

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI



Université des Sciences, des Techniques et des
Technologies de Bamako



FACULTE DE PHARMACIE (FAPH)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

THESE N°...../

TITRE

**EVALUATION DE LA GESTION DES
CONTRACEPTIFS DANS LA COMMUNE VI DU
DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le ...26.../...07.../ 2021
devant la Faculté de Pharmacie

Par M. Bakari DIOMBERA

**Pour obtenir le grade de docteur en pharmacie
(Diplôme d'Etat)**

JURY

Président : Pr. Elimane MARIKO

Membres : Dr. Dominique Patomo ARAMA

Dr. Mamadou KEITA

Co-directeur: Dr. Sadio DEMBA SYLLA

Directeur : Pr. Sékou BAH

Dédicaces

Je dédie cette thèse :

A Dieu et Son PROPHETE MOHAMAD (Paix et salut sur lui).

A L'ETERNEL TOUT PUISSANT

Au nom de DIEU (clément et miséricordieux) Louange à ALLAH le souverain du monde que nous adorons et dont nous implorons la très haute bénédiction. Louange à ALLAH et à son PROPHETE MOHAMAD (PSL) qui a fait que je sois de ce monde et qui m'a apporté un soutien sans faille et le courage nécessaire pour venir à bout de ce travail. Que sa bénédiction et sa protection soient sur nous tous.

A mon père : Mamadou Diombera

Mes premiers pas à l'école, c'est toi qui les guidas par ta bravoure et ton courage, tu nous as permis mes frères, sœurs et moi d'acquérir le gout du travail bien fait. Père exemplaire, tu as fait de moi ce que je suis et fier de l'être.

Tu nous as toujours dit avec la même ferveur que le travail et le courage fournissent les réponses à toutes les questions. Tu as créé en nous l'amour du travail bien fait, tes infatigables conseils ont porté fruits, tu nous as guidés avec rigueur mais aussi avec amour. Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un père exemplaire. Que DIEU te récompense et te garde encore longtemps parmi nous.

Amen !

A Ma mère : DIARIETOU SOUMARE

Douce mère

Tendre mère

Vénération mère

Tu es toujours prête à tout sacrifier pour que nous, tes enfants, réussissions, tu as toujours été là quand nous avons besoin de toi, ton amour et ton soutien ne nous ont jamais fait défaut, tes qualités humaines font de toi un être exceptionnel. Ce travail est le fruit de ton effort sans cesse renouvelé. Tu me répétais sans cesse que « seul le travail bien fait est gage de réussite » maman tu me connais mieux que moi-même. Aucun mot ne saurait traduire à sa juste valeur ce que je ressens pour toi. Nous espérons être à la hauteur et ne jamais te décevoir. Puisse DIEU te garder longtemps à nos côtés, Amen!

A Mes Sœurs et Frères :

Assa, Fatou, Cisse, Sosso, Aicha, Fenda ; Aboudou thierouna, Mamadou houmba, Abdoulaziz, Alhadji demba, Youssouf, Alahali, Abdouramane : DIOMBERA

Vos soutiens et vos conseils n'ont jamais fait défaut. Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité.

A mes grands-parents paternels et maternels : Dabo soumaré, Fenda soumaré, Thierouna fenda Diombera, Mamadou houmba soumaré,

Ce travail est le résultat de vos prières incessantes, de votre tendresse, et de votre Amour.

J'aurais bien aimé que vous soyez parmi nous pour qu'ensemble nous partageons ce bonheur.

Dormez en paix dans le royaume de Dieu. Amen !

➤ **Remerciements**

➤ **A mes oncles et tantes :**

Merci pour l'amour que vous m'avez toujours témoigné. Pérennisons ces liens et restons tolérants, croyants, travailleurs et très unis. Considérez ce travail comme le vôtre.

➤ **A Mon Docteur : BAKARI SISSOUMA**

Vous avez été pour moi comme un père ; ce travail est le vôtre ; merci pour tout ; qu'ALLAH renforce votre bonté et votre générosité et guide toujours vos pas.

➤ **A mes équipiers de la Pharmacie LOTHIOZAN : ISSA TRAORE,**

Salif Sissouma, Dr Modibo Traore, Dr Fatoumata Diawara, Mme Keita

Aissata Diallo, Mme Dembele korotoum Dembele, Adama Dembele ; Mariama camara ;

Le moment est venu pour moi de vous signifier ma profonde reconnaissance pour toute l'affection que vous avez rattaché à ma personne.

➤ **AU internes du CSREF de la CVI :**

➤ **Diata Diarra, Sékou Diarra et Samba Diarra.**

Je vous dédie ce travail en témoignage des moments passé ensemble.

➤ **A mes camarades de la 11^e promotion du numerus clausus : Abdoulgany Dicko, Lassine Diallo alias Pheno, Christine Ongoiba, Marie Ortense, Hawa Sylla, Bakaina Diarra, Mamadou Sidibe, Amadou Bassoum, Daniel Youbi, Nana kadidja Togola Koné, Souleymane Kaba** ainsi qu'à tout le Staff sous le règne de **Lassine Diallo dit Phéno** je n'oublierai jamais les années passées ensemble à la faculté.

➤ A tout le personnel de la Pharmacie Hospitalière de SOKONIKO et particulièrement **Mme Aramata et Mr Doumbia** merci pour votre accueil chaleureux, l'encadrement, l'affection, l'encouragement, et les conseils ainsi les Douas que j'ai reçus au sein de votre service recevez ici ma profonde gratitude

➤ **Aux Professeurs de la FMPOS ainsi qu'à tous mes maitres du premier cycle, du second cycle et du lycée :**

Merci pour la qualité de l'encadrement, dont nous avons bénéficié durant ces années d'études, qu'Allah vous accorde une bonne suite de carrière dans l'enseignement.

➤ **A Mon pays le MALI :** Hommage et remerciement à tous ceux qui sont tombés sur le champ de l'honneur, ainsi qu'à ceux qui continuent de lutter pour que ce beau pays retrouve son intégrité.

HOMMAGE AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY

A notre maitre et président du jury

Professeur Elimane MARIKO

- **Professeur honoraire de pharmacologie à la Faculté de pharmacie et à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie ;**
- **Président de l'association des ressortissants de la commune rurale de Tomba**
- **Ancien chef de la cellule de coordination du VIH-SIDA du Ministère de la défense et des anciens combattants ;**
- **Recteur de l'université scientifique libre de Bamako (USLB) ;**
- **Officier de l'ordre nationale du Mali.**

Cher Maître,

C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Cher maitre, vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable Veuillez trouver ici cher maitre l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

A notre maître et juge

Docteur Dominique Patomo ARAMA

- **Pharmacien, PhD Maitre-assistant en Chimie Thérapeutique ;**
- **Responsable de la division règlement et suivi de l'exercice de la profession**
- **Pharmaceutique à la direction de la pharmacie et du médicament**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de jugé ce travail. Votre compétence, vos suggestions et vos remarques ont permis d'améliorer la qualité de ce travail. En plus de vos connaissances scientifiques; votre sens élevé de la vie humaine mérite le respect.

Soyez assurer de notre profonde reconnaissance.

A notre maitre et juge

Docteur Mamadou Keita

Gynécologue au csref de la commune VI du District de Bamako.

Cher maitre,

Permettez-nous de vous remercier pour vos remarques pertinentes dont nous avons tenu compte pour l'amélioration de notre travail. Nous sommes persuadés qu'au-delà de ce jury.

Vous resterez pour nous un maitre, un juge et un expert auprès de qui nous pourrons nous ressourcer dans l'exercice de la profession.

Soyez assuré de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et co-directeur

Dr Sadio Demba Sylla

- **Pharmacien chef de Service de la pharmacie du Csréf de la commune VI du District de Bamako,**
- **Master deux (2) en suivi évaluation,**
- **Spécialiste sur le contrôle des épidémies.**
- **Cher Maître,**

Merci pour tout ce que nous avons appris à vos côtés. En plus de votre rôle de maître, vous avez été pour nous le grand frère et le conseiller supportant bien nos erreurs de la jeunesse. La joie du travail bien accompli explique toute la rigueur de vos méthodes. Cher maitre ce travail est le vôtre et nous vous prions d'accepter nos sentiments distingués

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈS

PROFESSEUR Sékou BAH

- **Titulaire d'un PhD en Pharmacologie ;**
- **Maître de conférences de Pharmacologie à la FAPH ;**
- **Titulaire d'un master en santé communautaire internationale ;**
- **Vice doyen de la faculté de pharmacie ;**
- **Membre du comité technique de pharmacovigilance ;**
- **Chef de service de la pharmacie hospitalière du CHU Point G.**

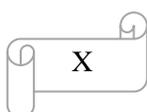
Cher Maître,

Vous nous avez honorés en acceptant de nous confier ce travail. Votre large ouverture d'esprit, votre gentillesse et votre clairvoyance font de vous un homme et un chercheur exceptionnel. La rigueur scientifique, la perspicacité et le goût de formation que vous avez faite de vous un grand scientifique. Nous sommes fiers d'être cités parmi vos élèves. Nous n'oublierons jamais vos conseils et ne cesserons de vous en remercier.

Cher Maître, soyez rassuré de notre profonde reconnaissance.

Table des matières

I. INTRODUCTION :	1
II. OBJECTIFS :	2
II.1. Objectif général :	2
II.2. Objectifs spécifiques :	2
III. GENERALITES	3
III.3. Planification familiale :	8
1. Les principaux acteurs de la Planification familiale :	11
2. Historique sur la contraception :	11
8.Les différentes méthodes de contraceptions :	18
IV. METHODOLOGIE :	38
A. Lieu d'étude :	38
B. Situation géographique :	38
C. SITUATION SOCIO-SANITAIRE :	39
D. Type et période d'étude :	41
E. Population d'étude	41
F. Echantillonnage	41
G. Critère d'inclusion et de non inclusion :	41
H. Considération éthiques et déontologiques:	42
V. RESULTATS	43
1-PERSONNEL SOIGNANT	43
2-PATIENTS	48
3- RESULTATS GESTION DE STOCKS	56
COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	60
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	67



SIGLES ET ABREVIATIONS :

- A.M.P.P.F** : Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille.
- ANIASC0**: Association de Santé Communautaire de Niamakoro 1
- APF** : Association pour la planification familiale
- ASACO** : Association de Santé Communautaire.
- ASACOBABA** : Association de Santé Communautaire de Banankabougou
- ASACOCY** : Association de Santé Communautaire de la Cité des 1008 logements sociaux
- ASACOFA** : Association de Santé Communautaire de Faladiè
- ASACOMA** : Association de Santé Communautaire Magnambougou
- ASACOMIS** : Association de Santé Communautaire de Missabougou
- ASACONIA** : Association de Santé Communautaire de Niamakoro 2
- ASACOSE** : Association de Santé Communautaire de Senou
- ASACOSO** : Association de Santé Communautaire de Sogoninko
- ASACOSODIA** : Association de Santé Communautaire de Sokorodji – Dianéguéla
- ASAC0YIR** : Association de Santé Communautaire de Yirimadio
- ASBC**: Agent de services à base communautaires.
- ASC** : Agent de Santé Communautaire.
- CAG** : Centrale d'achat des génériques.
- C.I.C** : Contraceptifs Injectables combiné.
- C.I.P.D** : Conférence Internationale sur la population et le Développement.
- C.O.C** : Contraceptifs oraux combinés.
- C.O.P** : Contraceptifs oraux progestatifs.
- C.S** : Centre de Santé.
- CPoN** : consultation post Natale.
- CS Réf** : Centre de Santé de Référence.
- CSCOM** : Centre de Santé Communautaire.
- D.I.U** : Dispositifs Intra Utérin.
- D.N.S** : Direction Nationale de la Santé.
- D.S.F.C** : Division Santé de la Famille et Communautaire.
- DSF** : Division Santé Familiale.
- E.D.S** : Enquête Démographique et de Santé.
- EDSIV** : 4^e édition de l'Enquête Démographique de Santé.
- EMP** : Education en matière de population.

EVF : Education à la vie Familiale.

IPPF : Fédération internationale pour la planification familiale.

I.S.T : Infection Sexuellement Transmissible.

I.V.G : Interruption Volontaire de la Grossesse.

KJK : Keneya jemu kan.

L.T : Ligature des Trompes.

LAM : Méthode de l'aménorrhée de la lactation

M.A.M.A : Méthode de l'Allaitement Maternelle et de l'Aménorrhée.

M.S.T : Maladie Sexuellement Transmissible.

MLD : Méthodes contraceptives de longue durée

MSI : Management Systems International.

O.M.S : Organisation mondiale de la Santé.

ONG : Organisation non Gouvernementale

P.F : Planning Familiale.

PC : Prévalence contraceptive.

PEIGS : Planification et Espacement idéale des Grossesses.

PF : Planification Familiale.

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social.

PSI : Population Système International

REMAPOD : Réseau des parlements Maliens pour la population et le développement.

S.R : Santé de la Reproduction.

SDADME : Schéma Directeur D'approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels.

SIDA : Syndrome D'immuno- Déficience Acquise.

TPC : Taux de Prévalence de la contraception

USAID : Agence des Etats-Unis pour le Développement International.

VIH : Virus de l'immuno- déficience Humaine.

Liste des tableaux

Tableau I: Chronologie de la mise en place des CSCOM et leurs distances par rapport au CSRéf.....	40
Tableau II : Taux de couverture des activités du planing familiale.....	41
Tableau III : Répartition du personnel selon la définition de la planification familiale.....	43
Tableau IV : Répartition des structure selon la disponibilité du nombre des méthodes temporaire de courtes durée	44
Tableau V: Répartition des structure selon la disponibilité des méthodes temporaire de longue durée	44
Tableau VI: Répartition des structure selon la pratique des méthodes permanents	45
Tableau VII: Répartition des structures selon les difficultés rencontrées avec les clients dans le cadres de l'utilisation des méthodes contraceptives	45
Tableau VIII : Répartition des structures selon le type	46
Tableau IX: Répartition des structures selon de la pérennité des activités de la planification familiale	46
Tableau X: Répartition des patients selon des avantages de la planification familiale	47
Tableau XI: Répartition des structures selon le rôles des partenaires dans les activités de la pf	47
Tableau XII: Répartition des patientes selon leurs professions.....	48
Tableau XIII: Répartition des patientes selon le lieu de résidence.....	49
Tableau XIV : Répartition des patientes selon le niveau de scolarisation.....	49
Tableau XV: Répartition des patientes selon le statut matrimonial	50
Tableau XVI: Repartition du nombre de grossesse en fonction du nombre d'enfants vivants	50
Tableau XVII: Répartition des femmes reçues en consultation selon l'intervalle de procréation	51
Tableau XVIII : Répartition des femmes selon la raison d'utilisation de la pf.....	51
Tableau XIX: Répartition des patientes selon les méthode de contraception connues	52
Tableau XX: Répartition des femmes selon les méthodes demandées	52
Tableau XXI: Répartition des femmes selon la personne qui a suggérée	53
Tableau XXII: Répartition des femmes selon types d'effets secondaires ressenties.....	53
Tableau XXIII: Répartition des femmes selon la conduite a tenir face aux effets secondaires	54
Tableau XXIV: Répartition des patients selon le cout de la prestation des méthodes contraceptives ..	54
Tableau XXV : Répartition des femmes selon les décideurs de l'espacement de naissances	55
Tableau XXVI: Répartition des patientes selon leur avis sur les conséquences du nombre (beaucoup) d'enfants	55
Tableau XXVII : Répartition des structures selon la disponibilité des documents normatifs.....	56
Tableau XXVIII : Répartition des structures selon la disponibilité des outils de gestions	57
Tableau XXIX :Répartition des structures selon la condition de stockage des médicaments	58
Tableau XXX: Répartition des structures selon la disponibilité des produits contraceptives	58
Tableau XXXI : Répartition des structures selon leur coefficient multiplicateur	59

Listes des figures

Figure 1 : La pilule contraceptive 19

Figure 2 : L'injection contraceptive 22

Figure 3 : Les implants..... 24

Figure 4 : Représentation des structures selon les méthodes temporaires les plus utilisées 43

Figure 5 : Répartition des patientes reçues en consultation selon l'âge..... 48

Figure 6 : Répartition des femmes selon le temps d'utilisation des méthodes contraceptives 51

I. INTRODUCTION :

Selon l'OMS la planification familiale est l'ensemble des mesures et méthodes que les hommes et femmes prennent ou utilisent pour éviter des grossesses non désirées et organiser la venue des enfants quand ils désirent.

Elles permettent d'avoir juste le nombre d'enfant qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soins ; d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants (1).

La contraception est reconnue comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien être des femmes ainsi que de leurs familles.

En effet, le rôle capital que joue la planification familiale dans la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile a été mis en évidence lors de plusieurs études et rencontres internationales notamment lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue en septembre 1991 au Caire (2).

L'OMS a estimé qu'en 1990, 1,4 millions d'enfants de moins de 5 ans sont morts et un demi-million de femmes en âge de procréer ont succombé suite à des causes liées à la grossesse ou à l'accouchement à travers le monde (1). Mais c'est en Afrique et en Asie que les taux sont les plus élevés (3).

En effet, en Afrique de l'Ouest et centrale, pour 100.000 naissances vivantes au moins 2000 mères disparaissent (3).

Parmi les décès survenant pendant la grossesse, les interruptions volontaires de la grossesse suite aux grossesses non désirées occupent une place de premier rang. Face à ces problèmes, diverses approches furent envisagées au Mali. Une d'entre elles fut l'adoption d'une politique nationale SMI/PF. Cette politique a pour objectif, de mettre un accent sur la priorité que le Gouvernement entend donner à la santé de la mère et de l'enfant. C'est ainsi que la Division Sante Familiale DSFC fut créée en 1980 précédée par L'Association Malienne pour la Promotion de la Famille l'AMPPF en 1971.

