

INTERETS ET LIMITES DES FORMES GALENIQUES UTILISEES DANS LA CONTRACEPTION : CAS DE L'UNITE DE  
MATERNITE DU CSREF DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE UN BUT UNE FOI

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES  
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



**FACULTE DE PHARMACIE**  
**(FAPH)**



Année universitaire  
2024-2025

**TITRE**

N°.....

**INTERETS ET LIMITES DES FORMES GALENIQUES  
UTILISEES DANS LA CONTRACEPTION : CAS DU  
CSREF DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE  
BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 25/02/2026 devant la Faculté de Pharmacie.

Par : Mr. OUSMANE KONTA

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

**Jury**

**PRESIDENT :** M. Sékou Fantamady TRAORE, Professeur  
**MEMBRES :** M. Hama Boubacar MAIGA, Maître-assistant  
**CO – DIRECTEUR :** M. Aichata Ben Adam MARIKO, Assistant  
M. Bakary Moussa CISSE, Maître-assistant  
**DIRECTEUR :** M. Sanou Khô COULIBALY, Maître de conférences

# **LISTE DES ENSEIGNANTS**

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE PHARMACIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025**

**ADMINISTRATION**

**Doyen :** Sékou BAH, Professeur

**Vice-doyen :** Souleymane DAMA, Maître de Conférences

**Secrétaire principal :** Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

**Agent comptable :** Ismaël CISSE, Contrôleur des Finances.

**PROFESSEURS HONORAIRES**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Flabou	BOUGOUDOOGO	Bactériologie-Virologie
2	Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
3	Yaya	COULIBALY	Législation
4	Abdoulaye	DABO	Malacologie -Biologie animale
5	Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
6	Mouctar	DIALLO	Parasitologie-mycologie
7	Souleymane	DIALLO	Bactériologie – Virologie
8	Amagana	DOLO	Parasitologie
9	Kaourou	DOUCOURE	Physiologie humaine
10	Lassana	DOUMBIA	Chimie minérale
11	Ousmane	DOUMBIA	Chimie thérapeutique
12	Boukassoum	HAÏDARA	Législation
13	Akory Ag	IKNANE	Santé publique/Nutrition
14	Gaoussou	KANOUTE	Chimie analytique
15	Alou A.	KEÏTA	Galénique
16	Ousmane	KOÏTA	Biologie moléculaire
17	Mamadou	KONE	Physiologie
18	Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
19	Benoît Yaranga	KOUMARE	Chimie analytique/Bromatologie
20	Abdourahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
21	Saïbou	MAÏGA	Législation

**INTERETS ET LIMITES DES FORMES GALENIQUES UTILISEES DANS LA CONTRACEPTION : CAS DE L'UNITE DE MATERNITE DU CSREF DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO**

22	Ababacar I	MAÏGA	Toxicologie
23	Ousmane	TOURE	Santé publique/Environnementale
24	Mahamadou	TRAORE	Génétique
25	Sékou Fantamady	TRAORE	Zoologie

***PROFESSEURS DECEDES***

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Boubacar Sidiki	CISSE	Toxicologie
2	Mahamadou	CISSE	Biologie
3	Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
4	Moussa	HARAMA	Chimie analytique
5	Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
6	Elimane	MARIKO	Pharmacologie
7	Moussa	SANOGO	Gestion pharmaceutique

***DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES***

**1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	GRADE	SPECIALITE
1	Mounirou	BABY	Professeur	Hématologie
2	Mahamadou	DIAKITE	Professeur	Immunologie-Génétique
3	Alassane	DICKO	Professeur	Santé Publique
4	Abdoulaye	DJIMDE	Professeur	Parasitologie-Mycologie
5	Aldjouma	GUINDO	Professeur	Hématologie. <b>Chef de DER</b>
6	Kassoum	KAYENTAO	Directeur de Recherche	Santé publiq./Biostatistique
8	Issaka	SAGARA	Directeur de Recherche	Bio-statistique
9	Boubacar	TRAORE	Professeur	Parasitologie-Mycologie

## 2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	GRADE	SPECIALITE
1	Cheick Amadou	COULIBALY	Maître de Recherche	Entomologie/parasitologie
2	Djibril Mamadou	COULIBALY	Maître de Conférences	Biochimie clinique
3	Djénéba Koumba	DABITAO	Maître de Conférences	Biologie moléculaire
4	Souleymane	DAMA	Maître de Conférences	Parasitologie –Mycologie
5	Antoine	DARA	Maître de Conférences	Biologie Moléculaire
6	Laurent	DEMBELE	Maître de Conférences	Biotechnologie Microbienne
7	Kléigui Casimir	DEMBELE	Maître de Conférences	Biochimie Clinique
8	Seidina S. A.	DIAKITE	Maître de Conférences	Immunologie
9	Fatou	DIAWARA	Maître de Conférences	Epidémiologie
10	Yaya	GOITA	Maître de Conférences	Biochimie Clinique
11	Ibrehima	GUINDO	Maître de Conférences	Bactériologie virologie
12	Aminatou	KONE	Maître de Conférences	Biologie moléculaire
13	Almoustapha Issiaka	MAÏGA	Maître de Recherche	Bactériologie-Virologie
14	Mamoudou	MAÏGA	Maître de Conférences	Microbiologie
15	Amadou Birama	NIANGALY	Maître de Conférences	Parasitologie-Mycologie
16	Fanta	SANGHO	Maître de Conférences	Santé Publ/Santé comm
17	Yéya dit Sadio	SARRO	Maître de Conférences	Epidémiologie
18	Mahamadou S.	SISSOKO	Maître de Recherche	Bio-statistique

## 3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	GRADE	SPECIALITE
1	Mohamed	AG BARAIKA	Maître-Assistant	Bactériologie-Virologie
2	Charles	ARAMA	Maître-Assistant	Immunologie
3	Boubacar Tiétiè	BISSAN	Maître-Assistant	Biologie clinique
4	Djénéba	COULIBALY	Maître-Assistant	Nutrition/Diététique
5	Seydou Sassou	COULIBALY	Maître-Assistant	Biochimie Clinique

6	Issa	DIARRA	Chargé de Recherche	Immunologie
7	Dinkorma	OUOLOGUEM	Maître-Assistant	Biologie Cellulaire

#### **4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	GRADE	SPECIALITE
1	Michel Emmanuel	COULIBALY	Attaché de Recherche	Entomologie/parasitologie
2	Abdallah Amadou	DIALLO	Attaché de Recherche	Entomologie/parasitologie
3	Bakary	FOFANA	Attaché de Recherche	Recherche clinique
4	Merepen dit Agnès	GUINDO	Assistant	Immunologie
5	Moussa Bamba	KANOUTE	Attaché de Recherche	Bioinformatique
6	Falaye	KEÏTA	Attaché de Recherche	Santé publ./Santé Environ.
7	N'DeyeLallah Nina	KOITE	Assistant	Nutrition
8	Oumou	NIARE	Attaché de Recherche	Biologie appliquée
9	Zana Lamissa	SANOGO	Attaché de Recherche	Entomologie/parasitologie
10	Lamine	SOUMAORO	Attaché de Recherche	Entomologie/parasitologie
11	Aliou	TRAORE	Attaché de Recherche	Sciences biologiques appliq.
12	Djakaridia	TRAORE	Assistant	Hématologie

#### **DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

##### **1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	GRADE	SPECIALITE
1	Rokia	SANOGO	Professeur	Pharmacognosie

##### **2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	GRADE	SPECIALITE
1	Loséni	BENGALY	Maître de Conférences	Pharmacie hospitalière
2	Issa	COULIBALY	Maître de Conférences	Gestion
3	Adama	DENOU	Maître de Conférences	Pharmacognosie/ <b>Chef de DER</b>
4	Mahamane	HAIDARA	Maître de Conférences	Pharmacognosie

5	Adiaratou	TOGOLA	Maître de Conférences	Pharmacognosie
---	-----------	--------	-----------------------	----------------

### 3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	GRADE	SPECIALITE
1	Bakary Moussa	CISSE	Maître-Assistant	Galénique
2	Balla Fatogoma	COULIBALY	Maître-Assistant	Pharmacie hospitalière
3	Sékou	DOUMBIA	Assistant	Pharmacognosie
4	Hamma Boubacar	MAÏGA	Maître-Assistant	Galénique
5	Aminata Tiéba	TRAORE	Maître-Assistant	Pharmacie hospitalière

### 4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	GRADE	SPECIALITE
1	Seydou Lahaye	COULIBALY	Assistant	Gestion pharmaceutique
2	Daouda Lassine	DEMBELE	Assistant	Pharmacognosie
3	Assitan	KALOGA	Assistant	Législation
4	Ahmed	MAÏGA	Assistant	Législation
5	Aïchata Ben Adam	MARIKO	Assistant	Galénique
6	Aboubacar	SANGHO	Assistant	Législation
7	Bourama	TRAORE	Assistant	Législation
8	Sylvestre	TRAORE	Assistant	Gestion pharmaceutique
9	Mohamed dit Sarmoye	TRAORE	Assistant	Pharmacie hospitalière

### **DER : SCIENCES DU MEDICAMENT**

#### 1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	GRADE	SPECIALITE
1	Sékou	BAH	Professeur	Pharmacologie

**2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	GRADE	SPECIALITE
1	Dominique Patomo	ARAMA	Maître de Conférences	Pharmacie chimique
2	Mody	CISSE	Maître de Conférences	Chimie thérapeutique
3	Ousmane	DEMBELE	Maître de Conférences	Chimie thérapeutique
4	Tidiane	DIALLO	Maître de Conférences	Toxicologie/ <b>Chef de DER</b>
5	Madani	MARIKO	Maître de Conférences	Chimie Analytique
6	Hamadoun Abba	TOURE	Maître de Conférences	Bromatologie
7	Karim	TRAORE	Maître de Conférences	Pharmacologie

**3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	GRADE	SPECIALITE
1	Mahamadou	BALLO	Maître-Assistant	Pharmacologie
2	Dalané Bernadette	COULIBALY	Maître-Assistant	Chimie Ana/Bromatologie

**4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	GRADE	SPECIALITE
1	Blaise	DACKOUO	Assistant	Chimie Analytique
2	Aiguerou dit Abdoulaye	GUINDO	Assistant	Pharmacologie
3	Mohamed El Béchir	NACO	Assistant	Chimie analytique
4	Mohamed	TOURE	Assistant	Pharmacologie

**DER : SCIENCES FONDAMENTALES**

**1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	GRADE	SPECIALITE
-	-	-	-	-

**2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

<b>N°</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOM</b>	<b>GRADE</b>	<b>SPECIALITE</b>
1	Mamadou Lamine	DIARRA	Maître de Conférences	Botaniq-Biol.veg. <b>Chef de DER</b>
2	Boubacar	YALCOUYE	Maître de Conférences	Chimie organique

**3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE**

<b>N°</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOM</b>	<b>GRADE</b>	<b>SPECIALITE</b>
1	Joseph Sékou B.	DEMBELE	Maître-Assistant	Biologie végétale
2	Modibo	DIALLO	Maître-Assistant	Génétique
3	Boureima	KELLY	Maître-Assistant	Physiologie médicale

**4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE**

<b>N°</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOM</b>	<b>GRADE</b>	<b>SPECIALITE</b>
1	Seydou Simbo	DIAKITE	Assistant	Chimie organique
2	Moussa	KONE	Assistant	Chimie Organique
3	Massiriba	KONE	Assistant	Biologie Entomologie

**CHARGES DE COURS (VACATAIRES)**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Cheick Oumar	BAGAYOKO	Informatique
2	Babou	BAH	Anatomie
3	Souleymane	COULIBALY	Psychologie
4	Yacouba M	COULIBALY	Droit commercial
5	Moussa I	DIARRA	Biophysique
6	Oumar	SAMASSEKOU	Génétique
7	Djibril	SANGARE	Biosécurité
8	Modibo	SANGARE	Anglais
9	Satigui	SIDIBE	Pharmacie vétérinaire
10	Sidi Boula	SISSOKO	Histologie-embryologie
11	Fana	TANGARA	Mathématiques
12	Djénébou	TRAORE	Sémiologie et Pathologie médicale
13	Boubacar	ZIBEIROU	Physique

Bamako, le 5 février 2026

  
P/Le Doyen PO  
Le Secrétaire Principal,  
  
Seydou COULIBALY  
Administrateur Civil

**DÉDICACE**  
**ET**  
**REMERCIEMENTS**

Je dédie ce travail à :

Ma Mère : **KOROTOUMOU BERTHE**, merci pour tes sacrifices silencieux, ton amour infini et ta confiance inébranlable en moi. Tu as porté mes rêves lorsque je doutais, tu as soutenu mes efforts sans jamais te lasser, et tu as été ma force dans les moments les plus difficiles. Ce parcours est le fruit de ton courage, de ta patience et de ta détermination, et je te le dédie avec tout mon cœur.

## Remerciements.....✍

L'Eternel Tout Puissant, je rends grâce au seigneur pour tout et particulièrement pour m'avoir donné la vie, la santé, le courage, la force, la grâce, et l'opportunité d'avoir été orientée vers la formation de pharmacienne, et de pouvoir présenter ce travail aujourd'hui. Puisse t'il guider d'avantage nos pas pour le reste de notre existence. Amen !

Mon papa : **IBRAHIMA KONTA**, Aucun mot ne saurait exprimer tout mon amour et toute ma gratitude, merci pour ta présence rassurante, merci pour tout l'amour que tu me donnes, mille pardons pour les soucis et la fatigue que je t'ai causée. Que Dieu te garde encore longtemps auprès de tes chers enfants afin que tu puisses goûter aux fruits de ton dur labeur.

Mes frères et sœurs : **Mme DEMBELE KADIDIATOU KONTA, AMINATA KONTA, MOHAMED KONTA** ; de simples mots ne sauraient exprimer toute la gratitude que j'éprouve envers chacun de vous avez été présents au tout début de mon parcours scolaire jusqu'à ce niveau. Je vous suis véritablement reconnaissant pour vos efforts et sacrifices sans lesquels, ce travail n'aurait vu le jour de cette façon.

La famille **BERTHE ET SOGODOGO** :

Feu mon ami **Mahamadou Makadji** : tu resteras à jamais présent dans mon cœur malgré ton départ trop tôt.

**Halematou SIMBE** : Merci pour ton soutien constant et ta patience durant ce parcours exigeant. Ta présence a été ma force dans les moments de doute et ma lumière dans les instants difficiles. Cette réussite est aussi la tienne.

Le corps enseignant de la FMOS/FAPH : Merci pour l'enseignement et l'encadrement fournis.

