

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



**U.S.T.T-B**

FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2021

N°.....

**THESE**

**Problématique de la planification familiale en  
commune IV du District de Bamako  
A PROPOS DE 109 CAS**

Présentée et soutenue publiquement le 13/12/2021 devant la Faculté  
de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**Par M.Ali KONATE**

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

**Jury**

**Président :** Pr Drissa TRAORE

**Membres :** Dr Mamadou SIMA

Dr Sirama DIARRA

**Co-Directeur:** Dr Mamadou TRAORE

**Directeur :** Pr Tioukani THERA

# **DEDICACES**

## **DEDICACES**

Je dédie ce travail :

### **. A ALLAH le tout puissant :**

Pour avoir maintenu ma santé et m’avoir donné la force de mener ce travail. Tu m’as guidé tout au long de ce travail, Je te confie mon avenir !

### **. A ma mère *Nantenin DOUMBIA* :**

Maman Chérie, en ce moment spécial de ma vie, les mots me manquent pour exprimer ce que j’éprouve pour toi. Tu as tant souffert dans la vie, tant lutté pour nous offrir une vie aussi meilleure que possible dans l’honnêteté, la probité, la dignité, l’humilité et le sens élevé de l’honneur. Ta vie est tout simplement un modèle pour aboutir au succès. Ma fierté est surtout de t’avoir eu comme mère. Saches que je t’ai aimé, je t’aime et je t’aimerai toujours. Je te fais le serment de ne jamais te décevoir car ton modèle a forgé l’homme que je suis. Ce travail est le tien !

### **. A mon père *Mamadou KONATE* :**

Sans lequel rien de tout cela n’aurait été possible. Toi qui as su assurer avec dignité, courage, honneur et foi ton devoir de père de famille. Tu as inculqué à nous, mes frères, mes sœurs et moi-même l’amour du travail bien fait et l’endurance dans la vie quotidienne.

Que DIEU le tout puissant te donne une longue vie. Amen !!!

### **. A ma tante *Feue Mariam KONE* :**

Tu as toujours été une femme courageuse, brave et exemplaire. Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que tu as fait pour moi. Qu’Allah te pardonne et te préserve de tout mal en t’accueillant dans le paradis des pieux. Amine !!!

**. A mon grand frère << oncle >> *Ichaka CISSE* :**

Vous avez été pour moi plus qu'un frère. C'est grâce à vos soutiens moraux et matériels que j'ai pu mener à bien mon étude universitaire. Votre souci premier a toujours été ma réussite. Ce travail est le vôtre ! Merci !

**. A sœurs *Fatoumata KONATE***

Merci pour ton soutien et l'amour fraternel qui nous lie.  
Ce travail est le tien.

**. A mes frères et sœurs**

Merci pour tous vos soutiens, conseils et l'amour fraternel. Restons toujours unis pour l'amour de Dieu. Recevez mes salutations les plus sincères.

**. A ma femme *Sokona SAMAKE* :**

Chérie, cette étape a été dure, très dure mais il n'y'a eu aucune faille dans notre union sacrée. Nous sommes unis pour le meilleur et pour le pire.

# REMERCIEMENTS

## **REMERCIEMENTS**

### **AU MALI**

Merci d'avoir investi en moi pendant ces longues années d'études. Ma chère patrie, tu m'as donné des encadreurs de taille depuis l'école maternelle jusqu'à nos jours. Tu as créé les conditions favorables à ma formation. Je prie le bon Dieu de pouvoir te servir avec honnêteté et loyauté

### **Au corps professoral de la faculté de médecine et d'odontostomatologie :**

Recevez mes sincères remerciements pour la qualité de l'enseignement. Je prie Dieu afin que votre enseignement ne soit vain.

### **A mes honorables membres du jury :**

**Pr Drissa TRAORE, Dr Sirama DIARRA, Pr Mamadou TRAORE, Dr Mamadou SIMA, Pr Tioukani Augustin THERA** Pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

Mes remerciements vont à tout le personnel du CSRéf CIV et notamment :

**A Dr Sirama DIARRA** Votre apport intellectuel et matériel, ainsi que vos conseils de Maitres ne m'ont jamais fait défaut dans les moments les plus difficiles.

**A tout le personnel du CSRéf de la CIV**, particulièrement ceux de l'unité de la maternité, par crainte d'omettre des personnes, je tairai les noms. La formation que j'ai reçue à vos côtés, toute une vie je ne pourrai vous manifester toute ma reconnaissance. Merci pour tout.

**A tous mes collègues ou déjà Docteur**, je vous souhaite beaucoup de courage et bonne carrière de médecin. Que nos liens se consolident d'avantage et demeurent pour toujours.

## **A mes parents**

**A mon père** : j'espère que tu seras fier de ton fils. Que DIEU te donne longue vie. Amen !

**A ma maman** : si je suis fier d'une chose aujourd'hui c'est de l'éducation que j'ai reçue de vous, vous m'avez toujours fait confiance et même entièrement, je me suis toujours interrogé si je mérite vraiment.

**A la famille CISSE** : Merci pour votre amour, votre assistance, votre hospitalité et pour l'attention et l'intérêt que vous portez à l'endroit de notre famille. Que DIEU vous bénisse ; et que le bonheur couronne vos foyers respectifs.

**A mon ami Daouda SANOGO** : merci pour les conseils que vous n'avez jamais cessés de me prodiguer.

**A mon ami et frère Yacouba ZERBO** : J'ai eu le plaisir de te connaître durant des années. Tu as fait preuve de beaucoup de compréhension et de patience à mon égard car je n'ai pas toujours été facile à vivre. Que le tout puissant raffermisse nos liens.

Je profite de ces instants solennels pour adresser mes vifs remerciements :

**A mes frères:**

**Karamoko KONATE, Abdoul A KONATE, Bakary KONATE**

**A mes sœurs :**

**Fatoumata KONATE, Saran KONATE, Maimouna KONATE, Sanata KONATE.**

**A mes cousins :**

**Mamoutou CISSE, Issa CISSE, Adama CISSE.**

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

## **A notre Maître et Président du jury**

### **Professeur Drissa TRAORE**

- **Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point-G**
- **Membre de l'association Française des chirurgiens**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali**
- **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone**

### **Cher maître,**

Nous avons été très touchés par votre sens de l'accueil, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable.

Malgré vos multiples occupations, vous nous faites honneur en présidant ce jury.

Permettez-nous, cher maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

**A notre Maitre et membre du jury :**

**Dr MAMADOU SIMA**

- **Gynécologue Obstétricien**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point "G"**
- **Maitre-Assistant à la FMOS**

**Cher Maitre,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre dynamisme, votre respect, votre disponibilité, votre enseignement et la valeur de vos connaissances scientifiques ont toujours suscité notre admiration. Veuillez recevoir ici, cher maître nos sincères remerciements.

**A notre Maitre et membre du jury :**

**Dr Sirama DIARRA**

- **Gynécologue obstétricien au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako**
- **Praticien Hospitalier**
- **Membre de la SOMAGO**

**Cher Maitre,**

Votre disponibilité, votre sens de l'accueil, votre endurance sont là quelques-unes de vos qualités, qui forcent l'admiration. Vous êtes pour nous un modèle. Merci pour les journées et soirées entières consacrées pour l'amélioration de ce travail.

Trouvez ici l'expression de notre gratitude.

**A notre Maitre et co-directeur de thèse :**

**Pr Mamadou TRAORE**

- **Gynécologue-Obstétricien au CHU du Point G**
- **Praticien Hospitalier au CHU du Point G**
- **Maître de recherche**
- **Chargé de cours à l'INFSS**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique**

**Cher maître,**

C'était un plaisir pour nous d'avoir des moments d'entretien, de partage avec vous pour ce travail.

Vous êtes resté disponible, les bras ouverts pour nous et cela malgré vos multiples occupations. Homme chaleureux, simple, aimant le travail ordonné trouvez ici cher maître est la vôtre.

Nos sincères remerciements.

**A notre Maître et Directeur de Thèse**

**Professeur Tioukani Augustin THERA**

- **Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G**
- **Maître de conférences agrégé de Gynécologie Obstétrique**
- **Attestation de Formation Spécialisée en Gynécologie Obstétrique**
- **Diplôme d'Étude universitaire en Thérapeutique de la Stérilité**
- **Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en GYNECOLOGIE**
- **Diplôme d'Étude Universitaire en Colposcopie et pathologie cervico-vaginales**
- **Président de la commission médicale d'établissement du CHU du Point G**

**Cher Maître,**

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier le sujet de cette thèse. Derrière cet enseignant rigoureux, amoureux de la ponctualité et du travail bien fait, nous avons pu apprécier vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre modestie qui restent exemplaires. Pour vos conseils et votre grande disponibilité, recevez ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

**AMPPF** : Association malienne pour la protection et la promotion de la famille

**APF**: Association de Planification Familiale

**ATCD** : Antécédent

**ASACOLA2**: Association de Santé Communautaire de Lafiabougou 2

**ASACOHAM**: Association de Santé Communautaire de Hamdallaye

**ASACOLABASAD**: Association de Santé Communautaire de Lassa

**ASACOLAB5** : Association de Santé Communautaire de Lafiabougou Bougouni

**ASACO de Kalabambougou**: Association de Santé Communautaire de Kalabambougou

**ASACOSDJIP**: Association de Santé Communautaire de Djicoroni

**ASCODJENEKA**: Association de Santé Communautaire de Djenekabougou

**ASACOLA1**: Association de Santé Communautaire de Lafiabougou 1

**ASCOSEK**: Association de Santé Communautaire de Sebenicoro

**ASCOSEKASI**: Association de Santé Communautaire de Sebenicoro Kairabougou-Sibiribougou

**CSREF**: Centre de Santé de Référence

**CAREF** : Centre d'appui à la recherche et à la formation.

**CRDI**: Centre de Recherche pour le Développement International

**COC**: Contraceptifs Oraux Combinés

**COP**: Contraceptifs Oraux Progestatifs

**CIP**: Contraceptifs Injectable Progestatifs

**CIC**: Contraceptifs Injectables Combinés

**CSCOM**: Centre de Santé Communautaire

**CIV**: Commune IV

**CCV** : Contraception Chirurgicale Volontaire

**DSFC**: Division Santé Familiale et Communautaire

**DSF**: Division Santé Familiale

**DIU**: Dispositif Intra Utérin

**DNS** : Direction Nationale de la Santé.

**EDSM:** Enquête Démographique et de Santé du Mali

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

**FIPF:** Fédération Internationale pour la Planification Familiale

**IB:** Initiative de Bamako

**IST :** Infection Sexuellement Transmissible

**ITS :** Infection Pelvienne supérieure

**MJF:** Méthode des Jours Fixes

**MAMA:** Méthode d’Allaitement Maternelle et d’Aménorrhée

**OMS:** Organisation Mondiale de la Santé PF: Planification Familiale

**ONG :** Organisation Non Gouvernementale

**ODD :** Objectives de Développement Durable.

**OMD :** Objectives Millénaire pour le Développement.

**PFN:** Planification Familiale Naturelle

**PF :** planification familiale

**PMI:** Protection Maternelle et Infantile

**PPS :** Pilule Progestative Seul

**SR:** Santé de la Reproduction

**TA :** Tension Artériel

**UNFPA:** Fond des Nations Unies pour la Population

**VIH/SIDA:** Virus Immuno Humaine/Syndrome Immuno Déficient

# SOMMAIRE

**SOMMAIRE**

**TABLE DES MATIERES**

**I. INTRODUCTION ..... 19**

**II.OBJECTIFS ..... 22**

**III. GENERALITES ..... 24**

**IV. METHODOLOGIE..... 58**

**V.RESULTATS ..... 66**

**VI- COMMENTAIRES..... 85**

**VII.CONCLUSION : ..... 91**

**VIII. RECOMMANDATIONS..... 93**

**IX. REFERENCES ..... 96**

**X. ANNEXES..... 102**

# INTRODUCTION

## **I. INTRODUCTION**

La Planification Familiale (PF) est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable, de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre désiré d'enfants au moment voulu [1].

Elle affecte la vie des femmes et des hommes, de la conception à la vieillesse en passant par la naissance et l'adolescence. Elle couvre à la fois l'accès à la santé, la protection de la santé, la prévention et le traitement des maladies [2].

La croissance de la population actuelle et les problèmes qui lui sont liés sont considérés comme un frein au développement socio-économique des pays à faible revenu [3]. Cette situation attire de plus en plus l'attention des pouvoirs publics sur la maîtrise du mouvement naturel de la population, qui constitue depuis quelques années un enjeu pour la majorité des gouvernements des pays en développement [4].

Selon l'organisation mondiale de la santé, chaque minute qui passe, une femme dans le monde meurt suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, 26 à 53 millions d'avortements sont pratiqués chaque année dans le monde entier [1]. Ces avortements à risque sont effectués par des personnes hors du milieu médical et dans de mauvaises conditions d'hygiène [5].

La PF Considérée comme une composante essentielle des soins de santé primaires et de la santé de la reproduction, elle joue un rôle primordial dans la réduction des taux de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale, ainsi que de la transmission du VIH/SIDA [6,7].

Elle a contribué à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et elle contribue actuellement à la réalisation des Objectifs de Développement Durable(ODD) : Agenda 2030 [8].

Cependant, la prévalence contraceptive est estimée à 62% dans le monde, mais reste faible en Afrique subsaharienne, 23,7% et parallèlement, le nombre de besoins non satisfaits ne cessent de croître [9].

La prévalence contraceptive est de 25% en Afrique, mais un peu plus élevée dans certains pays d'Afrique tels que la Tunisie 75%, le Kenya le Botswana 30% et au Zimbabwe 43% [10].

Au Mali malgré les actions entreprises, le niveau de la fécondité reste parmi les plus élevés du monde (6,3 enfants /femme) [11].

L'enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM) VI de 2018 au Mali, situe le taux de fécondité en baisse de 0,5 par rapport à 2006 où il était de 6,6 enfants/femme [11]. Cette étude a également montré en 2018 que trois femmes âgées de 15-49 ans en union sur 10 (30 %) ont déclaré qu'elles veulent retarder la venue d'un enfant (retarder une première naissance ou espacer les naissances) de deux ans ou plus. De plus, 12 % des femmes ont déclaré qu'elles ne veulent plus d'enfants. Les femmes qui veulent retarder la venue d'un enfant et celles qui ne veulent plus d'enfants ont une demande en planification familiale. La demande totale en PF au Mali est de 41 % [11].

Près d'un quart des femmes en union (24 %) ont des besoins non satisfaits en matière de PF [11].