Selon l'OMS, l'AMPPF prévient 25-40% des décès maternels en espaçant les grossesses de 2 ans (3).

La prévalence contraceptive était et demeure dans une large mesure peu évaluée (3). L'Enquête Démographique et Santé (EDS) est une des études de référence au Mali.

D'après cette étude la prévalence contraceptive est de 5% au niveau national, 23% à Bamako et 3% en milieu rural (1).

Cette prévalence contraceptive est de 16% pour l'ensemble des pays du sahel, 10% pour l'Afrique et 48% pour le monde entier (3).

Au Mali, l'introduction des méthodes modernes de contraception est consécutive à la création de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) en 1971 et à la réorientation de la politique de santé maternelle et infantile. Cette introduction est également consécutive à la création de la Division Santé Famille et Communautaire (DSFC) en 1980 ; transformée en Division Santé de la Reproduction (DSR) en 2001 au sein de la direction nationale de la santé (DNS).

Le gouvernement du Mali ayant pris conscience de l'impact des problèmes des populations sur le développement socio-économique du pays a adopté le 8 mai 1991 une politique nationale des populations révisées en 2001 (2).

Malgré des efforts entrepris en matière de Santé de la Reproduction (SR), force est de constater que la Mali fait partie des pays où la prévalence contraceptive est l'une des plus basses seulement 8% selon la 4^e édition de l'Enquête Démographique de Santé (EDSIV) (2). C'est dans ce cadre que nous avons décidé d'évaluer la gestion des contraceptifs dans la commune VI du district de Bamako en vue d'éviter les complications et de séquelles liées à des grossesses non planifiées et de réduire le nombre des avortements non médicalisés.

MOTIVATION DE LA RECHERCHE

❖ Améliorer la santé de la population de la commune CVI du District de Bamako.

II. OBJECTIFS :

II.1. Objectif général :

Evaluer la gestion des contraceptifs dans la Commune VI du District de Bamako.

II.2. Objectifs spécifiques :

- Définir le profil socio-démographique des clientes.
- Déterminer le taux d'utilisation des contraceptifs dans les structures de santé de la Commune VI du District de Bamako.
- Evaluer la disponibilité des contraceptifs dans les structures sanitaires de la Commune VI du District de Bamako.
- Déterminer les conditions de stockage des contraceptifs dans les structures sanitaires de la Commune VI du District de Bamako.
- Recenser les cas d'effets secondaires liés à l'utilisation des contraceptifs dans les structures sanitaires de la Commune VI du District de Bamako.

III. GENERALITES

III.1. Définitions :

Officine de pharmacie :

On entend par officine, l'établissement tenu par un pharmacien propriétaire ou copropriétaire et affecté à l'exécution des ordonnances magistrales, à la préparation et la vente au détail des produits du domaine pharmaceutique. L'officine est essentiellement un établissement vendant au détail au consommateur.

Pharmacie :

La pharmacie peut être définie comme l'ensemble des connaissances scientifiques et techniques qui concourent à la fabrication, au contrôle, au conditionnement, à la conservation et à la délivrance des médicaments.

Ordonnance :

C'est le document qui permet la bonne utilisation des médicaments prescrits par les prescripteurs autorisés. Il comporte deux volets dont l'un (la souche) reste au dépôt ; il doit être classé, conservé, par ordre de numérotation et l'autre volet (l'originale) est rendu au malade. (USAID).

Médicament :

Selon l'OMS un médicament est « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines et animales ainsi que tout produit pouvant être administré à l'Homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic ou restaurer, corriger ou modifier leur fonction organique ».

Les médicaments génériques :

Les médicaments génériques sont des strictes copies de la spécialité originale dont le brevet est tombé dans le domaine public. Il est « essentiellement similaire » au médicament original de référence : il a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs et la même présentation.

Médicaments de spécialité pharmaceutique :

Les médicaments de spécialité de spécialité pharmaceutique sont des médicaments préparés à l'avance, présentés sous un conditionnement particulier, caractérisés par une dénomination spéciale.

✚ Médicaments Traditionnels Améliorés :

MTA sont des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle locale, à limites de la toxicité déterminées, à l'activité pharmacologique confirmée par la recherche scientifique, à dosage quantifié et qualifié contrôlée de leur mise sur le marché.

✚ Médicament magistral :

C'est un médicament préparé extemporément à l'officine en exécution d'une ordonnance émanant d'un praticien qualifié est qui en précise la formule détaillée.

Cette formule en principe originale est adaptée au traitement particulier d'un malade.

✚ Médicament officinal :

C'est un médicament préparé à l'avance selon une formule officielle émanant d'une pharmacopée ou d'un formulaire national.

✚ Dispensation en pharmacie

Est parfois employé pour désigner l'ensemble des actes qu'un professionnel de santé habilité (le plus souvent pharmacien) effectue dans le contexte de la distribution d'un médicament à une personne ou à un groupe (4).

✚ Contraception

C'est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable, de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances et avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu. (5)

Elle peut être définie aussi comme une méthode visant à éviter, de façons réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé (5).

En général le contrôle des naissances ou la contraception est une méthode qui empêche une femme de devenir enceinte (6).

Les méthodes scientifiques de contraception apparaissent dans le courant du XIX^{ème} siècle et surtout dans sa seconde moitié.

La contraception n'est pas une question nouvelle mais s'accompagne toujours de débat (5).

✚ Planification familiale selon l'OMS :

C'est l'ensemble des mesures permettant de favoriser des naissances, d'agir sur l'intervalle entre les naissances, d'éviter les naissances non désirées et de donner à chaque couple le moyen de déterminer le nombre d'enfants qu'il désire au moment voulu. Elle englobe la lutte contre la stérilité, la mise en œuvre des moyens de contraception, l'éducation sexuelle et familiale (7).

Dans le monde, différents concepts sont utilisés selon les programmes, les pays, selon les politiques gouvernementales. C'est ainsi qu'on distingue :

+ Espacement des naissances :

Insiste sur la notion d'intervalle à maintenir entre les naissances sans se préoccuper de la taille de la famille.

+ Régulation des naissances :

Insiste sur l'idée de régulation par opposition à la soumission, à la fatalité biologique, au hasard de l'arrivée des enfants.

+ Contrôle des naissances :

Insiste sur la régulation du nombre des naissances aussi bien par la famille que par la nation.

+ Limitation des naissances :

Elle suppose l'intervention de l'Etat comme dans le contrôle des naissances dont il est proche. Elle soutient l'idée de réduire le taux d'accroissement de la population.

→ **Au Mali**, le concept de la Planification Familiale est un ensemble de mesures et de moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles et juvéniles notamment celles liées au IST, VIH SIDA, aux grossesses non désirées, aux avortements et d'assurer ainsi le bien-être familial et individuel.

Les composantes de la Planification Familiale retenues par le Mali sont :

- La contraception
- La prévention et le traitement de l'infertilité
- La prévention et le traitement des IST/VIH/SIDA
- L'éducation à la vie familiale/éducation en matière de population (EVF/EMP)
- Les activités connexes : égalité entre les sexes et promotion des femmes, diminution de la discrimination envers les filles, responsabilité, implication des hommes. Notre étude se propose d'étudier l'une des composantes de la planification familiale : la contraception.

+ Efficacité pratique de la contraception :

Efficacité d'usage de la contraception. Elle est liée à l'acceptabilité du procédé et à la motivation des couples qui l'utilisent.

+ Efficacité théorique de la contraception :

Efficacité technique de la contraception. Elle implique l'utilisation d'une méthode de contraception de manière continue suivant les instructions données.

✚ Indice de Pearl :

Mesure de l'efficacité de la contraception, qui exprime le taux des échecs en fonction du nombre de grossesses pour 100 années-femmes à risque.

Cette mesure est proportionnelle au rapport, chez les couples contracteurs, du nombre de conceptions accidentelles durant une période, au nombre de mois d'exposition au risque de concevoir durant cette période. Cet indice r s'exprime par la formule :

✚ Nombre de conception accidentelles : Nombre de mois d'exposition au risque de concevoir $X \setminus (120) (8)$.

✚ Taux de Prévalence de la Contraception (TPC) :

Pourcentage de femmes en âge de procréer actuellement mariées, veuves ou « en union » (15 à 39 ans) qui utilisent une méthode de contraception moderne. La formule est la suivante

L'acceptabilité : L'acceptabilité de la méthode contraceptive dépend en partie de son attitude et l'altitude des autres à l'égard de la méthode et de la contraception en général (9).

✚ Cycle menstruel :

Contrairement à la fécondité de l'homme, qui dans l'ensemble est constante, la fécondité de la femme évolue par cycle.

Le cycle menstruel est une succession d'un ensemble de phénomènes physiologiques se répétant régulièrement en dehors des périodes de grossesse, de la puberté à la ménopause, du début d'une menstruation au début de la suivante pendant une durée moyenne de 28 jours.

La menstruation est un phénomène physiologique caractérisé par un écoulement sanguin périodique d'origine utérine se produisant chez la femme lorsqu'il n'y a pas eu fécondation de la puberté à la ménopause. Comprendre ce cycle permet aux médecins et aux utilisatrices de choisir les méthodes de planification des naissances qui leur seront les mieux appropriées et d'aider les individus à utiliser ces méthodes correctement.

A chaque cycle féminin, les hormones messagères chimiques du corps stimulent les changements survenant dans le corps. Ces changements s'accumulent petit à petit jusqu'à la maturation de l'ovule nécessaire à la fécondation, la muqueuse de l'utérus (endomètre) devient riche et abondante en éléments nutritifs, dans l'attente d'une grossesse éventuelle. Si un spermatozoïde féconde l'ovule pendant le cycle, on verra une grossesse se produire. Si au contraire l'ovule n'est pas fécondé, les hormones cessent peu à peu de préparer le corps de la femme à la grossesse. La muqueuse de l'utérus, alors abondante en éléments nutritifs, se desquame et le cycle recommence.

III.2. Physiologie du cycle menstruel :

On peut diviser le cycle menstruel en trois (3) parties : le cycle ovarien, le cycle utérin et les fonctions de certains organes du cerveau (10).

Classification du cycle menstruel : la durée moyenne d'un cycle menstruel est de 28 jours, mais peut varier d'un cycle à l'autre chez une femme ou peut varier d'une femme à l'autre. Il existe des cycles courts qui sont de 21 jours et des cycles longs qui varient de 35 à 45 jours.

2.1. Cycle physiologique de la reproduction ou cycle « menstruel » :

Le cycle menstruel se décompose en cycles utérin et ovarien.

Ces derniers sont sous la dépendance des hormones sexuelles (les œstrogènes et la progestérone) ainsi que des hormones hypothalamo-hypophysaires (LH-RH ou GnRH, FSH et LH). La régulation de ces cycles se fait grâce à des systèmes de rétrocontrôle négatif ou de rétrocontrôle positif. C'est la période qui s'écoule du premier jour des règles au premier jour des règles suivantes. Il s'agit d'une série d'évènements se reproduisant régulièrement, d'une durée moyenne de 28 jours, pendant la période de fertilité d'environ 36 ans (de la puberté à la ménopause). Théoriquement le corps jaune ne vit que 14 jours après l'ovulation donc une femme qui a un cycle de 23 jours, ovule le 9ème jour (11) .

2.2 CHAINE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS CONTRACEPTIFS AU MALI

Dans le cadre de la politique d'approvisionnement en contraceptifs au Mali, l'USAID subventionne les produits à travers la DPM.

Cette structure ravitaille la CAG et la PPM.

La CAG lui à son tour, fait des reconditionnés en Duofem (COC), Dépo-provera (injectable), Préservatif et ensuite approvisionne les secteurs privés.

La PPM vend en vrac aux secteurs publics et parapublics, souvent la PPM s'approvisionne auprès de la CAG en cas de rupture et vice versa.

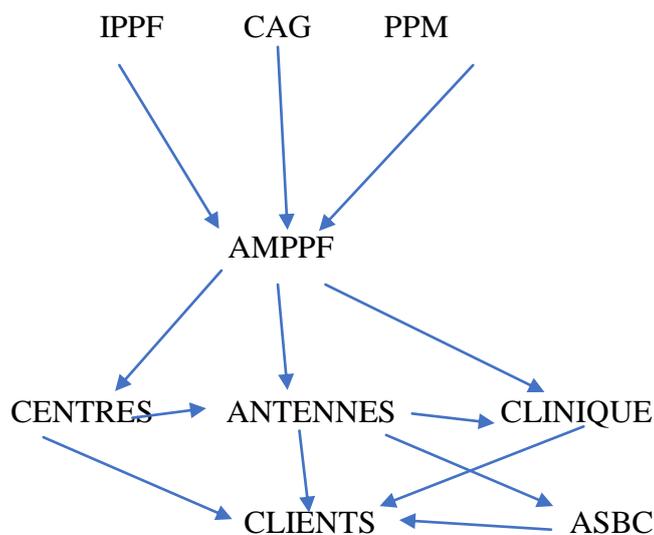
Au niveau National, seule la PPM ravitaille des magasins régionaux de la santé.

Par la suite, ceux-ci approvisionnent les dépôts répartiteurs des cercles.

Ce schéma se présente comme suit :



RESEAU DE DISTRIBUTION DE L'AMPPF :



Le réseau de distribution de l'association est composé de six (6) antennes, d'un (1) Magasin central, d'une Clinique située au siège et des Centres(12).

III.3. Planification familiale :

Au Mali, le concept de Planification Familiale (PF) comprend un ensemble de mesures et moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles et juvéniles notamment celles liées aux IST-VIH /SIDA, aux grossesses non désirées, aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel.

Ceci, implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individus ou couple pour l'aide à choisir la mesure où le moyen de régulation de sa fécondité.

Actuellement un nouveau concept de PF qui est la Planification et l'Espace idéal des grossesses pour la santé (PEIGS) est disponible.

La PEIGS est un concept qui détermine le temps qui doit s'écouler entre un accouchement ou un avortement et une nouvelle grossesse pour une fertilité saine. Cet intervalle idéal est au moins de 2 ans et au maximum 5 ans pour un pour un accouchement et 6 mois pour un avortement. C'est une porte d'entrée efficace pour renforcer et redynamiser la PF dans les milieux sensibles parce qu'elles visent la bonne santé du couple mère enfant apparaissant ainsi comme une invention préventive dans le cadre d'une approche de promotion de la mère et de l'enfant (13).

La planification familiale est un service destiné à aider les familles pour l'amélioration de la santé des enfants par un contrôle des naissances.

Chaque année, il y'a 66 millions de grossesses non désirées et plus 340 000 décès dus à des complications liées à la grossesse et l'accouchement.

Au Mali, la mortalité maternelle est de 464 femmes pour 100 0000 naissances vivantes, ce qui est très élevé. C'est pour ces raisons que le ministère de la santé a retenu l'offre de service de méthodes de planification familiale de longue durée (DIU et implant) comme l'une de ses stratégies de lutte contre la mortalité maternelle et infantile.

Le Mali fait partie des pays où la prévalence contraceptive est l'une des plus basses en dépit des efforts entrepris en matière de santé de la Reproduction 31,2% des femmes en union ont des besoins non satisfaits et une faible prévalence contraceptive des méthodes modernes (7%). PSI Mali s'est engagé aux côtés l'Etat malien pour accélérer les efforts de relèvement du taux de prévalence contraceptive dans la perspective de l'atteinte 2015 (14).

C'est dans ce cadre-là que PSI Mali fait la promotion des Méthodes contraceptives de Longue Durée (MLD) à travers :

✓ L'information : une vaste campagne médiatique (radiophonique et télévisuelle) a été lancée à travers tout le pays afin d'informer la population sur l'étroite corrélation entre le rapprochement des naissances et la Mortalité Maternelle, et de sensibiliser la population sur les avantages de l'espacement des naissances.

✓ Un plaidoyer en vue d'obtenir l'appui et le soutien non seulement des décideurs nationaux et internationaux, mais aussi des leaders religieux qui ont une grande influence sur les décisions des ménages.

✓ Une forte mobilisation communautaire à travers les activités des relais

✓ La création d'une ligne verte à travers laquelle les clientes peuvent avoir toutes les informations autour de la Santé de la Reproduction, du Planning Familiale et des différentes Méthodes contraceptives et à travers laquelle elles seront orientées vers les cliniques PROFAM.

✓ Enfin l'amélioration de l'offre de service d'insertion et de retrait d'implants et de DIU à travers le réseau de franchise sociale PROFAM, qui contribue également à la sensibilisation et à l'information des clientes sur les différentes méthodes contraceptives. Ces prestations sont conformes aux normes de qualité du manuel d'assurance qualité.

Au Mali l'existence des lois, notamment « Loi N° 02-044 du 24 Juin 2002 portant santé de la reproduction », donne aux femmes le droit d'accès à la PF. Par ailleurs, le document de Politique Nationale de Population dans sa version d'avril 2003 a fixé comme objectif « augmenter la prévalence contraceptive des méthodes modernes de 8,2% en 2001 à 30% en 2025 » dans le cadre de l'objectif « contribuer à la maîtrise progressive de la fécondité au

Mali » à cet effet toutes les femmes en union, non en union et les adolescentes sont autorisées à effectuer la PF si elles le désirent. La promotion dans l'offre de service PF est faite à travers le renforcement de capacité des agents de santé. Les relais et les agents de santé communautaire (ASC) sont intégrés dans le système afin d'approcher le service PF aux utilisateurs. Ainsi tous ces agents offrent les méthodes de barrières, les pilules et les injectables.

