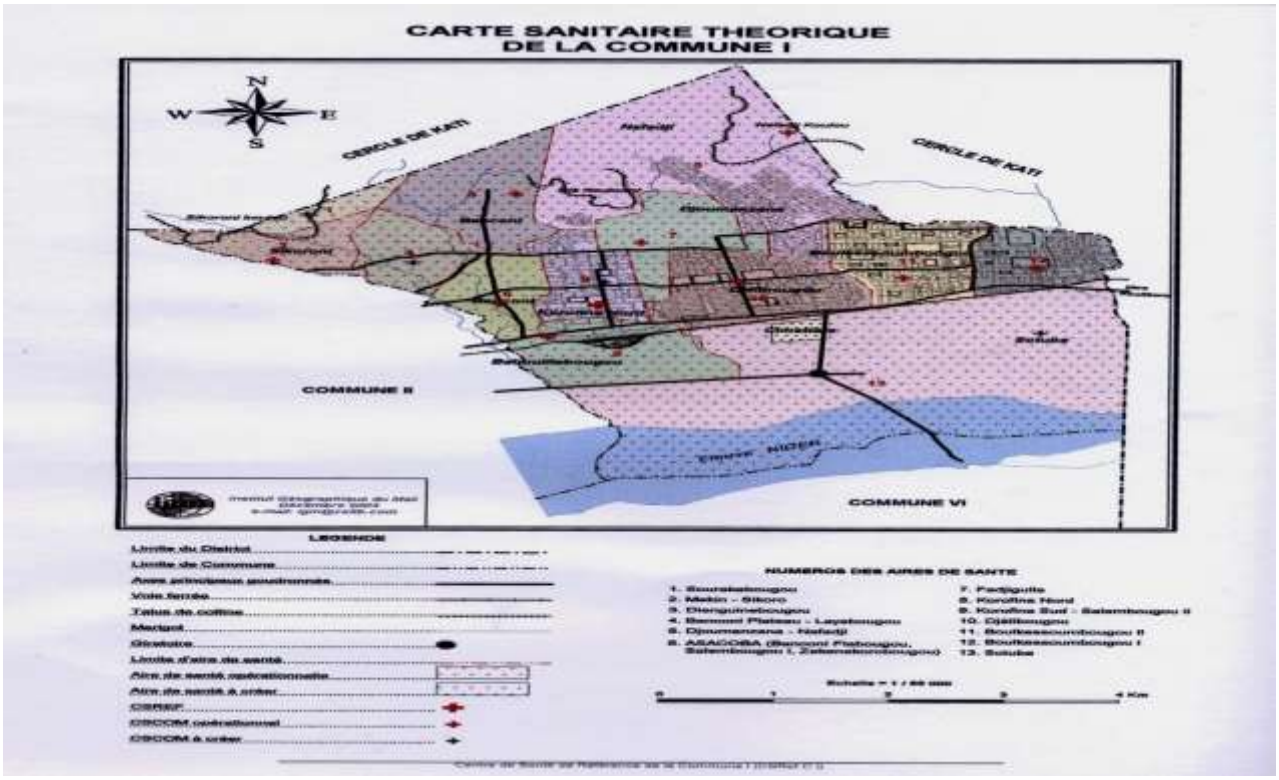

Figure 21: Carte sanitaire de la Commune I

Source : SIS CSRéf CI

4.2 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale analytique.

4.3 Période d'étude

Notre étude s'est étendue sur une période d'une année et demie allant de décembre 2023 au juin 2025, avec une période de collecte des données allant du mois de décembre 2023 au février 2024.

4.4 Population d'étude

Notre population d'étude était les femmes âgées de 16 à 44 ans reçues en consultation post natale dans le CSRéf de la commune I pendant la période d'étude.

4.4.1 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude :

- Toutes les femmes de 16 ans ou plus reçues en consultation post natale dans le CSRéf de la commune I du district de Bamako pendant la période d'étude.
- Toutes les femmes dans le post-partum ayant accepté participer à l'étude.

4.4.2 Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude :

• Les femmes non disponibles pour participer à l'étude.

• Les femmes reçus pour autres motifs que la consultation post natale.

4.4.3 Calcul de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été estimée avec la formule de Daniel Schwartz suivante :

$n = (Z\alpha)2 \times P \times Q\ /i2$

n : Taille minimale de l'échantillon

Z : Intervalle de confiance = 1,96

P : prévalence générale de la contraception selon l' EDSM-VI de 2018 [1] : 16%

Q : 1-P : 1-P = 84%

i : Précision = 5%

$Z\alpha$: test de la loi normale centrée réduite

n = 206

Pour compenser les données non exploitables et aux non réponses, la taille minimum était de 20%, n = (206*20/100) + 206 = 247.

4.4.4 Échantillonnage

Nous avons procédé à un recensement en incluant toutes les femmes en post-partum reçu en consultation post natale répondant aux critères d'inclusion dans le centre de référence de la commune I.

4.5 Variables étudiées

Comme variables étudiées, nous avons étudié les caractéristiques sociodémographiques notamment l'âge maternel, le niveau d'instruction, la parité, l'intervalle inter génésique. Les caractéristiques reproductives des femmes en période post-partum comme le nombre de consultation prénatale lors de la dernière grossesse, le déroulement de la dernière grossesse, l'intention de reproduction et les connaissances sur l'utilisation de la contraception moderne post-partum. L'utilisation de contraceptifs post-partum a été la variable utilisée pour le croisement ; et a été mesurée directement avec une réponse oui/non (oui = 1 et non = 0).

4.5.1 Variables qualitatives :

Age ;

Niveau d'instruction : non instruit, primaire, secondaire, supérieur ;

Situation matrimoniale : célibataire, mariée, veuve, divorcé(e) ;

Parité : primaire, paucipare, multipare ;

Conseils en PF pendant la CPN ;

Planification familiale avec le partenaire ;

Type de contraception.