**Les gérants et promoteurs des officines AMANI, BENKADI, Les Hirondelles et La Royale, notamment, feu Seydou SAMAKE, Dr DIALLO Dédia Mahamane KATTRA, Dr Djibril SAMAKE et Dr Sylla Mariam DIALLO**, méritent toute ma gratitude pour m'avoir offert l'opportunité d'effectuer mes stages officinaux dans leurs structures.

Mes amis du point G : **Dr Sayd DIALL, Moussa SAMAKÉ, Dr Pascal DAKOUO, Dr Ousmane DOUMBIA, Dr Oumar GUINDO, Dr Bourama SAMAKE , Dr Baba SOGOBA, Dr Gaoussou Konaté, Dr Bandjini DIALLO, Dr Abdoulaye MARIKO, Dr Sekou Abdoul Salam COULIBALY**

La 16<sup>ème</sup> promotion du Professeur feu MAMADOU B COULIBALY

**HOMMAGES  
AUX MEMBRES DU  
JURY**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur Sékou Fantamady TRAORE**

- Ancien enseignant de la biologie cellulaire à la faculté de médecine et d'odontostomatologie et de la faculté de pharmacie ;
- Ancien directeur du Département Entomologie du Centre de Recherche et de formation sur le paludisme MRTC (Malaria Research and Training Center) ;
- Ancien responsable de l'enseignement de la zoologie à la FAPH ;
- Titulaire d'un PhD en Entomologie médicale.

**Honorable Maître,**

Nous vous exprimons notre profonde gratitude pour l'honneur que vous nous faites en présidant ce jury. Nous avons été impressionnés par votre gentillesse, votre bienveillance et surtout par votre bonne compréhension, votre amour du travail bien fait impose le respect et l'admiration, Nous vous prions de trouver ici, Honorable Maître, l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Docteur Aissata Ben Adam MARIKO**

- Docteur en Pharmacie ;
- Assistante/Enseignante chercheur à la Faculté de Pharmacie (FAPH) ;
- Pharmacienne Galénique, Chef de service de pharmacie de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako ;
- Master en science biomédicales à finalité Dermopharmacie et Cosmétologie de l'Université Libre de Bruxelles ;
- Master en santé et sciences du médicament option Biopharmacie, Ingénierie Pharmaceutique et Formulation de l'Université Ouaga I Pr KI-ZERBO.

**Chère maître,**

Merci d'avoir accepté de nous encadrer et orienter durant cette thèse de fin d'étude, en faisant preuve de patience et de compréhension. Vous êtes un exemple en tant que femmes de science pour nous la jeune génération. Nous vous témoignons un grand respect

## A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr Hamma Boubacar MAIGA

- Maître-Assistant à la faculté de Pharmacie de Bamako ;
- Responsable de la commission de suivi des stages cliniques de la Faculté de Pharmacie;
- Directeur Adjoint de l'Usine Malienne de Produits Pharmaceutique UMPP ;
- Ancien secrétaire général du comité SNESUP FMOS/FAPH.

Cher Maître,

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail. Nous sommes très touchés par votre dynamisme et votre complaisance pour l'accomplissement du travail bien fait. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE**

**Dr Bakary Moussa CISSE**

- **Pharmacien Maître-Assistant en pharmacie galénique à la faculté de Pharmacie ;**
- **Chef de Service Contrôle Qualité du Médicament au Laboratoire National de la Santé ;**
- **Secrétaire à l'organisation du Collectif des Pharmaciens Enseignants-Chercheurs du Mali ;**
- **Membre de la société Ouest Africaine de Pharmacie Galénique et Industrielle.**

**Cher maître,**

Nous vous adressons nos sincères remerciements pour votre disponibilité et votre accompagnement tout au long de ce travail. Votre rigueur, votre professionnalisme et votre ouverture d'esprit nous ont profondément marqués. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre respect.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Professeur Sanou Khô COULIBALY**

- **Enseignant chercheur à la FMOS/USTTB ;**
- **Maitre de conférences en Toxicologie ;**
- **Médecin, spécialiste en Toxicologie clinique et d'urgences ;**
- **PhD en toxicologie à l'université Ibn Tofail, Kenitra, Maroc ;**
- **Certifié en pharmacovigilance au Centre Antipoison et Pharmacovigilance de Rabat, Maroc (CAPM) ; 7<sup>eme</sup> promotion du cours inter pays francophone de pharmacovigilance ;**
- **Point focal national chargé des activités de pharmacovigilance du Mali ;**
- **Responsable du cours de toxicologie à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Expert en Vénimologie ;**
- **Membre de la Société Africaine de Vénimologie (SAV).**

Cher maître,

Vous nous avez fait l'honneur de guider ce travail avec rigueur et bienveillance. Votre disponibilité, votre sens du détail et votre passion pour le travail bien fait . Nous avons été marqués par votre amabilité, et votre sens du travail bien fait. Nous gardons de vous l'image d'un homme de science rempli d'esprit de recherche. Cher maître trouvez ici notre profonde reconnaissance.

## **SIGLES ET ABBREVIATIONS**

**AMPPF** : Association Malienne pour la Protection et la promotion de la femme

**CCV** : Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV)

**CI** : Commune I

**COC** : Contraceptifs Oraux Combinés

**COP** : Contraceptifs Oraux Progestatifs

**CS Réf** : Centre de Sante de Référence

**DIU** : Dispositif Intra Utérin

**IST** : Infection Sexuellement Transmissible

**OMS** : Organisation Mondiale de Santé

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**PF** : Planification Familiale

**SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

**URSS** : Union des Républiques Socialistes soviétiques

**USTTB** : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

**VIH** : Virus d'Immunodéficience Humaine

## **TABLE DES MATIERES**

I Introduction.....	1
II OBJECTIFS.....	3
1. Objectif général.....	3
2. Objectifs spécifiques.....	3
III GÉNÉRALITÉS.....	4
1. Définitions des mots clés.....	4
1.1. Planification familiale (PF).....	4
1.2. Contraception.....	4
1.3. Galénique.....	4
1.4. Forme galénique ou forme pharmaceutique.....	4
Dans le monde.....	4
En Afrique :.....	5
Au Mali :.....	6
1.5. Les différentes formes galéniques contraceptives :.....	9
1.5.1. Les contraceptifs médicamenteux :.....	9
1.5.2. Les contraceptifs non médicamenteux :.....	18
1.5.3. Méthodes naturelles de contraception :.....	24
IV METHODOLOGIE.....	27
1. Cadre d'étude.....	27
2. Type d'étude.....	29
3. Période d'étude.....	29
4. Population d'étude :.....	29
4.1. Critères d'inclusion.....	29
5. Variables étudiées.....	30
5.1. Variables sociodémographiques :.....	30
5.2. Variables liées aux formes pharmaceutiques :.....	30
<input type="checkbox"/> Variables liées aux intérêts.....	30
<input type="checkbox"/> Efficacité contraceptive.....	30
5.3. Variables liées aux limites :.....	30
5.4. Variables comportementales.....	30
6. Considérations éthiques et déontologiques.....	31
7. Collecte des données.....	31

8. Gestion et analyse des données .....	31
V RESULTATS.....	33
1. Caractéristiques sociodémographiques : .....	33
5.1. Intérêts des formes galéniques : .....	34
5.2. Limites des formes galéniques : .....	38
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....	43
6.1. Les contraintes : .....	43
6.2. Caractéristiques sociodémographiques .....	43
6.3. Limites galéniques : .....	45
6.4. Impact sur la qualité de vie : .....	46
7. CONCLUSION.....	47
8. RECOMMANDATIONS .....	47
9. REFERENCES .....	49
ANNEXES .....	XX
<b>Thesis Title:</b> Benefits and Limitations of Galenic Forms Used in Contraception: Case of the Maternity Unit of the CSREF of Commune I .....	XXV
<b>Abstract</b> .....	XXV
Introduction: .....	XXV
<b>Methods:</b> .....	XXV
Results: .....	XXV
<b>Conclusion:</b> .....	XXVI

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau I:</b> Répartition des utilisatrices des contraceptives selon la situation matrimoniale... 34	34
<b>Tableau II :</b> Répartition des utilisatrices des contraceptives selon le temps d'utilisation de la contraception. ....	34
<b>Tableau III :</b> Répartition des utilisatrices selon la forme galénique contraceptive utilisée ....	35
<b>Tableau IV :</b> Répartition des utilisatrices selon la durée d'utilisation de la forme contraceptive en cours d'utilisation.....	35
<b>Tableau V :</b> Répartition des utilisatrices selon le niveau de satisfaction : .....	36
<b>Tableau VI :</b> Répartition des utilisatrices selon les raisons du choix de leur méthode contraceptive .....	36

<b>Tableau VII</b> : Répartition des utilisatrices selon la préférence entre les différentes méthodes contraceptives.....	37
<b>Tableau VIII</b> : Répartition des utilisatrices selon la forme en cours d'utilisation et la durée d'utilisation.....	37
<b>Tableau IX</b> : Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon les raisons de changement.....	38
<b>Tableau X</b> : Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon la survenue d'effets indésirables.....	39
<b>Tableau XI</b> : Répartition des utilisatrices selon le type d'effets indésirables .....	40
<b>Tableau XII</b> : Répartition des utilisatrices selon l'amélioration demandée concernant les limites d'utilisation.....	41
<b>Tableau XIII</b> : Répartition des utilisatrices selon l'impact de l'effet indésirable des méthodes contraceptives sur la qualité de vie .....	42

## **LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1:</b> Contraceptif combiné [28] .....	9
<b>Figure 2:</b> Contraceptif oraux progestatifs [29] .....	11
<b>Figure 3:</b> Progestatif injectable [31] .....	12
<b>Figure 4:</b> Insertion d'un implant contraceptif. [34] .....	13
<b>Figure 5 :</b> Dispositif intra utérin progestatif [36] .....	14
<b>Figure 6:</b> Différents contraceptifs d'urgence [39] .....	17
<b>Figure 7:</b> Anneau contraceptif [40] .....	17
<b>Figure 8 :</b> Patch contraceptif [42] .....	18
<b>Figure 9 :</b> Dispositif intra utérin en cuivre [44] .....	18
<b>Figure 10:</b> Préservatif masculin .....	19
<b>Figure 11:</b> Préservatif féminin [47] .....	20
<b>Figure 12:</b> Différentes formes de présentation des spermicides [48] .....	21
<b>Figure 13 :</b> Vasectomie. [50] .....	22
<b>Figure 14:</b> Répartition des utilisatrices selon les tranches d'âges. ....	33
<b>Figure 15:</b> Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon le niveau d'éducation .....	33
<b>Figure 16 :</b> Répartition des utilisatrices selon le changement de formes contraceptives. ....	38
<b>Figure 17 :</b> Répartition selon l'observance chez les utilisatrices .....	42

# INTRODUCTION

## **I Introduction**

La contraception est l'utilisation de procédés temporaires et réversibles destinés à empêcher la conception de l'embryon. Sont donc exclus de cette définition les procédés chirurgicaux irréversibles (vasectomie, ligatures des trompes) qui restent dans le cadre d'une stérilisation. Elle permet aux couples et aux individus d'avoir des enfants au moment où ils le décident. [1]

La contraception occupe une place essentielle dans la planification familiale. Elle offre aux couples la possibilité de maîtriser le nombre d'enfants ainsi que l'écart entre les naissances, ce qui contribue à améliorer la qualité de vie [2]. Une bonne utilisation des méthodes contraceptives conduirait à une réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et participerait à l'amélioration du bien-être des femmes et de leur famille [3]. A l'inverse, une faible utilisation des méthodes contraceptives peut avoir des conséquences néfastes sur la santé des mères et des enfants [4].

La diversité des méthodes contraceptives traduit la volonté d'offrir aux femmes un éventail plus large d'options tout en réduisant les risques liés aux limites de certaines méthodes. Nous distinguons trois principales catégories de méthodes contraceptives : les méthodes naturelles, les méthodes modernes, et les méthodes traditionnelles [5]. Elles regroupent, entre autres, les pilules contraceptives orales, les implants, les injectables, les patchs, les anneaux vaginaux, les dispositifs intra-utérins, les préservatifs, la stérilisation masculine et féminine, les méthodes d'allaitement et d'aménorrhée. Ces méthodes ont des mécanismes d'action différents et une efficacité variable pour prévenir les grossesses [6].

Au Mali, les contraceptifs modernes sont de plus en plus accessibles grâce aux efforts déployés par les autorités sanitaires et les partenaires internationaux [7].

Cependant, ces formes présentent des avantages et des inconvénients spécifiques d'utilisation. Par exemple, les contraceptifs oraux nécessitent une prise quotidienne rigoureuse, ce qui peut nuire à l'adhésion au traitement [8]. Les injections contraceptives offrent une alternative plus discrète et durable, mais elles nécessitent une administration par un professionnel de santé, ce qui peut représenter un frein pour certaines utilisatrices [9]. De même, les dispositifs intra-utérins et les implants offrent une protection prolongée, mais leur insertion et leur retrait requièrent une expertise médicale, pouvant limiter leur accessibilité dans certaines régions [10].

Face à ces défis, il est essentiel d'approfondir la compréhension des intérêts et des limites des formes pharmaceutiques contraceptives au Mali.

**INTERETS ET LIMITES DES FORMES GALENIQUES UTILISEES DANS LA CONTRACEPTION : CAS DE L'UNITE DE MATERNITE DU CSREF DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO**

Cette étude a exploré les perceptions, les connaissances et les obstacles rencontrés par les femmes consultant au CSRef de la commune I du district de Bamako concernant l'utilisation des différentes formes galéniques contraceptives, afin de formuler des recommandations visant à améliorer leur utilisation.

# **OBJECTIFS**

## **II OBJECTIFS**

### **1. Objectif général**

Etudier les intérêts et les limites des formes galéniques utilisées dans la planification familiale CSREF de la Commune I du District de Bamako.

### **2. Objectifs spécifiques**

- Déterminer les profils sociodémographiques des clientes ;
- Ressortir l'intérêt des différentes formes pharmaceutiques les plus utilisées dans la contraception ;
- Identifier les différentes limites des formes pharmaceutiques contraceptives en termes de tolérance, d'observance et d'accessibilité ;
- Identifier les effets indésirables associés aux méthodes contraceptives ;
- Analyser leur impact sur la qualité de vie des utilisatrices.

# GÉNÉRALITÉS

### III GÉNÉRALITÉS

#### 1. Définitions des mots clés

##### 1.1. Planification familiale (PF)

Selon l'OMS la planification familiale est l'ensemble des mesures et méthodes que les hommes et les femmes prennent ou utilisent pour éviter des grossesses non désirées et organiser la venue des enfants quand ils le désirent. Elle permet d'avoir des enfants au moment où ils le décident ; d'avoir juste le nombre d'enfant qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soins ; d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants. [11].

##### 1.2. Contraception

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la contraception comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » [11].