Ainsi le Plan Décennal de Développement Sanitaire Social 2014-2023 a aussi inscrit comme priorité la promotion de la PF dans le souci de « Réduire la mortalité maternelle et néonatale » (Sous-programme de l'objectif stratégique prioritaire n° 1). Avec pour objectif d'augmenter la PC à 30% en 2025 et la PF étant également une composante de la SR, le gouvernement du Mali à travers la DNS a élaboré le plan stratégique de la santé de la reproduction 2014-2018 dont l'une des priorités est l'élaboration d'un plan d'action national pour renforcer le repositionnement de la PF.

Système de gestion de la chaîne d'approvisionnement pour les produits de PF.

Les produits de la PF doivent suivre le système d'approvisionnement et de gestion décrit dans le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME).

La chaîne d'approvisionnement des produits de PF au Mali est donc identique aux autres médicaments essentiels. Les produits de la PF sont achetés à travers différentes sources et mécanismes de financement tels que le Gouvernement du Mali, l'USAID, l'UNFPA, KfW et le Projet de Renforcement de Santé de la Reproduction de la Banque Mondiale.

La centrale d'achat (la Pharmacie Populaire du Mali, ou PPM) est chargée de réceptionner, stocker et distribuer tous les produits de la PF destinés au secteur public y compris ceux achetés par les bailleurs de fonds. Keneya Jemu Kan (KJK), MSI, l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille et le Groupe Pivot/Santé et Population reçoivent et distribuent les produits destinés au marketing social.

Les produits du marketing social sont reconditionnés et certains portent des noms commerciaux différents de ceux du secteur public. Ainsi Depo-Provera au niveau du marketing social devient Confiance, le préservatif masculin est appelé Protector Plus, le préservatif féminin est appelé Protective, et le Microgynon est appelé Pilplan D. Il est important de signaler la donation gratuite des produits de la PF par les bailleurs de fonds, incluant l'USAID, l'UNFPA, KfW et le Projet de Renforcement de Santé de la Reproduction de la Banque Mondiale, à l'État du Mali.

1. Les principaux acteurs de la Planification familiale :

Les principaux acteurs externes fournissant des appuis techniques et/ou financiers aux activités de planification familiale au Mali sont :

KfW, sous forme de cofinancement de l'achat des produits contraceptifs ;

UNFPA, sous forme de plaidoyer, assistance technique et financière, renforcement des capacités institutionnelles et formations ;

USAID, surtout à travers ATN+, sous forme d'assistance technique, formations, études ; et Kénéya Ciwara, en termes de formation et assistance financière aux ONG locales (15).

Ces trois organisations fournissent aussi un appui au système de sécurisation des produits de contraception.

2. Historique sur la contraception :

a. Dans le monde :

Selon Serfaty (16), la limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances.

La contraception était pratiquée dans l'antiquité, Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix. Elle le fut ensuite et l'est encore de nos jours dans les proportions respectives extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle (17).

Mais l'histoire de la contraception n'est pas en dehors des moyens employés, illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée toujours présents dans la société ou chez l'individu lui-même : le conservatisme ou le changement ; la tradition ou le progrès ; la foi ou la raison (16). Autrement, si l'homme tend en général à vouloir modifier son être, non pas pour le sens d'un artifice destructeur, mais pour son bien actuel et futur, le contrôle de sa reproduction fait partie de ce souci d'une vision large de son avenir.

b. En Afrique :

En Afrique, la rencontre la plus importante en matière de santé maternelle et infantile et de PF est celle qui s'est tenue à Bamako (Mali) en septembre 1987. Il s'agissait de la 37^{ième} session du comité régional de l'Afrique pour l'Initiative de Bamako, rencontre qui a réuni presque tous les ministres africains de la santé. Le thème de cette rencontre était la santé des femmes et des enfants à travers le financement de la gestion des médicaments essentiels en ce qui concerne les communautés (18). Bien avant cette date, une série de conférences sur le thème «

femmes et enfants » avait eu lieu dans différents pays africains. C'est surtout après la réunion sur l'IB que les grandes lignes de politiques de PF ont commencé à se dessiner à travers des rencontres organisées dans différents pays africains (19). Dans les années 80, nous avons assisté un peu partout en Afrique à la création d'association pour la PF (APF). Les années 90 ont été celles de symposiums sur la santé de la reproduction, la santé génésique, la santé sexuelle des individus, des couples et des familles (20). Ces différentes rencontres montrent l'intérêt régional porté à la SR et à la PF.

c. Au Mali :

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique, culturel, économique et spirituel. Avoir de nombreuses progénitures est source à la fois de richesse (maximum de bras travailleurs pour augmenter la production) et de bénédiction divine (10). La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée comme malédiction ou de tares notamment pour la femme (2). Malgré le comportement pro-nataliste, les Maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances : c'est ainsi qu'après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant 40 jours.

Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement (10). Une femme doit avoir des enfants, mais il demeure également vrai que la survenue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) serait sujet de moqueries.

Cependant, avoir des enfants hors – mariage ou adultérins renvoie à un signe de mauvaise éducation et d'immoralité et la femme y paie plus que l'homme (21).

On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs comme le tafo.

La fréquence de ces pratiques serait en diminution notamment dans le milieu urbain(22) .

La société malienne contemporaine est prise en porte – à - faux entre les valeurs séculaires (culturelles, morales et religieuses) et les logiques postcoloniales d'une culture de la raison et de la liberté de l'individu selon le modèle d'humanisme progressiste hérité à la fois du colonialisme et de la révolution socialiste des années 1962 (10).

Dans le cadre du repositionnement de la PF ,Mali a participé de manière active à l'instar des pays francophones de l'Afrique de l'Ouest à la conférence sur « Population ,Planification Familiale et développement » : l'urgence d'agir tenue du 8 au 10 Février 2011 à Ouagadougou ainsi qu'aux conférences de Sally Mbour au Sénégal sur « l'engagement de la société civile en faveur de la planification familiale) en Septembre 2011, de Dakar sur

Novembre 2011, de Londres tenue en Juillet 2012 et récemment celle d'Addis-Abeba en Novembre 2013 .A la suite de ces conférences, le Mali a développé, à travers un processus participatif et inclusif ,un Plan d'Action de repositionnement de la planification familiale .A la demande du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique du Mali ,ledit plan a fait l'objet d'un affinement qui a associé tous les acteurs clés. Ce plan d'action PF est en harmonie avec le PRODESS et constitue un outil de mise en œuvre des activités de PF prévues dans le plan stratégique national santé de la reproduction 2014 -2018.

Sa mise en œuvre effective contribuera sans nul doute à une meilleure coordination des activités de planification familiale et une amélioration sensible de la prévalence contraceptive sur l'ensemble du pays.

Eu égard à tous les bienfaits de la planification familiale, le concept doit être compris et mis en œuvre à travers une approche multisectorielle et inclusive permettant à divers secteurs et acteurs d'apporter leur contribution à l'atteinte de l'objectif ambitieux mais réalisable que se fixe le présent plan d'action à savoir une prévalence contraceptive de 15% en 2018.

En effet pour inverser la tendance actuelle de l'utilisation des services de planification familiale qui hypothèque la qualité de vie, fragilise la santé ,la survie des femmes ,des enfants et compromet sérieusement la réalisation des objectifs nationaux de développement, nous devons tous nous investir à réduire au minimum les conséquences des naissances non planifiées en mettant en œuvre des stratégies novatrices et multisectorielles permettant de répondre en priorité aux besoins des couples et des individus en planification familiale (23).

3. Morale et éthique de la reproduction :

3.1. Antiquité :

L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les lieux et les années (24).

3.2. Aspects religieux et philosophiques :

a. Le christianisme et la contraception

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larchet, mais l'expansion et la banalisation de cette pratique dans les sociétés modernes par la mise à disposition des moyens plus nombreux et plus sûrs, ont suscité des réactions aigues et accentué le débat du côté des confessions chrétiennes traditionnellement réservées vis-à-vis de la contraception. On notera que certaines pratiques et prescriptions communément admises au sein de l'église ancienne (et toujours en vigueur à l'église orthodoxe) ont eu pour objectif, une limitation des naissances. L'abstention de rapports sexuels durant la menstruation, la grossesse mais également lors des

jours et des périodes de carême (qui totalisent la moitié des jours d'une année), ainsi que les jours précédant la communion et la pratique de l'allaitement maternel réduisaient considérablement le nombre de jours fertiles (23)

b. L'islam et la contraception

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat (11) en 1971 est la suivante : « la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture (23).

La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à cette conférence. Les compagnons du prophète (Paix et salut sur Lui) la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique et en discutaient avec lui et il ne l'interdisait pas (23).

Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite ce qui n'est pas le cas. Le mariage est une association de deux libertés ; la femme n'est ni un objet sexuel, ni une machine à reproduire, c'est la volonté du couple qui décide librement de sa progéniture.

Aucun texte de l'islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation reste l'objet essentiel de l'accouplement comme de l'harmonie sexuelle. Dans ce cas la contraception reste libre si un couple la souhaite.

Aucun texte de l'islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement (16).

4. Principales dates politique de la planification familiale (23) :

Le Mali a été l'un des premiers pays à adopter une attitude de tolérance vis-à-vis de la planification familiale (23).

En effet, depuis 1971, une délégation malienne s'est rendue à Montréal (Canada) pour participer à un séminaire sur la planification, après le Mali a signé un accord avec les organisations.

En 1974 le Mali a soumis à la déclaration de Bucarest un Séminaire pour un projet d'assistance en planning familial pour quatre ans. A ce moment, entre les approches démographiques et sanitaires de planning familial, c'est l'approche sanitaire qui a été choisie en absence de paramètres démographiques suffisamment maîtrisés de l'époque. C'est dans cet

élan que l'Association Malienne pour la Protection et Promotion de la Femme (AMPPF) a été créé le 7 Juin 1971.

En 1972, le Mali abrogea la loi du 31 Juin 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisaient la propagande anticonceptionnelle. Un centre pilote a été créé à Bamako par l'AMPPF dont l'objectif était l'espacement de naissance. La pratique du planning était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes et parentale pour les célibataires.

En 1973, deux séminaires dont un inter africain sur l'éducation sexuelle et l'autre inter syndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako (25).

En 1978 le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaire dont l'une des composantes est la planification familiale dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances. En 1980, la division santé familiale(DSF) a été créé au sein du ministère de la santé publique et des affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial. En 1990 deux séminaires nationaux ont été organisés à Bamako pour l'ébauche d'une politique de population, femme et développement. En 1991, le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population (21).

En 1994 avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Egypte), les gouvernements dont le Mali se sont engagés à agir dans le domaine de la santé de la reproduction, engagement réitéré lors de la 4ieme conférence mondiale sur les femmes à Beijing(Chine) en septembre 1995. En Juin 1995, a été organisée un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle infantile et planning familial.

Avec le temps, le concept malien en matière de planning a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionné à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuelle qui définit le planning familial comme : l'ensemble des mesures et moyens de régulation de fécondité, l'éducation et de prise en charge d'affection de la sphère génitale mise à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelle, infantile et juvénile notamment celles liées aux IST /SIDA, aux grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel. Ceci implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir le ou les moyens de régulation de la fécondité (23).

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

5. Les principales lois relatives à la santé de la reproduction au Mali (26) :

A/La loi \ddagger , 02-044 relative à la sante de reproduction dite loi Lahaou Toure adoptée le 24 juin 2002. Il est à noter que la loi sur la santé de la reproduction a été initiée par l'assemblée nationale sous forme de proposition de loi introduite par le REMAPOD et adoptée partir d'une proposition régionale ouest africaine (cote d'ivoire 1999). Cette introduction a été faite dans un contexte marqué par de nombreuses barrières juridiques et non juridiques à la santé de la reproduction SR/PF :

L'existence de la loi de 1920 qui interdisait la propagande anticonceptionnelle et l'avortement; le statut légal de femme peu favorable à la sante de la reproduction au Mali

Il faut noter que le processus d'adoption de cette loi a bénéficié de l'engagement des parlementaires maliens et du réseau régional départementaires, de la collaboration des ministres en charge de la santé et de la femme, de la société civile, des juristes et aussi du soutien de partenaires comme l'USAID, l'UNFPA et Policy projet.

La loi sur la santé de la reproduction est structurée en quatre titres et vingt un articles qui traitent de la définition (I), de la santé de la reproduction(II), des dispositions pénales (III) et des dispositions transitoires et finales (IV) annonce deux décrets : le premier détermine les conditions et les modalités de fabrication des produits contraceptifs au Mali et le second fixant les conditions et modalités d'octroi de l'assistance particulière aux malades du sida ou personnes vivantes avec le VIH et les garanties de confidentialité.

La loi relative à la santé de la reproduction annonce également deux arrêtés : Le premier portant sur la liste des produits, des méthodes et des moyens de contraception légalement approuvés et le deuxième inter ministériel, fixant les conditions d'importation des produits contraceptifs

B/Lettre circulaire \ddagger , 004/MSA-AS/CAB du 25 janvier 1991.

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

6. Objectif de la planification familiale :

Prévenir les grossesses non désirées et espacer les naissances.

6.1 Les bénéficiaires de la PF :

Les bénéficiaires des services de contraception sont les hommes, les femmes, en âge de procréer et en particulier les femmes jeunes sans enfants, des grandes multipares, les personnes à comportements à risque des IST, VIH et sida, les malades mentaux, les adolescents (es) et les jeunes, la famille et la communauté.

Les méthodes de contraception, à l'exception des méthodes permanentes (ligature de trompes et vasectomie) devront être à tous les bénéficiaires qui en feront le choix, sans exiger l'autorisation ou le consentement parental ou marital.

6.2. Les structures de la PF :

Les services de contraception seront offerts par les structures socio-sanitaires publiques, parapubliques, privées, communautaires, confessionnelles, les ONG, les garnisons, les pharmaciens et les villages.

Les références se feront vers les structures socio-sanitaires plus compétentes disposants d'un personnel plus qualifiés.

6.3. Les Responsables de la PF :

Le Ministère de la santé à travers la Direction National de la Santé est responsable de la conception et de l'élaboration de la politique des services de contraception, ainsi que la coordination et le suivi des activités.

La mise en œuvre est dévolue au niveau opérationnel avec l'appui des Directions Régionales de la Santé.

Différents intervenants participent dans l'offre des services de contraception en particulier les ONG /Associations, les organismes privées, communautaires et confessionnels.

7. Les principaux critères d'acceptabilité d'une méthode sont :

L'attitude des prestataires vis à vis de la méthode, les effets secondaires et leur prise en charge, les questions sociales, culturelles et religieuses liées à la méthode, la facilité d'utilisation, l'acceptabilité de la méthode (Coût, disponibilité, facilité d'acquisition), les répercussions sur les relations du couple (25).

7.1 L'innocuité

Tout comme il n'existe pas de contraceptifs efficaces à 100%, il n'existe pas non plus de contraceptifs sans risque.

En fait, il existe toute une variété de risques auxquels on expose lorsqu'on utilise une certaine méthode. Les risques liés aux dangers inhérents à la méthode sont ce que la méthode est liée à un décès, une hospitalisation, une perte de fécondité, une hystérectomie, des douleurs, une infection des voies génito-urinaire, etc.

Les risques pouvant apparaître en raison des inconvénients que la méthode peut présenter. Cette méthode rend-elle les rapports sexuels moins agréables voire même désagréables ? est-elle très chère ? fait elle perdre des heures ou des jours de travail ? Entraîne-t-elle une insatisfaction ou l'embarra du partenaire.

Les risques liés à la grossesse en cas d'échecs de la méthode (ou si le

Couple fait une erreur en utilisation la méthode) (27).

7.2. La réversibilité

La réversibilité d'une méthode contraceptive se mesure par la capacité à revenir à l'état initial à l'arrêt de la prise de la méthode.

Elle peut être immédiate ou ultérieure (28).

8. Les différentes méthodes de contraceptions :

Au Mali, les méthodes contraceptives suivantes sont disponibles :

8.1. Méthodes temporaires de courte durée :

- Les méthodes naturelles
- Aménorrhée de la lactation (LAM)
- Les condoms masculins et féminins
- Les spermicides
- Les diaphragmes
- Les capes cervicales
- Le collier du cycle
- Les contraceptifs oraux combinés
- Les contraceptifs oraux progestatifs
- Les injectables
- La contraception d'urgence

8.2 Méthodes temporaires de longue durée

- ✓ Les implants
- ✓ Les DUI

8.3. Méthodes permanentes

- ✓ La ligature des trompes
- ✓ La vasectomie

9. Les méthodes modernes de contraception :

9.1 Les contraceptifs oraux ou pilules :

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

a. Les contraceptifs oraux combinés (C.O.C)

➤ **Définition :** Les C.O.C ou pilules sont des comprimés composés de deux hormones synthétiques : œstrogène et progestérone, très semblables à ceux que l'on trouve dans le corps de la femme et extrêmement efficace pour empêcher les grossesses.

➤ Il existe deux (2) types de C.O.C

➤ **Monophasiques** : avec une dose fixe d'œstrogène et de progestatif pendant toute la durée du cycle ; Exemple : Une combinaison d'éthinylœstradiol (entre 15 et 50 microgramme) et d'un progestatif.

➤ **La contraception hormonale**

C'est l'un des moyens contraceptifs les plus utilisés.

Il existe de nombreuses pilules réparties en 2 grandes catégories :

- Les pilules combinées qui contiennent un œstrogène et un progestatif
- Les pilules uniquement progestatives

Leur efficacité est très grande, à condition de les prendre correctement sans oubli. Prendre la pilule nécessite une prescription et une vérification des antécédents médicaux et familiaux.

