

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But – Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2019 – 2020

N°...../

MEMOIRE

Etude des raisons d'abandons des méthodes contraceptives
de longue durée et Dépo provera dans le CSCOM U de
Banconi

Présenté et soutenu le 27/04/ 2021

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Pour obtenir le Diplôme d'Etude Spécialisée en Médecine de Famille et Médecine
Communautaire (DES)

Par :

Dr N'DJIGABA Mohamed

JURY

Président : Pr TOURE Moustapha

Membre : Dr GOÏTA Issa Souleymane

Co-directeur : Dr SIDIBE Drissa Mansa

Directeur : Pr THERA Tioukani

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Permettez-moi chers parents, amis, encadreurs, en cette circonstance solennelle, de vous adresser cette dédicace pour témoigner ma profonde reconnaissance, à la suite de votre soutien grâce auquel j'ai finalisé ce travail.

- **A la mémoire de mon précieux Papa, Feu Aly Ousmane N'djigaba**

Tu as été pour nous un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait.

Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice. Tu as toujours été soucieux de l'avenir de toute la famille.

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je te porte, ni la profonde gratitude que je te témoigne pour tous les efforts et sacrifices que tu n'as jamais cessé de consentir pour mon éducation et mon bien être.

J'aurais tant aimé que tu sois avec moi pour cette occasion mais le destin en a décidé autrement.

Tu n'es plus avec moi physiquement mais tu resteras à jamais dans mon cœur. Dormez en paix très cher Papa que le tout puissant vous accueille dans son paradis.

- **A ma tendre Maman Ramata Traore :**

Ce travail est le fruit de tes efforts consentis. Tu m'as toujours soutenu dans toutes mes entreprises. Soit assurée de ma profonde affection.

Tes conseils, tes encouragements, tes bénédictions et surtout ta patience m'ont permis d'atteindre ce résultat. Que le bon Dieu t'accorde longue vie afin que tu puisses jouir du fruit de tes peines.

A toi mon affection et ma reconnaissance éternelle.

- **A mon épouse : KORIAN DITE MARIAM TAPILY**

Les mots me manquent pour exprimer ici toute l'affection que j'ai pour toi. Ton amour, ta gentillesse, ton esprit communicatif, ta foi, ton soutien m'ont donné la force nécessaire pour affronter les obstacles de cette période de ma vie.

A tous mes maîtres de stage :

Merci pour tout ce que vous nous avez donné comme formation.

REMERCIEMENTS

A ALLAH

Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenu

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde.

- **Professeur DEMBÉLÉ Mamadou**

C'est pour nous un grand plaisir d'être parmi vos étudiants. Votre apport au cours de ces quatre années d'étude nous a été d'un apport capital. Votre qualité scientifique et votre sens du respect sera pour nous un exemple à suivre. Recevez ici nos sentiments les plus respectables.

- **Professeur Mahamane MAÏGA**

Merci pour votre soutien constant à travers le Projet DÉCLIC, que le bon DIEU vous récompense.

- **Professeur Fatoumata DICKO TRAORE**

Nous avons été impressionnés par la qualité de vos enseignements, ainsi que par vos leçons d'humilités, ceux qui font de vous une Femme exemplaire. Nous vous remercions avec le cœur plein d'émotions et de reconnaissances.

- **Projets DÉCLIC et CLEFS**

Pour l'appui technique et financier que vous apportez aux DES de Médecine de famille et communautaire. C'est une immense joie pour nous d'être dans ce processus de changement de la qualité des soins fournis en première ligne. Nous assumerons ce changement.

- Personnel des CSCOM-U de : Banconi, Koniakari et Sanoubougou II : Je vous remercie de votre disponibilité et la formation que nous avons reçue auprès de vous.

- Mes promotionnaires et tous les DES de MF/MC

Merci pour votre amitié et tous vos soutiens

- **Tous les enseignants et encadreurs :**

Merci pour tout ce que vous m'avez donné comme formation.

A tous ceux qui ont apporté leur soutien moral matériel et financier pour la réalisation de ce travail et que nous n'avons pu citer : Merci pour votre soutien constant, que le bon DIEU vous récompense.

HOMMAGES AUX MEMBRES DE JURY

HOMMAGES :

A notre Maître et président du jury

Professeur Moustapha Touré

- Maître de conférences à la faculté de médecine et d'odontostomatologie,
- Ancien chef du service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital du Mali,
- Master en recherche sur les systèmes de santé de l'université libre de Bruxelles /ULB Belgique
- Certificat d'échographie de la faculté de médecine de Brest,
- Titulaire d'un certificat de procréation médicalement assistée de Hambourg en Allemagne,
- Certificat en Pédagogie des Sciences de la Santé de l'université de Sherbrooke,
- Certificat des cours européens d'épidémiologie tropical de Bale (Suisse).
- Certificat de chirurgie endoscopique de Clermont Ferrand,
- Secrétaire général de l'union professionnel international
- Membre du comité de pilotage pour la recherche sur les mutilations génitales féminines OMS/Genève
- Expert auprès des cours et tribunaux
- Officier de l'ordre national du Mali.

Cher Maître

Nous avons apprécié la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples et importantes occupations.

Vos qualités de pédagogue, votre simplicité, votre disponibilité, sont autant de qualités que nous admirons chez vous.

Veillez accepter cher Maître, l'expression de notre profond respect, notre immense reconnaissance et de nos sincères remerciements.

À notre maître et membre du jury

Dr Issa Souleymane GOÏTA

- Maître-assistant à la FMOS
- Spécialiste en Médecine de famille/médecine communautaire
- Diplômé universitaire en drépanocytose à la FMOS
- Praticien en santé communautaire

Cher maître ;

Nous reconnaissons en vous, les qualités d'enseignement juste et rigoureux.

Votre rigueur dans la démarche scientifique, votre esprit d'ouverture et d'amour du travail bien fait font de vous un exemple à envier et à suivre.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre profonde gratitude. Puisse ALLAH vous donner longue vie et vous rendre vos bienfaits.

À notre maître et co-directeur de mémoire

Docteur Drissa Mansa Sidibé

- Spécialiste en médecine de famille / médecine communautaire
- Maître assistant à la FMOS
- Certificat d'enseignement en pédagogie université de Sherbrooke (Canada)
- Certificat d'échographie (Montpellier/France)
- Chargé d'encadrement clinique(CEC) à la MF/MC
- Praticien en santé communautaire

Cher Maître

Votre abord facile et la simplicité de votre accueil ont suscité en nous une grande admiration.

Ce travail est sans doute le fruit de vos efforts. Votre constante disponibilité, votre esprit d'ouverture, votre sens de la responsabilité nous ont beaucoup marqué.

Par vos conseils et suggestions, vous avez beaucoup contribué à améliorer les qualités techniques de ce travail.

Au-delà de nos hommages respectueux, nous vous prions de trouver ici, cher Maître l'assurance de notre parfaite reconnaissance.

Que le Tout Puissant vous aide à aller jusqu'au bout de vos ambitions.

A notre maître et directeur de mémoire

Professeur THERA Tioukani

- Professeur Agrégé de Gynécologie obstétrique
- Chef de Service de Gynécologie Obstétrique de CHU du POINT G
- Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (France)
- Attestation de Formation Spécialisée en Gynécologie Obstétrique : université Claude Bernard Lyon (France)
- Diplôme d'Etude universitaire en Thérapeutique de la stérilité -université Paris IX(France)
- Diplôme d'Etude universitaire d'échographie Gynécologique et Obstétricale-université Paris IX(France)
- Diplôme Européen d'Endoscopie opératoire en Gynécologie : université d'Auvergne, Clermont Ferrant (France)
- Diplôme d'Etude universitaire en Colposcopie et pathologie cervico-vaginales Angers (France)
- Certificat d'Études Spécialisées en Gynécologie Obstétrique : université Nationale du Benin

Cher maître ;

Nous ne finirons jamais de vous remercier pour nous avoir confié ce travail.

Votre amour du travail bien fait, votre culture de l'excellence et votre souci de transmettre, font de vous un excellent pédagogue.