La contraception protège les femmes, en particulier les adolescentes, des risques que peuvent présenter les grossesses pour leur santé et, s'agissant de l'espacement des naissances, le taux de mortalité chez les enfants nés moins de deux ans après leur aîné est supérieur de 60 % à celui enregistré lorsque les naissances sont espacées de 3 ans ou plus [12].

##### 1.3. Galénique

Galénique Relatif à la méthode de GALIEN, est une discipline qui concerne la formulation, la préparation, la conservation et la présentation des médicaments [13]

##### 1.4. Forme galénique ou forme pharmaceutique

La forme pharmaceutique (également appelée « forme médicamenteuse » ou « forme galénique ») correspond à la forme sous laquelle le médicament se présente (comprimé, gélule, sirop, collyre, crème, solution injectable, etc.). Elle est spécialement conçue pour la voie d'administration à laquelle le médicament est destiné [14].

#### **Historique : Évolution des méthodes contraceptives à travers les époques.**

Depuis l'Antiquité, le contrôle de la reproduction a constitué une préoccupation importante pour les sociétés humaines. Au fil des siècles, les méthodes contraceptives se sont transformées, sous l'influence des progrès scientifiques, des convictions religieuses et des réalités socioculturelles.

#### **Dans le monde**

D'après Serfaty, la régulation des naissances remonte aux périodes les plus anciennes et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité

naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances. La contraception était pratiquée dans l'antiquité, elle le fut ensuite et l'est encore de nos jours dans les proportions respectives extrêmement variables selon les lieux et les époques. Cela montre que les humains ont toujours cherché à éviter d'être entièrement soumis aux lois naturelles de la reproduction. Toutefois, la contraception a souvent été refusée pour des raisons morales, car la procréation était considérée comme un devoir sacré. C'est le propre de la pensée religieuse. L'histoire de la contraception n'est en dehors des moyens employés, qu'une illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée et ou jours présents dans la société ou chez l'individu lui-même : le conservatisme ou le changement ; la tradition ou le progrès ; la foi ou la raison [15].

Dans la genèse du planning familiale, on retient que c'est le fruit de plusieurs conférences et rencontres à travers le monde. Parmi ces différentes rencontres, Mexico en 1975 avait abouti à la proclamation de l'année internationale de la femme et de la décennie de la femme ; c'est surtout la réunion tenue à ALMAATA (URSS) en septembre 1978 qui peut être considérée comme le point de départ de toutes les autres actions futures en l'honneur des femmes. Elle aboutit à partir des années 1980 à la multiplication des rencontres dans différents pays du monde. Ces rencontres pour la plupart étaient basées sur la santé de la femme et de la famille ; beaucoup d'associations de planning familial qui existaient déjà à travers le monde étaient affiliées à des ONG et à la fédération internationale pour la planification familiale. A travers ces différents regroupements et associations de femmes à travers le monde, la planification familiale se diffusa pour être accessible à toutes les femmes. C'est dans ce sens que l'organisation mondiale de la santé a eu la ferme volonté de promouvoir la planification familiale en mettant à disposition une gamme variée de produits contraceptifs tout en veillant sur leur qualité [16].

### **En Afrique :**

Les réalités démographiques, économiques et socioculturelles diffèrent d'un continent à l'autre, ce qui reflète le degré variable de connaissance et d'application de la planification familiale. C'est dans ce contexte que l'Afrique, malgré les exigences de ses caractéristiques sociodémographiques va s'introduire. Ainsi, des rencontres ont été organisées à travers le continent, dont l'une des plus marquantes s'est tenue au Mali, à Bamako, réunissant la majorité des responsables de la santé africaine. À la suite de plusieurs réunions centrées sur la femme et l'enfant, ainsi que de l'Initiative de Bamako (IB), l'intérêt pour le planning familial a commencé à prendre forme dans de nombreux pays africains. Dans les années 1980, les associations

œuvrant pour la planification familiale ont été encouragées, et les années 1990 ont été marquées par la tenue de nombreux symposiums consacrés à la santé de la reproduction, à la santé génésique et à la santé sexuelle des individus, des couples et des familles. [16].

### **Au Mali :**

Dans la logique de son développement, le Mali n'est pas resté en marge de la politique de la planification familiale. C'est ainsi que très tôt les autorités avaient adopté une attitude encourageant l'initiative. En témoignant de cette attitude, une délégation malienne avait pris part à un séminaire sur la planification familiale en 1971 au Canada(Montréal). Vu l'importance et les bienfaits, le Mali avait seulement signé un accord avec des organisations mais aussi avait soumis pour un projet d'assistance en planification familiale pour 4 ans lors de la déclaration de Bucarest (Roumanie) en 1974. Après la création de l'association malienne pour la protection et la promotion de la femme (AMPPF) le 7 Juin 1971, un centre pilote fut créé à Bamako par cette association et visait à espacer les naissances. Au tout début, la pratique n'était pas libre mais conditionnée à une autorisation du mari pour les femmes et des parents pour les célibataires. Après deux séminaires organisés au Mali sur l'éducation sexuelle et le planning familial et en Roumanie sur le droit au planning familial, l'année 1978 voit le Mali prendre un envol prodigieux en souscrivant à la déclaration d'Alama Ata (URSS) [16]

### **Situation de la contraception :**

#### **Situation dans le monde :**

Au niveau mondial, le taux d'utilisation de la contraception évolue en dent de scie. En 2021, 62% des femmes en âge de procréer, mariées ou vivant en union libre utilisaient au moins une méthode de contraception contre 55% en 1990 avec une variation entre les pays développés (70%) et les pays en voie de développement (60%) [17]. L'accessibilité aux différentes méthodes modernes de contraception est très inégale dans le monde, notamment en Afrique subsaharienne. De même, le choix de la méthode contraceptive est très variable d'une zone géographique à l'autre. Entre 2000 et 2019, le taux d'utilisation de la contraception moderne chez les femmes en âge de procréer a passé de 55% à 57,1% dans le monde [18].

Selon le rapport de l'OMS en 2020 sur la contraception, le nombre des femmes en âge de procréer à avoir besoin d'une méthode de contraception était estimé à 1,1 milliard dans le monde. Malgré le taux d'utilisation de plus de 70% des méthodes modernes de planification familiale à l'échelle mondiale en 2019, les besoins restent insatisfaits en la matière surtout en Afrique centrale et de l'ouest [20]. Dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, 74 millions

de femmes tombent enceintes de façon accidentelle chaque année occasionnant environ 25 millions d'avortements et 47 000 décès maternels [19]. Malgré les progrès accomplis dans la PF, la mortalité liée aux lacunes de l'utilisation des méthodes contraceptives reste élevée surtout dans les pays à faible revenu. Il a fallu un nouvel appel du Dr Margaret Chan, directrice générale de l'OMS : « L'accès à la contraception moderne est un droit fondamental de chaque femme. Au même titre que ce droit, il importe de respecter la dignité des femmes en leur offrant un éventail d'options de planification familiale et la liberté de faire leur propre choix » [20].

Dans les pays en développement, 225 millions de femmes souhaiteraient espacer les naissances ou ne veulent plus avoir d'enfants, mais n'ont malheureusement pas d'accès à aucun moyen de contraception moderne. Or, la garantie d'un accès de toutes les populations à une méthode de contraception permet non seulement de réduire la mortalité maternelle et infantile, mais aussi d'éviter les grossesses précoces et indésirées [21]. La contraception offre tout un éventail d'avantages potentiels dans d'autres domaines comme l'éducation et au développement économique des pays. L'utilisation de la contraception protège les femmes, en particulier les adolescentes, des risques que peuvent représenter les grossesses indésirées pour leur santé. Lorsque les naissances sont espacées de moins de deux ans, le taux de mortalité chez le nourrisson est supérieur de 45% au taux de mortalité lorsque les naissances sont espacées de 2 à 3 ans, et supérieur de 60% au taux de mortalité lorsqu'elles le sont de quatre ans ou plus [22].

L'Afrique est le continent où non seulement le recours à la contraception est plus faible, mais aussi là où la fécondité est la plus élevée. En effet, l'indice synthétique de fécondité est environ 3 enfants par femme dans les pays en développement contre 5 en Afrique dont 3 en Afrique du Nord et 5 en Afrique subsaharienne. Le continent africain est affecté de fortes disparités entre la partie au nord du Sahara et celle au sud en matière de recours à la contraception [23].

Selon l'organisation de la planification familiale 2020 (PF2020), l'utilisation de la contraception moderne a augmenté au cours des sept dernières années dans les pays pauvres au monde, et particulièrement en l'Afrique. Sur un total de 926 millions de femmes en âge de procréer dans les 69 pays pauvres du monde dont 41 en Afrique, 314 millions utilisent désormais des moyens de contraception modernes, soit une augmentation de 53 millions depuis 2012 [24]. En Afrique, on note depuis 2012 une augmentation de 2% du taux d'utilisation de la contraception, notamment en Afrique de l'Est et australe où la plus hausse a été observée, soit 7%. Ces progrès ont été surtout reportés en Ouganda et Mozambique [19, 12]. L'Afrique de

l'ouest demeure en retard par rapport aux autres régions de l'Afrique même si le taux d'utilisation de la contraception a passé de 6,3% à 13,9%<sup>24</sup> au cours des dix dernières années.

#### **Situation de la contraception au Mali :**

Au Mali, la planification familiale a émergé de manière informelle avec la création, en 1971, de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF), une organisation non gouvernementale à but non lucratif. Pionnière en matière de santé de la mère et de l'enfant (SMI) et de PF, l'AMPPF œuvre depuis plus d'une quarantaine d'années dans l'amélioration de la qualité de vie de la famille et des individus en milieu rural et urbain. En 1976, l'AMPPF a adhéré à la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) en qualité de membre associé, puis membre à part, entière en 1983. Jusqu'à présent, l'AMPPF est la plus grande ONG au Mali intervenant dans le domaine de la planification familiale [16].

La PF demeure un sujet sensible au Mali. Entre les poids de la culture, de la tradition et de la religion, les femmes en sont souvent les principales victimes. Dans les zones urbaines, elles bénéficient davantage d'informations et de possibilités liées à leur santé reproductive, tandis qu'en milieu rural, l'accès aux services sociaux de base reste très limité. En plus de l'inaccessibilité aux services, il y a aussi des difficultés liées à la volonté des hommes, qui ne prennent pas en compte le plus souvent les capacités physiques et l'état de santé de la femme car avoir beaucoup d'enfants est un signe de richesses. A ces difficultés, s'ajoutent les principes religieux qui s'exercent sur les femmes dans le pays. Les religieux, pour qui « seul Dieu donne », perçoivent la planification familiale comme incompatible avec les principes religieux.

L'évolution du taux d'utilisation de la contraception moderne au Mali se fait de façon irrégulière depuis la première enquête démographique et de santé en 1987 avec 3% pour atteindre 15% en 2018, soit 31 ans après la première étude. Le plus fort taux a été enregistré à Bamako (capitale du Mali) avec 22,3% contre seulement 2,6% (Kidal) et 3,3% (Gao) dans les régions nord du Mali. En zone rurale, ce taux était de 15% comparativement en milieu urbain où ce taux était à 22,3%. Cela démontre que la population adhère difficilement à la PF surtout en milieu rural. Parmi les femmes actuellement en couple, 16% seulement utilisaient une méthode contraceptive moderne. Les méthodes contraceptives les plus utilisées étaient les implants avec 24% pour les femmes non en couple contre seulement 7% pour celles qui ne le sont pas, les injectables viennent en seconde position avec 8% pour les femmes non en couple contre 6% pour celles qui ne le sont pas. Parmi les femmes en âge de procréer, 24% ont toujours des besoins non satisfaits en matière de planification familiale notamment l'espacement des

naissances [25]. Aujourd'hui, les femmes comme les hommes maîtrisent davantage les méthodes contraceptives modernes que les méthodes traditionnelles. Chez les femmes, les méthodes les plus connues sont les injectables, les implants, la pilule ainsi que le préservatif masculin.

### 1.5. Les différentes formes galéniques contraceptives :

#### 1.5.1. Les contraceptifs médicamenteux :

##### 1.5.1.1. Contraceptifs oraux :

###### ➤ Contraceptifs Oraux Combinés (COC) [26, 27]

Les COC ou pilules contraceptives sont des comprimés composés de deux hormones synthétiques œstrogènes et progestérone. Ils se présentent sous forme de plaquettes de 28 comprimés dont les 7 derniers contiennent du fer. Mécanisme d'action : la pilule supprime l'ovulation et épaissit la glaire cervicale qui empêche les spermatozoïdes de rencontrer l'ovule.



**Figure 1: Contraceptif combiné [28]**

#### Avantages

Les contraceptifs oraux combinés offrent plusieurs avantages, parmi lesquels on peut citer : Elles ont une efficacité importante, un coût abordable ; la pilule corrige les troubles menstruels ; elle démunie le risque d'anémie et protège contre les cancers de l'ovaire et de l'endomètre. Elle prévient contre les grossesses extra utérines. En outre, elle régularise le cycle. La pilule ne nécessite pas un examen gynécologique, elle n'interfère pas avec les rapports sexuels ; elles peuvent être fournies par un personnel non médical.

### **Inconvénients et précautions**

Les contraceptifs oraux combinés ne protègent pas contre les IST et le VIH/SIDA. Leur efficacité peut être réduite au cas de l'interaction médicamenteuse avec certains médicaments (rifampicine, antimycosiques, anticonvulsivants). Ils provoquent une diminution de la sécrétion lactée ; la prise est quotidienne et l'oubli contribue à un risque d'échec. Ils peuvent également provoquer la nausée, des vertiges, des céphalées.

**Effets secondaires :** Leur utilisation occasionne souvent des nausées, des vertiges, une sensibilité légère des seins, des céphalées, une hypertension artérielle, une aménorrhée, un retard dans le retour de la fécondité et une acné.

### **Contre-indications :**

Les situations dans les contraceptifs oraux sont contre-indiquées entre autres :

A 6 semaines après un accouchement, ou si la patiente allaite, les fumeuses de plus de 35 ans (plus ou moins 15 bâtons/jour) sont défavorables.

Les contraceptifs oraux combinés sont contre-indiqués chez les personnes présentant une hypertension artérielle (tension systolique > 160 mm Hg ou diastolique > 100 mm Hg). Les femmes qui souffrent des antécédents de thrombo-embolie veineuse, de Cardiopathie ischémique ou des antécédents d'accident vasculaire cérébral, de cardiopathie valvulaire compliquée, de Migraine accompagnée de symptômes neurologiques en foyer, d'un cancer du sein (en cours), du diabète accompagné de rétinopathie/ Néphropathie, et aussi de grave cirrhose et tumeur hépatique (adénome ou hépatome), d'un HTA adéquatement maîtrisée ; la migraine chez les femmes de plus de 35 ans, la maladie vésiculaire en phase symptomatique, Les antécédents de cholestase associée à l'utilisation de COC et les utilisatrices de médicaments pouvant entraver le métabolisme des COC.