Comme tous les contraceptifs hormonaux, la pilule ne convient pas à toutes les femmes et peut entraîner des effets secondaires légers ou plus graves.



Figure 1 : La pilule contraceptive

➤ **Effets Secondaires liées à la prise des C.O.C**

1-Prise de poids (2kg /mois depuis le début de la prise) :

2-Nausée

3-Ballonement abdominal

4-Baisse de Libido

b. Les contraceptifs oraux progestatifs

La pilule aux progestatifs seuls (COP) est un contraceptif hormonal oral ne contenant qu'un progestatif, en dose plus faible que pour la pilule combinée (entre 10 et 50 % de moins). En fonction du type de progestatif utilisé, les COP ne contiennent donc qu'entre 30 microgramme

(dans le cas du Lévonorgestrel) et 600 microgramme (dans le cas de la noréthistérone) de progestatif (0,03 à 0.6mg).

Il se présentent généralement sous forme de plaquettes de 28 comprimés contenant tous un progestatif.

Exemple : Microlut, Ovrette, Eugynon.

➤ **LES PRINCIPAUX AVANTAGES :**

- Très efficaces si la prise est correcte.
- Le retour à la fécondité est immédiat.
- N'influencent pas la lactation.
- Diminuent les risques de maladie inflammatoire du pelvis.
- Donnent une protection relative contre le cancer de l'endomètre.
- N'interfère pas avec les rapports sexuels.

➤ **INCONVENIENTS :**

- Contrainte de la prise journalière régulière.
- Les COP ne protègent pas contre les IST /VIH et le Sida.

EFFETS SECONDAIRES :

- Prise de poids
- Aménorrhée
- Saignements irréguliers.

c. Les contraceptifs injectables

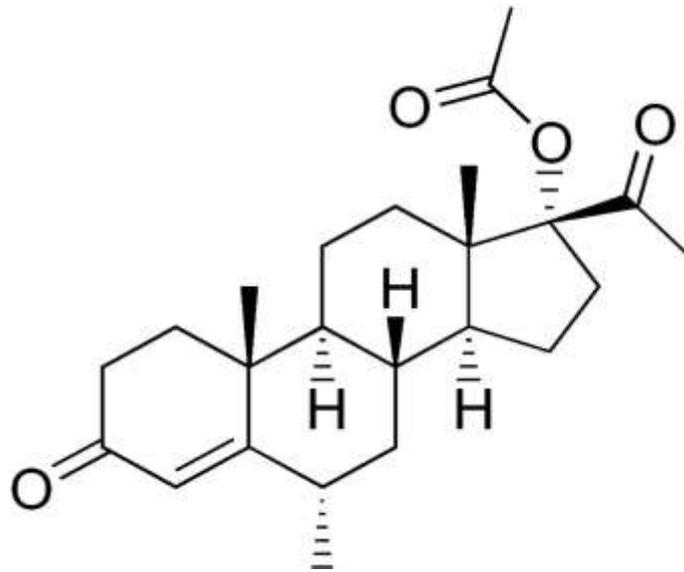
Il existe deux types :

- Contraceptifs injectables à base de progestatifs.
- Contraceptifs injectables combinés, administrés mensuellement contiennent 2 hormones (progestatif et un œstrogène).

➤ **Les contraceptifs injectables à base de progestatif utilisé au Mali**

➤ **DEFINITION :** le contraceptif injectable est un produit progestatif de synthèse qui, libéré lentement empêche la survenue de la grossesse.

Exemple : Dépo Provera



Structure d'Acétate de médroxyprogestérone

Source : https://fr.m.wikipedia.org/wiki/Ac%C3%A9tate_de_m%C3%A9droxyprogest%C3%A9rone

➤ **L'injection contraceptive**

Ce moyen de contraception consiste à injecter, tous les 3 mois, une dose d'hormone progestative. Cette piqûre intramusculaire est pratiquée soit par un médecin, soit par une infirmière, après délivrance d'une prescription. L'injection peut entraîner l'arrêt des règles et offre l'avantage de pouvoir oublier sa contraception à moyen terme, tout en étant très fiable.

Les contraceptifs injectables ne conviennent pas à toutes les femmes : on les déconseille aux patientes à risque d'ostéoporose et aux jeunes filles qui n'ont pas terminé leur croissance osseuse. Certains médicaments diminuent leur efficacité. Des inconvénients peuvent survenir (nausée, prise de poids, spotting entre autres).

Les contraceptifs injectables sont des méthodes populaires parce que leurs utilisatrices n'ont besoin de consulter un prestataire qu'à certains intervalles, mais aussi parce qu'ils sont très efficaces. De plus, ils peuvent être utilisés à l'insu du partenaire et qu'ils ne gênent pas les relations sexuelles.

Les contraceptifs injectables combinés contiennent deux hormones, l'œstrogène et un progestatif. Ils sont administrés par voie intramusculaire une fois par mois.

Les contraceptifs injectables progestatifs (tels le Dépo-Provera et le Noristérat) ne contiennent pas d'œstrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite tous les deux ou trois mois, selon le type de contraceptif injectable choisi (29).



Figure 2 : L'injection contraceptive

➤ **Les Principaux avantages**

- Très efficace (supérieur à 99,7%)
- Action prolongée, longue durée d'action.
- Méthode peu contraignante, pratique, discrète.
- Ne gêne pas la lactation.
- Peut diminuer l'anémie.
- Peut Protéger partiellement contre le cancer de l'endomètre, l'endomètre et les kystes de l'ovaire.
- Fournit une protection relative contre les maladies inflammatoires du pelvis.
- Espace les crises drépanocytaires.
- Diminue les risques de grossesse ectopique.

➤ **LES INCONVENIENTS :**

- PAS de protection contre les IST et VIH.
- Retour parfois lent à la fertilité (6 à 10 mois, et même parfois d'avantages, jusqu'à 18 mois).

➤ **LES EFFETS SECONDAIRES**

- Spotting ou rarement, hémorrhée génitale importante.
- Aménorrhée.
- Gain pondéral modéré.
- Maux de tête.
- Légère sensibilité des seins.
- Changement d'humeur, dépression.
- Acné (rarement).
- Diminution de la libido.

➤ **Mode d'utilisation**

- Le Noristerat ou Dépo provera peuvent être administrés à n'importe quel moment du cycle si l'on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte ;
- Cependant le meilleur moment de l'injection est entre le 1^{er} et le 7^{er} jour du cycle si l'injection a eu lieu après le 7^{er} jour, demander à la cliente d'utiliser une méthode barrière ou s'abstenir pendant 7jour.
- Encourager la cliente et répondre clairement à toutes ses questions.
- Faire la 1^{ère} injection du contraceptif selon les étapes.

d. Les IMPLANTS :

➤ **DEFINITION :**

Ce sont de petits bâtonnets ou capsules en plastiques, chacune de la taille d'une allumette, qui, insérés sous la peau libèrent un progestatif analogue à la progestérone qui est une hormone naturelle dans le corps d'une femme.

Exemple : Norplant (6 bâtonnets), Sino-Implant (2 bâtonnets) Implant (1 bâtonnet).

Ce petit bâtonnet souple s'implante dans le haut du bras, sous la peau, avec une anesthésie locale. On peut le sentir avec les doigts, mais on le distingue à peine une fois en place.

L'implant hormonal libère un progestatif à petite dose, durant 3 ans.

Il peut être retiré par le médecin à tout moment. Très efficace, sauf en cas d'interaction avec certains médicaments, il permet de ne pas penser quotidiennement à sa contraception. Il peut entraîner l'arrêt des règles, parfois souhaité par la femme et sans danger pour elle.

Parmi les inconvénients rapportés, on peut citer le spotting, une prise de poids et une cicatrice après le retrait.

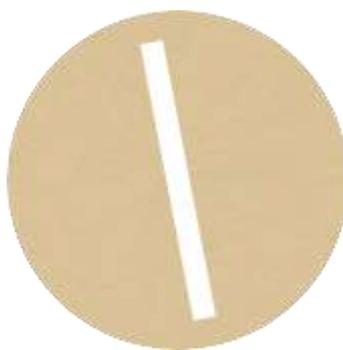


Figure 3 : Les implants

➤ **Mode d'action :**

- ❖ Agissent essentiellement en :
- ❖ Epaississant la glaire cervicale (cela empêche les spermatozoïdes de rencontrer).
- ❖ Interférant avec cycle menstruel, ils empêchent l'ovulation (libération des ovocytes des ovaires).
- ❖ Présentation de types d'implants.
- ❖ Jadelle : 2 bâtonnets efficaces pendant 5ans ;
- ❖ Implanon : 1 batonnet efficace pendant 3 ans (des études sont en cours pour voir s'ils durent 4 ans) ;
- ❖ Norplant : 6 capsules, 5 années d'utilisation sur l'étiquette (des études à grande échelle ont constaté qu'il est efficace pendant 7 ans) ;
- ❖ Sonoplant : 2 bâtonnets efficaces pendant 5 ans.
- ❖ Sino-Implant : 2 bâtonnets efficaces pendant 4 ans.

➤ **LES PRINCIPAUX AVANTAGES :**

- ❖ Aident à protéger contre :
- ❖ Les risques de grossesse ;
- ❖ Les inflammations pelviennes symptomatiques.
- ❖ Peut aider à protéger contre l'anémie ferriprives.
- ❖ Très efficace :
- ❖ Sur 5 années d'utilisation de Jadelle : environ une grossesse pour 100 femmes.
- ❖ Sur 3 années d'utilisation d'implanon : moins d'une grossesse pour 100 femmes (1 pour 1000 femmes).
- ❖ Sur 7 années d'utilisation du Norplant : environ 2 grossesse pour 100 femmes.
- ❖ Son action est immédiate.
- ❖ Le retrait possible des capsules à tout moment.

- ❖ Retrait facile si la (les) capsules sont bien insérées sous la peau.
- ❖ N'interfère pas avec les rapports sexuels.
- ❖ N'affecte pas l'allaitement.
- ❖ A peu d'effets secondaires, à part les irrégularités mensuelles.
- ❖ Le retour à la fécondité immédiat : comparable à celui de celles qui n'utilisent aucune méthode après un an

➤ **INCONVENIENTS OU PRECAUTIONS :**

- ❖ La pose ou le retrait du /des capsules nécessite un personnel qualifié.
- ❖ Ne protège pas contre les IST, le VIH.
- ❖ Les capsules peuvent être visibles sous la peau.
- ❖ L'existence de quelques risques mineurs liés à l'acte : saignement hématome, infection locale.
- ❖ La cliente ne peut pas arrêter la méthode d'elle-même.

• **Effets secondaires :**

Certaines utilisatrices mentionnent les problèmes suivants :

Changement dans les modes de saignement :

✓ **Premiers mois**

- ✓ Saignement plus légers et moins de jours de saignement ;
- ✓ Saignement irréguliers qui durent plus de 8 jours ;
- ✓ Saignement peu fréquents ;
- ✓ Pas de saignement mensuel.

✓ **Après environ 1 année**

- Saignement plus légers et moins de jours de saignement ;
- Saignement irréguliers ;
- Saignement peu fréquents.
- Les utilisatrices d'implant sont plus susceptibles d'avoir des saignements irréguliers qui durent plus de 8 jours :
 - Maux de tête
 - Douleurs abdominales
 - Acné (peu s'améliorer ou empirer) ;
 - Changement de poids ;
 - Etourdissements
 - Sautes d'humeurs
 - Nausées

e- **Le dispositif intra-utérin(DIU)**

➤ **Définition :**

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

Présentation du DIU

Il existe plusieurs modèles (TCu 380A, TCu 220C, Multiload Cu 375, Nova T....)

- Le DIU TCu -380A est en plastique contenant du cuivre libère lentement en petites quantités
- Le DIU médicament qui libère un progestatif (progestérone ou lévonorgestrel) : Progestasert.

Avantages du DIU :

- Très efficace (99,2 à 99,4 d'efficacité)
- Son action est immédiate.
- Actif pendant 10 ans dans l'organisme selon le fabricant et 12 ans selon les résultats des études.
- N'interfère pas avec les rapports sexuels.
- N'affecte pas l'allaitement.
- Immédiatement réversible.
- n'exige pas un effort de mémoire.
- Il a peu d'effets secondaires.

➤ **Inconvénients :**

La pose ou le retrait de DIU nécessite un personnel qualifié.

Le DIU ne protège pas contre les IST/VIH et le Sida.

Pose et retrait nécessite un examen clinique.

La cliente ne peut arrêter la méthode d'elle-même.

Le DIU peut être expulsé sans que la femme ne s'en rende compte (post partum)

Le DIU ne protège pas contre les grossesses ectopiques.

La femme doit vérifier la position du fil après les règles.

Effets secondaires

Les courants :

Changements menstruels (durant les 3 premiers mois ont tendance à diminuer après :

- Règles plus longues et plus abondantes ;
- Saignement ou spotting entre les règles ;
- Davantage de crampes et de douleurs durant les règles.

Autres effets secondaires et complications courants

Crampes et douleurs 3 à 5 jours après l'insertion ;

Perforation de la paroi de l'utérus si insertion mal effectuée.

➤ **La contraception chirurgicale volontaire :**

Elle est régie par des lois dans plusieurs pays (30).

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

e. **La stérilisation féminine :**

Ligature ou obturation des trompes

- Méthode par les voies naturelles C'est une nouvelle méthode : le dispositif Essure se pratique par hystérocopie sans anesthésie générale et sans hospitalisation. On accède aux trompes pour y placer un micro-implant souple dans chacune des trompes pour les obstruer. C'est une méthode simple et rapide (environ 30 minutes) ne laissant pas de cicatrice. Il faut attendre 3 mois (et continuer sa méthode de contraception habituelle) avant que la méthode soit efficace. Elle est irréversible.

g. La stérilisation masculine : la vasectomie C'est la section des canaux déférents (canaux transportant les spermatozoïdes). C'est une intervention chirurgicale simple, sous anesthésie locale, sans grands risques opératoires, en principe irréversible ; il existe la possibilité d'autoconservation du sperme au préalable dans des banques de sperme. Au Mali, les services de prestation de PF mettent la plupart de ces méthodes à la disposition de la population.

➤ **Avantages**

Efficacité presque totale.

Méthode permanente et définitive.

N'interfère pas avec les rapports sexuels.

Pas de besoin de prendre des produits.

La ligature des trompes est efficace aussitôt après l'intervention.

➤ **Inconvénients :**

Méthode irréversible.

La CCV ne protège pas contre les IST/VIH et Sida.

Nécessite un personnel qualifié.

Utiliser un langage clair être simple.

S'assurer que le couple a compris.

➤ **Effets secondaires et complications :**

- ❖ Crampes et douleurs après l'intervention
- ❖ Hématome pariétal
- ❖ Hémorragie interne
- ❖ Infection-péritonite.
- ❖ Abscess pelvien.
- ❖ Septicémie.
- ❖ Suppuration pariétale.
- ❖ Lésions viscérales.
- ❖ Décès

f. **La contraception mécanique**

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

➤ **Le préservatif masculin**

Etui en latex avec ou sans réservoir, au moment de l'éjaculation le sperme est recueilli dans le préservatif et n'est pas répandu dans le vagin.

➤ **Mode d'emploi**

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

➤ **L'efficacité**

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

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

➤ **Avantages :**

- Efficace (surtout si associé aux spermicides).
- Corrige l'éjaculation précoce (retarde l'éjaculation).
- Protège contre la grossesse non désirée.
- Protège contre les IST/VIH et Sida (double protection).
- Disponible, vente libre et emploi facile.

➤ **Les inconvénients**

Il peut diminuer la qualité et la spontanéité de l'acte sexuel : doit être mis sur le pénis en érection et être retiré avant la fin de l'érection sinon le préservatif n'est plus maintenu et peut laisser passer le sperme dans le vagin. Il peut se déchirer. Contraignant : doit être changé à chaque rapport.

Effets secondaires :

Allergies au latex ou à certains lubrifiants

g. **Le préservatif féminin :**

Femidon : C'est une gaine cylindrique pré-lubrifiée en polyuréthane.

Un anneau interne facilite l'introduction dans le vagin et son maintien pendant le rapport, un anneau externe repose sur la vulve pour permettre de retenir le préservatif pendant le rapport. Peut être mis à n'importe quel moment avant le rapport sexuel. L'efficacité Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

Les avantages

Excellente protection contre les MST et le SIDA, utilisable par la femme en cas de refus ou d'impossibilité d'utilisation du préservatif masculin.

Efficace

Pas d'allergies.

Peut être porté plusieurs heures avant le rapport sexuel.

Inconvénients :

Couteux

Contraignant : doit être changé à chaque rapport.

La femme doit toucher ses parties génitales ;

Peu discret ;

Effets secondaires :

Pas d'effets secondaires apparents.

h. **Le diaphragme et cape cervicale**

➤ **Mode d'action**

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

➤ **Le mode d'emploi**

Ils sont à utiliser avec des spermicides. Ils empêchent le sperme de pénétrer dans le col de l'utérus. Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape. L'utilisation des capes cervicales est à rapprocher de celle du diaphragme : Le choix de la taille est évalué par le médecin qui aide la femme à savoir placer le diaphragme ou la cape cervicale. L'efficacité S'ils sont correctement utilisés et à tous les rapports sexuels, leur efficacité est supérieure à celle des spermicides seuls et équivalente à celle des préservatifs masculins. Avantages C'est la méthode vaginale de contraception la plus fiable, peu onéreuse, pas de contre-indication médicale, pas de risque pour la santé. Peut être placé discrètement à l'avance, diminue le risque du cancer du col de l'utérus.

i. **Le patch "EVRA" :**

C'est un patch de 20 cm² qui délivre une association oestro-progestative, comme une pilule à 20 microgrammes.