4.5.2 Variables quantitatives :

CPN : 0, 1-4, ≥4 ;

Nombre d'enfant : 1-3, 4-6, 7-10 ;

Intervalle de naissance en mois : ≥ 12mois, < 12mois ;

4.6 Mode ou technique de collecte des données

La collecte des données a été faite en mode face à face en consignant les informations sur une fiche d'enquête individuelle comprenant les paramètres suivants :

- Les caractères sociodémographiques et cliniques des accouchées ;
- Les données relatives aux différentes méthodes de contraception.

4.7 Outils (Instruments) de collecte des données

Pour la collecte de nos données, nous avons utilisés **:**

- La fiche d'enquête
- Le registre de la planification familiale.

4.8 Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées à partir du logiciel SPSS version 25. Les tests statistiques utilisés pour la comparaison ont été le test Khi2 de Pearson, le test de Fisher.

La différence était significative si P< 0,05.

4.9 Considérations éthiques et déontologiques

Notre étude est purement scientifique et permet d'évaluer les facteurs associes à la contraception dans le post-partum. Les résultats issus de cette étude seront mis à la disposition de toutes les interventions en matière de santé de la reproduction/PF. L'anonymat était la règle dans cette étude.

4.10 Définitions opérationnelles

- Gestité : c'est le nombre de grossesse chez la femme ;
- Primigeste : c'est la première grossesse chez la femme ;
- Paucigeste : c'est la deuxième ou troisième grossesse chez la femme ;
- Multigeste : c'est la quatrième ou cinquième grossesse chez la femme ;
- Grande multigeste : c'est le nombre de grossesse supérieur ou égal six chez la femme ;
- Parité : c'est le nombre d'accouchement chez la femme ;
- Nullipare : une femme qui n'a jamais accouché ;
- Primipare : c'est le premier accouchement chez la femme ;
- Multipare : c'est le quatrième ou cinquième accouchement chez la femme ;
- Grande multipare : c'est le nombre d'accouchement supérieur ou égal à six chez la femme ;

- Per-césarienne : Pendant la césarienne ;
- Post-placentaire : C'est la période des 10 premières minutes après la délivrance ;
- Post-partum immédiat : C'est la période qui s'étend de la 10e minute après la délivrance à la 48eme heure après l'accouchement ;
- Post-partum précoce : C'est une période de 72h à 96h après un accouchement par voie basse et 96h à 120h après une césarienne pouvant aller jusqu'à 2 semaines après un accouchement ;
- Post-partum tardif : C'est la période comprise entre la 2e et la 6e semaine après un accouchement ;
- Suivi régulier : suivi fait selon les politiques, normes et procédures. Il est fonction de la méthode contraceptive.

5 Résultats

Au total, l'étude a portée sur 247 femmes sur les 465 reçu en consultation postnatale dans le Service de Gynecolgie-Obstetrique (unité de planification familiale) au CSRéf CI du District de Bamako, soit 53,1% de la participation sur une période de 03 mois, nous n'avons pas eu de cas de refus de participation à l'étude.

5.1 Données sociodémographiques

Tableau I: Répartition des femmes reçu en CPON au CSRéf CI en 2023 selon les données sociodémographiques

Caractéristiques	n=247	Pourcentage (100%)
Age (année)	Moyen=28,5±7,4	
15-24	8	33,2
25-34	**107**	**43,3**
35-44	58	23,5
Niveau instruction		
Primaire	39	15,8
Secondaire	**106**	**42,9**
Supérieur	43	17,4
Profession		
Fonctionnaire	15	6,1
Ménagère	**152**	**61,5**
Elève/Etudiant	74	30,0
Sans emploie	3	1,2
Autres	3	1,2
Statut matrimonial		
Célibataire	20	8,1
Mariée	**224**	**90,7**
Divorcée	1	0,4
Veuve	2	0,8

L'âge moyen était 28,5 ans avec un écart type de 7,4 ans, les femmes étaient instruites dans 76,1% des cas, les femmes au foyer représentaient 61,5% de nos enquêtées, le statut marié était de 90,7% des cas.

5.2 Caractéristiques reproductives des femmes en période post-partum

Tableau II: Répartition des femmes reçu en CPON au CSRéf CI en 2023 ayant participer a l'étude selon leurs caractéristiques reproductives.

Caractéristiques	n=247	Pourcentage
Parité		
Primipare	44	17,8
Paucipare	96	38,9
Multipare	43	17,4
Grande multipare	64	25,9
CPN		
0	11	4,5
1-4	174	70,4
≥4	62	25,1
Intervalle inter génésique en mois		
≥12 mois	222	89,9
< 12 mois	25	10,1
Désir de la grossesse		
Oui	87	35,2
Non	160	64,8

Les paucipares représentaient 38,9% des cas, la tranche 1-4 CPN représentait 70,4% des cas, le nombre moyen des enfants était de 3,66 avec des extrêmes de 1-10, l'intervalle de naissance ≥12 mois était avec 89,9% des cas, la grossesse était désirée dans 35,2% des cas.

Tableau III: Répartition des femmes reçu en CPON au CSRéf CI en 2023 selon la prise de décision de la planification dans le post partum.

Caractéristiques	n=247	Pourcentage
Conseils reçus en PF pendant la CPN		
Oui	**240**	**97,2**
Non	7	2,8
Discussion de la planification familiale avec le partenaire		
Oui	**227**	**91,9**
Non	20	8,1
Accord du conjoint sur la contraception en post-partum		
Oui	**188**	**76,1**
Non	39	23,9
Décision de l'utilisation de la planification familiale		
Personnelle	39	15,7
Décision conjointe	**188**	**76,1**

Les femmes avaient reçu des conseils en PF pendant la CPN dans 97,2%, la planification familiale avait été discuter avec le partenaire dans 91,9% des cas, les conjoints étaient d'accord avec la contraception dans le post-partum soit 76,1% des cas, la décision était conjointe dans 76,1% des cas.

5.3 Connaissances sur l'utilisation de la contraception

Tableau IV: Répartition des femmes reçu en CPON au CSRéf CI en 2023 selon les connaissances de la planification familiale dans le post partum.