Pour inverser cette tendance, des campagnes annuelles de promotion de la PF sont organisées, par la Direction Nationale la Santé (DNS). En 2016, lors de la douzième édition, le thème central retenu était : « Un engagement constructif des leaders et des décideurs en faveur de la PF pour une jeunesse épanouie et un développement durable. »

En effet la prévalence contraceptive du Mali est faible seulement 17% selon EDS VI de 2018[11]. Face à ce constat, nous avons décidé de faire une étude sur les « problèmes liés à la planification familiale de la commune IV du district de Bamako » dont les objectifs sont les suivants :

# OBJECTIFS

## **II.OBJECTIFS**

### **OBJECTIF GENERAL :**

Evaluer le niveau de connaissance des clientes de la Commune IV du district de Bamako en matière de planification familiale.

### **OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- \*Déterminer le taux de fréquentation en PF ;
- \*Déterminer le taux d'utilisation de chaque méthode de contraception ;
- \*Identifier les causes d'abandon des méthodes contraceptives ;
- \*Rapporter la perception des clientes sur l'organisation des prestations de la PF en CIV du district de Bamako ;
- \*Décrire les attitudes et comportements des prestataires par rapport à l'offre des services de PF ;

# **GENERALITES**

### **III. GENERALITES**

#### **1. La contraception :**

La contraception est définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde, ou s'il y a fécondation la nidation de l'œuf fécondé [12].

En général le contrôle des naissances ou la contraception est une méthode qui empêche une femme de devenir enceinte [13].

Les méthodes scientifiques de contraception apparaissent dans le courant du XIXème siècle et surtout dans sa seconde moitié. La contraception n'est pas une question nouvelle mais s'accompagne toujours de débat [14].

#### **2. Rappel sur la planification familiale**

##### **a-Définition :**

Selon l'OMS la planification familiale est l'ensemble des mesures et méthodes que les hommes et les femmes prennent ou utilisent pour éviter des grossesses non désirées et organiser la venue des enfants quand ils le désirent [15].

Elle permet d'avoir des enfants au moment où ils le décident ; d'avoir juste le nombre d'enfant qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soins ; d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants [15].

##### **b- Planification familiale comporte diverses activités qui sont:**

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

### **c- Les avantages :**

#### **- Les femmes :**

Le planning familial permet à la femme de se protéger contre les grossesses non souhaitées. Depuis les années 1960 les programmes de planning familial ont aidé les femmes du monde entier à éviter 400 millions de grossesses à haut risque ou d'avortement pratiqués dans les mauvaises conditions.

La PF permet aussi à l'organisme de la femme de se reposer de récupérer et de mieux supporter les aléas de la nature qui sont : la maladie, le stress et les efforts physiques [16].

Elle permet à la femme de limiter les abandons d'enfant ou des cas d'infanticide. La PF contribue à la disponibilité de la mère pour son enfant, son mari et pour toute la famille [16].

#### **- L'enfant :**

Le planning familial sauve les vies des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances. Elle permet à l'enfant d'être allaité plus longtemps, de bénéficier de l'affection maternelle.

Tous ceux-ci contribueront au développement humanitaire de l'enfant pour faire face aux infections respiratoires, diarrhée et autres maladies infectieuses et virales [17].

#### **- Les hommes :**

La PF aide les hommes et les femmes à prendre soins de leur famille. Dans le monde entier, les hommes disent que la PF aide à leur assurer une meilleure existence [16].

#### **- La famille et la nation :**

La contraception offre tout un éventail d'avantages potentiels dans d'autres domaines que la santé, qui vont des possibilités élargies d'éducation et d'autonomisation des femmes, à la croissance durable de la population et au développement économique des pays [18].

La PF aide la nation à développer dans les pays où les femmes ont beaucoup moins d'enfants que leur propre mère. La population voit s'améliorer sa situation économique plus rapidement qu'ailleurs [19].

Les composantes de la PF retenues au Mali sont :

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

### **3. Activité de planification familiale**

#### **a-Définition :**

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

Elle aide les responsables :

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

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

## **Droit des clients**

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

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

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

Les salles de Counseling isolées et l'utilisation des paravents pour préserver la confidentialité et la dignité ;

L'utilisation des supports visuels en langue locale en image pour faciliter l'accès à l'information ;

La référence à une boîte à image pour donner toute l'information complète ;

La tenue et le classement correct des dossiers des clients pour assurer la continuité des services ;

Une salle d'attente avec place d'assise pour un minimum de confort ; Des toilettes accessibles aux besoins pour des droits d'hygiène ;

Une salle de tri pour éviter de très longue attente ;

Des prestataires qui parlent la langue du milieu pour faciliter la communication avec la cliente ;

Une gamme complète des produits pour faciliter le choix et satisfaire la cliente.

### **c- Besoin des prestataires**

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

Formation portant sur les compétences techniques et communication ;

Information sur les questions techniques avec mise à jour régulières ;

Infrastructures, notamment les locaux physiques appropriés et une organisation efficace ;

Contraceptifs, équipement et matériels éducatifs ;

Directives des services, listes aide-mémoire et supervision ;

Soutien de la part d'autres prestataires et autre niveau de soin ;

Respect et reconnaissance des collègues, des responsables, des clients et de la communauté ;

Motivation/encouragement pour fournir une bonne qualité des soins ;

Feed-back des responsables, des superviseurs, d'autres prestataires de services et des clients ;

Auto expression pour que les responsables tiennent compte de leur avis et prennent des décisions.

\*Image professionnelle :

Les centres reconnus pour la bonne qualité attirent et retiennent les clients.

### **4-HISTORIQUE :**

#### **4-1 Dans le monde :**

Selon Serfaty [14], 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, 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

[20].

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. C'est le propre de la pensée religieuse [14].

L'histoire de la contraception n'est en dehors des moyens employés, qu'une illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée 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 [20].

#### **4-2 Au Mali :**

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique culturel, économique et spirituel.

Une nombreuse progéniture est source à la fois de richesse (maximum de bras travailleurs pour augmenter la production) et de bénédiction divine [21].

La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme [22].

S'il est vrai qu'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].

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 deux à trois ans. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement [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 [21].

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 [21].

#### **4-2-1/ PRINCIPALES DATES DE LA POLITIQUE DU PLANNING FAMILIAL AU MALI :**

Le Mali a été l’un des premiers pays à adopter une attitude de tolérance vis-à-vis du planning familial. En effet depuis 1971 une délégation malienne s’est rendue à Montréal (Canada) pour participer à un séminaire sur la planification familiale [23].

Après le Mali a signé un accord avec les organisations de ce séminaire pour un projet d’assistance en planning familial pour quatre ans. A ce moment, entre les approches démographiques et sanitaires du planning familial, c’est l’approche sanitaire qui a été choisie en absence de paramètre démographique suffisamment maîtrisé de l’époque. C’est dans cet élan que l’association malienne pour la protection et la promotion de la famille (AMPPF) a été créée le 7 juin 1972 [16].

-En 1972, le Mali abrogea la loi du 31 juillet 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisait la propagande anticonceptionnelle [23]. Un centre pilote a été créé à Bamako par L’AMPPF dont l’objectif était l’espacement des naissances. La pratique du planning était conditionnée à l’autorisation maritale pour les femmes et parentale pour les célibataires [1].

-En 1973, deux séminaires dont un interafricain sur l’éducation sexuelle et d’autre intersyndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako [25].

-En 1974, le Mali a souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) sur le droit au planning familial [26].

-En 1978, le Mali a souscrit à la déclaration d’Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaires dont une des composantes est le planning familial dans le but

d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances [26].

-En 1980, la division santé familiale (DSF) a été créée au sein du ministère de la santé publique et affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial [23].

-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 [27].

-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 4ème conférence mondiale sur les femmes à Beijing (Chine) en septembre 1995.

-En juin 1995 a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle et infantile et planning familial [28].

Avec le temps le concept Malien en matière de planning familial a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuel qui définit le planning familial comme : l'ensemble des 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 maternelle, infantiles et juvéniles notamment celles liées aux IST/SIDA, au grossesses non désirées et 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 [25].

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.

#### **4-2-2-Principales lois relatives à la santé de la reproduction au Mali :**

A/La loi N° 02-044 relative à la santé de la reproduction dite loi Lahaou Touré, adoptée le 24 juin 2002 :

Il est à noter que la loi sur la Santé de la Reproduction (S.R) a été initiée par l'Assemblée Nationale sous forme de proposition de loi introduite par le REMAPOD et adaptée à partir d'une proposition régionale Ouest Africaine (Côte d'Ivoire 1999). Cette introduction a été faite dans un contexte marqué par de nombreuses barrières juridiques et non juridiques à la 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 S.R 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 de parlementaires, de la collaboration des ministères 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 SR est structurée en quatre titres et 21 Articles qui traitent : de la définition (titre I), de la santé de la reproduction (titre II), des dispositions pénales (titre III), et des dispositions transitoires et finales (titre IV). Elle annonce deux décrets : Le 1er déterminant 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 vivant avec le VIH et les garanties de confidentialité.

La loi relative à la SR annonce également deux arrêtés : le 1er portant sur la liste des produits, des méthodes et des moyens de contraception légalement approuvés et le 2ème, interministériel, fixant les conditions d'importation des produits contraceptifs [30].

B/LETTRE-CIRCULAIRE N°004/MSP-AS/CAB du 25 janvier 1991 :

Cette lettre adressée aux responsables politiques, administratives 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 [31]

## 5. LES MOYENS DE REGULATION DES NAISSANCES

La régulation des naissances se fait essentiellement à partir de la planification familiale. Elle fait intervenir : [32]

- La contraception est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant <<l'utilisation d'agents, de disposition, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'évité>> [15].
- La contraception post-coïtale utilisable après un rapport non protégé entre le temps de l'ovulation et l'implantation ;
- La stérilisation, la méthode irréversible :

Au Mali les méthodes de contraception sont classées en 2 grandes catégories [33] :

- les Méthodes temporaires ;
- et les Méthodes permanentes.

Les méthodes temporaires sont classées à leur tour en méthodes de courte durée et méthodes de longue durée

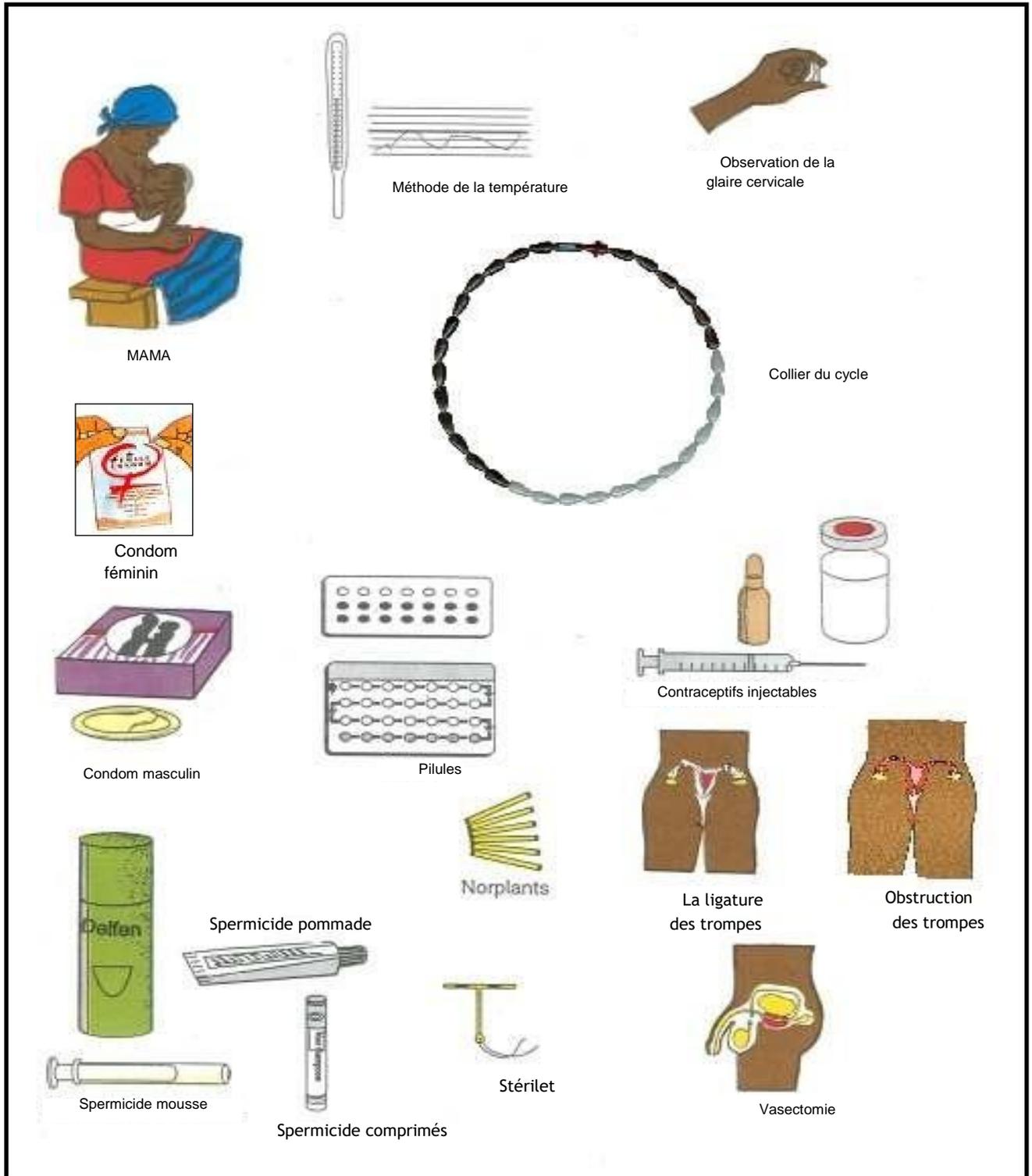


Figure 1 : Méthodes contraceptives.

## **5.1. LES METHODES TEMPORAIRES**

### **5.1.1- Les Méthodes de courte durée :**

#### **a- Les méthodes de planification familiale naturelle [34]**

On entend par « *planification familiale naturelle* » (PFN), les méthodes de contrôle de la fertilité qui ne font pas recours à des dispositifs ou à des agents chimiques de contraception. Elles reposent sur la compréhension de la physiologie du cycle menstruel et sur la détermination du moment de l'ovulation, et ce, dans le but de ne permettre le coït que lorsque le risque de grossesse est réduit ou même inexistant.

Parmi les méthodes de planification familiale naturelle, on trouve le coït interrompu (retrait), l'abstinence et la connaissance du cycle de fertilité

#### **- Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)**

La MAMA est extrêmement efficace à titre de méthode post-partum temporaire. Elle se fonde sur l'infertilité physiologique, attribuable à la suppression hormonale de l'ovulation, des femmes qui allaitent.



**Figure 2 : Méthode MAMA**

Son efficacité est de 98 %, pour une femme allaitante, seulement si :

- elle est toujours en aménorrhée ;
- elle allaite son enfant exclusivement ;
- son enfant est âgé de moins de six mois.

L'intervalle entre les périodes d'allaitement ne devrait pas dépasser quatre heures le jour, et six heures, la nuit [35].