Mode d'action Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

Le mode d'emploi Utiliser un patch par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch). Les 4 sites d'application possibles sont : le bras, l'abdomen, le tronc, les fesses. Attention : ne pas appliquer sur les seins

➤ **L'efficacité :**

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

Les avantages Meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oubli, très bien toléré et réversible dès l'arrêt, il permet d'avoir des cycles réguliers, des règles moins abondantes, moins longues et moins douloureuses. Les inconvénients Il est visible et peut se décoller dans 2 à 3% des cas. Comme pour toute contraception hormonale on peut observer : des céphalées, des nausées, une prise de poids, une tension mammaire

➤ **Les contre- indications**

Comme la pilule oestro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans.

j-L **'anneau vaginal "Nuvaring" :**

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

Mode d'action Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

➤ **Le mode d'emploi**

Utiliser un anneau par cycle, 3 semaines avec anneau, 1 semaine sans anneau. Les règles auront lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule. L'insertion et le retrait sont simples.

➤ **L'efficacité** Comme la pilule oestro-progestative, il est efficace à condition d'être bien utilisé. Efficace dès la pose du 1er anneau et aussi pendant la semaine d'arrêt.

➤ **Les avantages** Mise en place et retrait facile, meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oublis. Mêmes avantages que la pilule.

➤ **Les inconvénients**

Comme pour toute contraception hormonale, on peut observer : des nausées, des céphalées, une prise de poids, de la tension mammaire.

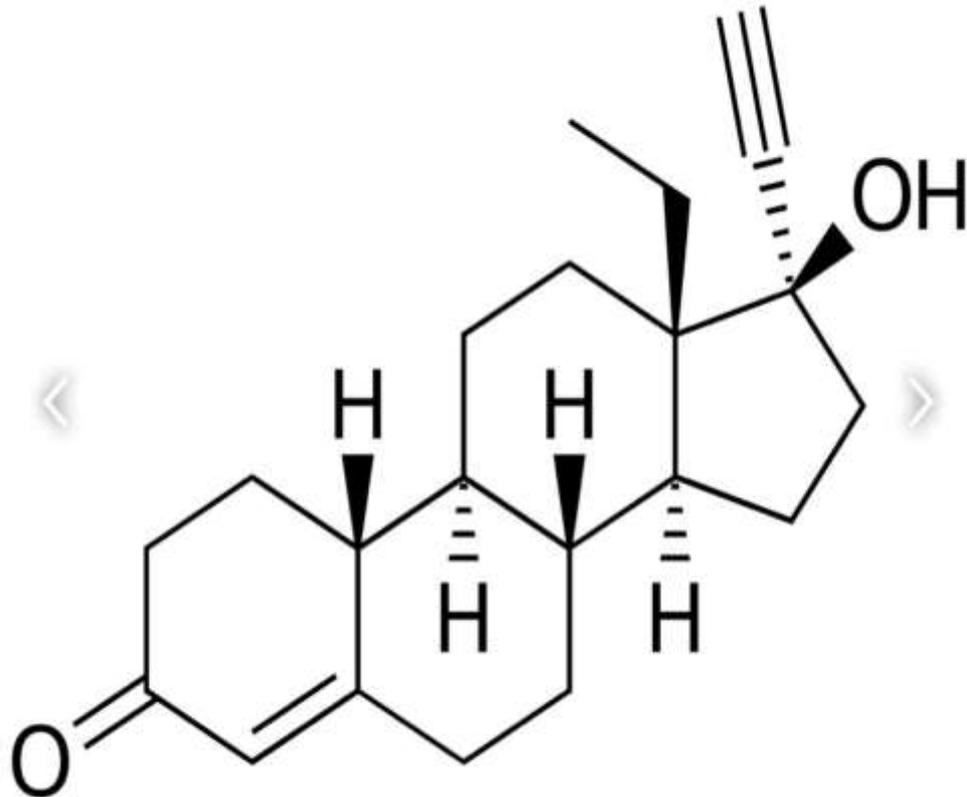
➤ **Les contre – indications**

Comme la pilule oestro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thrombo-embolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans (31).

i. La contraception d'urgence

C'est une contraception d'exception à utiliser en cas de rapport sexuel non ou mal protégé et quel que soit le moment du cycle. A prendre si possible dans les 12h et au plus tard jusqu'à 5 jours pour le stérilet D'une part, elle agirait en retardant l'ovulation ou en la perturbant lorsqu'elle est sur le point de se produire, d'autre part, elle modifierait l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf. Les différents types de contraception d'urgence

La Pilule (le plus connu est le Norlevo) et le Stérilet (dispositif intra-utérin).



Structure du Lévonorgestrel

Source : <https://fr.m.wikipedia.org/wiki/L%C3%A9vonorgestrel>

➤ Le mode d'emploi

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

➤ **L'efficacité** Elle varie avec la méthode.

➤ **Les inconvénients** En général, elle est bien tolérée ; Possibilité de vomissements ou de nausées.

Les contre- indications Le **Lévonorgestrel** aucune, le Sterilet ne peut pas, dans certains cas, être posé chez des femmes n'ayant pas eu d'enfant (31).

j. Les spermicides

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

➤ Les avantages

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

➤ **Les inconvénients**

Efficacité insuffisante : coûteux ; leur emploi est contraignant (délai à respecter, mise en place) ; certains peuvent couler de façon excessive ; possibilité d'intolérance locale

k. **La stérilisation à visée contraceptive** Elle est régie par des lois dans plusieurs pays (31)

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

➤ **Le retrait ou coït interrompu**

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

➤ **L'abstinence périodique**

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

➤ **Les tests d'ovulation** : Persona

Ce sont des tests qui permettent de détecter le début et la fin de l'ovulation par la mesure des variations hormonales dans les urines, si les cycles sont réguliers. Ils ont une efficacité légèrement supérieure aux méthodes précédentes toutefois leur coût reste très élevé (31).

➤ **L'allaitement maternel**

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est le recours à l'allaitement comme méthode temporaire de planification familiale. La MAMA est efficace à 98 % environ contre la grossesse si les critères suivants sont remplis : la mère n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement ; elle nourrit son enfant au sein, exclusivement ou presque exclusivement ; le bébé a moins de 6 mois. Outre son effet contraceptif temporaire, l'allaitement protège le nourrisson contre les maladies infectieuses, lesquelles peuvent être mortelles. Toutefois, dans le cas des femmes séropositives pour le VIH, il convient de peser soigneusement le risque de transmission de ce virus de la mère à l'enfant contre les avantages bien connus de l'allaitement.

m. Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples (32). On peut citer :

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

➤ **La Toile d'araignée :**

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

➤ **Le miel et le jus de citron :**

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

n- Les solutions à boire : Il peut s'agir : d'écorces d'arbres ou de plantes, des graines à avaler ou de « nasi » solution préparée par les marabouts ou des charlatans.

➤ **La séparation du couple après accouchement :** Après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant 40 jours. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement. Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles. Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infection à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tel que l'infertilité, des algies pelviennes.

➤ **Méthodes naturelles ou de l'abstinence périodique**

➤ **Définition :**

La planification familiale dite « naturelle » est un ensemble de méthodes qui consistent à éviter les rapports sexuels (abstinence) pendant la phase féconde du cycle de la femme (phase au cours de laquelle la femme peut tomber enceinte).

10. Les Principales méthodes naturelles :

- ❖ Méthode MAMA/LAM ;
- ❖ Méthode du calendrier ;
- ❖ Méthode de la température ;
- ❖ Méthode de la glaire cervicale ;
- ❖ Méthode sympto-thermique ;
- ❖ Méthode des jours fixes : collier.

➤ **Les Principaux avantages :**

- ❖ Absence d'effets secondaires.
- ❖ Toujours disponibles.
- ❖ Peut être utilisée pour éviter ou provoquer une grossesse.
- ❖ Pas couteux.
- ❖ Encourage la participation masculine dans la PF.
- ❖ Améliore la connaissance du système de reproduction.
- ❖ Peut être prescrit par un personnel non médical formé.

➤ **LES INCONVENIENTS OU PRECAUTIONS :**

- Moins efficace que les méthodes « modernes », période d'apprentissage nécessaire, observation et enregistrement quotidiens des signes.
- Période d'abstinence parfois par longue.
- Ne protège pas contre les IST/VIH et Sida.

➤ **Méthodes naturelles :**

- S'aider de supports visuels adaptés culturellement.
- Utiliser un langage simple, clair.
- Prendre le temps d'emploi à la cliente de préférence en présence du partenaire.
- Se renseigner sur les 6 derniers cycles de la cliente (durée).
- Se renseigner sur les signes qui accompagnent les différentes périodes du cycles (ovulation).

10.1. Méthode MAMA/LAM (Méthode de l'Aménorrhée de la Lactation) :

➤ **Définition :**

C'est une méthode qui utilise l'infertilité temporaire pendant la période d'allaitement exclusif.

➤ **Les Principaux avantages :**

Pour la mère :

- Pas d'effet secondaire ;
- Efficace si les règles d'utilisation sont respectées ;
- Sans cout ;
- N'interfère pas avec les rapports sexuels (pas de dispositions à prendre).

• **Pour le bébé :**

- L'allaitement exclusif protège l'enfant contre les maladies pendant les 6 premiers mois (risque infectieux réduit) ;
- Affection mère-enfant renforcée.
- Meilleur développement psychomoteur.

➤ **LES INCONVENIENTS :**

- Ne protège pas des IST/VIH et Sida ;
- Protection contraceptive à court terme (6 mois maximum) ;
- Contraignant (disponibilité presque permanente de la mère).

14.1. La méthode du calendrier ou Ogino

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

Le taux d'échec est élevé.

- C'est la plus largement connue et pourtant la moins efficace. Elle est basée sur le calcul de la période fertile (ovulation), considérant les autres périodes du cycle comme non à risque de grossesse. Cette méthode est peu fiable car la date de l'ovulation n'est jamais prévisible, elle peut être décalée même si les cycles sont réguliers et de nombreux facteurs peuvent perturber le cycle. Tout rapport sexuel présente un risque de grossesse, quel que soit le jour du cycle (même pendant les règles).

10.2. La méthode des températures

- Cette méthode repose sur l'élévation de la température corporelle à la sécrétion de la progestérone par le corps jaune après l'ovulation.
- Lors de l'ovulation la température basale du corps monte de 1 à 4 degrés et reste la même (en plateau) jusqu'aux règles suivantes. Cette méthode consiste à détecter l'ovulation en prenant sa température rectale tous les matins au réveil avant de se lever. L'abstinence est longue. Elle doit se faire du début des règles jusqu'au 2ème jour après la montée de température. De nombreux facteurs peuvent perturber la température basale
- (Infections, nuits courtes, heure du réveil) et induire en erreur l'utilisatrice. Cette méthode est contraignante.

- **La méthode de la glaire ou Billings**

C'est une méthode qui a pour base l'observation et l'intervention des changements cycliques de la glaire cervicale se produisant sous l'influence des hormones ovariennes :

La glaire cervicale change de consistance au moment de l'ovulation. Cette méthode consiste à détecter la modification de la consistance de la glaire cervicale observée à l'entrée du col tous les jours : il faut pour cela imbiber le pouce de glaire et apprécier la longueur du "fil" obtenu (5 à 10 cm) et la transparence de la glaire. Au moment de l'ovulation et juste avant, la glaire cervicale est plus abondante et a une consistance comparable à celle du blanc d'œuf.

L'abstinence doit se disparaître. Cette méthode demande un apprentissage et est réservée aux initiées motivées, elle est source de nombreuses erreurs.

- **Méthode sympto-thermique :**

C'est une méthode qui associe la méthode de la température et la méthode de la glaire ou tout autre signe d'ovulation.

Méthode de jours fixes ou collier

La Méthode des jours fixes encore appelée méthode du collier est une méthode de la planification familiale basée sur la connaissance de la fécondité, elle est utilisée avec le collier de perles de couleur différentes.

C'est une méthode naturelle et moderne de la planification familiale car elle ne nécessite pas de prise de produit, ni de port de matériel et encore moins de chirurgie. C'est une méthode qui est basée sur la connaissance de la fertilité du couple. Elle aide la cliente /le couple à prévenir une grossesse non désirée, à l'aide d'un collier de « perles »

A noter la cliente doit avoir un cycle de 26 à 32 jours.

- Méthode par cœlioscopie et laparotomie. Elle se pratique sous anesthésie générale (avec hospitalisation), elle consiste soit à : sectionner et électro-coaguler les trompes ; poser des anneaux de Yoon (clips) sur les trompes. Cette méthode est en principe irréversible.

IV. METHODOLOGIE :

A. Lieu d'étude :

L'étude s'est déroulée à Bamako, précisément dans la commune VI du District de Bamako.

B. Situation géographique :

Généralistes sur la commune VI du district de Bamako

La commune VI fut créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et est régie par les textes officiels suivants :

- L'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des communes ;
- La loi N°93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ;
- La loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

Les quartiers de la rive droite ont connu une expansion considérable avec la construction du pont FAHD en 1989 et celui de l'amitié sino-malienne en 2011 qui viennent renforcer le pont des Martyrs.

1. Données géographiques et démographiques

❖ Données géographiques :

Limites :

- La commune est limitée au Nord par le fleuve Niger,
- A l'Est et au Sud par le cercle de Kati,
- A l'Ouest par la Commune V.

Relief :

Le relief est accidenté :

- Dans la partie Est de Banankabougou par Outa-koulouni, culminant à 405m ;
- Par Taman koulouni avec 386 m à l'ouest de la patte d'oie de Yirimadio ;
- Par Kandourakoulou, Magnambougoukoulou et Moussokorkountjifara, l'ensemble culminant à 420 m d'altitude est situé à l'est de Dianéguela- Sokorodji ;
- Par Dougakoulou dont le flanc ouest constitue une partie de la limite Est de la commune ;
- Par Tién- koulou culminant à 500m, son flanc Ouest définit également une partie de la limite Est de la commune.

Climat :

Le climat est Sahélien avec une saison sèche d'octobre à juin et une saison pluvieuse de juillet à septembre.

La commune connaît des variations climatiques d'année en année.

Elle dispose d'une grande surface de terre et elle a connu les plus grands aménagements de la dernière décennie.

Végétation :

La végétation a connu une dégradation due à l'exploitation anarchique du bois et aux longues années de sécheresse. Elle est de type soudano - sahélien dominée par les grands arbres comme le caïcédrat, le karité, le manguier etc.

Hydrographie :

La Commune VI est arrosée :

- Par le Fleuve Niger au nord ;
- Le Sogoniko et ses affluents (Koflatié, Flabougouko, Niamakoro) ;
- Le Koumanko et son affluent Boumboufalan ;
- Le Babla traversant Dianéguela et Sokorodji ;
- La portion du canal de la station hydroélectrique de Missabougou - Baguinéda.

❖ Données démographiques :

En 2009, la population totale de la Commune VI s'élevait à 470 269 habitants, dont 238506 hommes et 231763 femmes (source RGPH 2009). En application du taux d'accroissement annuel la population a atteint 528 469 habitants en 2012. Elle est composée de 50,7% d'hommes et 49,3% de femmes.

La population est inégalement répartie sur l'étendue de la Commune. Ainsi on note une forte concentration de la population dans les quartiers comme Dianéguela, Sokorodji, Niamakoro.

2. Activités socio-économiques et données socioculturelles :

Activités économiques :

L'économie de la commune est dominée par le secteur tertiaire (commerce, transport, tourisme,) suivi du secteur secondaire, malgré le rôle relativement important du secteur primaire (agriculture, élevage, la pêche, l'artisanat, le maraîchage).

C. SITUATION SOCIO-SANITAIRE :

• Organisation du système socio-sanitaire :

La commune VI compte 10 quartiers et les cités des logements sociaux. La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par un Centre de Santé de Référence, un Service du Développement Social et de l'Economie Solidaire (SDSES), un service local de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille (SLPFEF), 12 CSCOM dont un non fonctionnel, cinq structures parapubliques (CMIE Faladié, MIPROMA, Mutuelle Demba Nyuma, Mutuelle Union Santé, Base 101), l'ONG ASDAP, le Projet Jeunes et quelques structures sanitaires privées.

Tableau I: Chronologie de la mise en place des CSCOM et leurs distances par rapport au CSRéf

Nom des aires de santé	Date de création	Quartier	Distance CSCOM/CSRéf en km
ASACOMA	Septembre 1991	Magnambougou	3
ASACONIA	Janvier 1992	Niamakoro	6
ANIASCO	Janvier 1992	Niamakoro	8
ASACOBABA	Mars 1992	Banankabougou	5
ASACOSE	Décembre 1992	Senou	15
ASACOSO	Octobre 1993	Sogoninko	0,3
ASACOFA	Août 1994	Faladiè	4
ASACOFYR	Septembre 1997	Yirimadio	10
ASACOSODIA	Mars 1999	Sokorodji – Dianéguéla	6
ASACOMIS	Mars 2003	Missabougou	12
ASACOCY	Juillet 2005	Cité des logements sociaux	7
ASACOMA II	Septembre 2009	Magambougou projet	2,5

ASACOSE est le CSCOM le plus distant du CSRéf (15 km)

ASACOMA II n'est pas fonctionnelle.

Observations :

A chaque centre de santé communautaire correspond une aire de santé. Suivant des critères populationnels, le quartier de Niamakoro a été divisé en deux (2) aires de santé (ASACONIA et ANIASCO) tandis que Sokorodji et Dianéguéla se sont fusionnés pour former une aire de santé (ASACOSODIA).