Caractéristiques	n=247	Pourcentage
Sources d'information de la planification familiale		
Télévision	20	7,7
Radio FM	49	19,8
Internet	24	9,7
Professionnels de santé	**155**	**62,8**
Connaissance de type de contraception		
Pilule	108	62,8
Stérilet	**153**	**89,0**
Méthode MAMA	133	77,3
Patch	1	0,6
Pilule de lendemain	9	5,2
Spermicides	2	1,2
Préservatifs	42	24,4
Anneau	1	0,6

Les professionnels de santé étaient la principale source d'information soit 62,8% des cas, les enquêtées avaient des connaissances en matières des différents de types de contraception.

Utilisation de la conception dans la période postpartum

Tableau V: Répartition des femmes reçu en CPON au CSRéf CI en 2023 selon l'utilisation de la contraception du post-partum

Utilisez-vous actuellement de contraception	Effectif	Pourcentage
Oui	213	86,2
Non	34	13,8
Total	247	100,0

Parmi les femmes reçues en CPON, 86,2 % utilisaient la contraception.

Tableau VI: La fréquence d'utilisation de la contraception par les femmes en postpartum au CSRéf de la commune I.

Méthode contraceptive utilisée	Effectif	Pourcentage
D.I. U	69	27,9
Implant	96	38,9
Injectables	31	12,6
Méthodes naturelles	5	2,0
Pilule	12	4,9
Total	213	100,0

L'implant représentait 38,9%, suivi du D.U.I avec 27,9% et des injectables avec 12,6%.

Tableau VII: Répartition des femmes reçu en CPON au CSRéf CI en 2023 selon le moment d'utilisation de la contraception

Moment d'utilisation de la contraception	Effectif	Pourcentage
Immédiatement à la naissance	1	0,5
Avant les règles	85	39,9
Apres les règles	125	49,9
Je ne sais pas	2	0,9
Total	213	100,0

Les contraceptifs étaient utilisés après les règles avec 49,9% des cas.

Tableau VIII: Répartition des femmes reçu en CPON au CSRéf CI en 2023 selon la méthode contraceptive utilisée actuellement

Méthode contraceptive utilisée	Effectif	Pourcentage
Implant	78	36,6
D.I. U	58	27,3
Injectables	27	12,7
Implant/méthodes naturelles	16	7,5
D.I.U/ méthodes naturelles	11	5,2
Pilule/méthodes naturelles	8	3,8
Méthodes naturelles	5	2,1
Pilule	4	1,9
Injectables/méthodes naturelles	4	1,9
Préservatifs/implant	1	0,5
Implant/méthodes naturelles/ligature des trompes	1	0,5
Total	213	100,0

L'implant était la méthode la plus utilisée avec 36,6% des cas.

5.4 Etudes analytiques

Tableau IX: Répartition de l'âge des patientes en fonction de l'utilisation de la contraception

	Utilisation de la contraception		
Age	Non	Oui	P
15-24	8(9,8)	74(90,2)	
25-34	22(20,6)	85(79,4)	0,02
35-44	4(6,9)	54(93,1)	

La tranche d'âge 15-24 ans utilisaient les méthodes de la contraception dans 90%, la tranche d'âge 25-34 utilisaient dans 79% et la tranche d'âge de 35-44 utilisaient dans 93% avec une différence statistiquement significative avec p=0,02.

Tableau X: Répartition socio-démographique en fonction de l'utilisation de la contraception

		Utilisation de la contraception		
		Non	Oui	P
Niveau d'instruction	Non Scolarisée	6(6,1)	92(93,9)	0,05
	Scolarisée	28(18,8)	121(81,2)	
Nombre de CPN	≥ 4	29(18,5)	128(81,5)	0,02
	0-3	5(6,3)	749(93,7)	
Profession	Elèves/Etudiants	9(12,2)	65(87,8)	0,11
	Fonctionnaires	5(31,3)	11(68,8)	
	Ménagères	20(12,7)	137(87,3)	
Statut matrimonial	Célibataire	0(0)	24(100)	0,39
	Mariée	34(15,2)	189(84,8)	

Les femmes non scolarisées utilisaient les méthodes de contraception plus que les femmes scolarisées avec une différence statistiquement significative avec P= 0,05. Celles qui ont effectuées moins de CPN utilisaient plus que celles qui ont effectué 4 CPN ou plus avec une différence statistiquement significative. Par contre il n'y a pas de différence entre les différentes catégories de professions, le statut matrimonial par rapport à l'utilisation des méthodes de contraception.

Tableau XI: Répartition de la parité et le désir d'avoir un autre enfant en fonction de l'utilisation de la contraception

		Utilisation de la contraception		
		Non	Oui	P
Parité	Primipare	10 (22,7)	34 (77,3)	0,001
	Paucipare	22 (22,9)	74 (77,1)	
	Multipare	2 (1,9)	105 (98,1)	
Désir d'avoir un autre enfant	Non	2 (1,1)	180 (98,9)	0,001
	Oui	32 (50)	32 (50)	
Les sources d'information sur la planification familiale	Canal d'information	6 (6,6)	85 (93,4)	0,38
	Professionnel de santé	28(18,1)	127 (81,9)	

Les multipares utilisaient les méthodes de contraception plus que les primipares et les paucipares avec une différence statistiquement significative P=0,001. Les femmes qui avaient un désir d'avoir un autre enfant utilisaient moins que les autres avec une différence statistiquement P=0,001. Par contre il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les sources d'information et l'utilisation de la contraception P=0,38.