Votre humilité, votre simplicité et votre humanisme font de vous un homme respectueux, respectable et d'une immense grandeur.

Nos mots ne seront jamais assez bien choisis pour vous témoigner combien est grande notre admiration pour vous.

Cher Maître veuillez recevoir en toute modestie l'expression de notre immense gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS :

%	Pourcentage
°C	Degré Celsius
°F	Degré F
Cm	Centimètre
CSCom	Centre de santé communautaire
CSCom U	centre de santé communautaire universitaire
CSRef CI	Centre de santé de référence de la commune I
DTC	Directeur technique du centre
IDH	l'Indice de Développement Humain
Inf	Inférieur
IST	Infection sexuellement transmissible
OMS	Organisation mondiale de la santé
PEC	Prise en charge
PEIGS	Planification et l'Espacement Idéal des Grossesses pour la Santé
PF	planification familiale
PNP	Politique, normes, procedure
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	Prévention de la transmission mère- enfant du VIH
SAA	Les soins après avortement
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SR/PF	Santé de la reproduction/planning familial
SRAJ	La santé de la reproduction des adolescents et des jeunes
Sup	Supérieur
TPC	taux de prévalence contraceptive
VIH	Virus de l'immunodéficience acquis
CHU GT	Centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré

LISTE DES GRAPHIQUES

LISTE DES GRAPHIQUES

Figure 1 : Répartition selon le statut matrimonial.

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I : Répartition des enquêtées selon la profession.

Tableau II : Répartition selon la tranche d'âge.

Tableau III : Répartition selon l'aire de résidence.

Tableau IV : Répartition selon le niveau d'instruction

Tableau V : Répartition des enquêtées selon la méthode abandonnée

Tableau VI : Répartition des enquêtées selon le contexte d'utilisation de la méthode de contraception de longue durée.

Tableau VII : Répartition des femmes en fonction de la durée sous contraception

Tableau VIII : Répartition des enquêtées selon l'information du conjoint de la méthode utilisée

Tableau IX : Répartition des enquêtées selon le respect de la confidentialité par le prestataire

Tableau X : Répartition des enquêtées selon la raison d'arrêt de la méthode

Tableau XI : Répartition des enquêtées selon les principaux effets secondaires

Tableau XII : Répartition des enquêtées selon qu'elles aient reçu les informations des éventuels effets secondaires et de leur prise en charge.

Tableau XIII : Répartition des enquêtées selon la méthode alternative utilisée après l'arrêt pour éviter la grossesse.

Tableau XIV : Répartition des enquêtées selon leur désir de passer à une autre méthode

Tableau XV : Répartition des femmes selon méthodes utilisées et leurs fonctions.

Tableau XVI : Répartition des femmes selon méthodes utilisées et leur niveau d'étude.

Tableau XVII : Répartition des femmes selon méthodes utilisées et le statut matrimonial.

Tableau XVIII : Répartition des femmes selon la durée d'utilisation en rapport avec la méthode contraceptive utilisée.

Tableau XIX : Répartition des femmes selon les raisons d'abandon en rapport avec la méthode contraceptive utilisée.

Tableau XX : Répartition des femmes selon les effets secondaires en rapport avec la méthode contraceptive utilisée.

Tableau XXI : Répartition des femmes selon les méthodes alternatives en rapport avec la méthode contraceptive utilisée.

SOMMAIRE

SOMMAIRE :

Table des matières

Introduction.....	1
1. Problématique :.....	4
2. Hypothèse de recherche :	5
3. Objectifs :.....	5
3.1. Objectif général :	5
3.2. Objectifs spécifiques :	5
4. Généralités :	7
4.1. Rappel sur la planification familiale.....	7
4.2. Activité de planification familiale	9
4.3. Les moyens de régulation des naissances	11
4.4. Les différentes méthodes contraceptives concernées	12
5. Méthodologie :.....	19
5.1. Cadre de travail :.....	19
5.2. Lieu d'étude :	19
5.3. Type et période d'étude :	21
5.4. Population d'étude :	21
5.5. Outils utilisés :	22
5.6. Le plan d'analyses des données :.....	22
5.7. Considérations éthiques :.....	23
6. Résultats :	25
6.1. Caractéristiques sociodémographiques	25
6.2. Résultats analytiques :	27
7. Commentaires et discussions.....	39
Conclusion :	44
Recommandations :.....	45
Fiche signalétique.....	47
Références.....	52
Fiche d'enquête.....	55

INTRODUCTION

Introduction

La planification des naissances est devenue de nos jours un indicateur de développement d'un pays. Les pays développés ont maîtrisé leur naissance mais ceux en voie de développement ont diverses difficultés pour atteindre cet objectif avec son corollaire touchant les secteurs comme éducation, habitat, la santé, l'urbanisme, etc... freinant du coût leur progrès. La sensibilisation de nos communautés sur la planification des naissances fut mal perçue et mal comprise d'où la réticence de plusieurs couples d'adhérer aux différentes méthodes proposées.

Dans le plan d'action nationale de la planification familiale du Mali 2014-2018, la planification familiale (PF) est définie comme l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non, mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu [1].

Afin de garantir que les femmes, les jeunes filles et les couples puissent déterminer la méthode de contraception la mieux adaptée à leurs besoins, les prestataires de soins doivent fournir des informations appropriées sur la gamme complète des possibilités de contraception et les conseils correspondants [2].

Les établissements de santé, les prestataires formés et les méthodes de contraception doivent être disponibles et accessibles afin de garantir un choix complet. En plus des difficultés rencontrées dans la sensibilisation, les obstacles tels que le coût, la distance, la formation limitée des prestataires et les ruptures de stock peuvent limiter la capacité des femmes à accéder aux services pour répondre à leurs besoins de planification familiale et choisir parmi un vaste éventail de méthodes [2].

Selon l'enquête démographique et de santé du Mali 5^{ième} édition (EDSM VI), parmi les épisodes d'utilisation contraceptive commencés par les femmes au cours des 5 dernières années, 38 % ont été discontinués dans les 12 mois [3].

Ce phénomène, connu comme l'arrêt des contraceptifs, est défini comme l'interruption de l'utilisation de contraceptifs, pour quelque raison que ce soit, en étant toujours à risque de connaître une grossesse non désirée [3]. L'arrêt des contraceptifs pour des raisons autres que le souhait de débiter une grossesse contribue à une fécondité non désirée et peut entraîner une grossesse qui pourrait être interrompue par un avortement à risque. Certaines femmes arrêtent d'utiliser une méthode de contraception particulière parce qu'elle est difficile à utiliser ou qu'elle n'est pas bien acceptée par la femme ou son partenaire (par exemple, en raison d'effets secondaires) [4]. Elles passent donc à une autre méthode, qui leur convient mieux et qui est souvent plus efficace.

PROBLEMATIQUE

1. Problématique :

Selon EDS VI, plus de neuf femmes sur dix (93 %) et plus de neuf hommes sur dix (96 %) ont déjà entendu parler d'une méthode contraceptive et selon la même source 38 % des femmes ayant un besoin de méthodes modernes de contraception non satisfait ont eu recours à une méthode de contraception moderne par le passé, mais ont décidé d'arrêter de l'utiliser[3].

L'arrêt des contraceptifs pour des raisons autres que le souhait de débiter une grossesse contribue à une fécondité non désirée et peut entraîner une grossesse qui pourrait être interrompue par un avortement à risque. Certaines femmes arrêtent d'utiliser une méthode de contraception particulière parce qu'elle est difficile à utiliser ou qu'elle n'est pas bien acceptée par la femme ou son partenaire (par exemple, en raison d'effets secondaires) [4].

En moyenne, plus d'un tiers des femmes qui commencent à utiliser une méthode moderne de contraception l'arrêtent dans la première année et plus de la moitié l'arrêtent avant deux ans [3].

Le taux de prévalence contraceptive (TPC) au Mali était de 16 % en 2018 et dans le rapport 2018 du centre de santé communautaire universitaire (CSCOM U) de Banconi la prévalence était aux alentours de 10%.

Cependant, nous manquons d'étude transversale solide pour bien comprendre la prise de décision qui contribue à l'arrêt d'une méthode contraceptive d'où l'objet de cette étude.