**- Méthode du calendrier :**

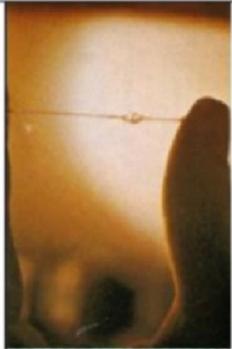
La méthode du calendrier ou des rythmes serait la plus employée de toutes les techniques basées sur l'abstinence périodique. Son utilisation implique des calculs sur les cycles menstruels précédents afin d'estimer la période fertile.

**\*Instructions :** noter le nombre de jour de chaque cycle pendant au moins 6 mois. On calcule le 1er jour fertile en soustrayant **18** du cycle le plus court ; et le dernier jour fertile en soustrayant **11** du cycle le plus long.

Le taux d'échec est élevé.

**- Méthode de la glaire cervicale ou méthode Billings :**

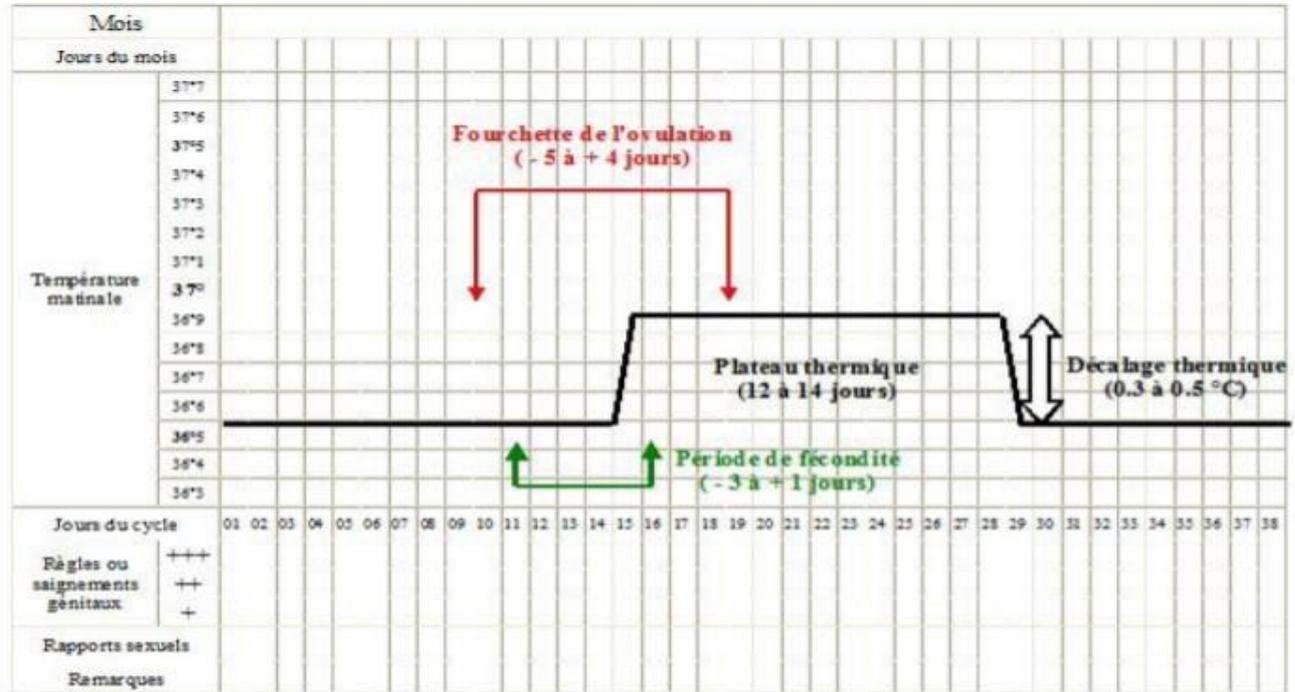
Elle repose uniquement sur les modifications de la glaire cervicale. Pour plus de certitude, il est conseillé de ne se fier qu'à la deuxième période d'infertilité (post-ovulation [36]).

<p>Glaire blanche et collante (après les règles). Peu favorable à la progression des spermatozoïdes, mailles serrées</p>	<p>Glaire transparente, liquide, légèrement étirable = période fertile, l'ovulation approche</p>	<p>Glaire, très filante et élastique, transparente/blanc d'œuf = ovulation Sensations très humide</p>
		

**Figure 3 : Méthode de BILLINGS**

**- Méthode de la température :**

Cette méthode repose sur l'évaluation de la température corporelle liée à la sécrétion de la progestérone par le corps jaune après l'ovulation.



**Figure 4:** Courbe température.

Après l'ovulation, la température augmente de 0,2° à 0,4°C et reste élevée jusqu'à la prochaine menstruation. Il est alors conseillé au couple d'éviter les rapports sexuels du premier au troisième jour consécutif de température élevée. Elle devient inutilisable en cas d'aménorrhée, de spanioménorrhée, dans les suites de couches, en période péri ménopausique et chez les femmes ayant des cycles anovulatoires.

**- Méthode d'Ogino-Knaus :**

La méthode Ogino-Knaus a pour principe de base qu'il n'y a qu'une ovulation par cycle et que celle-ci a lieu entre 12 et 16 jours avant les règles suivantes, que les spermatozoïdes survivent 3 jours dans les voies génitales supérieures de la femme et donc qu'un rapport peut être fécondant 3 jours avant l'ovulation, enfin que l'ovule vit et reste fécondable 48 heures et donc que les 2 jours qui suivent l'ovulation sont fertiles. Ainsi, dans un cycle idéal de 28 jours, la fertilité existe

du 10<sup>e</sup> au 17<sup>e</sup> jour, auxquels on peut rajouter un jour au début et à la fin de la période, par sécurité.

Pour appliquer cette méthode, il faut que la patiente connaisse parfaitement la longueur de ses 12 cycles précédents, qu'elle modifie ces données en fonction de l'évolution des cycles.

Son application est impossible dans le post-partum ou le post-abortum et chez les femmes ayant des cycles irréguliers.

#### **- Méthode Sympto-thermique :**

C'est une méthode qui associe la méthode de la température et celle de la glaire cervicale ou tout autre signe d'ovulation. Elle peut s'avérer plus efficace.

#### **- Méthode d'auto observation masculine ou le coït interrompu : le retrait**

De toutes les méthodes, elle semble être la plus vastement utilisée dans le monde, tant dans les pays développés qu'en développement [36].

#### ***Efficacité***

Les taux d'échec au cours de la première année d'utilisation ont été décrits comme étant de 4 % selon une utilisation parfaite [37].

#### ***Mécanisme d'action***

Au cours du coït, l'homme retire son pénis du vagin de sa partenaire avant l'éjaculation, ce qui devrait prévenir tout contact entre l'ovule et le spermatozoïde contenu dans le sperme.

#### ***Indications***

Le retrait peut constituer une option en matière de contraception lorsque :

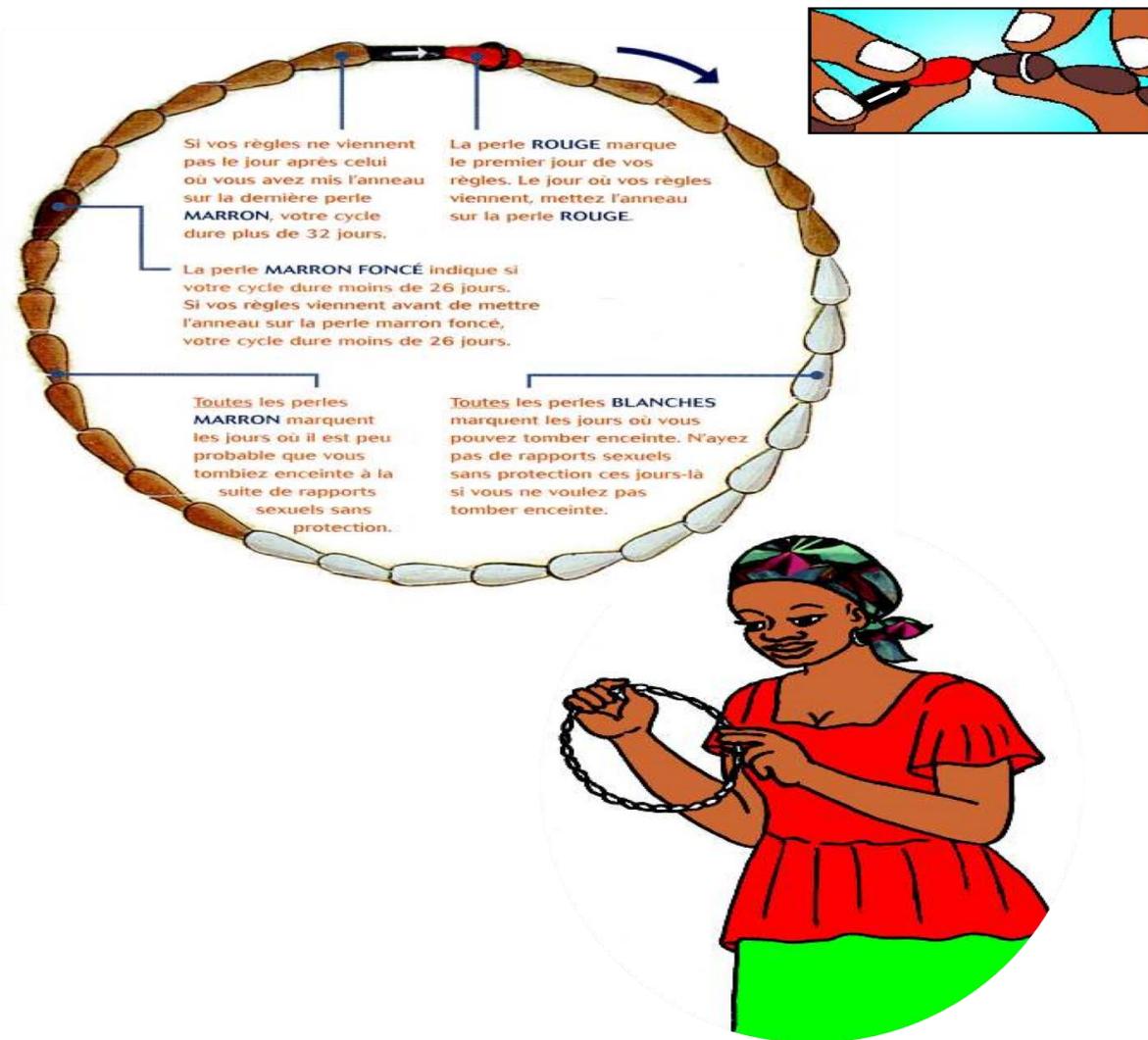
- aucun autre moyen de contraception n'est disponible ;
- le couple préfère éviter d'avoir recours aux autres méthodes ;
- des considérations d'ordre religieux interdisent le recours à d'autres méthodes ;

#### ***Contre-indications***

Puisque donnant lieu à une intromission, elle ne devrait pas être utilisée en présence d'un risque connu d'infection transmissible sexuellement. Les femmes qui doivent éviter la grossesse pour des raisons médicales ne devraient pas se fier uniquement à cette méthode.

## - Méthode du collier :

Basée sur la connaissance de la fertilité du couple, elle aide le client et le couple à prévenir une grossesse non désirée à l'aide d'un collier de perle.



**Figure 5 :** Méthode du collier.

Conditions d'utilisation du collier :

- La cliente doit avoir un cycle menstruel compris entre 26 et 32 jours
- La cliente doit avoir 4 cycles après l'accouchement avant de commencer la méthode
- La cliente doit être motivée

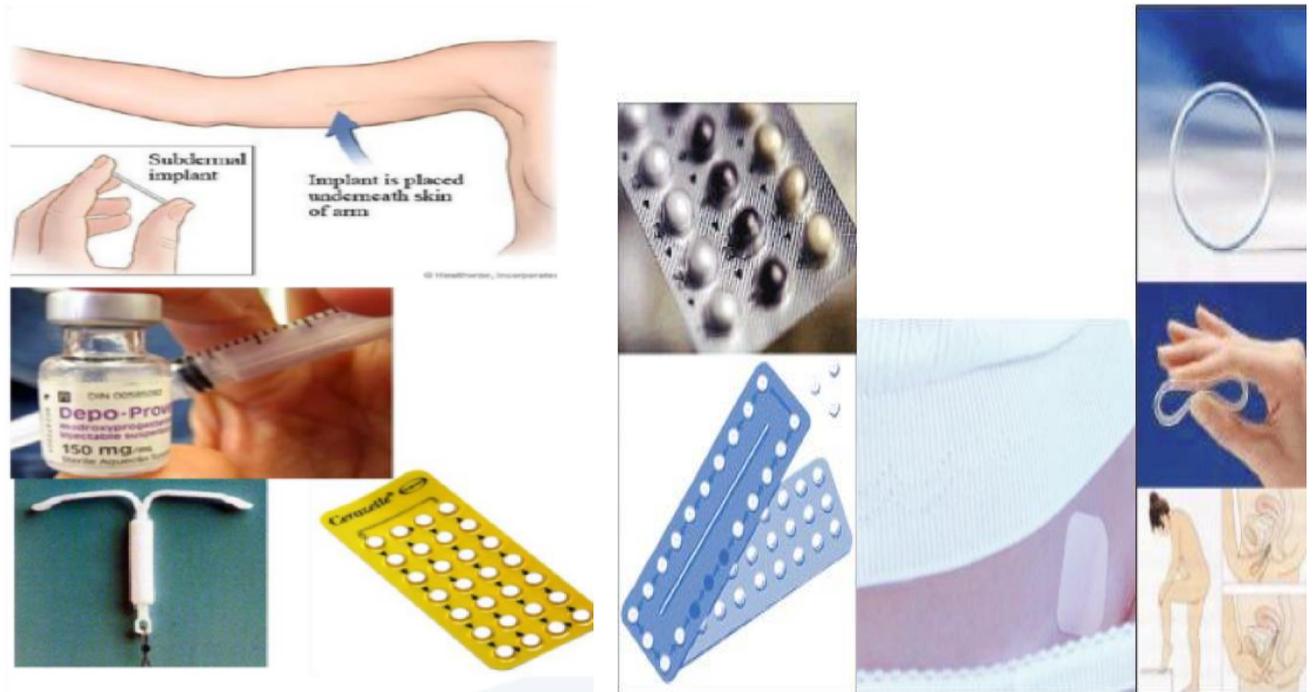
### \*Mode d'utilisation :

Le 1er jour des menstruations, déplacer l'anneau sur la perle rouge ;

- Faire une marque sur le calendrier pour ce jour
- Chaque jour, déplacé l'anneau vers la perle suivante

- Déplacer toujours l'anneau dans la même direction, qui est indiquée par une flèche
- Éviter les rapports sexuels sans protection si l'on ne veut pas tomber enceinte pendant les jours correspondant aux perles vertes claires

### b-Méthodes hormonales :



**Figure 6 :** Les méthodes hormonales.

#### **Mécanisme d'action :**

- Supprime l'ovulation ;
- Épaissit la glaire cervicale, empêchant la pénétration des spermatozoïdes ;
- Change l'endomètre ; la rendant inapte à la nidation ;
- Diminue le transport du sperme dans les trompes.