Tableau XII: Répartition des facteurs associés à la contraception en fonction de l'utilisation de la contraception

		Utilisation de la contraception		
		Non	Oui	P
Utilisation antérieure des méthodes de contraception	Non	20(36,4)	35(63,6)	0,001
	Oui	14(7,3)	178(92,7)	
Problème lors de l'utilisation de la contraception antérieur	Non	32(16,7)	160(83,3)	0,13
	Oui	2(3,6)	53(96,4)	
Risque de grossesse après un accouchement	Non	15(15,2)	84(84,8)	0,61
	Oui	19(12,8)	129(87,2)	

Celles qui utilisaient antérieurement les méthodes de contraception utilisent plus que celles qui n'utilisaient pas avec une différence statistiquement significative P=0,001.il n'y a pas de différence entre celles qui ont eu un problème lors de l'utilisation antérieure et celle qui n'ont pas eu, aussi bien que celle qui pense avoir un risque de grossesse après accouchement avec P=0,13 et P=0,61.

6 Commentaires et discussion

6.1 Approche méthodologique :

Il s'agissait d'une étude transversale analytique consistant à recueillir simultanément des informations sur les facteurs associes à la contraception dans le postpartum dans l'unité de planification familiale au service de gynécologie obstétricale du Centre de Sante de Référence de la Commune I (CSRéf CI) du district de Bamako pendant une période d'une année allant du 01 décembre 2023 au 29 février 2024. La population concernée était les femmes généralement en âge de procréer (16 à 44ans) et ayant donné leurs consentements libres et éclairés de participer à l'étude. Les difficultés rencontrées sur le terrain étaient liées à notre technique d'enquête (enquête par interview). Certaines personnes avaient du mal à répondre directement à nos questions, d'autres étaient pressées d'aller à leurs préoccupations. Malgré ces difficultés, cette étude a pu apporter un éclairage à la problématique posée. Pendant la période d'étude nous avons pu enquêter sur 247 femmes.

6.2 Caractéristiques sociodémographiques

6.2.1 Age

La tranche d'âge 25 à 34 ans était la plus représentée soit 43,3%.**SISSOKO M**[40] a réalisé une étude où la tanche d'âge la plus représentée était de 26-35 ans. Ce résultat est comparable à celui retrouvé par **Yogesperan K** [41] qui a retrouvé une moyenne d'âge de 29,5 ans.

Ce résultat s'expliquerait que les besoins en matière de contraception sont variables chez les groupes de femmes ; en outre, les campagnes d'informations, de sensibilisations et d'éducations et le counseling ont eu une influence notable sur cette couche de la population.

Au cours de notre étude nous avons eu de relation significative entre l'âge et l'utilisation de la contraception avec **P=0,02**

6.2.2 Situation matrimoniale

La majorité d'entre elles étaient mariées avec 90,7% contre 4,5% pour les célibataires. La prédominance marquée des femmes mariées dans notre étude est cohérente avec la plupart des séries Africaines, au Rwanda, **Kanakuze et al** [42]ont rapporté 80% tandis que **Hibstu et al** [43], avaient trouvé 94,7% des femmes mariées. Ce résultat s'expliquerait par l'importance des valeurs sociales, des croyances religieuses et des traditions culturelles qui désapprouvent les relations sexuelles et les grossesses en dehors du cadre du mariage au sein des sociétés africaines.

Par contre ce résultat, semble plus élevé que celui de **Munéry J** [44] qui a rapporté 36,5% des accouchées mariées.

La situation matrimoniale a une grande influence sur la fréquentation des services de contraception dans notre société, contrairement à la femme célibataire, il existe une absence de sentiment de culpabilité vis-à-vis de la contraception chez les femmes mariées.

6.2.3 Parité

Les paucipares étaient les plus représentées avec respectivement 38,9%. Ce résultat diffèrent de celles retrouvées chez **Pourtier** et de **Diarra B** [45] , qui ont rapporté respectivement 47% et 21% de multipares dans leur étude.

Ceci pourrait s'expliquer par ce que les femmes maitrisent plus leur sexualité et les informations sur les méthodes contraceptives avec le nombre de CPN et CPON.

Il y'avait une relation significative entre la parité et l'utilisation de la contraception avec **p=0,02**

6.2.4 Niveau d'instruction

La plupart des femmes étaient instruite, niveau secondaire (14,6%) ou supérieur (28,7%). Ces résultats sont différents à ceux de SISSOKO M.[40] La plupart des femmes étaient scolarisées niveau primaire (40.0%) ou secondaire (23%) et **M. Gueye et al** [46] qui cependant avaient trouvé une prédominance chez les femmes scolarisées, Cette observation diffère de celle **Momo Saf et al** [47]**.** Ces résultats peuvent s'expliqué que, les populations donnent plus d'importance à la scolarisation dans le centre-ville et que certains pays ont mis sur l'éducation des jeunes filles comme priorité.

Il y'avait une relation significative entre le niveau d'instruction du conjoint et l'utilisation de la contraception avec **P=0,05.**

6.2.5 Profession

Une prédominance des ménagères (61,5%) a été observée, suivies des élèves /étudiantes (30,0%) et fonctionnaire (6,1%).

Notre résultat rejoint celui de **Momo Saf et al** [47] chez qui le type de foyer corrobore et de **Sarnak et al** [48] qui avaient rapporté que deux tiers des femmes vivaient dans un foyer monogame. Cette similitude peut s'expliquer par le fait que la majorité de la population Malienne adopte un régime polygame, qui est légale du point de vue de la loi, sauf en cas d'accord entre les conjoints.

Cette proportion de femmes exerçant une profession libérale dans notre étude était supérieure à celle rapportée par **Kanakuze et al** [42]**,** qui était de 37%. Cette différence s'expliquerait par le rôle actif de la femme africaine à soutenir toute la famille.

6.2.6 Source d'information

Au cours de notre étude, les sources d'information les plus citées étaient le centre de sante avec 62,8%, les médias avec 37,2%. Ce qui justifie que les médias pourraient constituer un canal de choix pour faire passer des messages basés sur la planification familiale. Notre résultat est différent de celui de SIDIBE I [49] qui a trouvé 74,5% pour les médias, 39,0% pour centre de santé.

Par contre il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les sources d'information et l'utilisation de la contraception P=0,38.