Toutes les activités du PMA sont disponibles dans les CSCOM.

Les approches communautaires de deux aires de santé (cité UNICEF, cité BIAO) ont été effectuées, mais les bureaux ne fonctionnent pas.

- **Etat de santé de la population**

Tableau II : Taux de couverture des activités du planning familial

TAUX DE COUVERTURE DU PLANING FAMILIAL	2016	2017	2018
Taux de fréquentation (1)			
Taux de consultation (2)			
Taux de prévalence contraceptive (10)	10,91	5,67	6,37

D. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive des patients qui ont eu recours à la PF dans les structures sanitaires de la Commune VI du District de Bamako durant la période de notre étude, du 01 Janvier au 31 Décembre 2019.

E. Population d'étude

Toutes les Femmes utilisatrices de l'une des méthodes de la PF dans les structures sanitaires de la Commune VI du district de Bamako.

F. Echantillonnage

Nous avons procédé à une sélection exhaustive de toutes les femmes en âge de procréer, les prestataires et gérants des dépôts ventes qui répondaient à nos critères d'inclusion.

Nous avons mené notre étude dans toutes les structures publiques (CSCoM et CSRéf), parapubliques (Demba Nyuman, Miproma, Base 101 et CEMIE) et quelques structures privées.

Comme taille d'échantillon, nous avons pris dans chaque structure : dix (10) femmes en âge de procréer, un (01) prestataire en charge du PF et un (01) gérant DV.

G. Critère d'inclusion et de non inclusion :

Critère d'inclusion : sont inclus dans notre étude :

- Toutes les femmes en âge de procréer ayant eu à consulter le service de PF pendant la période de notre d'étude ;
- Tous les prestataires en charge des femmes dans les services de PF.
- Tous les gérants des dépôts de vente des structures sanitaires de la Commune VI.

Critère de non inclusion : ne sont pas inclus dans notre étude :

- Toutes les femmes en âge de procréer qui n'ont pas eu à consulter le service de PF pendant la période de notre d'étude ;

- Tous les prestataires en charge des femmes dans les services de PF et qui n'ont pas accepté de participer à notre étude.
- Tous les gérants des dépôts de vente qui n'ont pas accepté de participer à l'étude ou les structures qui n'ont pas dépôt de vente dans leurs structures.

H. Considérations éthiques et déontologiques:

Le respect de l'éthique et de la déontologie médicale faisait partie intégrante de notre étude. Le but de notre étude leur a été expliqué. L'inclusion nécessitait un accord préalable de la personne.

Nous avons préservé l'anonymat de l'identité des participantes ainsi que la confidentialité des données recueillies.

I. Collecte des données :

La collecte des données a été faite à partir des fiches d'enquête (voir annexe).

Les données ont été recueillies à partir des questions posées aux patients et aux prestataires des structures enquêtées.

J. Analyse et traitement des données

Les données ont été analysées et traitées à l'aide du logiciel SPSS version 18.

V. Résultats

1-PERSONNEL SOIGNANT

Tableau III : Répartition du personnel selon la définition de la planification familiale

Définition	Fréquence	Pourcentage
Espacement de naissance	14	87,50
Education sexuelle	1	6,25
Choix du moment de naissance	1	6,25
Total	16	100

La majorité du personnel de santé a défini le planning comme espacement des naissances avec 87,50 %.

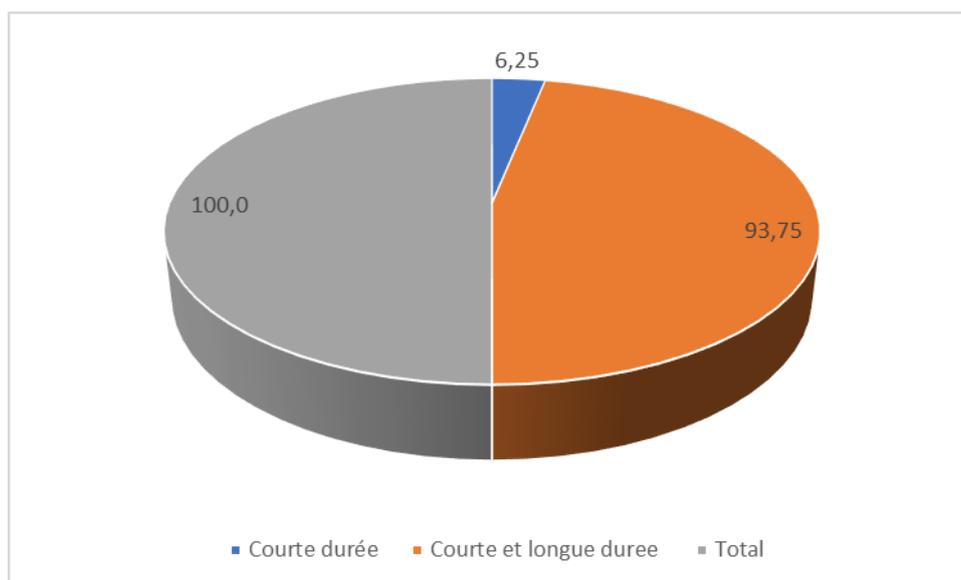


Figure 4 : Représentation des structures selon les méthodes temporaires les plus utilisées
La majorité des structures utilisent deux méthodes (courte et longue durée) avec 93 ,75%

Tableau IV : Répartition des structures selon la disponibilité du nombre des méthodes temporaire de courtes durée

Le nombre de Méthode temporaire courte durée disponible	Fréquence	Pourcentage
3 Méthodes :(Collier du cycle, contraceptifs oraux progestatifs et contraceptifs oraux combinés)	8	50
4 Méthodes : (Condom masculin et féminin, Collier du cycle, contraceptifs oraux et contraceptifs oraux combinés)	2	12,50
6 Méthodes :(Condom masculins et Féminin, Collier du cycle, Contraception d'urgence, Dépo-provera, Contraceptifs oraux progestatifs et contraceptifs oraux combinés)	2	12,50
2 Méthodes (Dépo-provera, Collier du cycle)	1	6,25
Total	16	100

La majorité des structures avait 3 méthodes disponibles avec 50%.

Tableau V: Répartition des structures selon la disponibilité des méthodes temporaires de longue durée

Méthode temporaire longue durée	Fréquence	Pourcentage
2 méthodes : (DIU et Implant)	16	100

Toutes les structures avaient 2 méthodes disponibles avec 100%.

Tableau VI: Répartition des structure selon la pratique des méthodes permanentes

Méthode permanente	Fréquence	Pourcentage
Non	15	93,75
Oui (Ligature des trompes)	1	6,25
Total	16	100

Seulement une seule structure (**6,25%**) utilise la méthode permanente.

Tableau VII: Répartition des structures selon les difficultés rencontrées avec les clients dans le cadres de l'utilisation des méthodes contraceptives

Difficultés	Fréquence	Pourcentage
Effets secondaire et explication de l'entourage	8	50
Effets secondaires et Compréhension	4	25
Effets Secondaires uniquement	3	18,75
Effets secondaires et Coût,	1	6,25
Total	16	100

Les effets secondaires et l'explication de l'entourage représentaient la moitié des difficultés avec **50%**.

Tableau VIII : Répartition des structures selon le type d'effets secondaires

Effets secondaires	Fréquence	Pourcentage
Spotting	14	87,50
Saignement, douleur pelvienne	1	6,25
Disparition de l'implant dans le corps	1	6,25
Total	16	100

Les spotting représentaient la majorité des effets secondaires avec 87,50% des cas.

Tableau IX: Répartition des structures selon de la pérennité des activités de la planification familiale

Pérenniser les activités de la PF	Fréquence	Pourcentage
Sensibilisation, information et mobilisation	5	31,25
Sensibilisation	3	18,75
Sensibilisation et Information	3	18,75
Sensibilisation, Disponibilité des intrants	4	25
Sensibilisation et Mobilisation	1	6,25
Total	16	100

La sensibilisation, l'information et la mobilisation constituaient des activités

Principales pour la pérennisation de la planification familiale dans les structure avec 31,25%.

Tableau X: Répartition des patients selon des avantages de la planification familiale

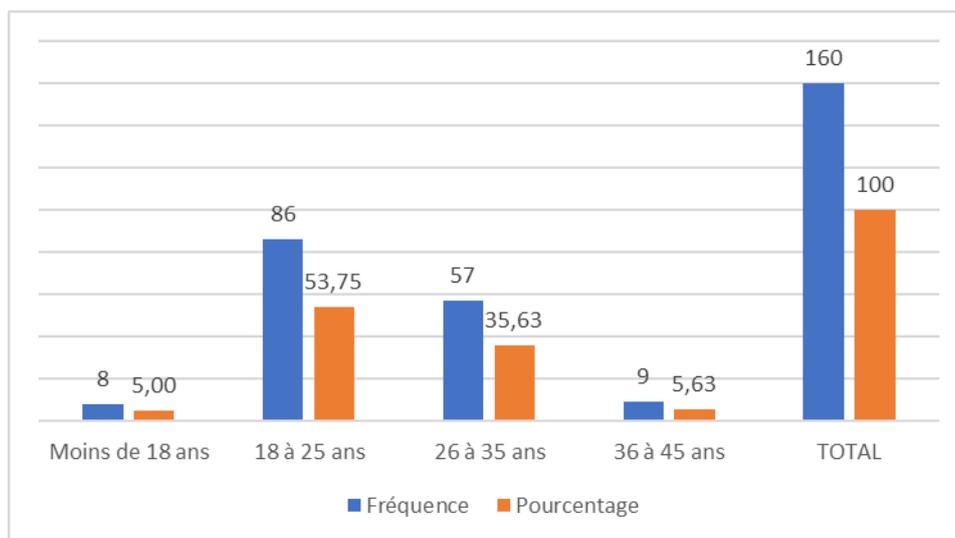
Avantages de la PF	Fréquence	Pourcentage
Espacement idéal des grossesses, Eviter les grossesses non désirées.	5	31,25
Espacement idéal des grossesses, Favoriser les naissances , Eviter les grossesses non désirées, Assurer l'éducation sexuelle et familiale.	5	31,25
Espacement idéal des grossesses	2	12,50
Espacement idéal des grossesses, Eviter les grossesses non désirées, Favoriser les naissances, Assurer l'éducation sexuelle et familiale, Donner le libre choix au couple du nombre d'enfants désirés au moment voulu	2	12,50
Espacement idéal des grossesses, Favoriser les naissances, Donner le libre choix au couple du nombre d'enfants désirés au moment voulu.	2	12,50
Total	16	100

La majorité des structures ont donné comme avantages de la planification familiale : espacement idéal des grossesses, éviter les grossesses non désirées avec 31,25% des cas

Tableau XI: Répartition des structures selon le rôles des partenaires dans les activités de la pf

Rôles des partenaires	Fréquence	Pourcentage
Formation et Disponibilité	7	43,75
Disponibilité des intrants	3	18,75
Formation uniquement	4	25
Formation et communication	1	6,25
Formation ,Disponibilité ,Communication	1	6,25
Total	16	100

La disponibilité des produits contraceptives représentait rôle primordiale des partenaires avec 18,75.

2-PATIENTES**Figure 5** : Répartition des patientes reçues en consultation selon l'âge

La tranche d'âge de 18 à 25 ans a représenté **53,75 %**

Tableau XII: Répartition des patientes selon leurs professions

Profession des patients	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	92	57,50
Commerçante	36	15,63
Elève/Etudiante	21	13,13
Ouvrière	11	6,88
Assistant administratif	5	3,13
Gestionnaire	2	1,25
Enseignante	2	1,25
Economiste	1	0,63
Sociologue	1	0,63
Total	160	100

Dans notre étude les ménagères représentaient **57,50 %** des cas

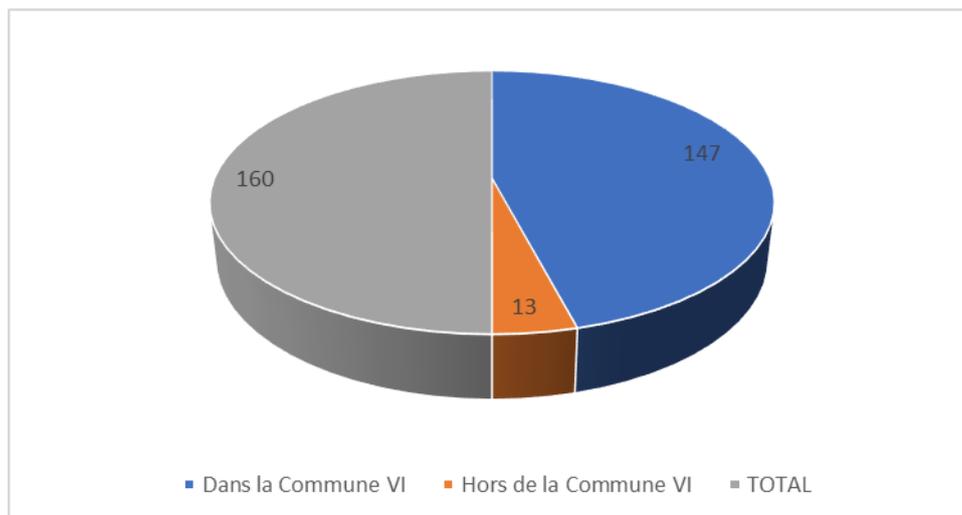


Tableau XIII: Répartition des patientes selon le lieu de résidence

La majorité des patients résidaient dans la commune VI.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le niveau de scolarisation

Niveau de Scolarisation	Fréquence	Pourcentage
Analphabète	58	36,25
Supérieur	42	26,25
Secondaire	37	23,13
Primaire	23	14,38
Total	160	100

Les femmes analphabètes étaient majoritaires avec **36,25 %** des cas

Tableau XV: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Situation Matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariée monogame	114	71,3
Mariée polygame	26	16,3
Célibataire	15	9,4
Divorcée	4	2,5
Veuve	1	0,6
Total	160	100

Les femmes mariées monogames étaient dominant dans notre étude avec 71,3% des cas

Tableau XVI: Repartition du nombre de grossesse en fonction du nombre d'enfants vivants

Nombre de grossesse	Nombre d'enfant vivant																Total	
	1		2		3		4		5		6		7		8		Effectifs	Pourcentage
	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P				
1	42	84															42	26,25
2	6	12	28	82													34	21,25
3	1	2	5	15	25	76											31	19,375
4	0	0	1	3	5	15	16	73									22	13,75
5	0	0	0	0	2	6	5	23	10	83							17	10,625
6	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	3	43					4	2,5
7	0	0	0	0	1	3	0	0	2	17	2	29	1	100			6	3,75
8	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14	0	0	1	100	3	1,875
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14	0	0	0	0	1	0,625
TOTAL	50	100	34	100	33	100	22	100	12	100	7	100	1	100	1	100	160	100

La majorité des femmes en état de grossesse ont des enfants vivants avec **26,25%**

Tableau XVII: Répartition des femmes reçues en consultation selon l'intervalle de procréation

Pendant combien de temps	Fréquence	Pourcentage
25 à 35 ans	97	60,625
36 à 40 ans	54	33,750
43 et plus	9	5,625
Total	160	100

L'intervalle de procréation des femmes était majoritaire entre 25 à 35 ans avec 60 ,625 % des cas

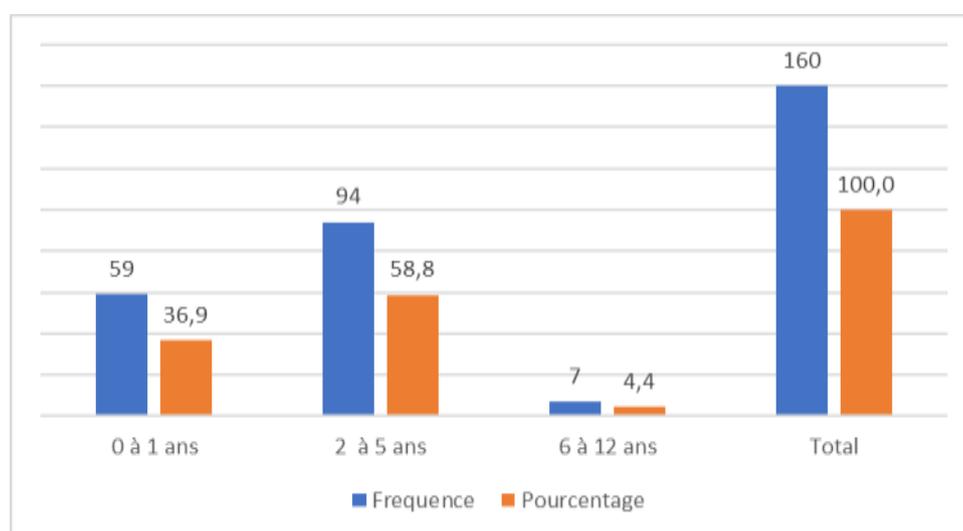


Figure 6 : Répartition des femmes selon le temps d'utilisation des méthodes contraceptives
 Dans notre étude, la majorité des femmes avaient un temps d'utilisation comprise entre 2 à 5 ans soit 58 ,8% des cas

Tableau XVIII : Répartition des femmes selon la raison d'utilisation de la pf

Raison de la contraception	Fréquence	Pourcentage
Espacer naissance	156	97,51
Pour ne pas tomber enceinte	4	2,50
Total	160	100

Les **96 ,88%** des femmes utilisatrices des méthodes contraceptives ont donné comme raison l'espacement des naissances.