#### **- Contraceptifs oraux**

#### **- Contraceptifs oraux combinés (COC)**

Ils peuvent être :

- *Monophasiques*, contenant une quantité fixe d'oestrogène et de progestatif ;

-*Biphasiques*, la quantité d'oestrogène est fixe, alors que celle de progestatif augmente au cours de la seconde moitié du cycle ;

-*Triphasiques* dont la quantité d'oestrogènes fixe ou variable, tandis que la quantité de progestatif augmente en trois phases égales.

Deux types d'oestrogènes sont utilisés : *l'éthinylestradiol* et le *mestranol* qui est un «*pro-médicament* » converti *in vivo* en *éthinylestradiol*.

En fonction de leur structure chimique, les progestatifs peuvent être répartis en deux groupes :

- les estranes (*noréthindrone, diacétate d'éthynodiol*)

- les gonanes (*lévonorgestrel, désogestrel, norgestimate*) qui semblent être plus puissants [38].

### *Efficacité*

Les COC constituent un mode de contraception réversible très efficace.

En utilisation parfaite, ils sont efficaces à 99,9 % [37].

### *Mécanisme d'action*

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

Parmi les autres mécanismes d'action, on trouve :

- l'accentuation de l'atrophie endométriale,

- la production de glaire cervicale visqueuse,

- des effets sur la sécrétion et le péristaltisme au sein des trompes de Fallope.

### *Contre-indications*

L'OMS, a établi des contre-indications absolues et relatives à l'utilisation des COC [37].

#### *Contre-indications absolues*

- Plus de 6 semaines à la suite d'un accouchement, si la patiente allaite

- Fumeuses de plus de 35 ans (Plus de 15 bâtons/jour)

- HTA (systolique >160 mm Hg ou diastolique >\_100 mm Hg)

- Antécédents de thrombo-embolie veineuse

- Cardiopathie ischémique

- Antécédents d'accident vasculaire cérébral

- Cardiopathie valvulaire compliquée
- Migraine accompagnée de symptômes neurologiques en foyer
- Cancer du sein (en cours)
- Diabète accompagné de rétinopathie / néphropathie / neuropathie
- Grave cirrhose et tumeur hépatique (adénome ou hépatome).

### ***Contre-indications relatives***

- Fumeuses de plus de 35 ans (*Moins de 15 bâtons/ jour*) ;
- HTA adéquatement maîtrisée ;
- Hypertension (*systolique : 140-159 mm Hg, diastolique : 90-99 mm Hg*) ;
- Migraine (*chez les femmes de plus de 35 ans*)
- Maladie vésiculaire en phase symptomatique ;
- Légère cirrhose ;
- Antécédents de cholestase associée à l'utilisation de COC ;
- Utilisatrices de médicaments pouvant entraver le métabolisme des COC.

### ***Effets indésirables***

Survenant la plupart du temps au cours des trois premiers cycles, la présence de saignements menstruels anormaux constitue la raison la plus couramment citée par les patientes. Parmi les autres raisons courantes, on trouve la nausée, le gain pondéral, les sautes d'humeur, la sensibilité des seins et les céphalées.

#### **- Contraceptifs oraux progestatifs (COP) :**

Les COP sont des contraceptifs oraux qui contiennent uniquement des progestatifs à faible dose.

Utilisées selon les indications les pilules de progestatif seul (PPS) sont très sûres et grandement efficaces. En utilisation parfaite, elles présentent un taux d'échec de 0,5 % [39].

### ***Mécanisme d'action***

L'altération de la glaire cervicale (portant sur le volume, la viscosité et la structure moléculaire) constitue le principal mécanisme d'action des PPS.

Ceci entrave ou empêche la pénétration des spermatozoïdes. L'ovulation peut être supprimée et des modifications de l'endomètre peuvent se produire.

### ***Indications***

Elles peuvent être utilisées par les femmes qui nécessitent un moyen de contraception exempté d'oestrogènes ou chez qui les COC entraînent des effets particulièrement indésirables, ainsi que celles qui présentent des migraines accompagnées de symptômes neurologiques ou qui allaitent.

### ***Contre-indications***

***Contre-indications absolues*** : grossesse et diagnostic courant de cancer du sein.

***Contre-indications relatives*** :

Hépatite virale évolutive et les tumeurs hépatiques.

### ***Effets indésirables***

L'utilisation des PPS est associée à des saignements irréguliers et des pertes vaginales légères. Les effets indésirables de nature hormonale (*tels que les céphalées, le ballonnement, l'acné et la sensibilité des seins*) ne surviennent que peu fréquemment.

- **Contraceptifs injectables** : le Depo-provera, le Noristerat

### **Contraceptifs injectables progestatifs (CIP) :**

Le CIP est un produit progestatif de synthèse qui, libéré lentement empêche la survenue de grossesse.

#### **\* Avantages :**

- Très efficace (>99,7%) ;
- Action prolongée ;
- Méthode peu contraignante, pratique, discrète ;
- Ne gêne pas la lactation.

#### **\* Limites (inconvenients) ou précautions :**

- Pas de protection contre les IST et SIDA ;
- Retour parfois lent à la fertilité (6 à 18 mois).

#### **\* Effets secondaires :**

- Spotting ou, rarement une hémorragie génitale importante ;

- Aménorrhée ;
- Gain pondéral modéré ;
- Maux de tête ;
- Acné (rarement) ;
- Diminution de la libido.

**\* Mode d'utilisation :**

- Quand commencer ?

Les CIP 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 1er et le 7<sup>ème</sup> jour du cycle. Si l'injection a eu lieu après le 7<sup>ème</sup> jour, demandé à la cliente d'utiliser une méthode de barrière ou s'abstenir pendant 7 jours.

- Mode d'administration :

- Respecter les étapes de la technique d'administration. Respecter les règles de l'asepsie et de l'antisepsie.

- Si Depo-provera : au cas où le produit est déposé dans le flacon frotter délicatement le flacon dans le creux de la main. Éviter de mousser le produit.

- Si Noristerat : réchauffer délicatement l'ampoule en frottant entre les mains ;

- L'injection des CIP se fait en IM profonde. Ne pas masser le site de l'injection et dire

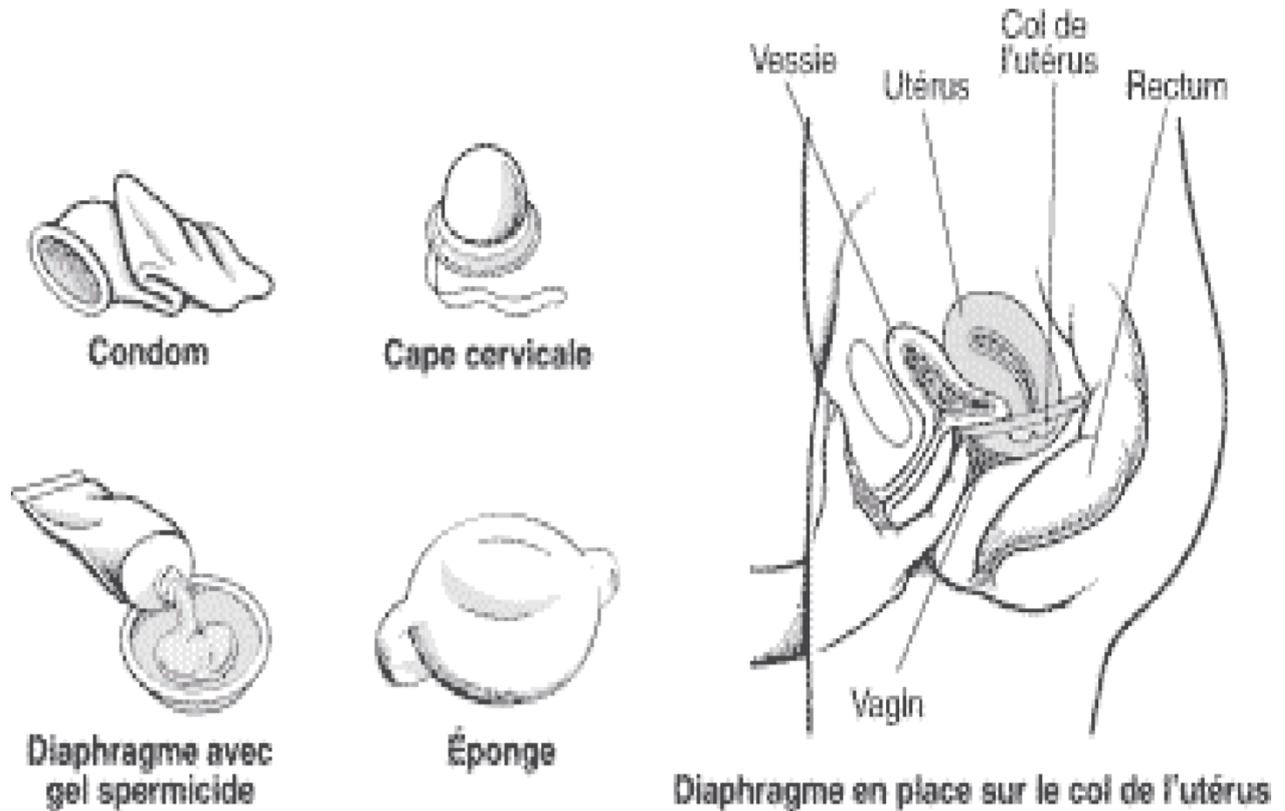
à la cliente de ne pas masser.

**\* Rendez-vous de suivi : Donner un rendez-vous de**

- 8 semaines (2 mois) après si Noristerat
- 12 semaines (3 mois) après si Depo-provera.

**c- Méthodes dites de barrières [40] :**

Ces méthodes font appel à une barrière mécanique ou chimique afin d'entraver la pénétration des spermatozoïdes dans les voies génitales supérieures de la femme.



**Figure 7 :** méthodes barrières.

### **- Le condom masculin (Préservatif)**

Bien que la plupart d'entre eux soient faits du latex, il existe également des condoms en polyuréthane, en silicone et en membrane d'agneau.

#### ***Efficacité***

Le taux d'échec associé à une utilisation parfaite des condoms est estimé à 3% [37].

#### ***Mécanisme d'action***

Le condom agit à titre de barrière mécanique afin de prévenir l'échange fluide corporel et de sperme. Certains sont pré-lubrifiés à l'aide d'un lubrifiant aqueux ou d'une petite quantité de spermicide qui renforce leur efficacité.

#### ***Contre - Indications***

- Allergie ou sensibilité au latex pour les condoms de latex
- A la lanoline dans le cas des condoms en membranes d'agneau

#### ***Effets indésirables***

Chez certains hommes, il interfère avec l'acte sexuel.

### **- Le Condom féminin**

Il s'agit d'une gaine de polyuréthane souple à ajustement ample. D'environ 17 cm de long et un diamètre de 7 cm, il possède deux anneaux flexibles dont l'un est fixé à la gaine. L'intérieur est enduit d'un lubrifiant à base de silicone.

#### ***Efficacité***

Le taux de grossesse à 12 mois pour une utilisation parfaite (*correcte et systématique*) du condom féminin est de 5 % [37].

#### ***Mécanisme d'action***

Une fois placé dans le vagin, le condom féminin le recouvre en entier, prévenant ainsi tout contact direct avec le pénis. Il recueille le sperme et doit ensuite être jeté.

#### ***Contre-indications***

- Allergie au polyuréthane,
- Anomalies de l'anatomie vaginale
- Incapacité pour la femme d'apprendre la technique d'insertion

#### ***Effets indésirables***

Le fait de ne pas bien rester en place est cité comme l'un des problèmes particuliers de l'utilisation du condom féminin.

Parmi les autres inconvénients du condom féminin, on trouve :

- La nécessité de s'entraîner à insérer le dispositif et de l'utiliser plusieurs fois avant de se sentir à l'aise avec cette méthode ;
- L'anneau interne peut causer de l'inconfort et du bruit pendant le coït.
- L'interférence avec l'acte sexuel.

### **Le diaphragme**

Le diaphragme est une méthode de contraception intra vaginale utilisée conjointement avec un spermicide. C'est un dôme de latex dont le pourtour contient un anneau d'acier flexible. Il s'insère dans le vagin afin de recouvrir le col utérin.



**Figure 8:** Diaphragme.

Il existe trois types de diaphragme :

- le diaphragme à ressort à boudin privilégié par les multipares ;
- le diaphragme à ressort à arceau convenant mieux aux nullipares ;
- le diaphragme à ressort à lame fait de silicone constitue une option pour les femmes allergiques au latex.

### ***Efficacité***

Les taux d'échec selon l'OMS au cours des 12 premiers mois d'utilisation sont de 6 % selon une utilisation parfaite [37].

### ***Mécanisme d'action***

Le diaphragme agit à titre de barrière physique entre le sperme et le col utérin ; il doit toujours être utilisé conjointement avec un spermicide dont l'action accroît son effet. Il doit être maintenu au moins six heures après le coït.

### ***Contre-indications***

L'allergie ou la sensibilité pour la matière constituant le diaphragme (latex, caoutchouc ou au spermicide) constitue la principale contre-indication au

diaphragme. La présence d'un prolapsus urogénital ou utérin manifeste doit être au préalable écarté puisque réduisant son efficacité.

### ***Effets indésirables***

L'utilisation d'un diaphragme peut entraîner une hausse des risques d'IVU persistantes ou récurrentes ; en raison de la pression qu'il exerce sur le pourtour de l'urètre et au spermicide associé. Il peut aussi être associé à la survenue du syndrome de choc toxique.

### **- La cape cervicale**

A utiliser conjointement avec un spermicide (gelée ou crème), la cape cervicale est indiquée chez les femmes allaitantes, celles ne souhaitant pas avoir recours à la contraception hormonale ou chez celle pour qui cette dernière est contre-indiquée.



**Figure 9: cape cervicale.**

### ***Efficacité***

La cape semble avoir une efficacité plus importante chez la nullipare que chez le multipare vu que l'OMS indique des taux d'échec respectivement égaux à 9% et à 26% selon une utilisation parfaite au cours des douze premiers mois. [37].

### ***Mécanisme d'action***

Insérée directement contre le col qui la maintient par effet de succion, la cape cervicale agit à titre de barrière physique entre le sperme et le col utérin ; l'action spermicide de la gelée ou de la crème accroît son action.

### ***Contre-indications***

La cape cervicale ne doit pas être utilisée par les femmes qui présentent :

- une infection de la filière pelvienne,
- un cancer ou une dysplasie du col ou de l'utérus,
- Allergie ou une sensibilité aux spermicides.

### ***Effets indésirables***

L'utilisation de la cape peut aggraver les symptômes des femmes qui présentent une vaginite ou des infections transmissibles sexuellement.