6.2.7 Intervalle inter génésique

Intervalle de naissance ≥12 mois était la plus représentée avec 89,9% des cas. Tandis que notre résultat serait différent de l'étude de **Diarra B** [45] chez qui les clientes ayant un intervalle inter-génésique compris entre 12 à 24 mois étaient les plus représentées avec 50% et de celui de **Sissoko M** [40] qui a rapporté 47% des accouchées ayant un intervalle inter-génésique de 12 à 24 mois. Les grossesses rapprochées augmentent les taux de mortalité et de morbidité maternelle, néonatale et infantile et c'est pourquoi l'OMS recommande au moins un intervalle de 24 mois entre les naissances

6.2.8 Désir de la grossesse

La grossesse était désirée dans 35,2% des cas. L'arrivée de l'implant a été perçue comme une excellente alternative autant pour les patientes que pour les soignants. La grossesse non désirée était (64,8%) et du conjoint est de (23,3%). Dans l'étude de **Gomard** [50]**,** le désir de grossesse était également l'un des principaux motifs de refus de la contraception avec 30,1% de son effectif. Par contre l'avis du conjoint ne représentait que 7% des motifs de reçu dans l'étude. Le partenaire est un des piliers de l'acceptabilité de la contraception.

6.3 Méthodes de contraception préférée :

Dans notre étude, la plupart des femmes préféraient les implants (36,6%) et les DIU (27,3%). Notre résultat était similaire à celui de **DOUMBIA. T** [51] qui avait trouvé que la majorité des enquêtées (28,11%) préférait l'implant au moment de son enquête dans le district sanitaire de Kolondieba.

Ces résultats traduiraient que l'acceptabilité de la contraception serait associée à l'usage antérieur d'une méthode de contraception ayant moins d'effets secondaires. La bonne tolérance des implants a également été notifiée par **Graesslin et al** [52] **et pasha O** [53] lors de leurs travaux sur la contraception du postpartum.

6.4 La prévalence d'utilisation de la contraception :

Dans notre étude, la prévalence des méthodes de la contraception était de 86,2%, cet chiffre est supérieur à celui trouvé dans l'EDSM-VII qui a trouvé 21% pour les contraceptions modernes [21].

Cette différence pourrait s'expliquer par nôtre étude qui a été mené auprès des femmes en postpartum qui ont tendance a utilisé plus la contraception que par rapport à la population générale.

7 Conclusion :

Au terme de notre étude, nous retenons que : le manque d'accès à l'information et aux services de santé reproductive, ainsi que des croyances culturelles qui peuvent freiner l'adoption de la contraception. Il est donc essentiel d'intensifier les efforts d'éducation et de sensibilisation, en particulier à travers des campagnes médiatiques et des formations pour les prestataires de santé et l'importance de la contraception dans le post-partum comme un élément clé de la santé reproductive. Il est impératif de renforcer les services de planification familiale et de promouvoir des politiques de santé publique qui favorisent l'accès à des méthodes contraceptives efficaces et adaptées. La collaboration entre les professionnels de santé, les décideurs et la communauté est essentielle pour améliorer les résultats en matière de santé maternelle au Mali.

8 Recommandations

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement à :

8.1 À la population :

➢ Consulter les services de planification familiale en post-partum afin de s'informer d'avantage sur les méthodes contraceptives.

8.2 Aux personnels de la Santé chargées des services de PF :

➢ Améliorer l'accueil et la communication pour le changement de comportement.

➢ Informer d'avantage les gestantes par rapport au moment de l'utilisation des méthodes de la contraception pendant les CPN.

8.3 Aux autorités politiques, administratives et partenaires techniques et financiers :

➢ Renforcer l'organisation des campagnes d'information, de sensibilisation et d'éducation sur les avantages de la contraception en générale et dans le période de post partum en particulier.

9 Références

1. **Robert A. Hatcher.** Eléments de la technologie de la contraception. Manuel à l'intention du personnel clinique. 2001 ;(1-2). 204 p.
2. Ministre de la santé du Mali. Politique Normes et Procédures . 2019, volume 2.
3. **Malfois C.** La contraception du post-partum : Approche qualitative de l'information reçue, de l'état des lieux des connaissances et de l'attente des patients. Thèse Med Lille 2, 2015 ; 113 p.
4. World Health Organization (WHO). Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva: WHO; 2007.
5. World Health Organization. Planification familiale/méthodes de contraception [Internet]. [cité 7 nov 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception
6. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 4. [Internet]. [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2023/Feb/undesa_pd_2022_world-family-planning.pdf
7. **Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC**. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. JAMA. 2006;295(15):18091823.
8. **Moore Z, Pfitzer A, Gubin R, Charurat E, Elliott L, Croft T.** Missed opportunities for family planning: an analysis of pregnancy risk and contraceptive method among postpartum women in 21 low-and middle-income countries. Contraception : 2015;92(1):31-39.
9. **Piaggio G, Ba'aqeel H, Bergsjo P, Carroli G, Farnot U, Lumbiganon P, et al.** La pratique des soins prénatals : comparaison de quatre sites d'étude dans différentes parties du monde participant à l'essai contrôlé randomisé sur les soins prénatals de l'OMS. Pédiatre Perinat Epidemiol. 1998, 12 (Supplément 2) : 116-141.
10. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Direction Nationale de la Santé, Division Santé de la Reproduction. 2013. Politiques Normes et Procédures en Santé de la Reproduction Volume 1. Bamako, Mali : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Direction Nationale de la Santé, Division Santé de la Reproduction.
11. Organisation mondiale de la santé (OMS). Déclaration pour une action collective pour la planification familiale post-partum. 2012, Genève.