Tableau XIX: Répartition des patientes selon les méthodes de contraception connues

Méthodes	Fréquence	Pourcentage
Pilplan	76	33,63
Depo provera	61	26,99
Implant	46	20,35
DIU	19	8,41
Jadelle	10	4,42
Comdom	6	2,65
Collier du cycle	5	2,21
Sterilet	2	0,88
Anneau vaginale	1	0,44
Total	226	100

Le pilplanet Depo-provera ont été les méthodes les plus connues avec respectivement **33,6%** et **26,99 %**

Tableau XX: Répartition des femmes selon les méthodes demandées

Méthodes	Fréquence	Pourcentage
Temporaire courte	97	60,63
Temporaire longue	63	39,38
Total	160	100

La Méthode temporaire de courte durée était la plus demandée avec **60,6%** des cas

Tableau XXI: Répartition des femmes selon la personne qui a suggéré

Suggérer par qui	Fréquence	Pourcentage
choix personnel	102	63,8
Sage-femme	52	32,50
Mari	2	1,25
Belle-Mère	1	0,63
Grande sœur	1	0,63
A travers la TV; Radio	1	0,63
Amie	1	0,63
Total	160	100

Les **63,8%** des choix ont été faite par les patients eux même.

Tableau XXII: Répartition des femmes selon types d'effets secondaires ressenties

Le type effets	Fréquence	Pourcentage
Pas d'effet	80	50
Saignement	32	20
Maux de ventre	22	13,75
Maux de tête	11	6,88
Crampes Musculaire	9	5,6
Vertiges	6	3,8
Total	160	100

Les **50 %** des femmes utilisatrices d'une des méthodes contraceptives n'ont pas ressenties d'effets secondaires.

Tableau XXIII: Répartition des femmes selon la conduite à tenir face aux effets secondaires

CAT	Fréquence	Pourcentage
Retourner au centre pour information complémentaire	81	50,63
Abandonner la contraception	43	26,88
Rien	20	12,50
Changer de méthode	10	6,25
Demander conseil à une personne proche	6	3,75
Total	160	100

Les **50,63%** des Patientes sont retournes au centre pour des informations complémentaires sur la planification familiale.

Tableau XXIV: Répartition des patients selon le cout de la prestation des méthodes contraceptives

Coût de prestation	Fréquence	Pourcentage
100 à 1000	107	66,88
1075 à 3000	38	23,75
4000 à 20000	15	9,38
Total	160	100

Dans la majorité des structures, le coût de prestation était compris entre 100 à 1000 avec 66,88 %.

Tableau XXV : Répartition des femmes selon les décideurs de l'espace de naissances

Décodeurs	Fréquence	Pourcentage
Couple	140	87,50
Femme	20	12,50
Total	160	100,0

Dans la majorité des cas, les décisions ont été prises par les deux conjoints avec 87,5 %.

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon leur avis sur les conséquences du nombre élevé d'enfants

AVIS	Fréquence	Pourcentage
Economiquement	81	50,63
Problème d'Education	45	28,13
Santé de la mère	34	21,25
Total	160	100

Le problème économique était avis de la majorité des femmes utilisatrices avec **50,63 %**.

3- RESULTATS GESTION DE STOCKS**Tableau XXVII** : Répartition des structures selon la disponibilité des documents normatifs

DISPONIBILITE DES DOCUMENTS NORMATIFS	Oui		Non		Total	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Procédures d'opérateurs standards du SIGL	5	31,25	11	68,75	16	100
Formulaire thérapeutique national	5	31,25	11	68,75	16	100
Guide thérapeutique national	7	43,75	9	56,25	16	100
Manuel du SDADME	8	50	8	50	16	100
LNME	10	62,50	6	37,5	16	100

- Seulement la moitié des structures (50%) disposait du Manuel du SDADME.
- Les procédures d'opération standards n'étaient pas disponibles dans la majorité des structures avec 68,75%.
- La majorité des structures avaient la liste nationale de médicament essentiel avec 62,50%.
- La majorité des structures ont répondu non à l'existence du Guide thérapeutique national avec 56,25%.
- La majorité des structures ne disposaient pas du Formulaire thérapeutique

Tableau XXVIII : Répartition des structures selon la disponibilité des outils de gestions

DISPONIBILITE DES Outils DE GESTION	Oui		Non		Total	
	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%
CRGS	11	68,75	5	31,25	16	100
Fiche de stock	14	87,50	2	12,50	16	100
Fiche de pointage hebdomadaire	15	93,75	1	6,25	16	100
Fiche de pointage journalier	14	87,50	2	12,50	16	100
Souche d'ordonnancier	14	87,50	2	12,50	16	100
Bon de commande	15	93,75	1	6,25	16	100
Bordereau de livraison	13	81,25	3	18,75	16	100
Fiche de réception	14	87,50	2	12,50	16	100
Fiche de Notification des effets secondaires	2	12,50	14	87,50	16	100
Fiche d'inventaire	12	75	4	25	16	100

- Le CRGS était présent dans la majorité des structures avec 68.75%.
- Les fiches de stock étaient présentes de la majorité des structures avec 87,50% des cas.
- La majorité des structures disposaient d'une Fiche de pointage hebdomadaire avec 93,75 des cas.
- La majorité des structures disposaient d'une Fiche de pointage journalier avec 87,50% des cas.
- La majorité des structures disposaient d'une souche d'ordonnancier avec 87,50% des cas.
- La majorité des structures disposaient du bon de commande avec 93,75%.
- Le Bordereau de livraison était présent dans la majorité des structures avec 81,25%.
- La Fiche de réception était présente dans la majorité des structures avec 87,50 des cas.
- La majorité des structures ne disposaient pas de la fiche de Notification des effets secondaires avec 87,50%.
- Majorité des structures disposaient d'une Fiche d'inventaires

Tableau XXIX : Répartition des structures selon la condition de stockage des médicaments

Conditions de stockage	Fréquence	Pourcentage
Bonne Condition	11	68,75
Mauvaise condition	5	31,25
Total	16	100,0

Les médicaments n'étaient pas protégés de l'humidité dans la majorité des structures avec 68,75%.

Tableau XXX: Répartition des structures selon la disponibilité des produits contraceptives

Disponibilité	Oui		Non		Total	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Condom Masculin	14	87,50	2	12,50	16	100
Condom Féminin	7	43,75	9	56,25	16	100
Collier du Cycle	5	31,25	11	68,75	16	100
Pilplan	10	62,50	6	37,50	16	100
Ovrette	5	31,25	11	68,75	16	100
Confiance	13	81,25	3	18,75	16	100
Contraception d'urgence	13	81,25	3	18,75	16	100
Jadelle	15	93,75	1	6,25	16	100
DIU	12	75,00	4	25,00	16	100

- La majorité des structures disposait du condom Masculin avec 87,50% des cas.
- Seulement 43,75% des structures disposaient du condom Féminin.
- Seulement peu de structures avaient le Collier du cycle avec 31,25%.
- La majorité des structures avaient la pilule dans leur centre avec 62,50.
- Seulement 31,25% des structures avaient l'ovrette avec 31,25% des cas.
- La majorité des structures avaient la confiance injectable avec 81,25%.
- La contraception d'urgence était disponible dans la majorité des structures avec 81,25%.
- La majorité des structures avaient le Jadelle avec 93,75% des cas.

- La majorité des structures avaient le DIU dans leur centre avec 75%.

Tableau XXXI : Répartition des structures selon leur coefficient multiplicateur

Coefficient Multiplicateur	Fréquence	Pourcentage
1.50	7	43,75
1.30	4	25,00
Aucun chiffre	3	18,75
1.35	1	6,25
2.50	1	6,25
Total	16	100

Le coefficient Multiplicateur plus utilisé dans la majorité des structures était de 1.50 avec 43,75%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Nous avons mené une étude prospective dans (16) structures sur (17) sélectionnées de la commune VI du district de Bamako qui font les activités de la planification familiale.

Une des structures ne pratiquait pas les activités de la planification familiale pour des raisons d'ordre religieux.

A- Les Difficultés rencontrés étaient :

- ❖ La non disponibilité des produits contraceptifs dans certaines structures (publiques, parapublique et privées).
- ❖ Une difficulté de communication avec certaines utilisatrices.
- ❖ Le Refus de certaines utilisatrices à répondre aux questions.
- ❖ Certaines patientes avaient la difficulté de nous donner une réponse à certaines questions.

B-PERSONNEL SOIGNANT

La majorité du personnel ont défini le planning comme étant l'espace des naissances avec 87,50 %, cette définition rejoint celle donnée par l'organisation mondiale de la santé qui se définit comme suit : La planification familiale est l'ensemble des mesures permettant de favoriser des naissances, d'agir sur l'intervalle entre les naissances, d'éviter les naissances non désirées et de donner à chaque couple le moyen de déterminer le nombre d'enfants qu'il désire au moment voulu.

La majorité des structures utilisaient les deux méthodes (courte et longue durée) avec 93,75%.

Ce résultat peut être comparé à celui de ISSIAKA SIDIBE (33) qui a trouvé un taux de 79%.

Ce qui nous montre l'intérêt accordée par les utilisatrices à ce sujet.

La majorité des structures avait 3 méthodes temporaires de courte durée avec 50%.

Ce résultat est supérieur à celui de Mr Youssouf AMADOU CISSE (29) qui a trouvé un taux de 28,8% avec les 3 méthodes temporaires de courtes durée.

Toutes les structures avaient au moins 2 méthodes de longue durée (le DIU et l'implant) avec 100%. Ce résultat est comparable à celui d'ADAMA LAMINE COULIBALY (34) qui trouvé un taux de 68,2% pour le DIU et 63,2% pour l'implant.

Seulement une seule structure utilisait la méthode permanente (la vasectomie et la ligature des trompes) avec 6,25%.

Ce résultat est comparable à celui de Mme Diarra Ténin SINAYOKO [34] pour qui la vasectomie représentait seulement 1,8% des cas et celui de Jean Marie TRAORE qui a trouvé seulement 2,1% pour la Ligature des trompes et celui de Mme kouma Mariam SIDIBE (36) qui a trouvé 9% des deux méthodes.

Ce qui explique que ces méthodes permanentes sont moins pratiquées dans les différentes structures sanitaires.

Les effets secondaires liés aux contraceptifs et les mauvaises interprétations de l'entourage aux clientes représentaient la moitié des difficultés avec 50%. Ce résultat se rapproche de celui de Fatoumata Fabé Sountoura qui trouvé un taux de 51 %. Cela pourrait être dû à une insuffisance d'information sur les effets secondaires et leur prise en charge (37).

Les spotting représentaient la majorité des effets secondaires avec 87,50% des cas. Ce résultat est inférieur à celui de ZOUNA FOPA Marie Michèle (38) qui a trouvé un taux de saignement vaginaux élevé à 100% et comparable à celui de Sidiya MAIGA (2) dont les spotting ont été la base des effets secondaires à 73% des cas.

Pour pérenniser le planning familial, la sensibilisation, l'information et la mobilisation constituaient des activités principales avec 31,25%. Cela pourrait expliquer par l'implication de l'état à travers les structures de santé et le rôle des partenaires dans les activités de la planification familiale.

La disponibilité des produits contraceptifs représentait rôle primordiale des partenaires avec 18,75%.

Ce taux pourrait se traduire par l'engagement des partenaires dans la continuité des activités de la planification familiale notamment la santé de la mère et de l'enfant.

C-PATIENTS

La tranche de 18 à 25 ans était la plus nombreuse au cours de notre étude avec 53,75%. Ce résultat se rapproche à ceux de NANGAZAGA DAO, en 2007 sur l'étude des effets secondaires de la contraception injectable au centre de santé de référence de la commune V avec 55%(39) et de ALIMA SIDIBE (40) avec une tranche d'âge de 15 à 17 ans avec 58,2%.

Ces taux se rapproche et peut être expliquer par le faite que cette tranche d'âge possède une activité sexuelle plus intense.

La profession la plus touchée était les ménagères avec 57,50% et la majorité des femmes étaient analphabètes avec une fréquence de 36,25%.

Ces taux pourraient s'expliqué par le fait que les femmes non scolarisées sont généralement analphabètes et plus exposés aux risques de grossesses non désirées et qui participent aux activités de la planification familiale.

La plupart de nos utilisatrices résidaient dans la commune VI avec une fréquence de 91,875 % des cas contre seulement 8,125% hors de la commune.

La situation géographique et l'accessibilité du centre par rapport aux utilisatrices pourraient en être l'explication. Les utilisatrices enregistrées hors de la commune venaient à travers leurs connaissances qui travaillent dans le centre.

Les femmes mariées engagées dans un régime monogame représentaient 71,3% et 16,3% étaient mariées polygames. Ces fréquences se rapprochent de GBESSEHLANAGOSSINELLY (41) avec un taux de 76% de mariée monogames et 24% de mariées polygames et celui de TSAGUE VIRGINE GISELE (11) qui a trouvé un taux de 80,5% engagé dans un régime monogame.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les clientes mariées monogames sont mieux perçues au niveau des unités de planification familiale que les femmes mariées polygames (42).

L'intervalle de procréation des femmes était majoritaire entre 25 à 35 ans avec 60,625 % des cas. Ce résultat est inférieur à celle de Jean Marie Traore avec un taux de 93,1%.

Dans notre étude, la majorité des femmes avaient un temps d'utilisation comprise entre 2 à 5 ans soit 58,8% des cas. Ce résultat est strictement inférieur à celle de Abdoulaye Z Koné (43) avec un taux de 84,9% sur un intervalle Supérieur 2 ans et supérieur à celui de Bakary TOUNKARA (7) avec un taux de 48,10% sur une durée d'utilisation de 1 à 2 ans.

Selon les normes de L'OMS, L'AMPPF prévient 25-40% des décès maternels en espaçant les grossesses de 2 ans (1).

Les 96,88% des femmes utilisatrices des méthodes contraceptives ont donné comme raison l'espacement des naissances.

Ce taux est supérieur à celui de Jean Marie Traoré qui a trouvé un taux de 69,1% et celui de Mme Kouma Mariam SIDIBE (36) avec un taux de 89,02%.

Cela pourrait s'expliquer par La définition de la pf émanant **du Procédure en santé de la Reproduction** qui s'annonce comme suite : : C'est l'ensemble des moyens 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 et à avoir le nombre d'enfants qu'ils veulent.

Ce niveau de connaissance assez encourageant s'explique par la qualité du counseling sur la PF après accouchement dont les informations sont renforcées par les campagnes publicitaires à la télé et la radio.

Dans notre étude le pilplan et Depo-provera ont été les contraceptifs les plus connues avec respectivement 33,6% et 26,99 %. Cela suppose que les méthodes contraceptives sont mieux connues par les utilisatrices mais un peu moins pratiqués (44).

Egalement les résultats des études effectuées à Hanoï et au Vietnam confirment la faible utilisation des contraceptifs, sur 78% de jeunes filles ayant entendu parler de la Planification familiale, seulement 26% avaient utilisé une méthode contraceptive, principalement le préservatif (45).

La Méthode temporaire de courte durée était la plus demandée avec 60,6% des cas.

Ce résultat est comparable à celui de HALIMATOU DIAWARA [58] qui a trouvé un taux de 59,8%.

Les 63,8% des choix ont été faite par les patients eux même. Ce résultat se rapproche de celle de Adama lamine COULIBALY (34) et celui de Mme Kouma Mariam SIDIBE (36) qui a trouvé 26,28% après reflexe personnelle (36) et Mlle de HALIMATOU DIAWARA (46) qui a trouvé un taux de 61,5% .

Les 50 % des femmes utilisatrices d'une des méthodes contraceptives n'ont pas ressenties d'effets secondaires.

Ce résultat se rapproche de celui de Mme Kouma Mariam SIDIBE (36) qui a trouvé un taux de 66,67% qui n'ont pas ressenties d'effets secondaires.

Les 50,63% des Patientes sont retournes au centre pour des informations complémentaires sur la planification familiale.

Ce résultat est superieur à celui de Mme kouma Mariam SIDIBE qui a trouvé un taux 20% qui sont retournés au centre pour des informations complémentaires.

Dans la majorité des structures, le cout de prestation était compris entre 100 à 1000 avec 66,88 %. Ce résultat se rapproche de celui de Abdoulaye Z KONE (43) qui a eu un taux de 82,9% des utilisatrices satisfaites du prix.

Dans la majorité des cas, les décisions ont été prises par les deux conjoints avec 87,5 %. Ce taux est supérieur à celle Abdoulaye Z KONE qui a trouvé un taux de 64,4%.

Le problème économique était l'avis de la majorité des femmes utilisatrices avec 50,63 %. Ce résultat comparé à celle de Adama Lamine COULIBALY (34) nous donne un taux de 0,6 % sur le plan financier.

D-RESULTATS GESTION DE STOCKS

- Seulement la moitié des structures (50%) disposait du Manuel du **SDADME**.

Schéma directeur d'approvisionnement et de Distribution de médicaments essentiels.

C'est un mécanisme qui décrit les mesures pratiques et fonctionnelles devant permettre la mise en œuvre du volet approvisionnement en médicaments essentiels de la Politique Sectorielle de Santé, objet de la loi n 02-049 du 22 juillet 2002.

- La majorité des structures avaient la liste nationale de médicament essentiel avec 62,50%.

- C'est une liste des produits dont l'efficacité et l'innocuité ont été scientifiquement démontré et qui est indispensable pour les soins de santé de base à titre préventif et curatif.

Au vu de cette importance capitale d'où la disponibilité dans les différentes structures à ce taux.

- La majorité des structures ont répondues non à l'existence du Guide thérapeutique national avec 56,25%.
- C'est un document qui contient la classification des médicaments par classe thérapeutiques.

Elle est indispensable dans la connaissance des médicaments mais elle n'était pas disponible dans les différentes structures.