#### ➤ **Contraceptifs Oraux Progestatifs (COP) [7;27]**

Les COP sont des contraceptifs oraux qui contiennent uniquement des progestatifs à faible dose. Mécanisme d'action : la pilule supprime l'ovulation et épaissit la glaire cervicale qui empêche les spermatozoïdes de rencontrer l'ovule.



**Figure 2: Contraceptif oraux progestatifs [29]**

**Avantages :**

L'utilisation des COP ont plusieurs avantages car elle permet un retour immédiat à la fécondité, n'influence pas la lactation, diminue les risques de maladies inflammatoires du pelvis, donne une protection relative contre le cancer de l'endomètre et n'interfère pas avec les rapports sexuels.

**Inconvénient :**

Il faut noter que les COP ne protègent pas contre les IST/SIDA.

**Effets secondaires :** Les COP peuvent entrainer une prise de poids, une aménorrhée ou des saignements irréguliers.

**Contre-indications :**

Les COP contre-indiqués en cas de grossesse et de diagnostic courant de cancer du sein et aussi en cas d'hépatite virale évolutive et les tumeurs hépatiques.

**1.5.1.2. Contraceptifs injectables [30]**

Le contraceptif injectable est un produit progestatif de synthèse qui libère lentement et empêche la survenue de la grossesse. Mécanisme d'action : l'injectable fonctionne principalement en supprimant l'ovulation. De plus, il épaisit la glaire qui gêne le transport des spermatozoïdes.



**Figure 3: Progestatif injectable [31]**

**Avantages :** Les contraceptifs injectables sont très avantageux grâce à leurs efficacités élevée (>99,7%) et leur durée d'action prolongée. C'est une méthode peu contraignante, pratique, discrète et ne gêne pas la lactation. Ce type de contraception peut protéger partiellement contre le cancer de l'endomètre, l'endométriose et les kystes de l'ovaire, fournissent une protection relative contre les maladies inflammatoires du pelvis et diminuent les risques de grossesse ectopique.

**Inconvénients et précautions :**

Il est à signaler que ces contraceptifs injectables ne protègent pas contre les IST et le SIDA et avec eux, le retour de la fertilité est parfois lent (6 à 10 mois, et même parfois d'avantage jusqu'à 18 mois).

**Effets secondaires :**

Les effets secondaires sont entre autres, l'aménorrhée, une acné et une hémorragie (rarement), des maux de tête, un gain pondéral modéré et également une légère sensibilité des seins, une diminution de la libido sont à constatées.

**Indication :**

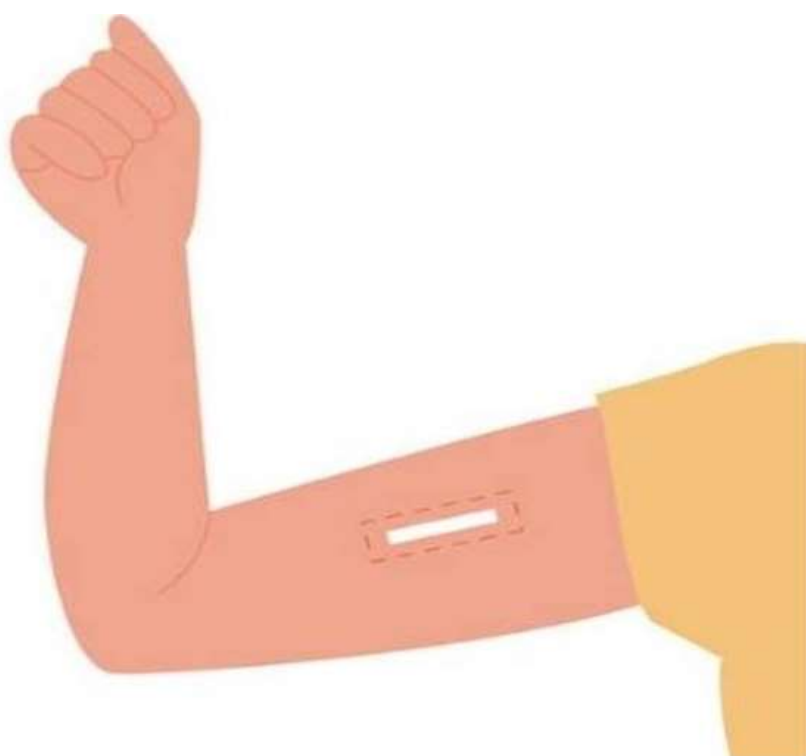
Puisqu'il ne nécessite pas d'attention quotidienne, il peut être mieux adapté aux besoins des femmes qui ont de la difficulté à respecter la posologie des autres moyens de contraceptions. Il peut également convenir aux femmes allaitantes ou ayant une sensibilité ou des contre-indications connues aux œstrogènes, ayant plus de 35 ans et qui fument, des migraines, une endométriose, une drépanocytose et même étant sous anticonvulsivants.

**Contre –Indication :**

Les contraceptifs injectables sont déconseillés en cas de cirrhose grave, de grossesse, des saignements vaginaux inexplicables et diagnostic courant de cancer du sein. Ils sont contre indiqués aux patientes qui souffrent d'une insuffisance hépatite virale évolutive et adénome hépatique bénin.

### 1.5.1.3. Implant sous-cutané : Jadelle [32, 33]

C'est un contraceptif contenant un progestatif retard diffusé à travers 2 capsules insérées en sous-cutané à la face interne du bras de l'utilisatrice. Mécanisme d'action : la Jadelle agit en supprimant l'ovulation et rendant la glaire cervicale épaisse qui gêne le transport des spermatozoïdes.



**Figure 4: Insertion d'un implant contraceptif. [34]**

#### **Avantages :**

Les implants contraceptifs présentent beaucoup d'avantages, elle a une action immédiate, 24H après l'insertion, son activité dans l'organisme peut aller jusqu'à 4 ans. Elle n'interfère pas avec les rapports sexuels et pas de gêne avec les capsules (à peine visibles sous la peau), elle ne possède pas d'effets secondaires sauf les irrégularités du cycle menstruel. A tout moment les capsules peuvent être retirées et pas d'exigence pour un effort de mémoire. En outre, elle peut prévenir l'anémie en diminuant le flux menstruel. La Jadelle n'a aucun effet avec l'allaitement.

#### **Inconvénients et précaution :**

L'administration ou le retrait des capsules de ce contraceptif nécessite un personnel qualifié. Il est à noter qu'ils ne protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles. La pose et le retrait nécessitent une procédure chirurgicale mineure. Les capsules peuvent être visibles sous la peau.

**Effets secondaires :**

Les effets secondaires peuvent être une aménorrhée ou une combinaison de ces troubles, des saignements prolongés, des céphalées, des vertiges, des troubles d'humeur (nervosité/dépression) et une prise de poids et aussi une modification de l'appétit.

**Contre-indications :**

La Jadelle n'est pas conseillé en cas d'hypersensibilité au de lévonorgestrel ou à tout autre composant. Son utilisation est aussi déconseillée en d'hémorragie vaginale anormale non diagnostiquée ou de suspicion ou diagnostic de cancer hormonodépendant.

**1.5.1.4. DIU hormonaux: Dispositif Intra-Utérin (DIU) [33, 35]**

Le DIU est un dispositif flexible de composition métallique et/ou plastique que l'on insère dans la cavité utérine et qui libère un progestatif (progestérone ou lévonorgestrel). Le DIU, en plastique moulé, est introduit par le médecin dans l'utérus de la femme en passant par le vagin de façon progressive. Il existe deux types de DIU qui libèrent un progestatif appelé lévonorgestrel et un autre type en forme de T, un fil de cuivre est enroulé autour de la base et des bras du T. Le DIU possède un fil de plastique, qui permet à la femme de s'assurer que le dispositif est toujours en place et au médecin de le retirer facilement. Mécanisme d'action : le mécanisme d'action principal du stérilet est d'interférer avec la fertilisation en empêchant la rencontre des spermatozoïdes avec l'ovule.



**Figure 5 : Dispositif intra utérin progestatif [36]**

**Avantages :**

Le DIU est avantageux pour son action immédiate. Il ne nécessite pas un effort de mémoire. Le DIU n'interfère pas sur l'allaitement et non aux rapports sexuels. L'un des avantages les plus appréciés est son absence d'effet secondaire hormonal, et aussi son effet immédiatement réversible. Il peut être actif pendant 12 à 13 ans dans l'organisme.

**Inconvénients et précautions :**

Pour l'utilisation d'un DIU, certaines précautions sont nécessaires car La pose ou le retrait nécessite un personnel qualifié et nécessitent un examen Clinique. Il faut noter que le DIU ne protège pas contre les IST/SIDA. L'utilisatrice ne peut pas arrêter la méthode d'elle-même. Le DIU peut être expulsé sans que la femme ne s'en rende compte (post-partum). Il ne protège pas contre les grossesses ectopiques. La femme doit vérifier la position du fil de temps à autre.

**Effets secondaires :**

Il y a peu d'effets secondaires pour le DIU. Ces effets sont constitués par les changements menstruels (durant les 3 premiers mois mais ont tendance à diminuer après). L'abondance des règles plus longues et plus abondantes et aussi des saignements ou spotting (anémie) entre les règles peuvent se manifester. La perforation de la paroi de l'utérus si l'insertion est mal effectuée, des crampes et des douleurs 3 à 5 jours après l'insertion.

**Indications :**

L'utilisation du DIU convient aux femmes qui souhaitent obtenir une efficacité anticonceptionnelle à long terme ou utiliser un moyen de contraception moins exigeant sur le plan de l'observance. Les femmes qui présentent des contre-indications ou une sensibilité aux œstrogènes, celles qui allaitent, peuvent s'avérer de bonnes candidates l'utilisation d'un DIU qui peut aussi être utilisé aux fins d'une contraception post-coïtale.

**Contre –indications :**

Le DIU n'est pas conseillé dans les cas de grossesse et après l'accouchement (48H), ainsi que dans les infections pelviennes ou IST (au cours des trois derniers mois), il est déconseillé à la suite d'un avortement septique, à tout ce qui a trait aux IST ou aux virus du VIH-SIDA, au cancer du col utérin ou de l'endomètre et de l'ovaire. Aux saignements vaginaux inexplicables ainsi qu'aux patientes qui souffrent d'une déformation de cavité utérine. Au cancer du sein (dans le cas du SIU-LNG). Enfin il est contre indiqué aux maladies trophoblastiques malignes et gestationnelles bénignes. Aux immunodépressions infectieuses ou médicamenteuses (corticothérapie) et Sepsis puerpéral.

### 1.5.1.5. Contraception d'urgence [37-38] :

C'est un ensemble de procédés contraceptifs utilisés pendant une période limitée après un acte sexuel sans protection, il s'agit de:

- COC : 30-35 µg Ethynil œstradiol à prendre 4 comprimés puis 4 autres 12 h plus tard au total 8 comprimés (exemple : Lo-fémenal® ou Pilplan®) ;
- COC : 50 µg Ethynil œstradiol à prendre 2 comprimés puis 2 autres 12 h plus tard (exemple : Eugynon 50®, ovral®, Microgynon-50®, Stediril® disponible au Mali) ;
- COP : 0,075 mg (75 µg) de norgestrel : prendre 20 comprimés puis 20 autres 12 h plus tard (comme exemple on peut citer l'Ovrette®) ;
- COP : 0,03 mg (30 µg) de lévonorgestrel à prendre 25 comprimés puis 25 autres 12 h plus tard (Exemple : Microlut®, Norgeston®) et
- COP : 0,75 mg (750 µg) de lévonorgestrel à prendre 2 comprimés en prise unique (exemple : Nor-Levo®, Postinor®).

La contraception d'urgence est indiquée pour le cas de viol ou pour une utilisation incorrecte de préservatifs. Elle est indiquée au cas également de l'expulsion de dispositif intra-utérin, ou l'échec du coït interrompu. L'oubli de la pilule contraceptive et les rapports sexuels imprévus sont des facteurs auxquels elle est indiquée. Les contre-indications des contraceptifs d'urgence se résument à la seule allergie aux COU due aux composantes du produit. Dans le cas d'un stérilet au cuivre post coïtal, il faut exclure la possibilité d'une grossesse préexistante, surtout si la femme a eu des rapports sexuels En début de cycle. Il ne doit y avoir ni signe d'infection vaginale ou cervicale ni antécédents récents d'infection pelvienne ; de plus, le risque d'infection transmise sexuellement doit être faible.



**Figure 6: Différents contraceptifs d'urgence [39]**

#### 1.5.1.6. Anneau vaginal [7 ;9] :

L'anneau vaginal est une méthode de contraception faite d'un anneau flexible contenant un taux constant d'hormone oestroprogestative.



**Figure 7: Anneau contraceptif [40]**

#### Mécanisme :

Consiste à faire absorber les hormones contenues dans une pilule combinée à travers la paroi vaginale.

#### Avantage :

Moins contraignante que le comprimé quotidien ou le patch hebdomadaire ; Utilisable pendant 03 semaines suivies d'une semaine de pose.

### 1.5.1.7. Patch contraceptives 41 :

C'est un timbre qui se colle sur la peau et qui contient un œstrogène et un progestatif qui traversent la peau et passe progressivement dans la circulation sanguine. Le patch protège pendant 4 semaines. Chaque semaine pendant trois semaines, il faut coller un patch. La quatrième semaine, il ne faut pas mettre de patch : des saignements vont alors apparaître.



Figure 8 : Patch contraceptif [42]

### 1.5.2. Les contraceptifs non médicamenteux :

#### 1.5.2.1. DIU non médicamenteux [7], [43]:

Appelé stérilet est un corps étranger une fois placé dans la cavité utérine, transforme la muqueuse de l'utérus pour la rendre impropre à la nidation.



Figure 9 : Dispositif intra utérin en cuivre [44]

**Mécanisme** : Empêche la nidation.

**Avantage** : Protection permanente dès la pose ; Généralement bien toléré ; Le cycle reste spontané sans intervention médicamenteuse, chimique.

### 3.3.2.2 Préservatif masculin [45]

Le préservatif masculin est une gaine protectrice en latex ou tissu animal destiné à recouvrir le pénis en érection. Il recueille le sperme lors de l'éjaculation et constitue une barrière au passage des spermatozoïdes et une protection contre les IST/VIH/SIDA (double protection).

**Mécanisme d'action** : Il empêche les spermatozoïdes d'entrer en contact avec le vagin de la femme.



**Figure 10: Préservatif masculin**

**Avantages** :

Le préservatif masculin protège contre la grossesse non désirée et les IST-VIH/SIDA. Il corrige l'éjaculation précoce (retarde l'éjaculation). Il est disponible en vente libre et l'emploi est simple.