12. **Ross JA, Winfrey WL.** Utilisation de contraceptifs, intention d'utilisation et besoins non satisfaits pendant la période post-partum prolongée. Perspectives internationales de la planification familiale. 2001, 27 (1) : 20-27. 10.2307/2673801.
13. **Borda M, Winfrey W.** Fécondité post-partum et contraception : une analyse des résultats de 17 pays. 2010, Baltimore, MD.
14. Jackson E, Glasier A : Retour de l'ovulation et des règles chez les femmes post-partum non allaitantes : une revue systématique. Obstet Gynecol. 2011, 117 (3) : 657-662. 10.1097/AOG.0b013e31820ce18c.
15. **Gross BA, Burger H,** Groupe de travail de l'OMS sur les méthodes de régulation naturelle de la fertilité : Groupe de travail de l'OMS sur les méthodes de régulation naturelle de la fertilité. Modèles d'allaitement et retour à la fertilité chez les femmes australiennes. Aust NZJ Obstet Gynaecol. 2002, 42 (2) : 148-154.
16. **Bouchard T, Fehring RJ, Schneider M.** Efficacité d'un nouveau protocole de transition post-partum pour éviter une grossesse. J Suis Conseil Fam Med. 2013, 26 (1) : 35-44.
17. Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé (CPS/SSDSPF/Mali), Institut National de la Statistique (INSTAT/Mali), Développement Social et la Promotion de la Famille, Centre d'Études et d'Information Statistiques et ICF International. 2014. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012- 2013 (EDSM-V). Rockville, Maryland, USA : Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé (CPS/SSDSPF/Mali), Institut National de la Statistique (INSTAT/Mali), Développement Social et la Promotion de la Famille, Centre d'Études et d'Information Statistiques et ICF International.
18. **Traore. JM.** Connaissance et Attitude de la Contraception au centre de S sante de référence de Commune II. These med, Bamako 2010.10M 62p.
19. Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique : Plan d'action national budgétisé de planification familiale du Mali 2014-2018. 2p.
20. **Katz KR, Nanda K**. A nonsurgical permanent contraception stakeholder advisory committee: FHI 360's experience. Contraception. août 2015;92(2):139-42.
21. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé- Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. . 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 : Rapport de synthèse. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SSDS- PF et ICF.
22. UNFPA WCARO. Santé maternelle. 2016 [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: https://wcaro.unfpa.org/fr/topics/sant%C3%A9-maternelle.

23. **Mounkoro J.** Préférences des femmes âgées de 14 à 45 ans en matière de contraception dans la commune urbaine de Koulikoro.Thesis. USTTB 2019. N°350: 98p.
24. Haute Autorité de Santé : Recommandations pour la pratique clinique 2019, 24 p.
25. **Merger R, Lévy J, Melchior J.** Suites des couches physiologiques. Précis d'obstétrique 2001, 6è édition 476 p.
26. **Horovitz J, Guyon F, Roux D, Hocke C**. Suites de couches normales et pathologiques (non compris les syndromes neuroendocriniens). Encycl Méd Chir, Obstétrique, 5-110-A-10 ; 2001 [En ligne]. [cité le 03/02/2016].
27. **Serfaty D.** Contraception des femmes allaitantes : place des spermicides. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 44 (1) : 18-27 ; 2010 [En ligne]. [cité le 25/01/2016].
28. **Colson M-H.** Sexualité féminine et étape de la parentalité. Gynécologie obstétrique & fertilité ; 2014, 42 (10) : 714-720 ; [En ligne]. [cité le 03/02/2016].
29. Déclaration universelle des droits de l'homme [consulté le 27 mai 2012]. URL : http : //www.un.org/fr/documents/udhr: Egypte ; 1996 : 142.
30. **Mijiyawa M, Oniankitan O, Kolani B, Mijiyawa M, Koumouvi K, Segbena A et coll.** Plan stratégique 2001-2005. AMPPF. Bamako : Déc.2000 :28.
31. **Smallwood G, Meador M, Lenihan J, Shangold G, Fisher A, Creasy G.** Ortho Evra/Evra Study Group. «Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system», ObstetGynecol, vol. 98, 2001, p. 799- 805p.
32. CONNAISSANCES ET ATTITUDES PRATIQUES DES FEMMES AGEES DE 16 A 35 ANS EN MATIERE DE CONTRACEPTION DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V (CSREF CV) DU DISTRICT DE BAMAKO.
33. Recommandations pour la Pratique clinique, Contraception, CNGOF2018. Téléchargeables sur http://٧١/ww.cngof.fr.
34. mariestopes.ml/nos-services/planification-familiale.
35. Robin G, Massart P, Graizeau F, Guérin du Masgenet B. La contraception du post- partum : état des connaissances. La revue sage-femme [En ligne]. 2010 [cité le 21/11/2015] ; 9 (1) : 31-43.
36. Dr Galtier. B+ Larousse medical 0000l 2ème edition Paris [10] 1996 ; 1203p.
37. Serfaty D. la contraception. Doin éditeurs, Paris. 1986 : 651.
38. Jean Claude L. Pour une éthique de la procréation. Paris, éditions du Cerf 1998 ; 2 : 31.

39. Fédération inteance : utilisation de la contraception chez l'adolescente. IIIème Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006.
40. **Sissoko M.** Planification familiale dans la commune urbaine de Bougouni. Thèse méd, Bamako 2012.12M250.86p.
41. **Yogesparan K.** Contraception du post-partum et précarité : Impact des connaissances et du suivi sur le choix et l'observance de la méthode contraceptive. Thèse méd, Paris 7, 2016, 127 p.
42. **Kanakuze CA, Kaye DK, Musabirema P, Nkubito P, Mbalinda SN.** Factors associated with the uptake of immediate postpartum intrauterine contraceptive devices (PPIUCD) in Rwanda: a mixed methods study. BMC Pregnancy Childbirth 2020 ;20 :650. https://doi.org/10.1186/s12884-020-03337-5.
43. **Saizonou J, Makoutode P, Mongbo V, Affo A, Zannou FR, Atade W.** Déterminants de l'utilisation des services de planification familiale en post-partum au Bénin. Rev Afr Sci Soc Santé Publique 2021 ; 3 :124-36.
44. **Munéry J.** La contraception du post-partum : Etude descriptive des connaissances des accouchées du 19 octobre au 26 novembre 2015 d'une maternité Contraception du post-partum au centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Mali Thèse Médecine DIARRA Barthélémy 62 d'Auvergne de type trois sur leur contraception du post-partum. Mémoire. Auvergne. 2016. 75 p.
45. **Diarra B.** Contraception du post-partum au centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Mali [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2022 [cité 7 sept 2024]. Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5405.
46. **M.Gueye,Y.F.O,Gaye,A.A. Diouf,M.Mbaye, M.M. Niang, S.M.K. Gueye, J.C Moreau, A. Diouf .** Dispositif intra-uterin mis en place en cours de cesarienne. Etude pilote realisee au centre hospitalier de Dakar J Gynecol Obstet Biol Reprod 2013 ;42(6) :585-590.
47. **Momo SAF.** DETERMINANTS LIES AU DISPOSITIF INTRA-UTERIN PER-CESARIENNE CHEZ LES NOUVELLES UTILISATRICES AU SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN DU CHU DE CONAKRY EN 2023. J SAGO Gynécologie–Obstétrique Santé Reprod. 2023;24(2):1-6.
48. **Sarnak DO, Wood SN, Zimmerman LA, Karp C, Makumbi F, Kibira SPS, et al.** The role of partner influence in contraceptive adoption, discontinuation, and switching in a