2. Hypothèse de recherche :

Le niveau d'instruction, la profession, la non implication du conjoint et les effets secondaires expliquent les raisons d'arrêt de la méthode contraceptive.

C'est pour comprendre et proposer des solutions à ces problématiques que nous avons initié cette étude au CSCOM U de Banconi qui s'intitule « étude des raisons d'abandons des méthodes contraceptives de longue durée et depo provera ».

3. Objectifs :

3.1. Objectif général :

Conduire une enquête d'opinion sur les raisons d'abandon de la méthode contraceptive choisie par les femmes du centre de santé communautaire universitaire de Banconi.

3.2. Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des utilisatrices des contraceptions,
- Déterminer les méthodes de contraceptions les plus discontinuées,
- Identifier les effets secondaires et les facteurs socioculturels favorisant l'arrêt des contraceptifs,
- Déterminer la part des responsabilités des prestataires de services associées à des taux d'arrêt des contraceptifs.

GENERALITES

4. Généralités :

4.1. Rappel sur la planification familiale

4.1.1. Définition :

Les PNP du Mali définissent la PF comme l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non, mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu. La PF vise également la prévention et la prise en charge des cas d'infertilité [1].

4.1.2. La PF comporte diverses activités :

Qui sont :

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

4.1.3. Les avantages :

a) **Les femmes :** Le planning familial permet à la femme de se protéger contre les grossesses non souhaitées. Depuis les années 1960 les programmes de planning familial ont aidé les femmes du monde entier à éviter 400 millions de grossesses à haut risque ou d'avortements pratiqués dans les mauvaises conditions. Si toutes les femmes pouvaient éviter les grossesses à hauts risques, le nombre de mortalité maternelle pourrait diminuer d'un quart, en outre beaucoup de méthodes hormonales aident à empêcher certains cancers et les préservatifs

aident à empêcher les maladies sexuellement transmissibles dont le VIH / SIDA [5].

La PF permet aussi à l'organisme de la femme de se reposer, de récupérer et de mieux supporter les aléas de la nature qui sont, la maladie le stress les efforts physiques [6].

La PF permet à la femme de limiter les abandons d'enfant ou des cas d'infanticide.

La PF contribue à la disponibilité de la mère pour son enfant, son mari et pour toute la famille [6].

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

La PF permet à l'enfant de prendre le sein plus longtemps, de bénéficier de l'affection maternelle.

Tous ceux-ci contribueront au développement humanitaire de l'enfant pour faire face aux infections respiratoires, diarrhée et autres maladies infectieuses et virales [7].

c) **Les hommes** : La PF aide les hommes et les femmes à prendre soins de leur famille. Dans le monde entier, les hommes disent que la PF aide à leur assurer une meilleure existence [6].

d) **La famille** : La PF améliore le bien-être familial. Les couples qui ont moins d'enfant sont mieux à mesure de leur donner suffisamment de nourriture, de leur assurer un logement et de les scolariser [5].

e) **La nation** : La PF aide la nation à se développer dans les pays où les femmes ont moins d'enfants. La population voit s'améliorer sa situation économique plus rapidement qu'ailleurs [8].

Les composantes de la PF retenues au Mali sont :

- La contraception
- La prévention et le traitement de l'infertilité

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

4.2. Activité de planification familiale

4.2.1. Définition :

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

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

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

L'OMS aide les pays développés un cadre stratégique d'intervention qui fédère les interventions de tous les acteurs impliqués dans le repositionnement de la planification familiale, déclare le Dr Isseu Diop Touré, chargée du programme santé de la reproduction et survie de l'enfant au Bureau de l'OMS/Sénégal.

L'organisation onusienne, ajoute le Dr Touré, contribuera au renforcement des compétences du personnel de santé, aux échanges d'expériences, la

documentation, au suivi et l'évaluation des activités ainsi qu'au plaidoyer pour mobiliser des ressources pour la PF.

4.2.2. Droit des clients

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

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

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

- Les salles de Counseling isolées et l'utilisation des paravents pour préserver la confidentialité et l'intimité des clients PF.
- L'utilisation des supports visuels en langue locale en image pour faciliter l'accès l'information.
- La référence une boîte image pour donner toute l'information complète
- La tenue et le classement correct des dossiers des clients pour assurer la continuité des services
- Une salle d'attente avec place d'assise pour un minimum de confort
- Des toilettes accessibles aux besoins pour des droits d'hygiènes.
- Une salle de tri pour éviter de très longue attente

- Des prestataires qui parlent la langue du milieu pour faciliter la communication avec la cliente
- Une gamme complète des produits pour faciliter le choix et satisfaire la cliente

4.2.3. Besoins des prestataires :

Pour pouvoir fournir les services de qualités les prestataires ont besoin de :

- Formation portant sur les compétences techniques et de communication
- Infrastructures, notamment les locaux physiques appropriés et une organisation efficace ;
- Disponibilité des produits contraceptifs ;
- Directives des services, listes aide-mémoire ;
- Soutien de la part d'autres prestataires et autre niveau de soins ;
- Respect et reconnaissance des collègues, des responsables, des clients et de la communauté ;
- Motivation/encouragement pour fournir une bonne qualité des soins ;
- Feed-back des responsables, des supervisions, d'autres prestataires de services et des clients ;
- Auto expression pour que les responsables tiennent compte de leur avis et prennent des décisions.

4.3. Les moyens de régulation des naissances

- La régulation des naissances se fait essentiellement à partir de la planification familiale. Elle fait intervenir ;
- La contraception qui est l'ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécondant, de façon temporaire et réversible ;
- La contraception post-coïtale utilisable après un rapport non protégé entre le temps de l'ovulation et l'implantation ;
- La stérilisation, la méthode irréversible ;
- L'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Il convient toutefois de remarquer que cette dernière n'est pas reconnue par la législation Malienne comme étant un moyen légal de régulation des naissances [6].

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

4.4. Les différentes méthodes contraceptives concernées

4.4.1. La contraception injectable combinée :

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

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

Dans le cadre d'une étude portant sur 782 américaines suivies pendant un an, aucune grossesse n'a été constatée [9].

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

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

4.4.2. Les progestatifs injectables

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

a) Efficacité

L'AMPR est une forme grandement efficace de contraception dont le taux d'échec est estimé à moins de 0,3% par an [8].

b) Mécanisme d'action

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

c) **Indications**

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

Il peut également convenir aux femmes allaitantes ou ayant :

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

d) **Contre-indications**

✓ **Contre-indications absolues** : grossesse, saignements vaginaux inexplicables et diagnostic courant de cancer du sein ;

✓ **Contre-indications relatives** : cirrhose grave, hépatite virale évolutive et adénome hépatique bénin.

e) **Effets indésirables**

Les effets indésirables associés à l'AMPR sont :

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

4.4.3. Les implants de progestatif :

Sont des contraceptifs contenant un progestatif retard diffusé à travers les capsules.

Inserés en sous-cutanée, sous la face interne de l'avant-bras, les implants constituent une méthode contraceptive réversible de longue durée restant pendant cinq ans en moyenne. Ils peuvent être composés d'un, de deux ou de six bâtonnets.

a) Mécanisme d'action

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

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

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

b) Les avantages : Aussi efficace que la ligature des trompes (99,0 à 99, 8%) ; son action est immédiate ; actif dans l'organisme pendant:

-5ans pour les femmes de moins de 70kg ; 4ans pour les femmes de 70 à 79kg et 3ans pour les femmes de plus de 80kg. N'interfère pas avec les rapports sexuels ; N'affecte pas l'allaitement.

c) Effets indésirables

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

Autres effets indésirables peu courants : céphalées ; vertiges ; nausée ; prise de poids ; acné.

d) Les Indications : Toute femme en âge de procréer qui désire éviter une grossesse, voulant une méthode réversible et de longue durée d'action et qui ne peut pas utiliser une méthode contenant de l'œstrogène.

e) Les contres indications :

- Femme enceinte ;
- Femme présentant les problèmes suivants :
- Thrombophlébite aigue ou troubles thromboemboliques ;
- Saignement génital inexpliqué ;
- Maladie du foie et tumeurs du foie ;
- Antécédents d'hypertension intra crânienne.