**Inconvénients et précautions** :

Le préservatif masculin diminue éventuellement le plaisir et l'élan sexuels. Il faudra changer à chaque rapport. Il y a toujours un risque de déchirure. 3.4.7.1.3. Effets secondaires Les effets secondaires se résument seulement aux allergies au latex où à certains lubrifiants. 3.4.7.1.3.

Contre-indication

Ils ne sont pas conseillés en cas d'allergie ou sensibilité au latex pour les condoms de latex et à la lanoline dans le cas des condoms en membranes d'agneau.

### 3.3.2.3 Préservatif féminin [46]

Le préservatif féminin (femidom) est un mince fourreau de polyuréthane, (matière plastique) mou et transparent que la femme place dans le vagin avant le rapport sexuel pour se protéger de la grossesse et les IST/VIH (double protection).



**Figure 11: Préservatif féminin [47]**

#### Avantages :

Ce préservatif protège contre la grossesse et les IST/VIH. Il peut être porté plusieurs heures avant le rapport sexuel.

#### Inconvénients et précautions :

Ce préservatif est coûteux actuellement demande à être changé après chaque rapport. La femme doit toucher ses parties génitales.

**Effets secondaires :** Il n'y a pas d'effets secondaires apparents.

#### Contre-indications :

Il est déconseillé en cas d'allergie au polyuréthane et les sujets ayant des anomalies de l'anatomie vaginale. Il n'est pas conseillé avec une femme qui n'est pas capable d'apprendre la technique d'insertion.

### 3.3.2.4 L'éponge contraceptive [7 ; 43]

Elle consiste en de petits dis positifs jetables ou en mousse de polyuréthane imprégné de spermicide conçu.

#### Mécanisme :

Action contraceptive attribuable au spermicide dont elle est imprégnée.

**Avantage :** Très autonome ; Très pratique ; pour recouvrir le col de l'utérus.

### 3.3.2.5 Spermicides [44]

Les spermicides sont des produits chimiques qui se présentent sous forme de crème, gel, ovule, comprimé, ovule moussant, mousse, aérosol qu'on place dans le vagin avant le rapport sexuel et qui inactivent ou tuent les spermatozoïdes.



**Figure 12: Différentes formes de présentation des spermicides [48]**

#### Mode d'action :

Les spermicides du fait de leurs propriétés chimiques détruisent la membrane cellulaire des spermatozoïdes diminuant ainsi leurs mouvements et inhibant leur capacité à féconder.

#### Avantages :

Elles sont très efficaces juste avant les rapports sexuels et peuvent servir de lubrifiants pour humidifier le vagin. Elles sont utilisées comme méthode d'attente ou de transition, son utilisation est facile et peut être associée au condom. Elles sont disponibles sans ordonnance et sans bilan médical. Les comprimés et les ovules doivent être mis 10 à 15 minutes avant les rapports sexuels.

### Inconvénients et précautions :

Les spermicides entraînent une sensation de chaleur ou un excès d'humidité qui peut être gênante pour certaines personnes, appréciable par d'autres. Ils peuvent aussi causer une irritation ou une allergie vaginale ou du pénis. Il n'y a pas de toilette vaginale dans les 6 heures après le rapport. Elles interrompent les préludes avant les rapports sexuels. Les spermicides doivent être utilisés à chaque rapport. Ils nécessitent une motivation constante de l'utilisatrice et n'assurent pas la double protection.

### Contre-indications :

Le spermicide est contre-indiqué en cas de : • allergie à l'agent spermicide ou à son excipient et état pathologique pouvant empêcher sa mise en place dans la partie supérieure du vagin et sur le col utérin (telles qu'un septum vaginal ou un double col).

### 3.3.2.6 Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV) [35 ; 49]

La CCV est une petite intervention chirurgicale volontaire qui consiste à interrompre la capacité reproductive de l'homme (vasectomie) ou de la femme (ligature des trompes) de façon irréversible. Mode d'action : la contraception chirurgicale volontaire empêche les spermatozoïdes (vasectomie) de féconder les ovules, et les ovules (ligature) de se faire féconder par les spermatozoïdes.

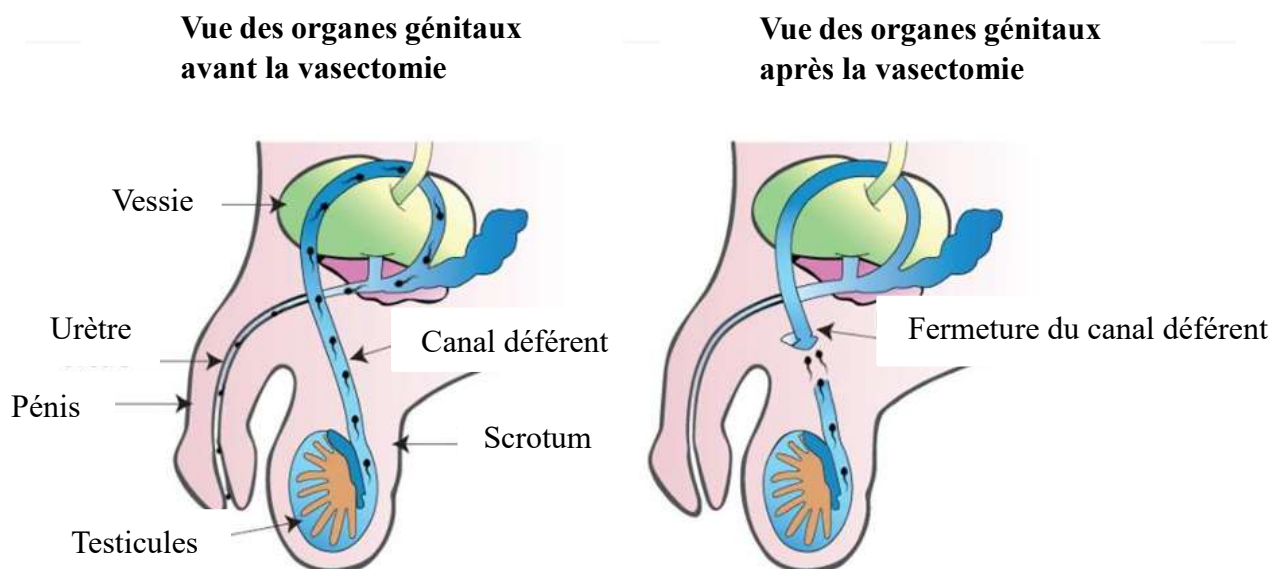


Figure 13 : Vasectomie. [50]

**Avantages :**

C'est une méthode efficace, presque totale, et permanente et définitive. Elle n'interfère pas avec les rapports sexuels. La ligature des trompes est efficace aussitôt après l'intervention. Elle ne nécessite pas de prendre des produits.

**Inconvénient ou précautions :**

La méthode est irréversible, ne protège pas contre les IST/VIH, nécessite un personnel qualifié et doit s'assurer que le couple a compris.

**Effets secondaires et complications :**

L'utilisation de cette méthode peut provoquer une septicémie et des lésions viscérales. Elle peut entraîner une hémorragie interne, une infection péritonite et aussi un abcès pelvien. Les crampes et des douleurs après l'intervention ont été signalées.

**Conditions pour la consultation**

L'utilisation exige la présence du couple et le mettre à l'aise ; l'intimité et la confidentialité doivent être assurées. Il faut demander de ce que le couple sait de la CCV. Il faut aussi être à l'écoute des questions et prendre le temps de rassurer le Couple/et ou l'utilisatrice.

**Les indications :**

Le choix du couple est primordial, en cela s'ajoute toute contre-indication médicale à la grossesse mettant en danger la vie de la femme et une grande multiparité ( $\geq 4$  enfants vivants) ayant une contre-indication aux autres méthodes contraceptives et les antécédents de complications obstétricales.

**Les contre-indications :**

Les contre-indications sont entre autres la grossesse et l'infection génitale haute, les métrorragies génitales non étiquetées, cardiopathies, hypertension artérielle non traitée, troubles du rythme, troubles de l'hémostase, anémie sévère, l'obésité importante, diabète non traité, l'angoisse et l'instabilité psychologique, la masse annexielle non étiquetée, les Antécédents de psychose puerpérale, l'hypertension artérielle gravidique surtout compliquée d'éclampsie, la rupture prématurée des membranes, hémorragie de l'accouchement et le traumatisme des voies génitales, la fièvre puerpérale, anomalie de la cavité utérine ou des trompes de Fallope, l'allergie à l'iode, ce qui rendrait impossible l'hystérosalpingographie qu'il faut réaliser trois mois après l'intervention, Corticothérapie en cours et l'allergie au nickel.

**Mode d'action**

Le mode d'action et l'efficacité des méthodes modernes de la contraception sont différents et dépend de produits utilisés. L'efficacité des méthodes est mesurée par le nombre de grossesses

pour 100 femmes utilisant la méthode chaque année. Les méthodes sont classées en fonction de leur efficacité moyennant l'utilisation habituelle comme suit: très efficace (0-0,9 grossesse pour 100 femmes), efficace (1-9 grossesses pour 100 femmes), Modérément efficace (10-19 grossesses pour 100 femmes), moins efficace (20 grossesses ou plus pour 100 femmes) [22].

- Injectables : Progestatifs injectables à action prolongée.
- Implants sous-cutanés : Dispositifs insérés sous la peau libérant des hormones sur une longue durée.

### **3.3.2.7 Dispositifs intra-utérins (DIU) inerte [7 ; 43]**

Appelé stérilet est un corps étranger une fois placé dans la cavité utérine, transforme la muqueuse de l'utérus pour la rendre impropre à la nidation.

**Mécanisme :** Empêche la nidation.

**Avantage :** Protection permanente dès la pose ; Généralement bien toléré ; Le cycle reste spontané sans intervention médicamenteuse, chimique ; Sans retentissement métabolique.

## **1.5.3. Méthodes naturelles de contraception :**

### **1.5.3.1.Méthodes de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée [51].**

Elle est efficace lorsque l'allaitement est fait exclusivement au sein et à tout moment. Elle est d'autant plus efficace lorsque la nourrice fait une aménorrhée pendant les six premiers mois.

Elle ne procure pas à la maman une protection contre les IST/SIDA.

### **1.5.3.2.Le Coït interrompu (technique de retrait) [52]**

C'est l'interruption du rapport avant l'éjaculation. Son efficacité est liée à la maîtrise du partenaire, chaque nouveau rapport sexuel nécessite un nettoyage préalable. Elle peut être frustrante pour la femme et l'homme qu'elle oblige à se retirer au moment de l'orgasme. C'est une méthode inadéquate pour les éjaculateurs précoces et les femmes anxieuses qui ne peuvent se détendre de peur que l'homme ne se retire à temps.

### **La méthode de température [53].**

Elle est basée sur l'hyperthermie provoquée par la progestérone sécrétée par le corps jaune. Elle suppose qu'il n'y a qu'une seule ovulation par cycle et que la courbe thermique doit bien être précise et interprétable. Certaines femmes, telles que celles ayant une ovulation irrégulière, une maladie métabolique ou qui travaillent la nuit ne peuvent l'utiliser.

### 1.5.3.3. La méthode d'OGINO-KNAUS [51].

Elle se base sur la connaissance du cycle et suppose que l'ovulation se passe au 14<sup>e</sup> jour après l'apparition des règles. Ainsi quatre (4) jours avant l'ovulation et quatre (4) jours après l'ovulation constitue théoriquement la période féconde.

### 1.5.3.4. La méthode de la glaire cervicale ou méthode de BILLINGS [36].

Elle est basée sur les modifications cycliques de la glaire cervicale. Au voisinage de l'ovulation, elle est abondante, filante et favorable au rapport fécond.

#### ✚ Les Avantages des contraceptions :

- Pour la famille et la nation :
  - Réduction des couts de traitement ;
  - Besoins de base des familles satisfaits ;
  - Possibilité d'épargne et d'investissement ;
  - Réduction de l'exode rurale et du nombre d'enfants abandonnés ;
  - Moins de délinquance, de drogués ;
  - Moins de prostitution vie harmonieuse....
  - Pour la mère et les filles :
    - Reconstitution de l'organisme entre deux grossesses ;
    - Les grossesses rapprochées sont évitées ;
    - Les avortements provoqués sont évités ;
    - Les grossesses tardives et rapprochées sont évitées ;
    - Disposer du temps et de l'énergie ;
    - Disposer d'une autonomie financière ;
    - Contribuer au développement économique ;
    - Avoir le temps de se refaire une santé et de s'occuper de son mari et de ses enfants ;
    - Avoir le temps de s'occuper de son épanouissement personnel....
- Pour l'enfant :
  - Permet une naissance avec un poids supérieur à 2500 g ;
  - Permet un allaitement maternel plus long ;
  - Assure le suivi du calendrier vaccinal ;
  - Être bien nourri, logé, soigné et éduqué ;
  - Bonne préparation à la vie active....
  -

 **Inconvénients :**

- Pas de protection contre les IST et VIH/SIDA pour certaines méthodes ;
- Prise de poids ;
- Ballonnement abdominal ;
- Baisse de la libido ;
- Aménorrhées ;
- Acné ;
- Saignements en dehors des règles ;
- Elévation de la tension artérielle ;
- Céphalées ...

# **METHODOLOGIE**

## IV METHODOLOGIE

### 1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée principalement dans le service de maternité du centre de sante de référence de la commune I

#### • Présentation de la commune I [54]

Créée par l'ordonnance n° 78-32/CMLN du 18 août 1978, modifiée par la loi n° 82- 29/AN – RM du 2 février 1982, la commune I est située sur la rive gauche du fleuve Niger dans la partie nord-est de Bamako. Elle a une superficie de 34,26 km<sup>2</sup> soit 12,83% de la superficie totale du district (267 km<sup>2</sup>). Selon le dernier recensement général de mai 2023 sa population a été estimée à 515 039 habitants, avec une densité moyenne de 18 203, 1 habitants/km<sup>2</sup>.

Elle est limitée : au nord par le cercle de Kati (commune de Dialakorodji) ; au sud par le fleuve Niger ; à l'ouest par le marigot de Banconi (limite avec la commune II) ; à l'est par le cercle de Kati et le marigot de Farakoba.

Elle est constituée de neuf (9) quartiers (Boukassoumbougou, Djélibougou, Korofina-Nord, Korofina-Sud, Sotuba, Fadjiguila, Doumanzana, Banconi, Sikoroni) ayant chacun à leur tête un chef de quartier. Banconi est le quartier le plus grand et le plus peuplé, il est subdivisé en six secteurs : Banconi Salembougou, Banconi Flabougou, Banconi Plateau, Banconi Dianguinéougou, Banconi Layebougou, et Banconi Zékéné-Korobougou.