nationally representative cohort of Uganda women. PLoS ONE 2021 ; 16 : e0238662. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238662.

49. **Sidibé I** connaissances, attitudes et pratiques comportementales des ménages de la commune urbaine de Yanfolila en matière de la planification familiale. Thèse méd, Bamako2015.15M157.93p.
50. **Gomard M.** Facteurs influençant l'utilisation de la contraception à Mayotte [Thèse Méd]. Toulouse: Université Paul Sabatier - Toulouse III; 2017. No.: 2017 TOU3 1043. 81. p.
51. **Doumbia T** Connaissances, attitudes et pratiques en matière de la planification familiale dans le district sanitaire de Kolondieba.These méd, Bamako2020.20M88.62p.
52. **Graesslin O, Hoffet M, Barjot P, Levy A, Bouée S, Bogillot O, et al.** Le suivi à long terme d'une cohorte de femmes porteuses d'un implant contraceptif (Implanon®) : analyse intermédiaire des données de l'observatoire OPNI. Gynécologie obstétrique et fertilité , 2005 ; 33, 315-21.
53. **Pasha O, Goudar SS, Patel A, Garces A, Asamai F, Chomba, E, et al.** Postpartum contraceptive use and unmet need for family planning in five low-income countries. Reproductive health, 2015 ; 12(2), S11-18.

Annexes

Questionnaire d'enquête

Introduction : Bonjour, je suis étudiant en année de thèse en médecine, je vous sollicite pour une entrevue sur les déterminants du choix de l'utilisation des contraceptifs modernes dans le post-partum. Il s'agit d'une enquête anonyme et confidentielle et vous êtes libre d'y participer ou non sans aucun préjudice pour vous ! Voudriez-vous y participer ? Je vous remercie !

1. N° fiche d'enquête /_____ /

I.Caractéristiques sociodémographiques

1. Âge : /___ / année
2. Sexe : /___ / 1- Masculin 2- Féminin
3. Niveau d'instruction/___ / 1= Non instruit 1- Primaire 2 -Secondaire 3- Supérieure
4. Niveau d'instruction du conjoint/___ / 1= Non instruit 1- Primaire 2 -Secondaire 3- Supérieure
5. Profession : /___/ 1- Fonctionnaire 2- Ménagère 3- Elèves/Etudiant 4Sans emploies 99- Autres à préciser .....
6. Statut matrimonial :/___/ 1 = célibataire ; 2 = union libre ; 3 = mariée ; 4 = divorcée 5= veuve.

II.Caractéristiques reproductives des femmes en période post-partum

1. Parité
2. Avez-vous eu des CPN lors de votre dernière grossesse /___/ 1. Oui 2. Non
3. Nombre de CPN /____/
4. Nombre d'enfants
5. Intervalle de naissance (en mois)
6. Désir d'avoir un autre enfant /___/ 1. Oui 2. Non
7. La grossesse était-elle désirée /___/ 1. Oui 2. Non
8. Avez-vous eu de complication lors de la grossesse ou l'accouchement /___/ 1. Oui 2. Non
9. Période post-partum (temps écoulé depuis l'accouchement) /____/ mois
10. Avez-vous reprise de l'activité sexuelle /___/ 1. Oui 2. Non
11. Avez-vous menstruée après l'accouchement /___/ 1. Oui 2. Non
12. Avez-vous eu des conseils en PF pendant la CPN /___/ 1. Oui 2. Non
13. Avez-vous discuté de la planification familiale avec son partenaire /___/ 1. Oui 2. Non
14. Votre conjoint est-il d'accord de la contraception postpartum 1. Oui 2. Non

15. Qui décide d'utiliser la planification familiale /__/ 1. Moi-même 2. Mon mari 3. Décision conjointe

III. Connaissances sur l'utilisation de la contraception

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

/___/ 1-oui 2-Non

2. Quelles sont vos principales sources d'information sur la planification familiale ?

/___/ 1-télévision 2-Radio FM 3- Internet 4-Le professionnel de santé 99 autres à préciser.....

3. Quelles sont les méthodes de planification familiale que vous connaissez ?

/___ / 1- Pilule 2- Spermicides 3- Diaphragme 4- Injectables 5- Préservatif 6- Ligature des trompes 7- D.I.U 8- Implant 99- Autres

4. Avez-vous utilisé dans le passé une méthode contraceptive ?

/___/ 1- Oui 2- Non

5. Avez rencontré de problème lors de l'utilisation de la contraception antérieur

/___/ 1- Oui 2- Non

6. Si oui lequel /_____/?

7. Selon vous, y'a-t-il un risque de grossesse après un accouchement ?

/____/ 1-oui 2-Non

8. Selon vous, est-il possible d'adopter une méthode contraceptive juste après un accouchement ?

/___/ 1- Oui 2- Non

9. Si oui, quelles méthodes contraceptives peut-on utiliser juste après un accouchement

/___/ 1-pillule 2- Implant 3- stérilet 4- Anneau 5-Patch 6-Diaphragme ou cape cervicale 7-Préservatifs 8-Spermicides 9-Methode MAMA 10-Pillule du lendemain 11-sterelisation définitive