4.4.4. Les dispositifs intra-utérins (Stérilet) DIU [10]

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

Il existe plusieurs modèles :(TCU 380A, TCU220C, Multiload CU 375, Nova T...)

✓ **En cuivre, le DIU TCU-380A** qui est en plastique et libère lentement de petites quantités de cuivre ;

✓ **Le DIU médicamenté** qui libère un progèstatif (progestérone ou lévonorgestrel) Progestasert.

a) Efficacité

Le taux d'échec du DIU de cuivre est estimé {1,26 par 100 femmes années, celui du DIU à libération de Lévonorgestrel est estimé à 0,09 par 100 femmes années [11].

b) Mécanisme d'action

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

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

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

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

Il ne suscite qu'une faible réaction de type « corps étranger » mais entraîne la décidualisation de l'endomètre et l'atrophie glandulaire. Les récepteurs endométriaux des œstrogènes et de la progestérone sont inhibés. La glaire cervicale s'épaissit, créant ainsi une barrière {la pénétration des spermatozoïdes. L'ovulation peut même s'en trouver inhibée.

Les DIU restent actifs 10 ans en moyenne.

c) 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.

d) Contre-indications

✓ Contre-indications absolues

- La grossesse ;
- Infection pelvienne ou ITS (au cours des trois derniers mois) ;
- Sepsis puerpéral ;
- A la suite d'un avortement septique ;
- Cavité utérine gravement déformée ;
- Saignements vaginaux inexplicables ;
- Cancer du col utérin ou de l'endomètre ;
- Maladie trophoblastique maligne ;

- Allergie au cuivre (dans le cas des DIU de cuivre) ;
- Cancer du sein (dans le cas du SIU-LNG).

✓ **Contre-indications relatives**

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

e) Effets indésirables

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

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

f) Moment approprié pour l'insertion :

Le DIU peut être inséré à n'importe quel moment du cycle (pas seulement pendant la menstruation).

- Si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte ;
- Dans les 10 mn après la délivrance à 48H après accouchement ou après 4 semaines.

METHODOLOGIE

5. Méthodologie :

5.1. Cadre de travail :

Cette étude a été rendue possible grâce à deux cadres : l'un institutionnel et l'autre technique.

5.1.1. Cadre institutionnel :

La Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) a servi de cadre institutionnel du travail pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Médecine de Famille/Médecine Communautaire au bout une formation de quatre ans post-doctorale.

5.1.2. Cadre technique :

Dans le DES de MF/MC, les stages pratiques se déroulent en première année en milieu hospitalier de troisième référence, puis pour les trois années suivantes essentiellement dans les Centres de Santé Communautaire Universitaire (CSCOM U) au nombre de cinq actuellement au Mali dont un dans la région de Koulikoro (Sègue), de Kayes (Kognakary), de Ségou (Konobougou), de Sikasso (Sanoubougou II) et un dans le district de Bamako (Banconi) qui servent de cadre de notre étude.

5.2. Lieu d'étude :

Cette étude s'est déroulée au CSCOM U de Banconi commune I du district de Bamako.

5.2.1. Historique de la création du CSCOM U :

En février 1988 à l'initiative des notables du quartier a été créée l'Association de Santé Communautaire de Banconi (ASACOBA). Sa première initiative fut la création d'un centre de Santé Communautaire (CSCOM) en mars 1989 qui comprenait un dispensaire et une pharmacie contenant des médicaments en DCI (dénomination commune internationale). Son objectif premier est de prodiguer des soins de qualité à moindre coût. Par son caractère communautaire, l'originalité du centre réside dans ces principes suivants :

- Autofinancement à partir de ressources propres ;

- Qualité de l'accueil et de soins ;
- Production de services à moindre cout ;
- Information Education Communication (IEC) optimale de la population pour un changement de comportement ;
- Prise en charge de l'ensemble des soins primaires et secondaires.

5.2.2. Situations géographique et démographique du CSCom U :

Le centre de santé communautaire de Banconi en commune I du district de Bamako est un établissement à caractère communautaire, classé depuis 2011 CSCom Universitaire.

L'aire de santé de l'ASACOBBA couvre les quartiers de Flabougou, zeguenekorobougou, Plateau, Layebougou et une partie de Salembougou.

La population totale de l'aire est estimée à 88 459 habitants avec un taux d'accroissement annuel de la population est de 2,8%

5.2.3. Différents services/unités du CSCom U de Banconi :

Le CSCom U de Banconi est subdivisé en deux blocs : le bloc administratif et le bloc technique.

Le bloc technique regroupe les services cliniques et paracliniques.

Les services cliniques comprennent :

- la consultation externe
- la maternité, le PEV.

Les services paracliniques aident les services cliniques dans leurs tâches.

Nous dénombrons les services suivants :

- l'imagerie médicale (échographie) et
- le laboratoire d'analyses médicales.

5.2.4. Ressources humaines :

Le personnel du CSCom U de Banconi compte vingt-huit personnes dont vingt femmes et huit hommes et se répartit comme suit :

- Cinq médecins ;

- Trois techniciennes supérieures de santé ;
- Six sages-femmes ;
- Deux infirmières obstétriciennes ;
- Une biologiste ;
- Une technicienne de laboratoire ;
- Trois aides-soignantes ;
- Deux matrones ;
- Deux gardiens ;
- Un chauffeur ;
- Une guichetière ;
- Un comptable ;

Le nettoyage du centre est assuré par un GIE composé de 9 personnes.

5.3. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale qui s'est déroulée du 1er au 15 décembre 2020

5.4. Population d'étude :

L'étude a porté sur toutes les femmes en activité génitale qui étaient venues au CSCom de Banconi quelle que soit la raison.

5.4.1. Critères d'inclusion :

Toutes les femmes en activités génitales porteuses ou utilisatrices d'une méthode, venues pour l'arrêt ou passées par une autre méthode.

5.4.2. Critères de non inclusion :

- Les femmes ayant fait une contraception mais refusant de répondre au questionnaire,
- Les femmes visiblement malades.

5.4.3. Echantillonnage :

L'échantillonnage s'est fait de façon aléatoire, systématique en respectant l'ordre d'arrivée dans le CSCom.

5.5. Outils utilisés :

- La recherche documentaire
- Le questionnaire individuel

5.5.1. Techniques de collecte des données :

La recherche documentaire nous a permis de bien comprendre le sujet.

La fiche d'enquête a été administrée en entretien individuel semi dirigé après avoir obtenu le consentement éclairé verbal.

5.5.2. Les variables étudiées :

Les variables étudiées étaient :

- Sociodémographiques ;
- La méthode contraceptive utilisée ;
- Contexte de cette contraception ;
- La durée sous contraception ;
- L'information du conjoint de la contraception ;
- Le respect de la confidentialité du prestataire de soins ;
- Les raisons d'arrêt de la méthode ;
- Les principaux effets secondaires notés ;
- L'information sur la prise en charge d'éventuel effet secondaire ;
- La méthode alternative utilisée après l'arrêt pour éviter la grossesse.

5.6. Le plan d'analyses des données :

• Saisie :

Un masque de saisie a été construit avec la version 3.1 du logiciel Epi Info 7.2.3.1.

Il a été utilisé pour la saisie des données.

Analyse des données :

- **L'analyse des données** a été effectuée avec la version 3.1 du logiciel Epi Info 7.2.3.1. et Microsoft Word 2013.

5.7. Considérations éthiques :

L'étude s'est déroulée en respectant les règles d'éthiques et les consentements éclairés liés à la recherche sur les sujets humains en vigueur. Il ne s'agissait pas d'une étude expérimentale sur l'Homme. Il s'agissait d'une étude permettant de comprendre les raisons d'abandons des méthodes contraceptives au CSCOM U de Banconi. Un consentement individuel éclairé a été obtenu de chaque sujet à l'étude. L'étude ne comportait aucun risque chez les sujets. Les noms et prénoms des sujets n'étaient pas utilisés. Seul un numéro d'identification codé a servi à l'identifier le sujet. Les données ont été gardées de façon confidentielle.