Le risque de syndrome de choc toxique est accru. Il est possible qu'elle cause plus d'odeurs et d'écoulements vaginaux que le diaphragme ; de plus, elle peut être déplacée au cours du coït.

### **- L'éponge contraceptive**

Imprégnée de spermicide, l'éponge contraceptive consiste en de petits dispositifs jetables, ou en mousse de polyuréthane conçus pour recouvrir le col de l'utérus.

Elle peut répondre tout particulièrement aux besoins des femmes qui souhaitent ou doivent éviter le recours à la contraception hormonale.

### ***Efficacité***

Les éponges contraceptives présentent des taux d'échec variant entre 18 et 20 % pour les nullipares et de 36 à 40 % pour les multipares [39].

### ***Mécanisme d'action***

L'action contraceptive de l'éponge est principalement attribuable au spermicide dont elle est imprégnée, le tout étant renforcé par sa capacité à absorber et à retenir le sperme. Elle agit à titre de réservoir de spermicide à libération prolongée pendant une période de 12 heures.

### ***Contre-indications***

L'éponge cervicale ne devrait pas être utilisée par les femmes qui :

- présentent une allergie au spermicide utilisé ;
- ont des anomalies de l'anatomie vaginale pouvant nuire à la mise en place satisfaisante ou stable du dispositif ;
- sont incapables d'apprendre la bonne technique d'insertion ;

- présentent des antécédents de syndrome de choc toxique ;
- présentent des infections récurrentes des voies urinaires ;
- nécessitent une protection contre l'infection au VIH ;
- ont mené une grossesse à terme dans les six dernières semaines,
- ont récemment connu un avortement spontané ou provoqué, ou présentent des saignements vaginaux anormaux.

### ***Effets indésirables***

L'éponge peut potentiellement endommager la muqueuse vaginale, ce qui pourrait augmenter les risques de transmission du VIH. Il existe également des risques de syndrome de choc toxique.

### **- Les spermicides**

Ils sont composés d'un agent spermicide en solution dans un excipient qui en permet la dispersion et la rétention dans le vagin. Le *nonoxynol-9* est le plus courant d'entre eux. Leur utilisation n'est recommandée qu'à titre de traitement d'appoint à utiliser conjointement avec une méthode de barrière dont ils renforcent l'action.

### ***Efficacité***

Le taux d'échec au cours de la première année d'utilisation est de 6 % selon une utilisation parfaite [37].

### ***Mécanisme d'action***

Les spermicides sont composés d'un agent spermicide en solution dans un excipient qui en permet la dispersion et la rétention dans le vagin.

Comme l'indique leur nom, ils détruisent spermatozoïde en altérant la couche lipidique de la membrane cellulaire. Ils deviennent alors perméables et gonflent, ce qui entraîne la rupture des membranes plasmique et acrosomique.

### ***Contre-indications***

Le spermicide est contre-indiqué en cas de :

- Allergie à l'agent spermicide ou à son excipient.
- Etat pathologique pouvant empêcher sa mise en place dans la partie supérieure du vagin et sur le col utérin (telles qu'un septum vaginal ou un double col).

### ***Effets indésirables***

On estime que l'irritation génitale pourrait faciliter la transmission du VIH [41]. L'utilisation de spermicides a également été associée à un accroissement du risque d'infection des voies urinaires [29].

### **5.1.2. Les Méthodes de longue durée :**

#### **a- Les implants :**

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

#### ***Efficacité***

Le taux d'échec associé aux implants se situe autour de 0,1 % par année [37].

#### ***Mécanisme d'action***

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

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

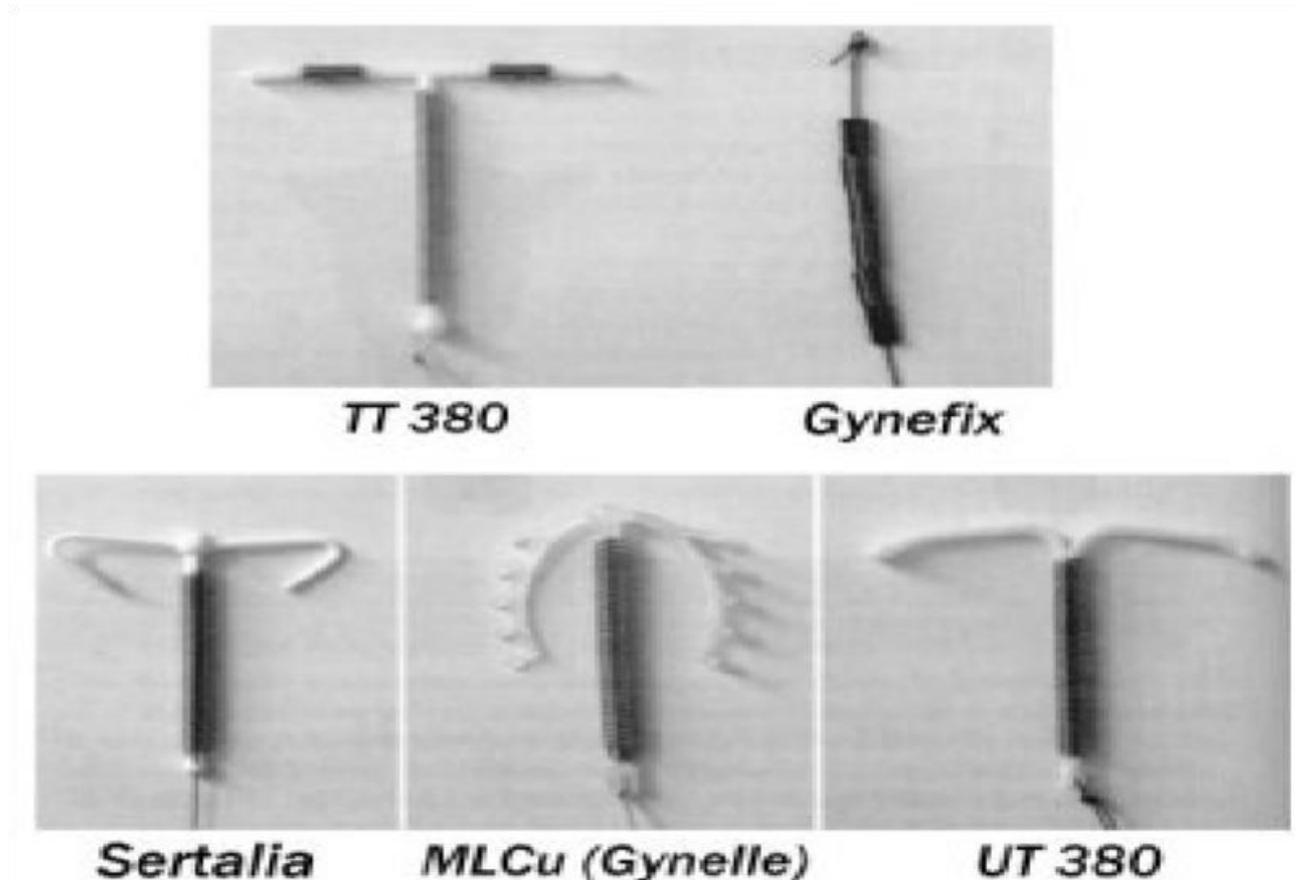
Implanon® qui un autre type d'implant : constitué d'un seul bâtonnet dont le principe actif est *l'étonogestrel*. Il diffère des modèles Norplant®, puisqu'il semble inhiber systématiquement l'ovulation jusqu'au début de la troisième année d'utilisation.

#### ***Effets indésirables***

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

## **b- Dispositif intra utérin : D.I.U [2]**

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



**Figure 10** : Différents modèles de DIU à cuivre.

Il existe plusieurs modèles :

- En cuivre, le DIU TCu-380A qui est en plastique et libère lentement des petites quantités de cuivre.
- Le DIU médicamenteux qui libère un progestatif (progestérone).

### ***Efficacité***

Le taux d'échec du DIU de cuivre est estimé à 1,26 par 100 femmes-années, celui du DIU à libération de lévonorgestrel est estimé à 0,09 par 100 femmes-années [42].

### ***Mécanisme d'action***

Le principal mécanisme d'action semble être la prévention de la fertilisation.

Même si elle se produit, le DIU semble également avoir des effets post fertilisation, dont l'inhibition potentielle de l'implantation.

Les DIU de cuivre consistent en une tige verticale sur laquelle s'enroule un fil de cuivre à âme d'argent. La présence de cuivre dans la cavité endométriale entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre qui nuisent au transport des spermatozoïdes. Les ions de cuivre ont également un effet direct sur la motilité des spermatozoïdes, ce qui affecte la capacité de ces derniers à pénétrer la glaire cervicale.

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

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

Les DIU restent actifs 10 ans en moyenne,

## **Indications**

En l'absence de contre-indications, l'utilisation du DIU convient aux femmes qui souhaitent obtenir une efficacité anticonceptionnelle à long terme ou utiliser un moyen de contraception moins exigeant sur le plan de l'observance.

Les femmes qui présentent des contre-indications ou une sensibilité aux oestrogènes, celles qui allaitent, peuvent s'avérer de bonnes candidates à l'utilisation d'un DIU qui peut aussi être utilisé aux fins d'une contraception post-coïtale.

## **Contre-indications**

### **Contre-indications absolues**

- La grossesse
- Infection pelvienne ou ITS (*au cours des trois derniers mois*)
- Sepsie puerpérale
- Immédiatement à la suite d'un avortement septique
- Cavité utérine gravement déformée
- Saignements vaginaux inexpliqués
- Cancer du col utérin ou de l'endomètre
- Maladie trophoblastique maligne
- Allergie au cuivre (dans le cas des DIU de cuivre)
- Cancer du sein (dans le cas du SIU-LNG)

### **Contre-indications relatives**

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

### ***Effets indésirables [39].***

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

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

## **5.2. METHODES PERMANENTES : La Contraception chirurgicale volontaire CCV [11].**

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

L'efficacité est presque totale aussitôt après l'intervention. C'est une méthode irréversible.

# **METHODOLOGIE**

## **IV. METHODOLOGIE**

### **1-Cadre d'étude :**

Notre étude a été réalisée dans le service de Gynécologie-Obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV.

#### **1-1-Présentation du CSREF de la commune CIV**

Le centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune CIV, à Lafiabougou. Il a d'abord été Protection Maternelle et Infantile (PMI) à sa création en 1981 érigée en CS Réf CIV en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

##### *a) Infrastructures :*

Le centre de santé de référence de la commune IV comporte :

- Un bureau des entrées ;
- Une unité de développement social ;
- Une unité de Gynécologie-Obstétrique ;
- Une unité de Chirurgie Générale ;
- Une unité de Médecine Générale ;
- Une unité d'Ophtalmologie ;
- Une unité d'ORL ;
- Une unité de Pédiatrie ;
- Une unité de soins d'animation et de conseils (USAC) ;
- Une unité d'Anesthésie ;
- Une salle d'accouchement ;
- Un bloc opératoire ;
- Une unité d'hospitalisation comportant trois salles dont deux salles pour la Gynécologie-Obstétrique avec 15 lits, une salle pour la Chirurgie générale avec 5 lits et une salle d'observation pour la médecine générale ;
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité PEV ;
- Un cabinet dentaire ;
- Un laboratoire ;
- Une salle d'échographie ;
- Une salle des urgences ;
- Un dépôt de médicaments essentiels ;
- Une unité de prise en charge des malades tuberculeux ;
- Une unité de prise en charge de la lèpre ;

- Une unité de dépistage du cancer du col ;
- Deux salles de soins infirmiers ;
- Une unité de brigade d'hygiène ;
- Une morgue ;
- Une mosquée.

**b) Personnels :**

Le personnel du CSREF de la commune IV comprend :

<b>QUALIFICATION</b>	<b>NOMBRE</b>
Médecins Spécialistes	25
Médecins Généralistes	28
Pharmaciens	02
Echographiste	01
Assistants Médicaux	19
Biologiste	02
Comptables	03
Techniciens Supérieur de Santé(TSS)	20
Techniciens de Santé(TS)	27
Sages-Femmes	26
Infirmières Obstétriciennes	15
Aides-Soignantes	13
Gestionnaires	07
Informaticiens	02
Brigades d'hygiènes	05
Chauffeurs	06
Manceuvres	10
Gardiens	03
Attaché d'Administration	08
Lingère	02
Planton	02
Aide Comptable	01
<b>Total</b>	<b>227</b>

**c) Logistiques :**

<b>DESIGNATION</b>	<b>BON</b>	<b>MAUVAIS</b>
Moto	5	9
Ambulance	3	2
Autres Véhicules	2	1
RAC	1	0
Téléphones	1	0
Réfrigérateurs	32	12
Congélateurs	2	0
Groupe Electrogène	3	2
Panneau Solaire	40	0
Un réseau EDM	1	0
Téléviseurs	0	0
Vidéo Projecteurs	1	2
Ordinateurs de bureau	24	1
Ordinateurs Portables	11	1
Imprimantes	28	5
Connexion Internet	1	0

**d) Succession des médecins chefs du centre**

- 2002-2005 : Dr Racki Bah
- 2005-2010 : Docteur Moustapha Touré (Gynécologue-Obstétricien)
- 2010-2015 : Docteur Drissa Koné (Médecin Pédiatre)
- 2015-2018 : Docteur Mama Sy Konaké (Médecin épidémiologiste)
- 2018 à nos jours : Docteur Dicko Abdoul Razakou (Médecin épidémiologiste)

**1-2-Présentation du service de Gynécologie-Obstétrique**

**a) infrastructures :**

Le service dispose de :

- la salle d'accouchement, équipée de trois tables d'accouchements ;
- la salle de suite de couches ;

- le bloc opératoire, qui comporte une salle de stérilisation.

*b) Personnels :*

- quatre (4) Gynécologues-Obstétriciens ;
- douze (12) Médecins généralistes ;
- vingt-six (26) Sages-femmes ;
- quinze (15) Infirmières Obstétriciennes ;
- vingt (20) Etudiants faisant fonction d'internes.

*c) Fonctionnement :*

- un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à partir de 08h30 min réunissant les internes et le personnel du service dirigé par un Gynécologue-Obstétricien ;
- les visites des malades hospitalisés sont quotidiennes, effectuées par un Gynécologue-Obstétricien ;
- la consultation des malades externes est effectuées les Lundi, mercredi et vendredi ;
- les programmes opératoires sont effectués les Mardi et Jeudi ;
- une permanence est assurée tous les jours par une équipe de garde composée de : un Gynécologue-obstétricien (d'astreinte), deux Médecins Généralistes, deux Sages-femmes, deux Infirmières Obstétriciennes, deux Internes et des Stagiaires ;
- des consultations prénatales tous les jours ouvrables.

## **2. Méthode d'étude**

### **2.1. Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude transversale prospective descriptive et multicentrique.

### **2.2. Lieu d'étude :**

Notre étude a été réalisée dans le centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako, dans les dix (10) CSCOM et la maternité RENEE CISSE (MRC).