D'où sa disponibilité à ce taux.

- **Le CRGS** était présent dans la majorité des structures avec 68.75%.

C'est le compte rendu de gestions de stocks.

C'est un support permettant de faire le récapitulatif du mouvement du stock pendant une période donnée (semestrielle ou annuelle).

Sa présence est indispensable dans une structure pour la maitrise et une bonne organisation du stock physique.

D'où sa présence à ce taux.

- **Les fiches de stock** étaient présentes de la majorité des structures avec 87,50% des cas. C'est un support de gestion qui donne la situation des entées et des sorties des médicaments avec la justification (situation du stock).

C'est un support de base de la gestion des médicaments.

Son importance explique la hausse de ce pourcentage.

- La majorité des structures disposaient d'une Fiche de pointage hebdomadaire avec 93,75 des cas.

Ce sont des documents qui permettent au gérant de suivre les sorties par ordonnance des médicaments et d'établir la situation des stocks par jour et par semaine et de mettre à jour la fiche de stocks périodiquement par jour et par semaine.

Sa présence est indispensable pour une bonne tenue du stock dans une structure d'où le taux de 93,75%

- La majorité des structures disposaient d'une Fiche de pointage journalier avec 87,50% des cas.

- Ce sont des documents qui permettent au gérant de suivre les sorties par ordonnance des médicaments et d'établir la situation des stocks par jour et par semaine et de mettre à jour la fiche de stocks périodiquement par jour et par semaine.
- Sa présence est indispensable pour une bonne tenue du stock dans une structure d'où le taux de 87,50%
- La majorité des structures disposaient du **bon de commande** avec 93,75%.

Il permet l'enregistrement des besoins en médicament du dépôt au vu de cette importance capitale pour le bon fonctionnement des structures d'où sa présence a avec ce taux élevé dans les structures.

- Le Bordereau de livraison était présent dans la majorité des structures avec 81,25%.

C'est un formulaire permettant de mentionner les quantités livrées par fournisseurs, ce document est appelé Bordereau de livraison, il permet de comparer ce qui a été commandé et réellement acheté et livré. Sa présence est indispensable pour le bon fonctionnement d'une structure d'où son taux élevé à 81,25%.

La Fiche de réception était présente dans la majorité des structures avec 87,50 des cas.

Elle est annexée au Procès-Verbal (PV) de réception qui fait le compte rendu du déroulement de la réception.

La Fiche de réception permet de mentionner les quantités de produits réellement mises à la disposition du gérant après livraison. Sa présence est indispensable pour le bon fonctionnement d'une structure d'où son taux élevé à 87,50.

- La majorité des structures ne disposaient pas de la fiche de **Notification des effets secondaires** avec 87,50%.

C'est une fiche dans laquelle est mentionné les effets secondaires des médicaments essentiels, mais cette fiche n'était pas à la portée de tous les structures.

Majorité des structures disposaient d'une **Fiche d'inventaires**

C'est une permettant de déterminer le stocks disponible et utilisable à la suite d'un inventaire.

Il est utilisé immédiatement après l'inventaire pour mettre à jour la fiche de stock. Il est exploité pour déterminer la valeur du stock de médicament et des supports à porter au bilan.

Mais malheureusement il ne pas présent dans la majorité des structures.

Les médicaments n'étaient pas protégés de l'humidité dans la majorité des structures avec 68,75%.

Par le manque d'équipement dans la majorité des structures donc la protection des médicaments à l'abri de l'humidité était quasi impossible d'où ce taux élevé.

Le coefficient Multiplicateur plus utilisé dans la majorité des structures était de 1.50 avec 43,75%.

Les **prix** des produits sont fixés par niveau par l'application d'un **coefficient multiplicateur** conformément au décret N° 03-2188/P-RM du 30 mai 2003 portant réglementation des prix des médicaments en dénomination commune internationale de la liste nationale des médicaments essentiels.

Le coefficient multiplicateur permet de disposer d'une marge qui prend en charge :

- Les frais d'approches (transport ; manutention)
- Le salaire, charges sociales et les primes du gérant.
- Les d'entretien et du fonctionnement du dépôt (fournitures, produits d'entretien).

Raison pour laquelle elle est très important et plus utilise dans les structures.

- La majorité des structures disposait du condom Masculin avec 87,50% des cas.

Ce résultat est comparable de celui de ALIMA SIDIBE [42] qui à trouver un taux de 72,13%

- Seulement 43,75% des structures disposaient du condom Féminin.

Ce résultat est comparable à celui de Bakary Tounkara qui a trouver un taux 24,33%.

- Seulement peu de structures avaient le Collier du cycle avec 31,25%.

Ce résultat se rapproche de celui de Adama Lamine Coulibaly(34) qui a trouvé un taux de 60,7%.

- La majorité des structures avaient la pilule dans leur centre avec 62,50. ce résultat se rapproche de celui de Jean Marie Traore(47) qui a trouvé un taux de 96,8%.

- Seulement 31,25% des structures avaient l'ovrette avec 31,25% des cas.

- La majorité des structures avaient la confiance injectable avec 81,25%.

Ce résultat se rapproche de celui de Jean Marie Traore (47) qui a trouvé un taux de 99,5%

- La contraception d'urgence était disponible dans la majorité des structures avec 81,25%.

- Ce résultat est comparable à celui de Bakary Tounkara qui à trouver un taux 4%

- La majorité des structures avaient le Jadelle avec 93,75% des cas.

Ce résultat est comparable à celui de Bakary Tounkara qui à trouver un taux 16,33.

- La majorité des structures avaient le DIU dans leur centre avec 75%.

Ce résultat est comparable à celui de Bakary Tounkara qui à trouver un taux de 37,70

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au terme de notre étude prospective qui a concerné 16 structures de la commune VI du District de Bamako dont l'objectif principal était d'évaluer la gestion des contraceptifs dans ces différentes structures.

Ce travail nous a permis de faire le parcours de ces différentes structures.

En référence aux objectifs de notre étude nous avons pu avoir les réponses suivantes :

La tranche d'âge de 18 à 25 ans était la plus nombreuses a participé aux activités de la planification familiale au cours de notre enquête.

Les femmes mariées engagées dans un régime monogame représentaient 71,3% et 16,3 étaient mariées polygames.

L'intervalle de procréation des femmes était majoritaire entre 25 à 35 ans avec 60,625 % des cas

Dans notre étude, la majorité des femmes avaient un temps d'utilisation des méthodes contraceptives comprise entre 2 à 5 ans soit 58,8% des cas avec comme raison l'espacement des naissances à 96,88%.

La Méthode temporaire de courte durée était la plus demandée par nos utilisatrices avec 60,6% des cas dont le choix était fait par nos utilisatrices eux-mêmes avec 63,8%.

La moitié de nos utilisatrices n'ont pas ressenties d'effets secondaires avec 50% des cas.

Dans la majorité des structures, le cout de prestation était compris entre 100 à 1000 avec 66,88 %

Dans la majorité des cas, les décisions ont été prises par les deux conjoints avec 87,5 %.

La majorité des structures utilisent les deux méthodes (courte et longue durée) avec 93,75%.

La majorité des structures avait 3 méthodes temporaire de courtes durée avec 50% et seulement une seule structure utilise la méthode permanente (la vasectomie et la ligature des trompes) avec 6,25%.

Les spotting représentaient la majorité des effets secondaires avec 87,50% des cas.

Selon la disponibilité des documents normatifs, 50% des structures disposait du Manuel du SDADME, 31,25 des procédures d'opération standards et 62,50 de la liste nationale de médicament essentiel. Le Guide thérapeutique national était disponible avec 43,75 %.

Le CRGS était présent dans la majorité des structures avec 68,75%.

Les fiches de stock étaient présentes de la majorité des structures avec 87,50% des cas.

La majorité des structures ne disposaient pas de la fiche de Notification des effets secondaires avec 87,50

Le coefficient Multiplicateur plus utilisé dans la majorité des structures était de 1.50 avec 43,75%.

Selon la disponibilité des produits contraceptives, le condom Masculin était disponible à 87,50%, condom Féminin à 43,75 %, le Collier du cycle 31,25 %, la pilule à 62,50 ; l'ovrette avec 31,25% ; la confiance à 81,25 % ; le Jadelle avec 93,75% et le DIU dans leur centre avec 75%.

La contraception d'urgence était disponible dans la majorité des structures avec 81,25%.

RECOMMANDATIONS

1-AUX AUTORITÉS SANITAIRES

➤ Veiller à la réglementation de la distribution des produits contraceptifs déjà disponible sur le marché Malien.

2-AUX RESPONSABLES DES STRUCTURES (CSREF, CSCOM, PRIVEES)

- Créer un cadre confortable de counseling pour les clientes.
- Promouvoir les méthodes de contraception à l'endroit des clientes.

3-AUX PRESTATAIRES DE SERVICE DE PF

- Renforcer les séances de counseling à l'endroit des clientes.
- Sensibiliser les hommes en insistant sur les avantages de la contraception dans le cadre de la santé de la famille.
- Mieux informer les clientes sur les effets secondaires possibles des produits contraceptifs.
- Etre plus à l'écoute des clientes pour mieux connaître leurs problèmes.

4-AUX POPULATIONS

- Fréquenter d'avantage le service de PF en évitant l'automédication.
- Respecter le plus possible les rendez-vous.
- Utiliser correctement la méthode de contraception choisie.
- Observer scrupuleusement les instructions et conseils donnés par les prestataires.
- S'informer auprès des personnes compétentes lors de la survenue d'effets secondaires avant d'interrompre la contraception.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Sidibé A. La Planification Familiale dans quatre établissements d'enseignement secondaire de la commune IV du District de Bamako. [thèse en médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2011.
2. Maiga S. Evaluation de l'utilisation du Norplant au centre de Santé de référence de la Commune IV du district de Bamako. [thèse en médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2009.
3. MATIEDJE VK. Bilan des activités de planning Familial au sein de la clinique de l'association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) du district de Bamako de juillet à decembre 2008. [Bamako]: FMPOS; 2008.
4. DECRET N°05 portant creation des directions regionales de la sante et des disticts sanitaires. [Internet]. 2003 [cité 4 sept 2020]. Disponible sur: http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&task=view&id=671&Itemid=87
5. Achat larousse medical 1995 pas cher ou d'occasion [Internet]. ResearchGate. 1995 [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <https://fr.shopping.rakuten.com/s/larousse+medical+1995>
6. BILODEAU(A),FORGET (G.), TETREAUULT (J.). L'auto-efficacité relative à la contraception chez les adolescentes et les adolescents : la validation de la version française de l'échelle de mesure de Levinson. Auto-Effic Relat À Contracept Chez Adolesc Adolesc Valid Version Fr L'échelle Mes Levinson. 1994;(2):115-20.
7. TOUNKARA B. Etude des connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma [These en médecine]. [Diéma]: FMPOS; 2010.
8. CHANOU YS. Logiques d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes : le cas de la faculté de médecine et d'odontostomatologie, de la faculté de pharmacie au Mali et de la faculté des sciences et de la santé au Bénin. [These en médecine]. [Mali-Benin]: FMPOS; 2014.
9. Eléments de la technologie de la contraception : manuel à l' intention du personnel clinique / Robert A. Hatcher [et al.] [Internet]. [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42377?locale-attribute=pt&locale=ar>
10. Konate M. Connaissances, Attitudes et Pratiques sur la sante de la reproduction en milieu scolaire (Centre d'Enseignement Professionnel et Lycée) [thèse en médecine]. [Kalaban coro]: FMPOS; 2012.
11. TSAGUE DONGMO VG. Implication des époux dans la contraception au sein du couple a L'AMPPF dans le district de Bamako. [These en Pharmacie]. [Bamako]: FMPOS; 2018.
12. diarra L. Etudes épidemiologique et clinique du planninf familial à la clinique du siège de l'AMPPF de Bamako [These en médecine]. [Bamako]: FMOPS; 2013.
13. mali_politique_et_normes.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/mali_politique_et_normes.pdf

14. Le Programme de Santé de la Reproduction (SR) – PSIMALI [Internet]. 2019 [cité 4 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.psimali.ml/le-programme-de-sante-de-la-reproduction-sr/>
15. Pratique contraceptive et la contribution des activités de planification familiale au Mali - Etude dans le cadre de la coopération malienne - néerlandaise [Internet]. ResearchGate. 2012 [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/286259477_Pratique_contraceptive_et_la_contribution_des_activites_de_planification_familiale_au_Mali_-_Etude_dans_le_cadre_de_la_cooperation_malienne_-_neerlandaise
16. contraception de serfaty, Ancien ou d'occasion - AbeBooks [Internet]. 2003 [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.abebbooks.fr/rechercher-livre/titre/contraception/auteur/serfaty/ancien-occasion/>
17. Boite M. Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception au niveau des grins [These en médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2009.
18. Le Repositionnement de la Planification Familiale: Directives pour actions de plaidoyer. mars 2004;66.
19. Guyavarch E. LES BALBUTIEMENTS ET LES RETOURNEMENTS DE LA CONTRACEPTION EN AFRIQUE AU SUD DU SAHARA. :56.
20. OUEDRAGO T. OUEDRAOGO T R. Introduction. Dans : Recherche portant sur l'examen et l'analyse de toutes les législations, règlements et politiques administratives ayant une incidence sur le statut juridique de la femmes les questions liées à l'avortement; l'accessibilité aux informations et services de Planification familiale. Burkina : Ministère de la promotion de la femme, 1995 :12-69 37 - Recherche Google. 1995.
21. Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Mali: 2019-2023. juin 2019;148.
22. Diane H. Ministère des Enseignements Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique. 2011 2010;68.
23. Plan d'action national de Planification Familiale du Mali Draft Avril 2014-2018. avr 2014;118.
24. Sidibé A. Etude des connaissances ,Attitudes et Pratiques des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception. [Bamako]: FMPOS; 2005.
25. Brownlee A. -Ministère de la santé publique et des affaires sociales/DSF. Plan d'action pour le programme national de planning familial, Juin 1991 - Recherche Google. 1991.
26. Politique & Normes des Services de Santé de la Reproduction. 2004;102.
27. Girard J-F. - Editorial par Jean François Girard, président de l'IRD, population au sud n°31, Août/Octobre 2005. - Recherche Google. 2006.
28. National Research Council (US) Committee on Population. Contraception and Reproduction: Health Consequences for Women and Children in the Developing World

- [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 1989 [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235072/>
29. Cisse MYA. Connaissances ,Attitudes et Pratiques de la contraception en milieu scolaire dans la commune urbaine de GAO. 2010 2009;93.
 30. Un guide sur la santé sexuelle et reproductive en Afrique de l'ouest francophone à l'attention des journalistes – Population Reference Bureau [Internet]. 2003 [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.prb.org/west-africa-media-fr/>
 31. Distribution de Contraception Injectable par les Agents de Santé Communautaires. 2018;88.
 32. pubmed. :p.71.
 33. Sidibe I. Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes de 15 à 24 ans de la commune I et II du District de Bamako en matière de Planification Familiale. [These en médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2015.
 34. Coulibaly A lamine. Etude des connaissances attitudes et Pratiques de la contraception en milieu scolaire dans la commune urbaine de segou [These en médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2013.
 35. Sinayoko T. Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes de 15 à 24 ans de la commune I et II du District de Bamako en matière de Planification Familiale [thèse en médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2015.
 36. Sidibe MKM. Approche épidémiologique du Planning Familial au centre de santé de la commune VI du District de Bamako [These en médecine]. [Bamako]: FMPOS; 1998.
 37. Sountoura FF. Etude des connaissances ,des attitudes et Pratiques des adolescentes sur la contraception a Mopti : cas du Lysée HAMMADOUN DICKO de Sevare [These en médecine]. FMPOS; 2010.
 38. ZOUNA MMZ. Perceptions et Pratiques en matière de contraception et de consultation prénatale au village du point G en commune III dans le District de Bamako [thèse en médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2013.
 39. DAO N. Etude des effets secondaires de la contraception injectable au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. [Bamako]: FMPOS; 2008.
 40. Sidibe A. Etude de connaissances ,des Attitudes et Pratiques des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception. [Bamako]: FMPOS; 2005.
 41. Nelly G. Memoire Online - Evaluation des connaissances et attitudes des femmes vis-à-vis des soins prénatals dans la commune II du district de Bamako:cas du quartier de Médina-coura - Agossi Nelly GBESSEMEHLAN [Internet]. Memoire Online. 2010 [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.memoireonline.com/05/12/5843/Evaluation-des-connaissances-et-attitudes-des-femmes-vis--vis-des-soins-prenatals-dans-la-commune.html>
 42. FANE B. Evaluation de l'offre des services du dispositif intra utérin dans le post partum dans la ville de Sikasso. :77.

43. Kone AZ. Role du secteur privé dans l'offre des services de Planning Familial en commune IV dans le District de Bamako [These en médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2006.
44. Koroma C. Intervalle intergénérisique court sur utérus cicatriciel : les causes au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. 2015;92.
45. Un guide sur la santé sexuelle et reproductive en Afrique de l'ouest francophone à l'attention des journalistes – Population Reference Bureau [Internet]. 2012 [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.prb.org/west-africa-media-fr/>
46. Diawara H. Etude des Connaissances, Attitudes et Pratiques des méthodes de Contraception par les élèves et etudiantes dans le District de BAMAKO [thèse en médecine]. FMPOS; 2008.
47. Traore JM. Connaissance et Utilisation de la Contraception au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako chez 188 patientes colligées. [These en médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2010.

SERMENT DE GALIEN

- Je jure en présence des maîtres de cette Faculté, des conseillers de l'ordre des Pharmaciens et de mes chers 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 !