RESULTATS

6. Résultats :

L'enquête a été faite auprès des femmes venues en visite à l'unité PF du CSCOM U de Banconi. Au total 108 questionnaires ont été renseignés et analysés.

6.1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : Répartition des enquêtées selon la profession

Professions	Effectif	Pourcentage
Elève/Étudiante	14	13,0
Ménagère	47	43,5
Fonctionnaire	7	6,5
Aide-ménagère	1	0,9
Artisan	9	8,3
Autre	30	27,8
Total	108	100,0

Les ménagères étaient les plus représentées avec 43,5%.

Tableau II : Répartition selon la tranche d'âge

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
Moins de 17 ans	3	2,8
17 à 45 ans	100	92,6
Plus de 45 ans	5	4,6
Total	108	100,0

La tranche d'âge de 17 à 45 ans était majoritairement représentée avec 92,6%.

Tableau III : Répartition selon l'aire de résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Aire	47	43,5
Hors aire	61	56,5
Total	108	100,0

Les femmes provenant d'autres aires de santé étaient les plus nombreuses soit 56,5%.

Tableau IV : Répartition selon le niveau d'instruction

Niveaux d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non instruit	29	26,9
Primaire	52	48,1
Secondaire	19	17,6
Universitaire	7	6,5
Manquant	1	0,9
Total	108	100,0

Près de la moitié des femmes avaient un niveau d'étude primaire avec 48,1%.

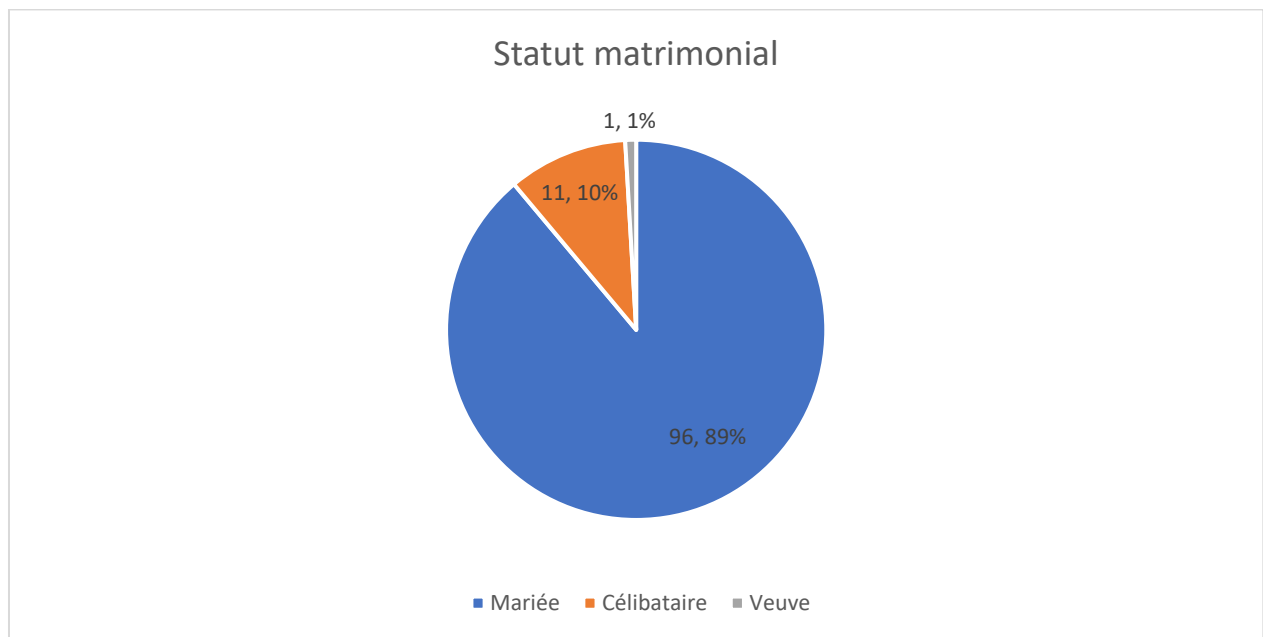


Figure 1 : Répartition selon le statut matrimonial

Les femmes mariées étaient fortement représentées avec 89% des femmes enquêtées.

6.2. Résultats analytiques :

Tableau V : Répartition des enquêtées selon la méthode abandonnée

Méthodes	Effectif	Pourcentage
Depo provera	43	39,8
Implant	61	56,5
DIU	4	3,7
Total	108	100,0

L'implant est la méthode la plus abandonnée des contraceptions de longue durée avec 56,5%.

Tableau VI : Répartition des enquêtées selon le contexte d'utilisation de la méthode de contraception de longue durée et Depo provera

Contextes	Effectif	Pourcentage
Post-partum	87	80,6
Post IVG	1	0,9
Post fausse couche	3	2,8
Raison étude	8	7,4
Raison non mariée	4	3,7
Grossesse non désirée	3	2,8
Raison non avancée	2	1,8
Total	108	100,0

Le contexte de post-partum était le plus évoqué par les femmes pour l'utilisation des contraceptions de longue durée avec 80,8%.

Tableau VII : Répartition des femmes en fonction de la durée sous contraception

Durée sous contraception	Effectif	Pourcentage
3 à 5 ans	26	24,1
3 mois à 2 ans	72	66,7
Moins de 3 mois	10	9,2
Total	108	100,0

La durée sous la contraception de 3 mois à 2 ans était les plus utilisées par les participantes soit 66,7%.

Tableau VIII : Répartition des enquêtées selon l'information du conjoint de la méthode utilisée

Maris informés	Effectif	Pourcentage
Non	37	34,3
Oui	71	65,7
Total	108	100,0

Les conjoints étaient informés par les participantes sur l'utilisation de la méthode contraceptive dans 65,7% des cas.

Tableau IX : Répartition des enquêtées selon le respect de la confidentialité par le prestataire

Confidentialité respectée	Effectif	Pourcentage
Ne sait pas	3	2,8
Non	1	0,9
Oui	104	96,3
Total	108	100,0

Dans la plupart des cas, la confidentialité était respectée par les prestataires de service selon les participantes avec 96,3% des cas.

Tableau X : Répartition des enquêtées selon la raison d'arrêt de la méthode

Raisons d'arrêt	Effectif	Pourcentage
Effet secondaire	70	64,8
Ne me convient pas	4	3,7
Discussion entre conjoints	9	8,3
Rumeurs et mythes	14	13
Désir d'enfant	9	8,3
Autres*	2	1,9
Total	108	100

Les effets secondaires étaient les raisons d'arrêt les plus citées de la méthode contraceptive avec 64,8 % suivis des rumeurs et mythes autour des méthodes avec 13% des cas.

Les autres* : décès du mari et ménopause.

Tableau XI : Répartition des enquêtées selon les principaux effets secondaires

Effets secondaires	Effectif	Pourcentage
Saignement abondant	12	17,1
Arrêt de règles	24	34,3
Règles prolongées	19	27,1
Spotting	4	5,7
Vertiges	4	5,7
Céphalées	3	4,3
Douleur abdominale	2	2,9
Autres*	2	2,9
Total	70	100

Les principaux effets secondaires déclarés étaient l'arrêt de règles avec 34,3%.

Les autres* : prise de poids et fil devançant.

Tableau XII : Répartition des enquêtées selon qu'elles aient reçu les informations des éventuels effets secondaires et de leur prise en charge

Information reçue par les enquêtées	Effectif	Pourcentage
Oui	92	85,2
Non	15	14,8
Total	108	100,0

Les participantes étaient informées de la survenue éventuelle des effets secondaires et de leur prise en charge dans 85,2%.

Tableau XIII : Répartition des enquêtées selon la méthode alternative utilisée après l'arrêt pour éviter la grossesse

Méthode alternative	Effectif	Pourcentage
Aucune	89	82,4
Dépo provera	2	1,9
DIU	2	1,9
Implant	6	5,6
Pilule	6	5,6
Préservatif	2	1,9
Autre	1	0,9
Total	108	100,0

Dans la plupart des cas, aucune disposition n'était prise pour éviter la grossesse après l'arrêt d'une méthode soit 82,4%.