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.

#### **Ressources humaines :**

- Médecins : 38
- Assistants médicaux : 29
- Techniciens supérieurs de santé (sage-femme) : 34

- Techniciens supérieurs de santé (laboratoire) : 04
- Techniciens de santé (santé publique) : 13
- Techniciens de santé (infirmière obstétricienne) : 14
  
- Techniciens de santé (laboratoire) : 02
- Technicien d'hygiène : 01
  
- Matrone : 01
- Chauffeurs : 05
- Comptables : 08
- Manœuvres : 10
- Secrétaires : 08
- Informaticien : 01
- Gardiens : 12

**Les activités comprennent :**

- Les consultations prénatales ;
- Les accouchements et les urgences gynécologiques et obstétricales ;
- Les consultations de planification familiale et postnatale ;
- 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.

**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 ;
- Deux autres gynécologues-obstétriciens ;
- Un médecin DES de gynéco-obstétrique en troisième année, en formation ;
- Douze médecins généralistes (ancien thésard et personnel d'appui) ;
- Vingt-neuf sages-femmes réparties entre les différentes unités de la maternité ;
- Neuf thésards (faisant fonction d'internes) ;
- Des matrones et aides-soignantes.

**2. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale portant sur les intérêts et les limites des formes galéniques utilisées dans la contraception.

**3. Période d'étude**

L'étude s'est déroulée sur une période de 13 mois, dont 3 mois d'enquête allant de 5 août 2025 à 5 novembre 2025.

**4. Population d'étude :**

Notre étude concernait les clientes fréquentant l'unité de planification familiale du CSRef de la Commune I durant la période d'étude. Il s'agissait de femmes en âge de procréer, utilisatrices d'une méthode contraceptive moderne.

**4.1.Critères d'inclusion**

Étaient incluses dans notre étude, toutes les patientes venues dans le cadre d'une consultation de la planification familiale dans l'unité durant la période de l'étude, utilisant une forme contraceptive.

**4.2.Critère de non-inclusion**

N'étaient pas incluses dans notre étude :

- Toutes les patientes venues dans le cadre d'une autre consultation que la planification familiale dans ledit service durant cette période

- Les patientes ayant refusé de participer à l'étude.

#### **4.3. Méthode d'échantillonnage**

Un échantillonnage exhaustif a été utilisé. Toutes les femmes consultées au service de planification familiale du CSREF de la Commune I durant la période d'étude, répondant aux critères d'inclusion et ayant donné leur consentement pour répondre au questionnaire, ont été incluses. L'effectif final comprenait 184 participantes durant les 3 mois d'enquête.

#### **5. Variables étudiées**

##### **5.1. Variables sociodémographiques :**

- Age
- Statut matrimonial
- Niveau d'éducation

##### **5.2. Variables liées aux formes pharmaceutiques :**

- Types de forme pharmaceutique utilisée (pilule, implant, injection, DIU, etc.)
- Durée d'efficacité des méthodes
- **Variables liées aux intérêts**
- Efficacité contraceptive
- Facilité d'utilisation
- Discrétion d'utilisation
- Effet sur la régulation des cycles menstruels
- Impact sur la qualité de vie des utilisatrices
- Satisfaction des utilisatrices

##### **5.3. Variables liées aux limites :**

- Effets indésirables rapportés
- Contre-indications médicales
- Taux d'abandon de la méthode
- Raisons de l'abandon ou du non-usage
- Difficultés d'accès aux contraceptifs
- Perception des utilisateurs sur les limites des méthodes pharmaceutiques

##### **5.4. Variables comportementales**

- Observance (régularité dans l'utilisation des contraceptifs)
- Fréquence des consultations médicales pour suivi contraceptif

- Facteurs influençant le choix d'une méthode disponible
- Niveau de sensibilisation à la planification familiale

#### **6. Considérations éthiques et déontologiques**

L'autorité administrative du CSRef de la commune I a été informée de la réalisation de l'enquête par le biais d'une demande d'autorisation d'enquête, donnée par le décanat de la Faculté de Pharmacie de l'Université des sciences des Techniques et des Technologies de Bamako. Le consentement verbal libre et éclairé des clientes a été recueilli après explication du but de l'étude avec le respect strict de l'anonymat de la fiche d'enquête.

#### **7. Collecte des données**

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête contenant un questionnaire structuré établi à l'aide du logiciel Microsoft Word.

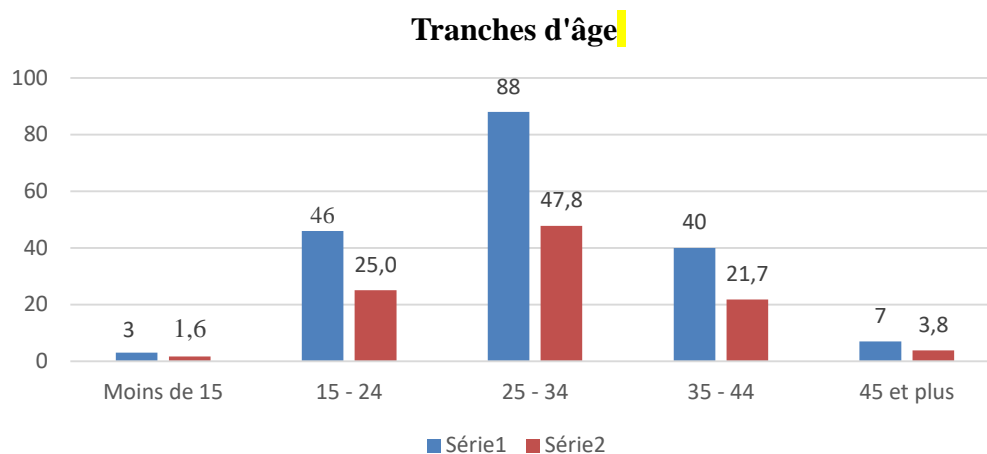
#### **8. Gestion et analyse des données**

Les données ont été saisies sur Microsoft Excel 2019 et analysées sur le logiciel SPSS 21.

# RESULTATS

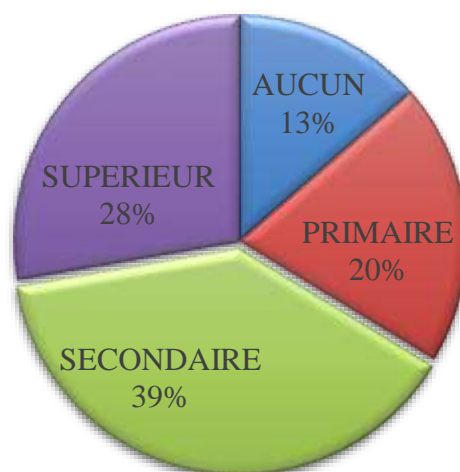
## V RESULTATS

### 1. Caractéristiques sociodémographiques :



**Figure 14:** Répartition des utilisatrices selon les tranches d'âges.

La tranche d'âge 25-34 ans était majoritairement représentée dans notre étude, soit 47,8 %.



**Figure 15:** Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon le niveau d'éducation

Il a été observé dans notre étude que 39 % des utilisatrices avaient un niveau d'étude secondaire.

**Tableau I:** Répartition des utilisatrices des contraceptives selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	N	%
Célibataires	29	15,8
Mariées	143	77,7
Divorcées	9	4,9
Veuves	3	1,6
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, les mariées représentaient 77,7% des cas.

### 5.1. Intérêts des formes galéniques :

**Tableau II:** Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon le temps d'utilisation de la contraception.

Temps d'utilisation	N	%
Moins de 6 mois	32	16,3
6 mois à 1 an	41	22,3
1 à 5 ans	71	38,6
Plus de 5 ans	42	22,8
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

Une proportion de 38,6 % des utilisatrices utilisait une méthode contraceptive depuis 1 à 5 ans.

**Tableau III** : Répartition des utilisatrices selon la forme galénique contraceptive utilisée

Méthode en cours	N	%
Implant sous-cutané	86	46,7
Injectable	53	28,8
DIU	24	13,0
Pilule contraceptive	21	11,4
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

Les données révèlent que l'implant constitue la méthode contraceptive la plus utilisée, avec 46,7% des femmes enquêtées y ayant recours.

**Tableau IV** : Répartition des utilisatrices selon la durée d'utilisation de la forme contraceptive en cours d'utilisation.

Durée d'utilisation	N	%
1 à 5 mois	42	22,8
6 mois à 1 an	45	24,5
1 à 3 ans	53	28,8
Plus de 3 ans	44	23,9
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

L'analyse de la répartition selon la durée d'utilisation des méthodes contraceptives révèle que la tranche de 1 à 3 ans regroupe 28,8 % des utilisatrices.

**Tableau V** : Répartition des utilisatrices selon le niveau de satisfaction :

Satisfaction	N	%
Très satisfaite	44	23,9
Satisfaite	108	58,7
Neutre	26	14,1
Insatisfaite	6	3,3
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

Parmi les utilisatrices, 58,7 % déclarent satisfaites de leur méthode.

**Tableau VI** : Répartition des utilisatrices selon les raisons du choix de leur méthode contraceptive

Effet	N	%
Discrétion	70	25
Efficacité	56	20
Recommandation médicale	56	20
Coût abordable	50	17,9
Utilisation facile	47	16,8
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

Les utilisatrices qui ont opté pour la discrétion comme raison de choix étaient de 25%.

**Tableau VII :** Répartition des utilisatrices selon la préférence entre les différentes méthodes contraceptives en cas de changement.

Changement de méthode	N	%
DIU	52	28,3
Implant sous-cutané	48	26,1
Injection	42	23,5
Pilule contraceptive	35	19,0
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

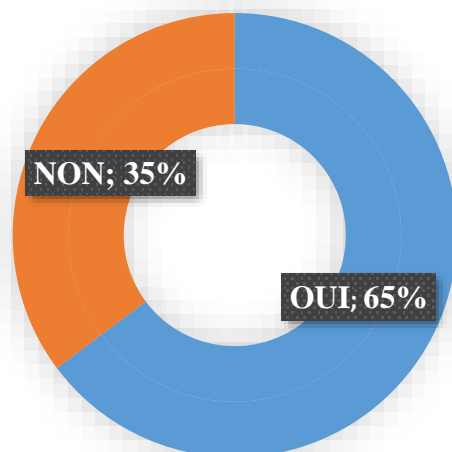
Selon le résultat, 28,3% des utilisatrices préfèrent le DIU en cas de changement.

**Tableau VIII :** Répartition des utilisatrices selon la forme en cours d'utilisation et la durée d'utilisation

Forme	1-5 M		6 -11M		1-3 ans		3ans-plus		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DIU	3	12,5	5	20,8	2	8,3	14	58,3	24	13
Implant	18	20,9	20	23,2	31	36	17	19,7	86	46,7
Injectable	13	24,5	15	28,3	15	28,3	10	18,8	53	28,8
Pilule	8	38,1	5	23,8	5	23,8	3	14,3	21	11,4
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>22,8</b>	<b>45</b>	<b>24,5</b>	<b>53</b>	<b>28,8</b>	<b>44</b>	<b>23,9</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

La durée d'utilisation de 1 à 3 ans était la plus fréquemment observée, notamment chez les utilisatrices de l'implant sous-cutané, qui représentaient 36% des cas.

## 5.2. Limites des formes galéniques :



**Figure 16 :** Répartition des utilisatrices selon le changement de formes contraceptives.

Parmi les utilisatrices 65% ont déjà changé de forme contraceptive.

**Tableau IX :** Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon les raisons de changement

Changement de méthode	N	%
Effets indésirables	50	54,3
Gêne ou inconfort	12	13,0
Efficacité insuffisante	18	19,6
Indisponibilité	6	6,5
Autres	6	6,5
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

La principale raison évoquée est liée aux effets indésirables, représentant 54,3% des cas.

**Tableau X** : Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon la survenue d'effets indésirables

<b>Effet indésirable</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Oui	95	51,2
Non	89	48,8
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

Durant notre étude, 51,2 % des utilisatrices rapportent avoir ressenti des effets indésirables liés à leur méthode contraceptive.

**Tableau XI** : Répartition des utilisatrices selon le type d'effets indésirables

<b>Effet indésirable</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nausées	18	14,5
Prise de poids	26	21,0
Acné	10	8,1
Douleurs abdominales	18	14,5
Saignements irréguliers	41	33,1
Diminution du désir sexuel	10	11,2
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100</b>

Les saignements irréguliers représentaient 33,1% des cas des effets indésirables.

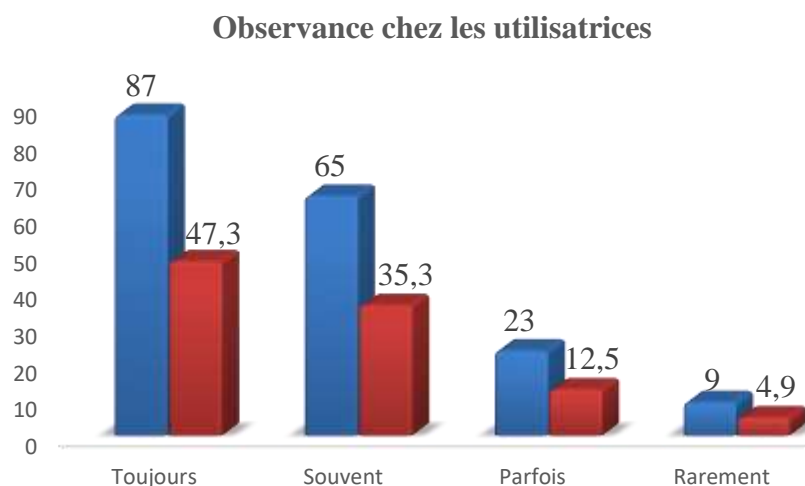
**Tableau XII** : Répartition des utilisatrices selon l'amélioration demandée concernant les limites d'utilisation.

<b>Améliorations demandées</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diminution des effets indésirables	70	29,7
Facilité d'utilisation	61	25,8
Réduction du cout	41	17,4
Meilleure accessibilité	25	10,6
Autre	4	1,7
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

Au sein de nos utilisatrices 29,7 % visaient principalement une amélioration par la diminution des effets indésirables.

### 5.3. Observance et l'impact des effets indésirables sur la qualité de vie :

**Figure 17** : Répartition selon l'observance chez les utilisatrices



Dans notre étude, 47,3% des utilisatrices respectaient régulièrement les consignes d'utilisation contraceptive.

**Tableau XIII** : Répartition des utilisatrices selon l'impact de l'effet indésirable des méthodes contraceptives sur la qualité de vie

Observance	N	%
Pas d'impact	44	23,9
Faible	68	37
Modéré	51	27,7
Elevé	20	10,9
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

Parmi les utilisatrices 37% perçoivent un faible impact de la méthode contraceptive sur leur qualité de vie.