### **2.3. Période de l'étude :**

1<sup>er</sup> Juin au 30 Décembre 2019, soit une période de sept (7).

### **2.4. Population d'étude :**

Deux sous-groupes de la population d'étude ont été concernés par l'étude :

- Les prestataires de services
- Les utilisatrices (clientes) constituées de femme en âge de procréer (13 –45ans).

### **3. Echantillonnage :**

Nous avons choisi la commune IV du district de Bamako dans le but d'avoir une appréciation de l'ensemble des services offerts.

Le local des unités de PF, les prestataires, les clientes qui ont répondu à nos questionnaires ont constitué notre échantillon.

C'est ainsi que nous nous sommes entretenus avec 12 prestataires, 109 clientes et appréciés les unités de PF des 10 CSCOM plus la maternité RENEE CISSE et le CSREF CIV.

Les prestataires interrogés ont également été évalués pour leur capacité en matière de Counseling aux différentes méthodes utilisées.

### **4. Procédure d'échantillonnage :**

Le centre de santé de référence de la commune IV comporte une unité de PF animée par huit (8) sages-femmes, trois (3) infirmières, chacun des dix (10) CSCOM (par une sage-femme et une infirmière) et la maternité RENEE CISSE par quatre (4) sages-femmes et une (1) infirmière. L'observation a porté sur 12 personnes chargées de prestation de PF depuis l'accueil de la cliente jusqu'à la fin de la consultation.

Pour les clientes ; nous avons procédé au tirage de 109 dossiers dans les différentes unités de PF de la commune IV du district de Bamako.

Les 109 dossiers correspondent aux utilisatrices de PF.

### **5. Outils et techniques de collecte des données**

#### **5.1. Support :**

Le recueil des données a été fait à l'aide d'un questionnaire élaboré à cet effet.

#### **5.2. Technique de collecte des données :**

Les techniques qui ont été utilisées dans cette étude sont :

- L'observation non participante des prestataires et des questionnaires élaborés à l'attention des bénéficiaires ;

-L'observation non participante a concerné les prestataires sur la perception de la PF ;

-L'observation a porté sur les inter-relations entre les clientes de la PF et les prestataires :

-Un questionnaire pour chaque cliente de notre échantillon a été élaboré en fin de consultation.

#### **6. Critères d'inclusion :**

-Toute femme en âge de procréer (13-45 ans) venant pour la PF dans l'un des centres de santé ayant accepté de se soumettre à nos questionnaires

-Les prestataires de service de PF.

#### **7. Critères de non inclusion :**

- Toutes les femmes dont l'âge était inférieur à 13 ans ou supérieur à 45 ans

-Toutes les femmes qui ont refusé de répondre à nos questionnaires.

#### **8. Considération éthique :**

-Il s'agissait d'une étude qui porte sur des êtres humains.

-Aussi, le consentement éclairé de chaque personne interrogée a été obtenu.

-La confidentialité et l'anonymat ont été garantis.

#### **9. Les variables :**

Les variables indépendantes : les variables retenues pour l'analyse concernent en parties

-la prestation des produits contraceptifs ;

-ainsi que les dossiers des utilisatrices et leurs caractéristiques.

**a-** Les variables liées aux facteurs prédisposants:

-Caractéristiques du personnel ;

-Catégorie professionnelle ;

-Expérience des agents.

**b-** Les variables liées aux facteurs facilitants:

-Formation des agents ;

- Disponibilité des contraceptifs ;
- Condition d'utilisation des contraceptifs.
- Parité
- Nombre d'enfants vivants

## 10. Analyse des données :

L'analyse et la saisie des données ont été effectuées sur SPSS 20 avec un seuil de significativité de 0,05.

La saisie des textes a été faite sur Microsoft Word 2013.

## 11. Définitions opératoires :

**-La contraception** : est une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde, ou s'il y a fécondation la nidation de l'œuf fécondé.

**-Infertilité conjugale** : est l'absence d'obtention d'une grossesse évolutive au bout de deux ans de rapports sexuels réguliers non-protégés, sans contraception.

**-Grossesse non désirée** : est une grossesse imprévue au moment de la contraception ; ou suite à un acte sexuel sans moyen de contraception.

**- Nulligeste** : toute femme n'ayant jamais été enceinte.

**- Primigeste** : les femmes n'ayant fait qu'une seule grossesse.

**-Paucigeste** : les femmes ayant fait entre 2 et 3 grossesses.

**- Multigeste** : les femmes ayant fait entre 4 et 5 grossesses.

**-Grande multigeste** : les femmes ayant fait 6 grossesses ou plus.

**-Nullipare** : toute femme n'ayant jamais accouché.

**-Primipare** : toute femme qui n'a accouché qu'une fois.

**-Paucipare** : toute femme qui a fait 2 à 3 accouchements.

**-Multipare** : toute femme qui a fait 4 à 5 accouchements.

**-Grande multipare** : toute femme qui a fait 6 accouchements ou plus.

# RESULTATS

## V.RESULTATS

Notre enquête a porté sur 109 clientes et 12 prestataires des différents centres de santé à savoir : Centre de santé de référence de la commune IV plus les 10 CSCOM et la Maternité Renée Cisse de Hamdallaye.

### 5.1 Différentes méthodes contraceptives utilisées

**Tableau I** : Répartition des clientes selon les méthodes de contraception choisies

Méthode de contraception	Effectifs	Pourcentage
Condom	3	2,8
<b>Implant</b>	<b>54</b>	<b>49,5</b>
Injectable	14	12,8
Pilule	2	1,8
DIU	31	28,4
LRT	5	4,6
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*La méthode la plus utilisée était les implants soit 49,5%.*

### 5.2 Caractères socio démographiques

#### 5.2.1 L'âge

**Tableau II** : Répartition des clientes selon la tranche d'âge

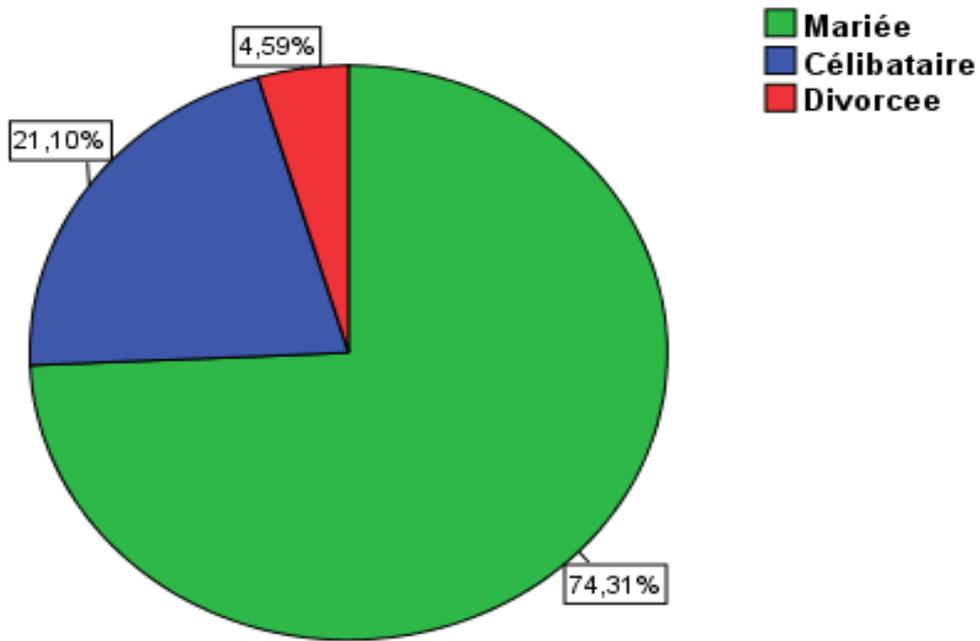
Age	Effectifs	Pourcentage
13-19	18	16,5
<b>20-34</b>	<b>67</b>	<b>61,5</b>
35-45	24	22
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*La tranche 20-34ans était la plus représentée soit 61,5 %.*

Âges extrêmes (13 – 45 ans),

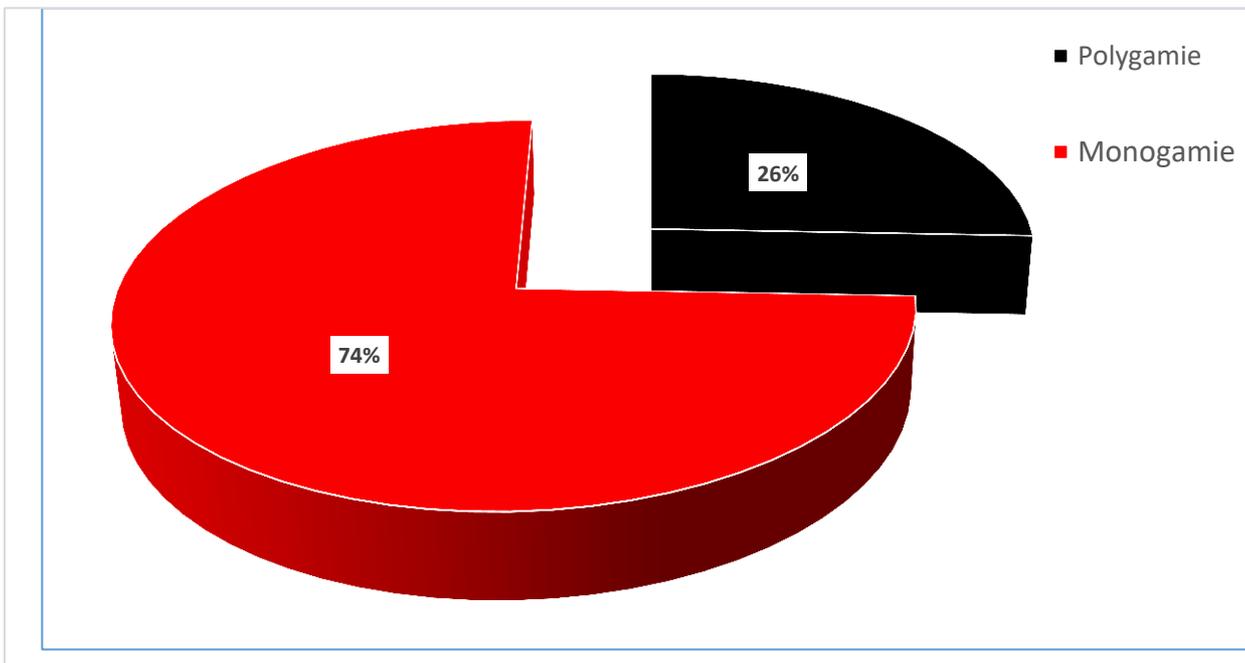
Age moyen : 28,05± 7,53

### 5.2.2 Situation matrimoniale



**Figure 11** : Répartition des clientes selon la situation matrimoniale

*Les femmes mariées ont représenté 74,31%.*



**Figure12** : Répartition des clientes selon le régime matrimonial

*La majorité des clientes étaient des monogames soit 74%.*

### 5.2.3 Niveau d'instruction

**Tableau III** : Répartition des clientes selon le niveau d'instruction

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Primaire	26	23,9
<b>Secondaire</b>	<b>27</b>	<b>24,8</b>
Supérieure	18	16,5
Coranique	12	11
Non scolarisée	26	23,9
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*Dans notre étude plus de 60% des clientes étaient instruites.*

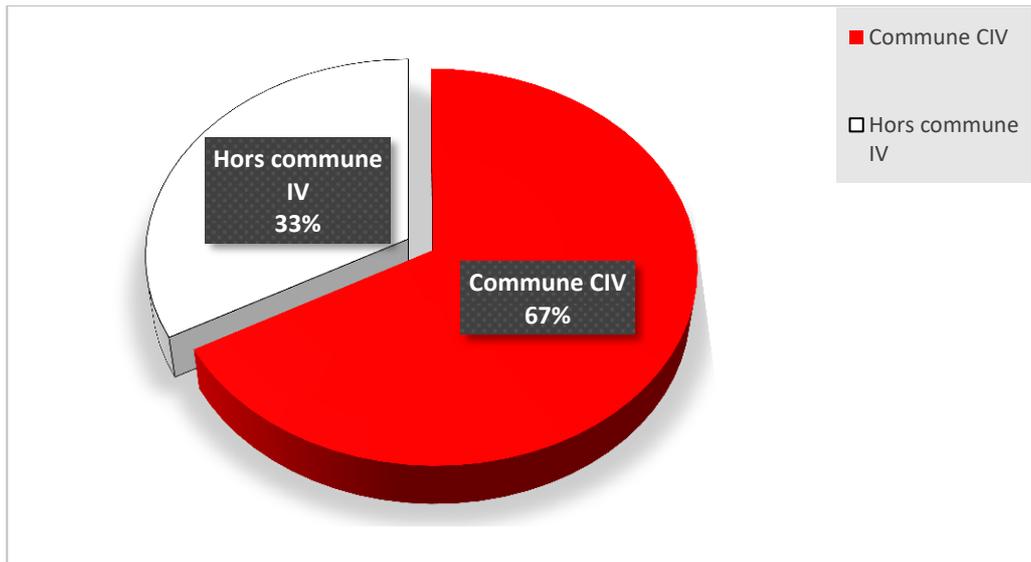
### 5.2.4 Profession

**Tableau IV** : répartition des clientes selon la profession

<b>Profession</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Femme au foyer</b>	<b>31</b>	<b>28,4</b>
Fonctionnaire	14	12,8
Etudiante ou élève	14	12,8
Commerçante ou vendeuse	18	16,5
Aide-ménagère	10	9,2
Coiffeuse	9	8,3
Infirmière	6	5,5
Sans profession	7	6,4
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*Les femmes au foyer étaient les plus représentés soit 28,4%.*

### 5.2.5 Résidence



**Figure13** : Répartition des clientes selon la résidence

*La majorité des clients résidaient dans la commune IV soit 67%.*

### 5.2.6 Source d'information

**Tableau V** : Répartition des clientes selon la source d'information sur la contraception

Source d'information	Effectifs	Pourcentage
Ami(e)	17	15,6
Reflexe personnel	19	17,4
Mari	13	11,9
Medias	7	6,4
<b>Agent de santé</b>	<b>38</b>	<b>34,4</b>
Parent	12	11
Voisin	3	2,8
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*Les agents de santé étaient considérés comme les principales sources avec 34,4%.*

### 5.3 Antécédents gynéco obstétricaux

#### 5.3.1 Cycle menstruel

**Tableau VI : Répartition des clientes selon le caractère cycle menstruel**

<b>Cycle menstruel</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Régulier</b>	<b>71</b>	<b>65,1</b>
Irrégulier	38	34,9
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*65,1% de nos clients avaient un cycle régulier.*

#### 5.3.2 Le nombre d'enfant vivant

**Tableau VII : Répartition des clientes selon le nombre d'enfant vivant**

<b>Nombre d'enfant vivant</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
0	21	19,3
1	11	10,1
<b>2-4</b>	<b>42</b>	<b>38,5</b>
5-7	5	4,6
8 et plus	30	27,5
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*80,7% des clientes avaient au moins un enfant vivant.*