Tableau XIV : Répartition des enquêtées selon leur désir de passer à une autre méthode

Désir pour autre méthode	Effectif	Pourcentage
Ne sait pas	1	0,9
Non	94	87,0
Oui	13	12,0
Total	108	100,0

Seulement 12% des enquêtées désiraient une autre méthode de planification.

Tableau XV : Répartition des femmes selon les méthodes utilisées et la profession

profession	Depo provera		Implant		DIU		Total
	n	%	n	%	n	%	
Elève/Étudiante	5	35,7	9	64,3	0	0,0	14
Ménagère	21	44,7	23	48,9	3	6,4	47
Fonctionnaire	3	42,9	4	57,1	0	0,0	7
Aide-ménagère	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Artisan	2	22,2	7	77,8	0	0,0	9
Autre	11	36,7	18	60,0	1	3,3	30
Total	43	39,8	61	56,5	4	3,7	108

P= 0,80

Hormis l'aide-ménagère la méthode de choix de contraception de longue durée était l'implant dans 77,8% des artisans, 64,3% des élèves/étudiants par rapport aux autres méthodes. Les DIU n'étaient pas sollicités surtout chez les élèves, étudiantes, fonctionnaire et aide-ménagère.

Tableau XVI : Répartition des femmes selon méthodes utilisées et leur niveau d'étude

Niveau d'étude	Depo provera		Implant		DIU		Total
	n	%	n	%	N	%	
Non scolarisée	15	50,0	14	46,7	1	3,3	30
Primaire	16	30,8	33	63,5	3	5,8	52
Secondaire	9	47,4	10	52,6	0	0,0	19
Universitaire	3	42,9	4	57,1	0	0,0	7
Total	43	39,8	61	56,5	4	3,7	108

P= 0,58

Les femmes non scolarisées recouraient au **Depo provera** dans 50% contre 46,7% pour la méthode de l'implant par rapport aux autres. Par contre les scolarisées préféraient la méthode implant dans respectivement 63,5% ; 57,1% et 52,6% selon le niveau primaire, universitaire et secondaire.

Tableau XVII : Répartition des femmes selon méthodes utilisées et le statut matrimonial

Statut matrimonial	Depo provera		Implant		DIU		Total
	n	%	n	%	N	%	
Mariée	37	38,5	55	57,3	4	4,2	96
Célibataire	6	54,5	5	45,5	0	0,0	11
Veuve	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Total	43	39,8	61	56,5	4	3,7	108

P= 0,71

Les célibataires semblaient recourir à la méthode de **Depo provera** dans 54,5% contre 45,5% pour la méthode de l'implant par rapport aux autres. Par contre les mariées préféraient la méthode implant dans respectivement 57,3% contre 38,5% pour le **Depo provera**.

Tableau XVIII : Répartition des femmes selon la durée d'utilisation en rapport avec la méthode contraceptive utilisée

Durée d'utilisation	Depo provera		Implant		DIU		Total
	n	%	n	%	n	%	
3 ans- 5 ans	1	3,8	23	88,5	2	7,7	26
3 mois -2 ans	35	48,6	35	48,6	2	2,8	72
Moins de 3 mois	7	70,0	3	30,0	0	0,0	10
Total	43	39,8	61	56,5	4	3,7	108

P= 0,001

Pour une durée de trois mois, les femmes utilisaient surtout le Depo provera, l'implant était utilisé pour une période de 3 ans- 5 ans.

Tableau XIX : Répartition des femmes selon les raisons d'abandon en rapport avec la méthode contraceptive utilisée

raisons d'abandon	Depo provera		Implant		DIU		Total	
	n	%	n	%	n	%		
Effet secondaire	33	46,4	36	52,2	1	1,4	70	0,04
Ne convient pas	2	50	2	50	0	0	4	0,86
Discussion entre conjoints	2	22,2	6	66,7	1	11,1	9	0,31
Rumeurs et mythes	4	35,7	9	64,3	0	0	13	0,53
Désir d'enfant	2	22,2	6	66,7	1	11,1	9	
Décès mari	0	0	1	100	0	0	1	
Age avancé	0	0	1	100	0	0	1	0,000
Ménopause	0	0	0	0	1	100	1	
Total	43	39,8	61	56,5	4	3,7	108	

Le taux d'abandon de méthode était beaucoup plus lié à l'implant par rapport aux autres méthodes. Pour cette méthode, les effets secondaires étaient cités comme les raisons principales d'abandon avec plus 50% des cas $P= 0,04$.

Tableau XX : Répartition des femmes selon les effets secondaires en rapport avec la méthode contraceptive utilisée

Effets secondaires	Depo provera		Implant		DIU		Total	
	N	%	n	%	N	%		
Saignement abondant	2	18,2	9	81,8	0	0,0	11	0,37
Arrêt de règles	23	95,8	1	4,2	0	0,0	24	0,00
Règles prolongées	2	10,5	17	89,5	0	0,0	19	0,002
Spotting	2	40,0	3	60,0	0	0,0	5	0,86
Vertiges	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4	0,74
Céphalées	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	0,23
Douleur abdominale	1	14,3	6	85,7	0	0,0	7	0,40
Saignement + vertiges	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	
Spotting+Douleur abdominale	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	
Autres*	0	0,0	4	66,7	2	33,3	6	
Aucun	9	34,6	16	61,5	1	3,8	26	
Total	43	39,8	61	56,5	4	3,7	108	P=0,001

Les saignements abondants et les règles prolongées étaient plus cités respectivement dans 81,8% et 89,9% à l'utilisation des implants par les participantes par rapport aux autres méthodes ($P < 0,05$). Quant à l'arrêt des règles, le Depo provera était le plus cité dans 95,8% par rapport aux autres méthodes ($P = 0,001$).

Tableau XXI : Répartition des femmes selon les méthodes alternatives en rapport avec la méthode contraceptive utilisée

Méthode alternative	Depo provera		Implant		DIU		Total
	n	%	n	%	n	%	
Confiance	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2
DIU	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2
Implant	4	66,7	0	0,0	2	33,3	6
Pilule	2	33,3	4	66,7	0	0,0	6
Préservatif	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2
Aucune	34	38,2	53	59,6	2	2,2	89
Autre	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Total	43	39,8	61	56,5	4	3,7	108

P= 0,12

En cas d'abandon d'une méthode, aucune méthode alternative n'était proposée dans 82,41% des cas (n=89) en général et particulièrement 59,6% pour l'implant, 38,2% pour le Depo provera.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

7. Commentaires et discussions

La présente étude a concerné 108 patientes-clientes du CSCOM U de Banconi à qui on a administré un questionnaire individuel en entretien semi dirigé. Les résultats de cet entretien nous ont permis de connaître les raisons d'abandons des méthodes contraceptives des clientes du dit CSCOM.

Limite de l'étude

Il s'est déroulée du 1er au 15 décembre 2020 entre 08 heures à 14 heures sur les d'abandon des méthodes contraceptives et les enquêtes se sont déroulées dans l'enceinte du CSCOM sans avoir un recul suffisant avec le personnel de santé.

Statut matrimonial

Dans notre étude les femmes mariées étaient fortement représentées avec 89% et 10% pour les célibataires. Ce faible pourcentage des célibataires pouvait être s'expliquer par le fait que ces dernières avaient honte de discuter de leurs sexualités avec les prestataires qui étaient plus âgées qu'elle. Elles préfèrent se planifier avec la forme injectable ou la forme orale, disponibles dans les officines plutôt, que les méthodes de longue durée (implant et DIU) d'une part et d'autre part que le lieu d'étude était plus fréquentée par les femmes mariées que les célibataires

Niveau d'instruction

La majorité de nos femmes avaient un niveau d'étude primaire avec 48,1% ; les femmes non instruites étaient de 26,9% et le niveau secondaire et supérieur de 24,1%. Ce résultat s'expliquait qu'on avait à faire surtout avec une population qui ne poursuivait pas leur étude après le primaire. Comparativement à notre étude Bradley, Schwandt et al en 2012 avaient trouvé le même résultat, Les femmes bénéficiant d'un niveau d'éducation supérieur semblaient arrêter les contraceptifs moins souvent probablement parce qu'elles connaissaient mieux leur physiologie et qu'elles pouvaient plus facilement obtenir et comprendre les informations des professionnels de la santé ou autres lorsqu'elles présentaient des effets secondaires [12].