**COMMENTAIRES**  
**DISCUSSION**

## **6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **6.1. Les contraintes :**

L'étude a rencontré plusieurs contraintes, notamment : la réticence ou le refus de certaines participantes à répondre aux questions, souvent liés à des tabous culturels ou à une méfiance envers les enquêteurs. Par ailleurs, la présence de tiers lors des entretiens et les demandes de compensation financière ont aussi entravé la collecte des données.

### **6.2. Caractéristiques sociodémographiques**

#### **Age :**

La majorité des utilisatrices se situaient dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans avec une fréquence de 47,8% des cas. Ce résultat est comparable à celui de Sissoko M. dont la tranche d'âge la plus représentée était de 26 à 35 ans [55].

Cette similitude peut s'expliquer par le fait que cette période représente la phase la plus active de la vie reproductive des femmes.

#### **Niveau d'éducation :**

La majorité des participantes de notre étude, soit 71,39% avaient un niveau d'instruction secondaire. Ce résultat est comparable à celui rapporté par Sékou S. où 67,9% des femmes enquêtées avaient également atteint ce niveau d'éducation [56].

La prédominance des femmes de niveau secondaire pourrait s'expliquer par leur plus grande présence dans la population et leur fréquentation plus régulière des services de santé reproductive.

#### **Situation matrimoniale :**

L'analyse de la situation matrimoniale des participantes montrait une nette prédominance des femmes mariées parmi les utilisatrices de méthodes contraceptives, représentant 77,7 % de l'effectif. Ce constat rejoint les résultats de Sissoko M, qui, dans son étude menée à Bougouni, avait rapporté une proportion de 68,8 % de femmes mariées contre 27,3 % de célibataires [21]. Cette tendance pourrait s'expliquer par le fait que les femmes mariées sont souvent plus exposées aux grossesses non désirées, ce qui explique un recours plus fréquent à la planification familiale.

### **Intérêts galéniques :**

Les données révélaient que l'implant constituait la méthode contraceptive la plus utilisée, avec 46,7 % des femmes enquêtées. KATILE K I. a trouvé que 45,4% des utilisatrices ont choisi l'implant et Sa

fora D. a rapporté que l'implant était la méthode la plus utilisée avec un pourcentage de 39,4% des cas [57,58].

Cette prédominance de l'implant pourrait s'expliquer par sa discrétion, surtout sa longue durée de libération du principe actif et sa facilité d'utilisation.

Dans notre étude, la majorité des femmes avaient un temps d'utilisation de 1 à 3 ans, soit 28,8 % des utilisatrices. Ce résultat est strictement inférieur à celui de Koné A Z., avec un taux de 84,9% sur un intervalle supérieur à 2 ans [59]. Cette différence pourrait être liée à la taille réduite de notre échantillon.

L'utilisation continue pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment la bonne tolérance des méthodes utilisées et la motivation des femmes à espacer les naissances pour des raisons personnelles.

Parmi les méthodes contraceptives, le DIU était la méthode préférée par la plus grande proportion d'utilisatrices (28,3 %), suivi de l'implant sous-cutané (26,1 %) nos résultats sont différents de ceux de Nimaga N. en 2023 où la majorité des femmes préféraient les implants (35,99%) et les pilules (12,91%) [60].

Cette différence pourrait s'expliquer par l'évolution des campagnes de sensibilisation et des politiques de santé reproductive au fil des années qui ont davantage mis l'accent sur la promotion du DIU comme méthode efficace et durable de contraception.

La majorité des utilisatrices (58,7 %) se sont déclarées satisfaites de leur méthode contraceptive, un résultat inférieur à celui rapporté par Senou A, où 89,33 % des femmes exprimaient une satisfaction vis-à-vis de leur méthode [61].

Cette différence pourrait s'expliquer par la méthode d'évaluation utilisée. Notre étude proposait plusieurs degrés de satisfaction (satisfaite, insatisfaite, neutre, insatisfaite), contrairement à l'étude de Senou A. Cette approche permet une appréciation plus fine du ressenti des utilisatrices et reflète une évaluation plus réaliste de la satisfaction vis-à-vis des méthodes contraceptives.

### **6.3.Limites galéniques :**

La majorité des femmes interrogées, avec un pourcentage de 65 %, déclaraient avoir déjà effectué un changement de méthode contraceptive. Ce résultat se rapproche de celui de Fatoumata S., qui a obtenu une fréquence de 57 % [56].

Ce changement pourrait s'expliquer par la survenue d'effets indésirables ou une insatisfaction vis-à-vis de la méthode initiale.

Un peu plus de la moitié des utilisatrices, soit 51,2 %, ont signalé avoir ressenti des effets indésirables liés à leur méthode contraceptive, proportion comparable à celle rapportée par DAOU B. (c et par Mamadou S. (47,06 %) [62, 63].

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les méthodes contraceptives, comme tout médicament, peuvent entraîner des effets-indésirables.

Les saignements irréguliers sont l'effet indésirables le plus fréquent, rapporté par 33,1 % des utilisatrices. Des proportions similaires ont été observées par M'Baye R. (68,3 %) et Nangazanga D. (54,06 %), ce dernier précisant qu'il s'agissait notamment de métrorragies [64;65].

Ces résultats mettent en lumière la diversité des effets indésirables perçus, avec une prédominance des troubles menstruels.

Durant notre étude, la diminution des effets indésirables est l'amélioration la plus souvent recommandée (29,7 %). La facilité d'utilisation (25,8 %) et la réduction du coût (17,4 %) viennent ensuite, suivies par la meilleure accessibilité (10,6 %).

Nous avons constaté que certains contraceptifs tels que le diaphragme, le cap cervical ou le préservatif féminin n'étaient pas utilisés durant notre étude, ce qui pourrait être expliqué par plusieurs facteurs tels que : la non-disponibilité de certaines méthodes de contraception et le choix négligé des utilisatrices sur certains contraceptifs, ce qui constitue une limitation dans le choix contraceptif.

L'implant sous-cutané était principalement utilisé sur une durée de 1 à 3 ans, ce qui s'explique par sa longue durée d'action, son efficacité élevée et sa facilité d'utilisation, encourageant les femmes à le conserver sur plusieurs années. Cette durée correspond également au délai souhaité par les utilisatrices pour l'espacement des naissances.

#### **6.4. L'observance et impact sur la qualité de vie :**

La majorité des utilisatrices respectaient régulièrement les consignes d'utilisation contraceptive avec un pourcentage de 47%. Seulement 4,9% suivaient les instructions rarement. Cette bonne observance pourrait s'expliquer par un renforcement des séances de sensibilisation et le suivi assuré par le personnel de santé, favorisant une meilleure compréhension de l'usage correct des méthodes contraceptives.

Les données ont montré que 37 % des utilisatrices perçoivent un faible impact de la méthode contraceptive sur leur qualité de vie et 10,9 % rapportent un impact élevé.

Ces résultats indiquent que, pour la majorité des femmes, les effets indésirables n'altèrent pas de manière significative leur bien-être global. Toutefois, une proportion non négligeable (environ 11 %) rapporte un retentissement important, suggérant que certaines méthodes, notamment hormonales, peuvent perturber la vie quotidienne ou le confort psychologique.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## 7. CONCLUSION




Cette étude a permis d'évaluer les intérêts et les limites des formes galéniques utilisées dans la contraception au sein du Centre de Santé de Référence (CSRef) de la Commune I du district de Bamako. L'implant sous-cutané et le dispositif intra-utérin (DIU) sont les méthodes les plus utilisées et les plus appréciées par les femmes, en raison surtout de leur efficacité prolongée, de leur discrétion et de leur faible contrainte en termes d'observance. En revanche, les méthodes orales et injectables, bien que disponibles, sont souvent délaissées en raison d'effets indésirables fréquents et d'une nécessité de prise ou d'administration régulière, qui compromet l'adhésion à long terme.

Plus de la moitié des utilisatrices ont rapporté des effets indésirables, et déjà changé de méthode. La satisfaction globale reste néanmoins élevée envers leur méthode actuelle. Cela témoigne d'une bonne adaptation progressive des femmes à des formes galéniques plus durables, même si des défis persistants liés à l'accès, à la tolérance et à la qualité de l'information demeurent.




Enfin, l'étude souligne la nécessité de renforcer les actions de sensibilisation, d'assurer une disponibilité continue des méthodes contraceptives, et d'offrir un counseling personnalisé pour accompagner les femmes dans le choix et le maintien d'une méthode adaptée à leurs besoins, à leur mode de vie et à leur santé reproductive. Une meilleure prise en charge des effets indésirables et une amélioration de l'accessibilité des méthodes modernes contribueraient significativement à réduire les besoins non satisfaits en planification familiale et à améliorer la qualité de vie des utilisatrices.

## 8. RECOMMANDATIONS

### Aux autorités sanitaires :

-  Garantir un approvisionnement régulier en méthodes contraceptives.
-  Renforcer la sensibilisation sur la planification familiale.
-  Faciliter l'accès financier aux contraceptifs (gratuité/subventions).

### Au personnel soignant :

-  Assurer un counseling clair et adapté pour chaque femme.
-  Informer sur l'utilisation correcte des méthodes et leurs effets secondaires.
-  Assurer un suivi régulier et une bonne prise en charge des effets indésirables.

**Aux utilisatrices :**

- ✎ Se renseigner pour choisir la méthode la mieux adaptée.
- ✎ Respecter les consignes d'utilisation pour chaque forme galénique.
- ✎ Consulter en cas d'effets indésirables persistants.

# REFERENCES

## 9. REFERENCES

- 1 TRAORE JM. Connaissance et Attitude De La Contraception Au Centre De Sante De Référence De Commune II [Thèse en médecine]. [Bamako]: FMOS; 2010.p.92
2. Bouzoubaa. W 2024 Les avantages et les inconvénients de la contraception [Internet] [cité 6 janv 2025]. Disponible sur <https://drwailbouzoubaa.ma/les-avantages-et-les-inconvenients-de-la-contraception/>
3. Coulibaly M, Doukouré D, Kouamé J, Ayékoé IA, Mélédje-Koumi MD, Malik S, et al. Obstacles socioculturels liés à l'utilisation de la contraception moderne en Côte d'Ivoire. Santé Publique. 2020;32(4):389-97.
- 4 Ndayizigiye M, Fawzi MCS, Lively CT, Ware NC. Understanding low uptake of contraceptives in resource-limited settings: a mixed-methods study in rural Burundi. BMC Health Services Research. 2017 2017/03/15;17(1):209.
- 5.Mounkoro J, « préférences des femmes âgées de 14 a 45 ans en matière de contraception dans la commune urbaine de Koulikoro », thèse de médecine, Koulikoro, 2019.
6. Family planning/contraception methods [Internet]. [cité 7 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
7. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Mali 2019-2023 [Internet]. 2019 [cité 5 mars 2025]. Disponible sur : [https://files.aho.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/Mali-PANB-2019-2023-Juin2019\\_vf.pdf](https://files.aho.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/Mali-PANB-2019-2023-Juin2019_vf.pdf)
8. Trussell J, Ellertson C, Stewart F. The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. Fam Plann Perspect. 1997;29:60.
9. Polis CB, Bradley SE, Bankole A, et al. Contraceptive Failure Rates in the Developing World: An Analysis of Demographic and Health Survey Data. Contraception. 2016;94(1):31-
10. Guttmacher Institute. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2020. New York: Guttmacher Institute; 2020. Consultable en ligne: <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>. [consulter le 05/03/2025]
11. OMS. Document dumas [Internet]. 2009 [cité 18 mars 2025]. Disponible sur :<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02271261v1/document>

12. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. Lancet. 2012;380(9837):149-156. doi:10.1016/S0140-6736(12)60609-6.

13. Définition de forme galénique lespaquet [Internet]. Vidal. [Cité 13 nov 2023]. Disponible sur:<https://www.vidal.fr/medicaments/utilisation/regles-bon-usage/formes%20medicament.html>

14. Ministère de la Santé et de la Prévention. Forme pharmaceutique [Internet]. 2023 [cité 9 nov 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et20maladies/medicaments/glossaire/article/forme-pharmaceutique> [consulter le 05/03/2025]

15. Serfaty David. La contraception. Collection revue de de l'institut de criminologie de Paris Librairie Eyrolles. Paris. 2016. 656p

16. Katz KR. Accroissement de l'accès au service de planning familial dans les régions rurales du Mali grâce à la distribution communautaire des produits contraceptifs. N° spécial ; 1999. pp. 4–10 ; 25.

17. United Nations Department of economic and Social Affairs, Population Division. World family planning 2022: meeting the changing needs for family planning: contraceptive use by age and method [Internet]. New York (NY): United Nations; 2022 [cited 2026 Feb 9]. Available from:[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](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).

18. Haakenstad, A., et al., Measuring contraceptive method mix, prevalence, and demand satisfied by age and marital status in 204 countries and territories, 1970-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet, 2022. 400(10348): p. 295-327.

19. Bellizzi, S., et al., Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries. Contraception, 2020. 101(1): p. 26-33.

20. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). L'OMS se joint à l'appel à se recentrer sur la planification familiale. [Internet]. vi; 11 juillet 2012 [cité le 9 Decem. 2025]. Disponible sur: <https://reliefweb.int/report/world/1%E2%80%99oms-se-joint-%C3%A0-1%E2%80%99appel-%C3%A0-se-recentrer-sur-la-planification-familiale>

21. Coulibaly, M., et al., Obstacles socioculturels liés à l'utilisation de la contraception moderne en Côte d'Ivoire. Santé Publique, 2020. 32(4): p. 389-397.
22. Ntambue, A.M., et al., Use of modern contraceptive methods in the Democratic Republic of the Congo: prevalence and barriers in the health zone of Dibindi, Mbuji-Mayi. The Pan African medical journal, 2017. 26: p. 199-199.
23. Vimard P, Fassassi R. L'évolution de la contraception en Afrique [Internet]. Nogent-sur-marne: Institut de Recherche pour le Développement (IRD); 2020 [cité le 9 févr 2026]. Disponible sur: [https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers20-06/010052178.pdf](https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers20-06/010052178.pdf)
24. Tabutin, D. and B.J.P. Schoumaker, La démographie de l'Afrique subsaharienne au XXI e siècle: Bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d'ici 2050. 2020. 75(2-3): p. 169-295.
25. Hardee, K. and S.J.O.a.j.o.c. Jordan, Advancing rights-based family planning from 2020 to 2030. 2021: p. 157-171.
26. Hadilkar, S.S., Short-Term Use of Injectable Contraception: An Effective Strategy for Safe Motherhood. Journal of obstetrics and gynaecology of India, 2018. 68(2): p. 82-87. Pam, V.C., et al., Sociodemographic profiles and use-dynamics of Jadelle
27. Pam, V.C., et al., Sociodemographic profiles and use-dynamics of Jadelle (levonorgestrel) implants in Jos, Nigeria. Nigerian medical journal : journal of the Nigeria Medical Association, 2016. 57(6): p. 314-319.
28. admin\_sapr. Fitness Life Style Health Club. 2018 [cité 29 juin 2023]. Types de pilules contraceptives combinées. Disponible sur: <https://fr.fitnesslifestylehealthclub.com/sante/types-de-pilules-contraceptives-combinees.html>
29. Sophie Albe-Ly: Contraception (pilule, anneau vaginal et patch): <https://www.zavamed.com/fr/adepal-pilule-contraceptive.html>
30. Dragoman, M.V.J.B.p., r.C. obstetrics, and gynaecology, The combined oral contraceptive pill-recent developments, risks and benefits. 2014. 28(6): p. 825-834.