### 5.3.3 Délai depuis le dernier accouchement

**Tableau VIII :** Répartition des clientes selon la durée entre le dernier accouchement et l'utilisation de PF

<b>Dernier accouchement</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Moins d'un an	25	28,4
<b>Un an</b>	<b>26</b>	<b>29,6</b>
Deux ans	20	22,7
Plus de deux ans	17	19,3
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>

**NB : 21** de nos clientes n'avaient jamais accouché.

*La majorité des clientes utilisaient la PF qu'après un an soit 71,6%.*

**Tableau IX :** Répartition des clientes sous contraceptifs ayant présenté une grossesse

<b>Méthodes</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Pilule</b>	<b>2</b>	<b>50</b>
DIU	1	25
Injectable	1	25
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

*Les clientes sous pilule étaient les plus représentés soit 50% que les autres méthodes.*

### 5.3.4 Connaissance spontanée

**Tableau X** : Répartition des clientes selon le nombre de contraception qu'elles connaissent

Méthodes	Effectifs	Pourcentage
<b>Une méthode</b>	<b>48</b>	<b>44</b>
Deux méthodes	39	35,8
Plus de deux méthodes	22	20,2
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*56% des clientes pouvaient citer plusieurs méthodes.*

### 5.3.5 Perception

**Tableau XI** : Répartition des clientes selon leur perception de la PF

Perception de la PF	Effectifs	Pourcentage
Eviter une grossesse	28	25,7
<b>Espacement des naissances</b>	<b>64</b>	<b>58,7</b>
Limitation des naissances	17	15,6
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*La majorité des clientes pensent que la PF veut dire espacement des naissances soit 58,7%.*

## 5.4 La pratique de la planification

### 5.4.1 Utilisation antérieure de la PF

**Tableau XII** : Répartition des clientes selon l'utilisation antérieure de PF

Utilisation de PF	Effectifs	Pourcentage
<b>Antérieure</b>	<b>77</b>	<b>70,6</b>
Nouvelle	32	29,4
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*Les anciennes clientes étaient les plus représentées soit 70,6%.*

### 5.4.2 Méthode et âge

**Tableau XIII** : Répartition des clientes selon la méthode choisie et l'âge

Age	Méthode de contraception						Total
	Condon	Implant	Injectable	Pilule	DIU	LRT	
13-19	0	<b>10</b>	3	0	5	0	18
<b>20-34</b>	<b>3</b>	<b>40</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>67</b>
35-45	0	4	3	1	11	5	24
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>54</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>31</b>	<b>5</b>	<b>109</b>

F= 25 ,860

ddl=1

**P= 0,001**

La valeur de p est inférieure à 0,05, l'âge influence donc sur la méthode de contraception choisie.

### 5.4.3 Méthode et situation matrimoniale

**Tableau XIV** : Répartition des utilisatrices selon la méthode contraceptive et la situation matrimoniale

Etat matrimonial	Méthode de contraception						Total
	Condon	Implant	Injectable	Pilule	DIU	LRT	
Célibataire	0	<b>16</b>	4	0	3	0	23
<b>Mariée</b>	<b>2</b>	<b>36</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>27</b>	<b>5</b>	<b>81</b>
Divorcée	1	<b>2</b>	1	0	1	0	5
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>54</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>31</b>	<b>5</b>	<b>109</b>

F = 12,495

ddl = 1

**P = 0,19**

La valeur de p est supérieure à 0,05 ; on peut donc conclure que la situation matrimoniale n'influence pas sur le choix de méthode de contraception.

### 5.4.4 Méthode et niveau d'instruction

**Tableau XV** : Répartition des utilisatrices de méthodes contraceptive selon le niveau d'instruction et la méthode contraceptif choisie.

Niveau d'instruction	Méthode de contraception						Total
	Condon	<b>Implant</b>	Injectable	Pilule	DUI	LRT	
Primaire	2	<b>14</b>	3	0	6	1	26
<b>Secondaire</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>27</b>
Supérieure	0	<b>9</b>	1	1	4	0	15
Coranique	1	<b>4</b>	4	1	3	2	15
Non scolarisée	0	<b>11</b>	4	0	9	2	26
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>54</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>31</b>	<b>5</b>	<b>109</b>

F = 15,039

ddl = 1

**P = 0,08**

La valeur de p est supérieure à 0,05; donc il n'y a pas de différence significative entre le niveau d'instruction et la méthode de contraception choisie.

### 5.4.5 Méthodes et nombre d'enfants

**Tableau XVI** : Répartition des utilisatrices des différentes méthodes contraceptives et nombre d'enfant vivant

Nombre d'enfant vivant	Méthode de contraception						Total
	Cond on	Implant	Injectable	Pilule	DIU	LRT	
0	1	14	4	0	2	0	21
1	2	14	5	1	8	0	30
2-4	0	23	4	1	12	2	42
5-7	0	3	1	0	5	2	11
8 et plus	0	0	0	0	4	1	5
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>54</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>31</b>	<b>5</b>	<b>109</b>

$F = 27,771$

ddl = 1

**P = 0,040**

La valeur de p est inférieure à 0,05; on peut donc conclure qu'il y'a une relation significative entre le nombre d'enfant vivant et la méthode de contraception choisie.

### 5.4.6 Disponibilité des méthodes

**Tableau XVII** : Répartition selon la disponibilité des méthodes contraceptives au sein de l'unité de PF du CSRéf de la C IV au cours de six mois

<b>Les produits contraceptifs</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>Pilule</b>	+	
<b>Norplant</b>	+	
<b>Injectable</b>	+	
<b>DIU</b>	+	
<b>Condom</b>	+	
Spermicide		+
Diaphragme		+
<b>Collier du cycle</b>	+	
Cap cervical		+
Préservatif féminin		+

*Les méthodes disponibles au cours notre étude étaient : la pilule, l'implant, l'injectable, le DIU, le condom et le collier du cycle.*

### 5.4.7 Satisfaction des clientes

**Tableau XVIII :** Répartition des clientes selon leur satisfaction lors de la prestation

<b>Satisfaction des clientes</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>95</b>	<b>87,2</b>
Non	14	12,8
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*87,2 des clientes étaient satisfaites de la prestation.*

#### **5.4.8 Coût**

**Tableau XIX :** Répartition des clientes selon l'appréciation du coût des produits contraceptifs

<b>Coût des produits</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Abordable</b>	<b>87</b>	<b>79,8</b>
Non abordable	22	20,2
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*La majorité des clientes affirment que le coût était abordable soit 79,8.*

#### **5.4.9 Disponibilité des sièges pour les clientes**

**Tableau XX :** Répartition des clientes selon la disponibilité des sièges dans l'unité PF

<b>Disponibilité des sièges</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>100</b>	<b>91,7</b>
Non	9	8,3
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*8,3% des clientes se plaignaient de manque place.*

**Tableau XXI : Répartition des clientes selon les causes du non satisfactions**

<b>Causes d'insatisfactions</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Attente trop longue</b>	<b>9</b>	<b>64,3</b>
Manque de place d'attente	3	21,4
Attitude des prestataires	2	14,3
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

*L'attente trop longue était la cause principale du non satisfaction soit 64,3%.*

#### **5.4.10 Méthodes contraceptives et raison d'abandon**

**Tableau XXII : Répartition des clientes selon les raisons d'abandon**

<b>Raison d'abandon</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Opposition mari</b>	<b>14</b>	<b>50</b>
Désir d'enfant	6	21,4
Effets secondaires	5	17,9
Sans raison	3	10,7
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

*50% des clients ont abandonnées en raison du refus de leur mari.*

#### **5.4.11 Accord du partenaire**

**Tableau XXIII : Répartition des clientes selon l'accord du partenaire**

<b>Partenaire</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>NON</b>	<b>86</b>	<b>78,9</b>
OUI	23	21,1
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*Seul 21,1 % avaient l'accord de leur partenaire.*

## 5.5 : Observation du prestataire

### 5.5.1 Qualification du prestataire

**Tableau XXIV** : Répartition des prestataires selon leur qualification

<b>Prestataires</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Sage-femme</b>	<b>10</b>	<b>83,3</b>
Infirmière	2	16,7
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

83,3 des prestataires étaient des sagefemmes.

### 5.5.2 Heure d'arrivée

**Tableau XXV** : Répartition des prestataires selon l'heure d'arrivée

<b>Heure d'arriver</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
avant 8h00	4	33,3
<b>A 8h00</b>	<b>5</b>	<b>41,7</b>
Après 8h00	3	25
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

*75% des prestataires étaient à l'heure.*

### 5.5.3 Accueil du prestataire

**Tableau XXVI** : Répartition des clientes selon leur accueil

<b>Accueil</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Chaleureux et cordial</b>	<b>100</b>	<b>91,7</b>
Non chaleureux désagréable	9	8,3
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*91,7 % des clientes étaient bien accueilli.*

### 5.5.4 Counseling

**Tableau XXVII** : Répartition des prestataires selon leur attitude d'exécution du bercer Counseling

<b>Counseling</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Bienvenue	12	0
Entretien avec la cliente	12	0
Renseignement sur les méthodes	12	0
Choix de la méthode appropriée	12	0
Explication sur la méthode choisie et suivie	12	0
Rendez-vous et suivi	12	0

*Le BER CER counseling était exécuté à 100% par les prestataires.*

### 5.5.5 Obstacles rencontrés

**Tableau XXVIII** : Répartition des prestataires en fonction des barrières citées comme frein à l'utilisation de la PF

<b>Prestataires</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Religion	1	8,3
Coût élevé	4	33,4
<b>Opposition mari</b>	<b>6</b>	<b>50</b>
Tradition	1	8,3
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

*L'opposition du mari était le principal frein à l'utilisation du PF soit 50%.*

### 5.5.6 Attitude des prestataires

**Tableau XXIX :** Répartition des prestataires selon les gestes à faire au cours des consultations

<b>Attitude des prestataires</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Prise T A	9	3
Prise de T°	00	12
Auscultation	00	12
Lavage des mains avant et après chaque examen	12	00
Examen gynécologique	00	12
Prise du poids	2	10
Utilisation de gants stériles	3	9
Dates des derrières règles	12	00
TV+ Examen sous spéculum	5	7
Appréciation des conjonctives	1	11

*Le lavage des mains avant et après chaque examen étaient systématiquement pratiqué au cours de notre étude.*

### 5.5.7 Formation des prestataires

**Tableau XXX :** Répartition des prestataires selon le type de formation reçue

<b>Formation reçue</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
PF	12	00
IST	8	4
Prévention des infections	10	2
Counseling	12	00

*Tous les prestataires étaient formés en PF.*

## 6. Le nombre de consultation mensuelle/annuelle

**Tableau XXXI** : Nombres de nouvelles consultations mensuelles et par an des différentes unités de PF de la CV.

<b>Unités PF</b>	<b>Mois</b>	<b>Année</b>
ASACODJIP	54	648
ASACOHAM	28	336
ASACOLA1	38	456
ASACOSLA2	25	348
ASACOLAB5	27	324
ASACOSEKASI	66	792
ASACODENEKA	62	744
M R C	69	828
ASACOSEK	59	708
ASACOKALAMBABOUGOU	27	324
ASACOLABASAD	29	348
<b>CSREF CIV</b>	<b>205</b>	<b>1265</b>
<b>Total :</b>	<b>580</b>	<b>7012</b>

La commune IV du district de BAMAKO a comme nouvelle consultation mensuelle : 580

La commune IV du district de BAMAKO a comme nouvelle consultation annuelle : 7012

Au niveau des différentes unités de PF

## 7. Les matériels dans l'unité de PF

**Tableau XXXII :** Répartition des matériels selon leur existence au sein du PF au cours de six mois au sein du CSRéf de la CIV

Matériels	Bon état	Mauvais état	Nombre
Poubelles	+		3
Boite à tranchant	+		1
Stérilisateur	+		1
Tensiomètre	+		1
Pèse personne	+		1
Tambour	+		1
Boite de DIU	+		1
Boite de Norplant	+		1
Table gynécologique	+		1
Source d'eau	+		1
Source lumineuse	+		1
Seau d'eau de décontamination	+		1
Table de bureau	+		1
Armoire	+		1
Registre	+		1
Boite à image	+		1
Thermomètre	-		0

*Les matériels essentiels à la PF étaient insuffisants.*

# COMMENTAIRES

## **VI- COMMENTAIRES**

### 6.1. Aspect méthodologique :

Nous avons mené une étude transversale descriptive portant sur 109 clientes et 12 prestataires du centre de santé de Référence de la CIV + dix (10) CSCOM + Maternité Renée Cisse Hamdallaye.

### 6.2. Caractères sociodémographiques

#### 6.2.1. Age :

Nous avons pris la tranche d'âge de 13 à 45 ans comme étant celles des femmes en âge de procréer. La plupart des clientes avaient au moins 20 ans 83,5%. La plus jeune cliente avait 13 ans, l'âge moyen était de 28,05 ans avec un écart type à 7,53. La plus âgée avait 45 ans. Notre résultat est similaire à celui de Moussa S et al qui trouve que la plupart des clientes avaient au moins 20 ans en 2009 à Bamako en Commune V [43]. Sango S trouve que la majorité des femmes en âge de procréer est inférieur à 30 ans 68,3% en 1996 à Bamako en Commune IV [26].

#### 6.2.2. SITUATION MATRIMONIALE :

Les femmes mariées représentaient 74,31 %, les célibataires ont représenté 21,10% et les divorcées 4,59%. Les célibataires ont honte de discuter de la sexualité avec les prestataires qui sont plus âgées qu'elle ; et les divorcées à cause de leur statut. Elles préfèrent se planifier avec la forme injectable ou la forme orale, disponibles dans les officines plutôt, que de venir aux unités de PF. La situation matrimoniale a une grande influence sur la fréquentation des services de PF. Moussa S et al trouve que 71,3% des clientes étaient des femmes mariées en 2009 à Bamako en commune CV [43]. Sango S trouve que 71% des femmes étaient mariées en 1996 à Bamako en commune IV [26]. Zalha Sani.M trouve que 66,4% des femmes étaient mariées en 2004 au Burkina Faso [44].

#### 6.2.3. Niveau d'instruction :

Les clientes qui avaient au moins un niveau d'étude fondamentale ont représenté 41,3% contre 23,9% non scolarisé. Le niveau d'école coranique était le plus faible représenté avec 11%. La fréquentation des services de PF par les femmes instruites témoigne de leur occupation autre que celles de faire des enfants.

Sango S trouve que 69,5% des femmes ont au moins un niveau d'étude fondamental en 1996 en commune IV [26].