Profession :

Les ménagères étaient les plus fréquentes avec 43,5%. Les élèves et étudiantes représentaient 13% alors que les artisans et les fonctionnaires représentaient respectivement 8,3% et 6,5%. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les femmes qui travaillaient ou qui étudiaient étaient moins susceptibles d'arrêter les contraceptifs que celles qui ne travaillaient pas, vraisemblablement parce qu'elles souhaitent garder leur emploi plutôt que de connaître une grossesse non désirée.

Le contexte de la contraception

La presque totalité des femmes enquêtées (80,8%) ont utilisé une méthode de contraception en post partum ; 5,6% des femmes l'ont utilisé pour raison d'étude et 3,7% des femmes ont utilisé parce qu'elles n'étaient pas mariées. Vu que la majorité des enquêtées étaient les femmes mariées, le constat était que la plupart utilisait la contraception après un accouchement probablement pour espacer la naissance. En plus, elles avaient plus d'occasions pour aborder le PF avec les prestataires lors de CPN, des CPON.

Choix informé

Dans notre étude 85,2% des femmes enquêtées avaient reçu des informations sur la prise en charge d'éventuels effets secondaires. Cela voulait dire que ces femmes recevaient des renseignements sur les effets secondaires au des séances de la planification familiale. Alors que dans l'EDSM VI ; les résultats de l'enquête montraient que près de sept femmes sur dix (68 %) utilisatrices de méthodes contraceptives modernes ont été informées de possibles effets secondaires ou de problèmes liés à l'utilisation de ces méthodes [3].

Méthode de contraception discontinuée

L'implant était la méthode la plus discontinuée chez 56,5% des enquêtées suivi de depo provera avec 38,9% et du DIU 3,7%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les implants étaient plus acceptés que les autres méthodes. Contrairement à

notre étude, dans l'EDSM VI, c'était pour les injectables et la pilule que les taux de discontinuation étaient les plus élevés (respectivement 53 % et 50 %) contre 17 % pour les implants [3].

Dans notre étude la raison pour l'arrêt du DIU pouvait être liée à la méthode et non au souhait de débiter une grossesse ou au fait qu'elles n'avaient plus besoin de protection. Cela suggérait que la plupart des utilisatrices de DIU avaient recours à des contraceptifs pour espacer les naissances le plus possible ou pour ne plus avoir d'enfants.

L'information du conjoint de la contraception

Trente-quatre virgule trois pourcent (34,3%) des femmes n'avaient pas informé leur conjoint de la méthode utilisée. Peut-être, ce résultat s'expliquerait de la crainte du non accord du conjoint pour utiliser une méthode contraceptive qui conduirait à une utilisation secrète. Tandis que Sarah Castle et al en 2015 avaient trouvé que le souhait d'avoir plus d'enfants que son partenaire (ce qui est susceptible d'indiquer une mauvaise communication entre les conjoints) était associé à un arrêt des contraceptifs plus important dans certains pays comme Kenya, Bangladesh et Indonésie [4]. Cependant Castle et collaborateurs en 1999 au Mali avaient trouvé que la découverte de l'utilisation secrète pouvait donc être dangereuse et entraîner pour les femmes un risque de divorce ou de violence de genre parce qu'elles ont désobéi à leur mari [13].

Raison d'arrêt de la méthode utilisée

Soixante-quatre virgule huit pourcent (64,8%) des enquêtées ont arrêté leur méthode de contraception pour cause effets secondaires et suivi de 13% pour cause de rumeurs et mythes et parmi les effets secondaires l'arrêt des règles était le plus noté chez 22,2%. Cela pourrait s'expliquer que ces femmes n'avaient des informations correctes en cas d'effet secondaire par exemple quand revenir voir les agents de santé ? Ou recourir en cas de ces effets ? Alors que Bagayoko M au Mali en 2019 avait trouvé comme raisons d'abandon de méthodes contraceptives entre autre spotting 48,5% ; opposition du mari 35,5% ; retard des règles 9,5% et

désir de grossesse avec 6,5% [8]. Tandis qu'une étude réalisée par Castle au Mali en 2003 a révélé que les troubles menstruels (sous forme d'aménorrhée ou de saignements prolongés) pouvaient avoir de graves répercussions, que les femmes pouvant notamment être accusées de sorcellerie et de comportement immoral. Ce phénomène pouvait entraîner le divorce ou l'acquisition d'une femme supplémentaire par le mari [14].

Dans les sociétés islamiques, une femme en période de règles ne peut pas prier, et dans d'autres sociétés, elles ne peuvent pas préparer de la nourriture ou avoir des relations sexuelles. Les troubles menstruels deviennent donc « visibles » pour les partenaires et les autres membres de la famille. Mais Sargent en 2006 pensait que dans certains contextes, l'utilisation de contraceptifs encouragera les femmes à avoir des mœurs légères, les rendra stériles ou pourrait provoquer le cancer ou d'autres maladies. Certaines sociétés associaient l'utilisation de contraceptifs à un infanticide ou pensaient à juste titre ou non que cela allait à l'encontre de leur religion [15]. Castle en 2011 avait trouvé au Mali « Sur l'un des marchés, où les femmes disaient que si on prenait la pilule, elles s'accumulaient dans l'estomac, et la femme deviendra stérile. [16]. Alors qu'au Cambodge, un médecin a dit de ne plus avoir peur des rumeurs liées à la planification familiale selon l'étude de Samandari et al en 2011 [17].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion :

L'arrêt des contraceptifs est un phénomène mal compris. Il a des répercussions significatives, non seulement au niveau de la planification familiale et de la santé maternelle et de l'enfant, mais aussi de la croissance de la population et du développement économique global des pays.

La presque totalité des femmes enquêtées (80,8%) ont utilisé une méthode de contraception dans le contexte de post partum.

L'implant était la méthode la plus discontinuée soit plus de la moitié de nos femmes enquêtées.

Pour les raisons d'arrêt de méthodes de contraception de longue durée, plus de la moitié des enquêtées ont arrêté leur méthode pour cause effets secondaires et suivi de 13% pour cause de rumeurs et mythes. Cependant, parmi les effets secondaires l'arrêt des règles était la plus fréquent.

Il est probable que l'amélioration de la qualité des services par le personnel de santé et les membres ASACO entraîneraient une diminution de l'arrêt des contraceptifs. En particulier de mettre en place des stratégies efficaces de communication à l'endroit des femmes sur les effets secondaires des méthodes contraceptives de longue durée et sur les méthodes alternatives après l'arrêt de la méthode contraceptive choisie.

Recommandations :

L'analyse des résultats obtenus nous avait permis au terme de notre étude de faire les recommandations suivantes :

1. À l'endroit du comité de gestion de l'ASACO :

- Mettre en place une stratégie de communication à l'endroit des femmes sur les effets secondaires des méthodes contraceptives de longue durée.

2. À l'endroit du personnel de santé :

- Renforcer la communication sur les effets secondaires et sur les méthodes alternatives après l'arrêt de la méthode contraceptive choisie.

3. À l'endroit des femmes :

- Demander les conseils en cas d'effet secondaire post contraception.

Fiche signalétique

Nom : N'Djigaba

Prénom : Mohamed

Titre de mémoire : Etude des raisons d'abandons des méthodes contraceptives de longue durée et Dépo provera dans le CSCOM U de Banconi

Année Universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays de soutenance : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako : FMOS

Secteurs d'intérêt : sante publique.