IV. Utilisation de la contraception du postpartum

10. Utilisez-vous actuellement une méthode contraceptive après cet accouchement ?

/___/ 1- Oui 2- Non

11. Quand avez-vous commencé à utiliser la contraception ?

/___/ 1- Immédiatement à la naissance 2- Avant les règles 3- Après les règles 4. 6 semaines 5. 10 semaines 6. Je ne sais pas

12. Quelle méthode de contraception utilisez-vous actuellement ?

/___ / 1- Pilule 2- Spermicides 3- Diaphragme 4- Injectables 5- Préservatif 6- Ligature des trompes 7- D.I.U 8- Implant 9-methodes naturelles 10-contraception d'urgence 99- Autres

13. Que pensez-vous du cout des méthodes contraceptives ?

/___/1-couteux 2-Abordable 3-Moins couteux

14. Que pensez-vous de l'accès aux services de planification familiale ?

/____/ 1- facile 2- difficile 28- si difficile,

15. Si difficile pour quelle(s) raisons ?

/____/1- moyen de déplacement 2-disponibilité des prestataire 3-rupture du stock 4afflux de client

Fiche signalétique

Nom : Samake

Prénom : Cheick Oumar

Email : Samakecheickoumar61@gmail.com

Tél. : 93-52-08-21/ 66-27-49-95

Titre de la thèse : Facteurs associés à l'utilisation de la contraception dans le post partum au Centre de Santé de Référence de la commune I du district de Bamako en 2024.

Année universitaire : 2024-2025

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, d'Odontostomatologie et de la Faculté de Pharmacie de Bamako

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

Résumé (Français) :

La planification familiale dans le postpartum permet de prévenir les grossesses non-désirées et rapprochées et de réduire les maladies et le décès chez la mère et l'enfant. Nous avons étudié les facteurs associés à la contraception dans le postpartum au centre de santé de référence (CSRef) de la commune I du District de Bamako.

Il s'agit d'une étude transversale réalisée dans le CSRéf de la commune I entre décembre 2023 à juin 2025. Elle concerné 247 femmes âgées de 16 à 44 ans reçues en consultation post-natale. Les données ont été collecté en mode face à face et analysé avec le logiciel SPSS version 21. L'anonymat et la confidentialité étaient respectés.

L'âge moyen était de 28,5±7,4 ans, 76,1% étaient instruites et 61,5% étaient des femmes au foyer. Les 70,4% avaient réalisé 1 à 4 consultations prénatales (CPN), 97,2% avaient reçu de conseils sur la contraception. Les 91,9% avaient discuté de la contraception avec le partenaire. La fréquence de conception dans le postpartum était 86,2% (213/247). Les implants (45,1%) et les dispositifs intra-utérins (32,4%) étaient les moyens les plus utilisés. Près de la moitié (49,9%) avaient commencé la contraception après le retour des règles. L'âge (*p=0,02*), la scolarisation (*p=0,05*), la réalisation de CPN (*p=0,02*), la parité (*p=0,001*) et l'antécédent de contraception (*p=0,001*) étaient les facteurs associés à la contraception dans le postpartum.

La sensibilité des femmes lors des consultations prénatales et les communautés sur les avantages de la contraception dans le postpartum est essentielle pour améliorer la santé maternelle et infantile.

Mots clés : contraception, post-partum, facteurs, Bamako.

Material Safety Data Sheet

Name: Samake

First name: Cheick Oumar

Email: Samakecheickoumar61@gmail.com

Tel.: 93-52-08-21/ 66-27-49-95

Thesis title: Factors associated with the use of contraception in the postpartum period at the Reference Health Center of Commune I of the district of Bamako in 2024.

Academic year: 2024-2025

City of defense: Bamako.

Country of origin: Mali.

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine, Odontostomatology and the Faculty of Pharmacy of Bamako

Area of Interest: Public Health, Reproductive Health, and Obstetrics and Gynecology

Summary (English):

Postpartum family planning helps prevent unwanted and closely spaced pregnancies and reduces illness and death in both mother and child. We studied factors associated with postpartum contraception at the Reference Health Center (CSRef) in Commune I, Bamako District.

This was a cross-sectional study conducted at the CSRéf in Commune I between December 2023 and June 2025. It involved 247 women aged 16 to 44 years who received postnatal consultations. Data were collected face-to-face and analyzed using SPSS version 21 software. Anonymity and confidentiality were respected.

The mean age was 28.5±7.4 years, 76.1% were educated, and 61.5% were housewives. 70.4% had attended 1 to 4 prenatal consultations (PCs), 97.2% had received contraceptive counseling, and 91.9% had discussed contraception with their partner. The postpartum conception rate was 86.2% (213/247). Implants (45.1%) and intrauterine devices (IUDs) (32.4%) were the most commonly used methods. Nearly half (49.9%) had initiated contraception after the return of menstruation. Age (p=0.02), school enrollment (p=0.05), ANC attendance (p=0.02), parity (p=0.001), and contraceptive history (p=0.001) were factors associated with postpartum contraception.

Educating women during prenatal consultations and communities about the benefits of postpartum contraception is essential to improve maternal and child health.

Keywords: contraception, postpartum, factors, Bamako.

Chronogramme des activités

Taches	Septembre-Octobre	Octobre-Novembre	Décembre-Janvier	Février	Mars-Avril	Mai	Juin
Revue de la littérature	Du 19 sept au 19 oct 2023						
Rédaction du protocole		Du 20 oct au 30 nov 2023					
Collecte des données			Du O1 déce 2023 au 31 janv 2024				
Analyse des données				Du 01 au 29 février 2024			
Rédaction finale du document					Du 01 mars au 30 avril 2024		
Date de la soutenance						Mai 2024	
Correction après la soutenance							Juin 2024

SERMENT DE MEDECIN

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'Etre 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 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 reçu 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