31. Farma Store [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Jadelle 75 Mg Levonorgestrel Implante Subdermico (Implanon). Disponible sur: [https://farmastore.com.ve/inicio/143-jadelle-75 mg-levonorgestrel-implante-subdermico-implanon.html](https://farmastore.com.ve/inicio/143-jadelle-75-mg-levonorgestrel-implante-subdermico-implanon.html)
32. Efird, J.T., et al., The combined influence of oral contraceptives and human papillomavirus virus on cutaneous squamous cell carcinoma. 2011. 5: p. CMO. S6905.
33. Sitruk-Ware, R., A. Nath, and D.R. Mishell, Jr., Contraception technology: past, present and future. Contraception, 2013. 87(3): p. 319-330.
34. Clinique de planning des naissances de Rimouski: 2024. Disponible sur <http://planningchrr.ca/> consulter le 01/9/2025
35. Jain, R. and S. Muralidhar, Contraceptive methods: needs, options and utilization. Journal of obstetrics and gynaecology of India, 2011. 61(6): p. 626-6.
36. awordmerchant.com [Internet]. 2022 [cité 7 déc 2022]. Qu'est-ce qu'une methode contraceptive? »Sa définition et sa signification - Santé 2022. Disponible sur: <https://fr.awordmerchant.com/m-todo-anticonceptivo> [consulter le 05/03/2025]
37. Van Look, P.F.A. and H. von Hertzen, Emergency contraception. British Medical Bulletin, 1993. 49(1): p. 158-170.
38. Gemzell-Danielsson, K., C. Berger, and L. P.G.L, Emergency contraception — mechanisms of action. Contraception, 2013. 87(3): p. 300-308.
39. Mforlem R. contraception : Baisse des prix de la pilule du lendemain. 2021. 84p
40. SOS Grossesse [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Anneau contraceptif | Méthodes hormonales | Prévention et contraception. Disponible sur: <https://www.sosgrossesse.ca/fr/prevention-et-contraception/methodes-hormonales/> anneau contraceptif
41. Olivier M. guide complet sur la ligature des trompes [internet]. docteur olivier marpeau. 2022 [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.docteurmarpeau.com/guide-complet-sur-la-ligature-des-trompes/>

42. Dans quels cas préférer un patch contraceptif à la plus traditionnelle pilule contraceptive ?  
- Blog Pharmacie en ligne Illicopharma [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Disponible sur:  
<https://www.illicopharma.com/blog/quels-cas-preferer-patch-contraceptif-traditionnelle-pilule-contraceptive/>
43. LaPresse. Faut t'il craindre le stérilet? [Internet]. 2019 [cité 9 oct 2024]. Disponible sur:  
<https://www.lapresse.ca/societe/sante/2019-11-12/faut-il-craindre-le-sterilet-miren> [consulter  
le 05/03/2025]
44. Grimes, D.A., et al., Spermicide used alone for contraception. Cochrane Database of  
Systematic Reviews, 2013(12).
45. Warner, L. and K.M. Stone, Male condoms, in Behavioral Interventions for Prevention and  
Control of Sexually Transmitted Diseases. 2007, Springer. p. 232-247
46. Prudhomme, M., et al., [Female condom or male condom: offer a choice!]. Gynecologie,  
obstetrique & fertilité, 2005. 33(11): p. 891-897.
47. Blavier M. Stérilisation tubaire dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais: état des  
lieux des pratiques professionnelles. [mémoire]. Lille; 2018. 54p
48. Chanou YS. Logiques d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes : le cas  
de la FMOS, de la FAPH au Mali et de la FSS au Benin. [Thèse]. Bamako; 2014. 105p
49. Nyamu, J., The role of voluntary surgical contraception (V.S.C.) in family planning  
programmes. J Obstet Gynaecol East Cent Africa, 1995. 11(1): p. 3-4.
50. Sidibe Idrissa M. Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des menages de  
la commune urbaine de yanfolila en matière de la planification familiale. [Thèse en médecine].  
Bamako; 2015. 93p
51. Sami Yassine K. L'historique des méthodes de contraception à travers l'âge et le monde: la  
contraception en France au XXIème siècle, rôle du pharmacien d'officine. :146.
52. OMS. Guide de la planification familiale [Internet]. [cité 17 août 2022]. Disponible sur:  
<https://fphandbook.org/sites/default/files/fr001-guidetofpforchws.pdf>[consulter le 05/03/2025]

53. Organisation Mondiale de la Santé. Planification familiale/Contraception [Internet]. 2019 [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> [consulter le 05/03/2025]
54. Agence de Développement Régional (ADR). Présentation de la Commune I. Disponible sur le site : <https://adrbamako.ml/presentation-ci/>. Consulté le 01 octobre 2026
55. Sissoko M. Planification familiale dans la commune urbaine de Bougouni. Thèse méd, Bamako 2012.12M250.86p
56. Sekou F Niveau de satisfaction des utilisatrices du service de planning familial au CSRéf de la commune V du district de Bamako thèse médecine consultable sur <https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/10434/16M268.pdf?sequence=1&isAllowed=y> consulter le 01/10/2025
57. KATILE K I. Déterminants du choix des méthodes contraceptives en post partum à l'asacoba en commune I district de Bamako consultable sur <https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/5344/21M346.pdf?sequence=1&isAllowed=y> .....consulter le01/10/2025
58. Safora D. étude des préférences des femmes par rapport aux méthodes contraceptives dans le Cscm de banankabougou et faladie en commune vi du district de Bamako consultable sur
59. Kone AZ. Role du secteur privé dans l'offre des services de Planning Familial en commune IV dans le District de Bamako [Thèse en médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2006.
60. Nimaga M. connaissances et attitudes pratiques des femmes âgées de 16 a 35 ans en matière de contraception dans le service de gynécologie obstétrique du centre de sante de référence de la commune v (csref cv) du district de bamako.consultable sur <https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/12323/23M276.pdf?sequence=1&isAllowed=y> consulter le 01/9/2025
61. Senou A. Connaissances, perceptions et pratiques des femmes âgées de 15 à 49 ans en matière de planification familiale au cscm de Torokorobougou-Quartier, Mali. Mémoire/Thèse. Disponible sur : <https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/13156/23M587.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Consulté le 01 octobre 2025.
62. Daou B. evaluation de la gestion des contraceptifs dans la commune vi du district de bamako [Thèse en pharmacie] [Bamako]: FAPH ; 2021

- 63 .Mamadou S. connaissance, attitude et pratique de la dispensation des contraceptifs dans les officines privees de la commune iv du district de bamako consultable sur <https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/12INNA0/23P160.pdf?sequence=1&isAllowed=y> consulter le 05/9/2025
64. Nangazanga D. etude des effets secondaires de la contraception injectable au centre de sante de reference de la commune v du district de bamako consultable sur <https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/10321/08M539.pdf?sequence=1&isAllowed=y> consulter le 01/9/2025
65. M'Baye R. évaluation des connaissances, attitudes et pratiques du comite de femmes utilisatrices des services du centre de santé communautaire de doumanzana en matiere de planification familiale consultable sur <https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/8661/08M575.pdf?sequence=1&isAllowed=y> consulter le le 01/9/2025

# **ANNEXES**

## ANNEXES

### Questionnaire

#### *Intérêts et Limites des formes galéniques utilisées dans la contraception.*

Date :...../...../.....

N° :.....

**Etablissement** : UNITE MATERNITE

**Fiche d'enquête** : Intérêt et limites des formes galéniques dans la planification familiale

Numéro d'identification de l'enquête : \_\_\_\_\_

### 1. Informations générales

- **Âge** : \_\_\_\_\_ ans
- **Niveau d'éducation** :
  - Aucun
  - Primaire
  - Secondaire
  - Supérieur
- **Statut marital** :
  - Célibataire
  - Mariée
  - Divorcée
  - Veuve

### 2. Antécédents de contraception

- **Depuis combien de temps utilisez-vous des méthodes contraceptives ?**
  - Moins de 6 mois
  - 6 mois - 1 an
  - 1 - 5 ans
  - Plus de 5 ans
- **Avez-vous déjà changé de méthode contraceptive ?**

Oui     Non

- Si oui, pour quelles raisons ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)
  - Effets indésirables
  - Inconfort ou gêne
  - Efficacité insuffisante
  - Disponibilité
  - Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

### 3. Forme galénique actuelle

- **Quelle méthode contraceptive utilisez-vous actuellement ?**

- Pilule contraceptive
- Implant sous-cutané
- Patch contraceptif
- Injection
- Dispositif intra-utérin (DIU)
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

- **Depuis combien de temps utilisez-vous cette méthode ?**

- Moins de 6 mois
- 6 mois - 1 an
- 1 - 3 ans
- Plus de 3 ans

### 4. Observance et satisfaction

- **À quelle fréquence respectez-vous les instructions d'utilisation de votre méthode contraceptive ?**

- Toujours
- Souvent
- Parfois

- Rarement
- **Quel niveau de satisfaction avez-vous envers cette méthode ?**
  - Très satisfait(e)
  - Satisfait(e)
  - Neutre
  - Insatisfait(e)
  - Très insatisfait(e)
- **Pourquoi avez-vous choisi cette méthode (plusieurs choix possibles) ?**
  - Facilité d'utilisation
  - Discrétion
  - Efficacité
  - Recommandation médicale
  - Coût abordable
  - Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

## 5. Effets indésirables et limites perçues

- **Avez-vous ressenti des effets indésirables liés à cette méthode ?**
    - Oui
    - Non
    - Si oui, lesquels ? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)
- Nausées    Prise de poids    Acné    Douleurs abdominales
- Saignements irréguliers    Diminution de la libido
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

- **Comment évaluez-vous l'impact des effets indésirables sur votre qualité de vie ?**
  - Pas d'impact
  - Faible

- Modéré
- Élevé

## 6. Préférences et suggestions

- **Si vous pouviez changer de méthode contraceptive, laquelle choisiriez-vous ?**

- Pilule contraceptive
- Implant
- Patch
- Injection
- DIU
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

- **Quels aspects amélioreriez-vous dans votre méthode actuelle ?**

- Facilité d'utilisation
- Diminution des effets indésirables
- Meilleure accessibilité
- Coût réduit
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

- **Commentaires ou suggestions supplémentaires :**

---

---

**Merci d'avoir participé à cette enquête.**

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom et prénoms :** Ousmane Konta

**Téléphone :** +223 79 02 69 69

**Email :** ousmanekonta028@gmail.com

**Titre de la thèse :** Intérêts et Limites des formes galéniques utilisées dans la contraception : cas de l'unité de maternité du CSREF de la Commune I.

**Année académique :** 2024-2025

**Lieu de soutenance :** Bamako (Mali)

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Pharmacie.

**Secteur d'intérêt :** Santé reproductive, Santé publique, Pharmacie galénique.

### **Résumé**

#### **Introduction**

La maîtrise de la fertilité est une préoccupation majeure de santé publique. L'utilisation des méthodes contraceptives permet de prévenir les grossesses non désirées et d'améliorer la santé reproductive des femmes. Cette étude visait à évaluer les méthodes contraceptives utilisées, la durée d'utilisation, les effets indésirables et le niveau de satisfaction des utilisatrices au CSREF de la Commune I.

#### **Méthodes**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive menée auprès de 184 femmes venues en consultation de planification familiale et ayant accepté de répondre au questionnaire. Les données ont été collectées sur les caractéristiques sociodémographiques, les méthodes contraceptives utilisées, la durée d'utilisation, les changements de méthode, l'observance et les effets indésirables. Les analyses descriptives ont été réalisées à l'aide de tableaux et de pourcentages.

#### **Résultats :**

La majorité des participantes étaient âgées de 25 à 34 ans (47,8 %) et mariées (77,7 %). L'implant sous-cutané était la méthode la plus utilisée (46,7 %).

Près des deux tiers des utilisatrices (65 %) avaient déjà changé de méthode, principalement en raison d'effets indésirables.

Plus de la moitié des femmes (51,2 %) rapportaient des effets secondaires, dominés par les saignements irréguliers, bien que 58,7 % se déclaraient satisfaites de leur méthode.

## **Conclusion**

L'étude montre que l'implant reste la méthode contraceptive la plus utilisée et que les effets indésirables motivent souvent un changement de méthode. Une meilleure information et un accompagnement personnalisé pourraient améliorer l'observance et la satisfaction des utilisatrices.

**Thesis Title:** Benefits and Limitations of Galenic Forms Used in Contraception: Case of the Maternity Unit of the CSREF of Commune I

**Academic Year:** 2024–2025

**Place of Defense:** Bamako (Mali)

**Place of Deposit:** Library of the Faculty of Pharmacy

**Fields of Interest:** Reproductive Health, Public Health, Pharmaceutical Technology (Galenics)

## **Abstract**

Introduction:

Fertility control is a major public health concern. The use of contraceptive methods helps prevent unintended pregnancies and improves women's reproductive health. This study aimed to assess the contraceptive methods used, duration of use, adverse effects, and level of satisfaction among users at the CSREF of Commune I.

## **Methods:**

This was a descriptive cross-sectional study conducted among 184 women attending family planning consultations who agreed to participate. Data were collected on sociodemographic characteristics, contraceptive methods used, duration of use, method switching, adherence, and adverse effects. Descriptive analyses were performed using tables and percentages.

## **Results:**

The majority of participants were aged 25–34 years (47.8%) and were married (77.7%).

The subcutaneous implant was the most commonly used contraceptive method (46.7%).

Nearly two-thirds of the users (65%) had already changed their contraceptive method, mainly due to side effects.

More than half of the women (51.2%) reported experiencing side effects, predominantly irregular bleeding, although 58.7% declared being satisfied with their method.

**Conclusion:**

The study shows that the subdermal implant remains the most widely used contraceptive method and that side effects often motivate method switching. Improved information and personalized counseling could enhance adherence and user satisfaction.

# SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes Condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

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*