Résumé : **Introduction** : La sensibilisation de nos communautés sur la planification des naissances fut mal perçue et mal comprise d'où la réticence de plusieurs couples d'adhérer aux différentes méthodes proposées. L'objectif général de l'étude est de conduire une enquête d'opinion sur les raisons d'abandon de la méthode contraceptive choisie par les femmes du centre de santé communautaire universitaire de Banconi. **Méthode et Matériels** : Cette étude s'est déroulée au CSCOM U de Banconi commune I du district de Bamako. Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale qui s'est déroulée du 1er au 15 décembre 2020. **Résultats** : La tranche d'âge de 17 à 45 ans était majoritairement représentée avec 92,6%. L'implant était la méthode la plus discontinuée chez 56,5% des enquêtées suivi de depo provera avec 38,9% et du DIU 3,7%. Soixante-quatre virgule huit pourcent (64,8%) des enquêtées ont arrêté leur méthode de contraception pour cause effets secondaires suivi de 13% pour cause de rumeurs et mythes et parmi les effets secondaires l'arrêt des règles était le plus noté chez 22,2%. **Conclusion** : L'arrêt des contraceptifs est un phénomène mal compris. La presque totalité des femmes enquêtées (80,8%) ont utilisé une méthode de contraception dans le contexte de post partum. L'implant était la méthode la plus discontinuée soit plus de la moitié de nos femmes enquêtées. Pour

les raisons d'arrêt de méthodes de contraception de longue durée, plus de la moitié des enquêtées ont arrêté leur méthode pour cause effets secondaires et suivi de 13% pour cause de rumeurs et mythes. Cependant, parmi les effets secondaires l'arrêt des règles était la plus fréquent.

Mots clés : Raisons abandons, méthodes contraceptives, longue durée et Dépo provera, CSCOM U de Banconi

Abstract

Introduction: The sensitization of our communities on family planning was poorly perceived and misunderstood, hence the reluctance of many couples to adhere to the different methods proposed. The general objective of the study is to conduct an opinion survey on the reasons for abandoning the contraceptive method chosen by women at the Banconi University Community Health Center.

Method and Materials: This study took place at the CSCOM U of Banconi commune I in the district of Bamako. This was a descriptive, cross-sectional study that took place from December 1 to 15, 2020. **Results:** The 17 to 45 age group was predominantly represented with 92.6%. Implant was the most discontinued method in 56.5% of respondents followed by depo provera with 38.9% and IUD 3.7%. Sixty-four point eight percent (64.8%) of the respondents stopped their contraceptive method because of side effects followed by 13% because of rumors and myths and among the side effects the stopping of the rules was the most noted in 22, 2%. **Conclusion :** Stopping contraceptives is a poorly understood phenomenon. Almost all of the women surveyed (80.8%) used a method of contraception in the postpartum context. The implant was the most discontinued method, ie more than half of our women surveyed. For reasons of stopping long-term contraceptive methods, more than half of the respondents stopped their method because of side effects and followed by 13% because of rumors and myths. However, among the side effects, stopping menstruation was the most common.

Keywords: Reasons for abandonment, contraceptive methods, long-term and Depo provera, CSCOM U de Banconi

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

Références

1. **Ministre de la santé.** Plan d'action national de planification familiale du Mali. 2014-2018.
2. **Ministre de la santé du Mali.** Politique Normes et Procédures. 2019, volume 2.
3. **Ministre de la santé.** Enquête démographique et de santé sixième édition, Mali, 2018.
4. **Castle S Askew I.** Arrêt des contraceptifs : Raison, défis et Solution. Population Council, 2015, 36 p.
5. **A. CAMPANA** Cours pour les étudiants de médecine-Familly planning-Guidelines, reviews Document électronique consulté le 26 janvier 05 http://www.gfmer.ch/Cours/Index_cours_4e_annee.html.
6. **TRAORE S M, BALLO M B.** Planification familiale Cellule de planification et de statistique du Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001, 103p.
7. **D. Francoeur L. Hanvey R. Miller H Pymar.** Consensus Canadien sur la Contraception Chapitre 8, N°143, Troisième partie detrois, Avril 2003
8. **Bagayogo M.** Evaluation et problématique des méthodes contraceptives au centre de sante de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse méd, FMPOS, Bamako, 2004, n° 19M130.
9. **Kaunitz A M, Garceau R J, Cromie M A.** Comparative safety, efficacy, and cycle control of Lunelle monthly contraceptive injection (medroxyprogesterone acetate and estradiol cypionate injectable suspension) and Ortho-Novum 7/7/7 oral contraceptive (norethindrone/ethinyl estradiol triphasic). Lunelle Study Group. Contraception 1999; 60(4):179-87
10. **Black A, Francoeur D, Rowe T.** Consensus Canadien sur la contraception. JOGC 2004 : 143 ; 255-296.

11. **Anderson K, Odland V, Rybo G.** « Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova-T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial ». *Contraception* 1994; 49: 56-72.
12. **Bradley S, Schwandt H, Khan S.** Levels, trends and reasons for contraceptive discontinuation. DHS Analytical Studies 20, Calverton, MD, USA: iCF Macro, 2009, 91 p.
13. **Castle S, Konaté M, Ulin P, Martin S.** A qualitative study of clandestine contraceptive use in urban Mali, *Studies in Family Planning* 1999; 30 :231-248.
14. **Castle S.** Factors influencing young Malians' reluctance to use hormonal contraceptives, *Studies in Family Planning* 2003; 34: 186-199.
15. **Sargent C.** Reproductive strategies and Islamic discourse, *Medical Anthropology Quarterly* 2006; 20(1): 31-49.
16. **Castle S.** A Pre-service Training Assessment of Family Planning curricula in Mali, A Report to the Institute of Reproductive Health, Georgetown University, 2011.
17. **Samandari G, O'Connell K.** "If we can endure, we continue": understanding differences between users, discontinuers, and non-users of hormonal contraceptive methods in Pursat Province, Cambodia, *Women and Health* 2011; 51(3): 256-278.

ANNEXES

Fiche d'enquête

Date :/..... /2020

Numéro/fiche d'enquête :

Profession : Elève/Etudiante : / 1 / Ménagère : / 2 / Fonctionnaire : / 3 /

Aide-ménagère : / 4 / Artisan : / 5 / Autre : / 6 /

Age (ans) : ≤ 17 : / 1 17-45 : / 2 / > 45 : / 3 /

Résidence : Aire : / 1 Hors aire : / 2

Niveau d'instruction : Non scolarisé : / 1 / Primaire : / 2 / Secondaire : / 3 /

Universitaire : / 4 /

Statut matrimonial : Mariée : / 1 / Célibataire : / 2 / Divorcée : / 3 / Veuve : / 4 /

Quelle méthode de contraception de longue durée avez-vous utilisé au moins une fois ? Injectable : / 1 / Implant : / 2 / DIU : / 3 /

Autres à préciser :

Quel fut le contexte de cette contraception ?

Post partum / 1 / Post IVG / 2 / Fausse couche / 3 /

Autres à préciser :

.....

Quelle fut la durée sous contraception ?

< 3 mois : / /

3mois -2ans : / /

3ans- 5ans : / /

> 5ans / /

Est-ce que votre conjoint était au courant de votre contraception ?

Oui

Non

Est-ce que votre confidentialité était restée par le prestataire de soins ?

Oui - Non - Ne sait pas

Quelles sont les raisons d'arrêt de la méthode ?

Effets secondaires / 1 / - ne me convient pas / 2 / -

Discussion entre conjoints / 3 /

Pas reçue d'information de qualité par rapport à la méthode/ 4 /

Rumeurs et mythes/ 5/

Autres à préciser :

Quels sont les principaux effets secondaires notés ?

Saignements abandonnés / 1/ - Arrêt des règles / 2/

Règles prolongées / 3 / - spotting / 4 / - Vertige/ 5/ -Céphalée / 6/

Douleur abdominale/ 7/

Autres à préciser :.....

Avez-vous été informé de la prise en charge d'éventuel effet secondaire ?

Oui

Non

Quelle méthode alternative avez-vous utilisé après l'arrêt pour éviter la grossesse ?

Préservatif/ 1 /- Contraception d'urgence/ 2 /-Abstinence/ 3 /

Aucune/4 / - Autres à préciser :

Voulez-vous passer à une autre méthode ?

Oui

Non

C'est la fin de l'entretien, nous vous remercions pour votre participation !