#### 6.2.4. Profession

Les clientes sans profession représentaient 6,4% contre 12,8% qui sont des fonctionnaires. Les étudiantes et les commerçantes représentaient 29,3%. Les fonctionnaires fréquentent moins le centre de PF pour des raisons d'horaires ; elles préfèrent venir dans l'après-midi ou juste à la descente ou le Week-end. Moussa S et al trouve que 49,7% des clientes étaient sans profession en 2009 à Bamako en commune V [43]. Sango S trouve que 74% des femmes étaient des ménagères en 1996 à Bamako en Commune IV [26]. Zalha Sani M. trouve que 16,1% des femmes étaient des ménagères au Burkina Faso en 2004 [44].

#### 6.2.5. Résidence :

Les clientes qui résidaient dans la Commune IV étaient de 67% contre 33% qui résidaient hors de la commune IV. L'accessibilité du centre est facile. Moussa S et al trouve que 79,4% résidaient dans la commune en 2009 à Bamako en commune V [43].

#### 6.2.6. Service d'information :

Les médias (6,4%), amis et voisins (2,8%), réflexion personnelle 17,4%. La majorité a été informée par le personnel médical avec 34,4%. Notre résultat était différent de celui de Diall et al [45] qui avait trouvé que la source d'information la plus citée était les médias soit 82,6%. Ces différences étaient dues au fait que l'étude de Diall et al avait été réalisée en milieu scolaire uniquement sur les adolescentes.

#### 6.2.7. Cycle menstruel :

Les clientes qui avaient un cycle régulier représentaient 65,1% contre 34,9% des clientes qui avaient un cycle irrégulier. Certaines méthodes nécessitent la régularité du cycle pour son utilisation (le collier du cycle).

#### 6.2.8. Nombre d'enfants vivants :

Dans notre étude, 38,5 % avaient 2 à 4 enfants et 32,1% avaient au moins 5 enfants au moment de l'enquête.

Une étude menée par Dembélé S. et al. [43] avait trouvé que 17 % des enquêtées avaient au moins 5 enfants au moment de l'enquête en 2010 à Bamako en commune V.

### 6.3. Connaissance en PF :

Toutes les femmes pouvaient citer au moins une méthode contraceptive moderne. La méthode la moins connue étant la stérilisation masculine 100%. Les clientes qui connaissaient une seule méthode représentaient 44%, alors que 56% en connaissaient au moins deux. Sango S. a trouvé que 99,7% des femmes connaissaient au moins une méthode contraceptive en 1996 à Bamako en commune IV [26]. Zalha Sani M a trouvé que 94,2% des femmes connaissaient au moins une méthode contraceptive moderne en 2004 au Burkina Faso [44]. Kodjogbé N. et collaborateurs ont trouvé que 91% des femmes connaissaient une méthode contraceptive moderne en 2001 au Bénin [46].

<b>Auteurs</b>	<b>Pays</b>	<b>Niveau de connaissance</b>
Nicaisse KODJOGBE	Bénin	91%
Zalha	Burkina Faso	94,2%
Sango S	Mali	99,6%
EDSM III	Mali	78% [47]

### 6.4. Utilisation de PF :

Le résultat de notre enquête révèle que 70,6% étaient des anciennes clientes de la PF contre 29,4% qui étaient des nouvelles. L'entretien avec les clientes a été fait dans un lieu discret sous forme de Counseling avec les méthodes à l'appui.

La méthode la plus utilisée au moment de notre enquête est Norplant 49,5% et la moins utilisé est la pilule 1,8. Les femmes mariées utilisent plus le Norplant. Le statut matrimonial n'influence pas sur le choix de la méthode, ainsi que le niveau d'instruction contrairement à l'âge des utilisatrices. La parité a une grande influence sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, plus les

femmes ont d'enfants, plus elles pensent à espacer les naissances. Sango S. a trouvé que 78,6% des femmes ont choisi la pilule contre 21,4% ayant choisi d'autres méthodes en 1996 à Bamako en Commune IV [26].

EDS III a trouvé que 80% des femmes ont utilisé la forme orale au moment de l'enquête démographique et de santé [47].

Zalha Sani M. a trouvé que 70% des femmes ont choisi la pilule contre 30% ayant d'autres méthodes en 2004 au Burkina Faso [44].

Kodjogbé N. a trouvé que 68% des femmes utilisaient au moins une méthode contraceptive moderne en 2001 au Bénin [46].

"Population report" trouve, lors d'une enquête en Afrique du sud, que 98% des femmes en âge de procréer connaissaient au moins une méthode contraceptive moderne. Au Ghana 94%; 100% en Tunisie ; 100% en Egypte ; 86% au Sénégal ; 99% en Inde ; 100% aux Etats-Unis et en Ukraine [48].

#### 6.5. Les obstacles à l'utilisation de la PF :

Certains produits, tels que le diaphragme, le cap cervical, le préservatif féminin et le spermicide, ne sont pas disponibles dans les différentes unités de PF.

Les effets secondaires ont été la cause d'abandon de 17,9% de nos clientes ; 50% par opposition du mari ; 10,7% sans raison ; 21,4% pour désir d'enfant.

87,2% des clientes sont satisfaites de la prestation de service contre 12,8%. 79,8% des clientes présentent que le coût des produits contraceptifs est abordable contre 20,2%.

Les clientes qui fréquentent l'unité PF avec l'accord de leur partenaire représentaient 21,1% contre 78,9%. Diall et al [45] en 2010 et Sidibé. I et al en 2015 [49], qui avaient trouvé que la majorité des enquêtées pensaient qu'elles n'en avaient pas besoin avec 52,6% et 40,5% des cas respectivement.

#### 6.6. Observation du prestataire :

Toutes les prestataires étaient de sexe féminin, elles ont seulement recouru aux Médecins en cas de ligature et résection des trompes. La préférence du prestataire de sexe féminin s'expliquait par :

- La religion : « Pour les musulmans, il est préférable d'en avoir une prestataire ».

- Convenance personnelle : « certaines femmes ne veulent pas être examinée par un homme ».
- Commodité : « Les femmes se sentent plus à l'aise entre elles. »

A l'interrogatoire beaucoup de prestataires se penchaient sur les ATCD gynéco Obstétriques ainsi que médicaux s'intéressant à des maladies telles que l'HTA, à la prise de certains médicaments par exemple : hypertension artériel est contre-indiqués avec certaines méthodes contraceptives (hormonale).

La prévention des infections est acceptable (préparation de l'eau de contamination, utilisation de la boîte à tranchant et des poubelles code couleur). Toutes les clientes ont bénéficié d'une prise de la TA, seulement les clientes qui ont accepté le DIU ont bénéficié d'un examen gynéco. Les prestataires qui pensaient que l'opposition du mari empêchent les femmes de pratiquer la PF étaient 50%, 33,4% des prestataires l'attribuent au coût élevé des produits, 8,3% d'entre eux l'attribuent plutôt à la religion. Au cours de notre enquête les prestataires ont bénéficié de formations sur la PF, l'IST, prévention des infections.

# CONCLUSION

## **VII.CONCLUSION :**

Notre étude transversale a eu lieu du 1er Juin au 30 Décembre 2019 et a concernée 109 utilisatrices et 12 prestataires. Elle nous a permis d'évaluer le niveau de compréhension des utilisatrices sur la PF. Notre étude nous démontre que plus le niveau d'instruction scolaire est élevé plus l'adhésion à la PF est facile ; car 41,3% avaient au moins un niveau d'étude fondamentale. Il faut signaler que le taux d'abandon est élevé et cela est dû à l'opposition de leur marie, les effets secondaires, et aussi pour des raisons inconnues par contre le taux d'échec est bas seulement 3,7%.

La méthode la plus utilisée au cours de notre enquête est le Norplant avec 49,5%.

Le temps d'attente est long, affirmé par 64,3% des clientes.

Les prestataires étaient de sexe féminin, seulement elles ont recours au Médecin en cas de LRT. Les prestataires ont bénéficié d'une formation sur la PF.

# **RECOMMANDATIONS**

## **VIII. RECOMMANDATIONS**

### **Au Ministère de la Santé :**

- Créé un cadre de collaboration en les ONG opérant dans le secteur de la PF avec les services publics.
- Mettre les prestataires dans les conditions optimales.
- Renforcer les capacités en matière de PF des agents quelle qu'en soit la catégorie ;
- Associer les agents livreurs des pharmacies à ces sessions de formations ;
- Mettre à la disposition des prestataires les infrastructures adéquates afin de leur permettre un suivi plus adéquat des clientes ;
- Assurer la disponibilité effective de toutes les méthodes contraceptives disponibles au Mali au sein des différentes unités PF ;
- Maintenir les campagnes de sensibilisation sur la PF.
- Assurer le suivi à travers la supervision, le monitoring et l'évaluation périodique des activités de planification familiale.
- Encourager les campagnes de « planification gratuit ».

### **Au Ministère de l'éducation :**

- Inscrire dans les programmes scolaires des cours de « planification familiale » afin de permettre aux jeunes générations de contrôler le nombre de leur descendance en toute responsabilité.
- Inscrire la Planification familiale au sein des programmes de la Faculté de Médecine afin de leur éviter de l'« apprendre sur le tas ».

### **Aux Prestataires :**

- Faciliter l'accès aux clientes pour réduire le temps d'attente ;
- Nous les invitons à plus de rigueur dans le respect des mesures individuelles de prévention des infections ;
- A plus de collaboration entre les différents services afin de permettre aux clientes de pouvoir en bénéficier pleinement ;
- A accepter de recevoir les couples qui le souhaitent en même temps lors des entretiens ;

- A accorder la priorité aux clientes de la PF au sein des Unités et non plus à celle venant pour la CPN.

#### **Aux Associations Féminines :**

- Faire Aux associations féminines : des causeries-débats pour assurer une mise à niveau des connaissances sur la PF et sur la santé de reproduction en général.
- Mettre en place un réseau des femmes de partage et de recherche d'informations sur la planification familiale.
- Faire régulièrement des rencontres et des négociations avec des autorités locales, les Chefs traditionnels et les leaders d'opinion afin de faciliter la collaboration des agents de santé avec la communauté.

#### **A l'adresse de la population :**

- Fréquenter les services de planification familiale ;
- Discuter régulièrement avec les agents de santé de vos préoccupations en matière de la planification familiale ;
- Impliquer les hommes afin que les femmes puissent utiliser d'avantage les méthodes contraceptives modernes ;
- Eviter les grossesses rapprochées et non désirées en utilisant les méthodes contraceptives qui vous conviennent au mieux.

# REFERENCES

## **IX. REFERENCES**

**1-AMPPF** : Situation de la planification familiale au Mali, 2004.

**2-Centre français sur la population et le développement (CFPD)** : Groupement d'intérêt scientifique EHESS-INED-INSEE-ORSTOM-PARIS 6 20ans de planification familiale en Afrique Subsaharienne/Thérèse LOCOH, 1992-27P n° 19.

**3-CERPOD, Impacte de la planification familiale sur la vie des femmes** : Résultats d'une étude réalisée dans le District de Bamako, Mali, Mai 1999

**4-Cahier d'étude et de recherche francophone/Santé volume 10.6, 407-12** Novembre -Décembre 2000, Etude original

**5-Comportements contraceptifs des familles en milieu rural** : Tunis Office national de famille et de la population, 1995.

**6-Saifuddin Ahmed, Qingfeng Li, Li Liu, Amy O Tsui. Les décès maternels évités grâce à l'utilisation de la contraception : analyse de 172 pays. In** : Hannah Cumber, dir: « Les programmes de planification familiale sont une solution gagnant-gagnant; le bien-être de chaque femme et des enfants est amélioré, et l'économie nationale et l'environnement en tirent les bénéfices.». THE LANCET, Planification familiale. Juillet 2012 :17-32.

**7- OMS, Bureau Régional pour l'Afrique, USAID. Le Repositionnement de la Planification familiale** : Directives pour actions de plaidoyer. Date de publication : 2008.

**8 UNESCO, L'Education en vue des Objectifs de développement durable** : Objectifs de d'apprentissage, Paris, UNESCO, 2017,62 p.

**9- Nations Unies** : La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement a besoin d'un coup d'accélérateur. 2010 janv. Report No.: 2010/1/F.

**10- World Health Organization Division of family and reproductive health:** Improving access to quality care in family planning, Algiditycriteria for initiating use of selected methods of contraception, WHO/FRH/FPP/96-9

**11- Mali Enquête Démographique et de Santé (EDSM VI) 2018** : Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé -Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 : Rapport de synthèse. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SSDS-PF et ICF.

**12- Larousse médical** : Le petit LAROUSSE de la médecine édition 2010, p.223

**13-Bilodeau A. ; Forget G. ; Tetrault J. L’auto efficacité relative à la contraception chez les adolescents** : Validation de la version française de l’échelle de mesure de Levinson. Revue canadienne de santé publique 1994 ; 85, 2 : 115-20.

**14-Serfaty D** : La contraception. Doin éditeur, Paris. 1986.

**15-Organisation Mondiale de la Santé** Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use, 2e éd. Genève, OMS, 2001.

**16-Traore S.M., BALLO M. B.**, Planification familiale Cellule de planification et de statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l’Informatique (DNSIet ORC Macro. 2002. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001. Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, DNSI et ORC Macro. 63, 64, 70, 72, 98,103p

**17-D. Francoeur, L. Hanvey, R. Miller, H. Pymar** Consensus Canadien sur la Contraception Chapitre 8, N°143, Troisième partie detrois, Avril 2003

**18- A. Campana** Cours pour les étudiants de médecine-Family planning Guidelines, reviews

**19-Presidence de la république**, Loi N°02 44 du 24 juin 2002 relative à la santé de la reproduction, Article e la reproduction, Article

**20-Traoré.B ; Konaté. M. K ; Startorton. C.** Enquête démographique de la santé (EDS I) au Mali 1987.

- 21- Boubacar M. Etude épidémio-clinique du planning familial :** Enquête auprès de 206 utilisatrices au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako d'Avril à Juin 2003. Thèse médecine, Bamako 2003, n°183.
- 22- Nian M.** Approche épidémio-clinique de la grossesse chez l'adolescente à l'hôpital régional de Kayes. Thèse méd. Bamako 2000. (00M99)
- 23-Ministère de la santé publique et des affaires sociales.** Projet de développement sanitaire. Stratégie nationale en planification familiale et en IEC. Bamako Mali.
- 24-Ministère de l'économie des finances et plan Sénégal.** Enquête sur la planification familiale en milieu urbain. Dakar Sénégal 1994.
- 25- Hooton TM, Scholes D, Hughes JP, Winter C, Robert L, Stapleton AL et coll.** « A prospective study of risk factors for symptomatic urinary tract infection in young women », New Engl J Med, vol. 335, 1996, p.468–74.
- 26 -Sango. S.** Contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako. Thèse Médecine, Bamako 1996, N°32.
- 27-Ministère de la santé publique des affaires sociales et de la promotion féminine (Mali).** Déclaration nationale de politique de population. Bamako Mali Août 1991.
- 28-Ministère de la santé des personnes âgées et de la solidarité DNSP/DSFC.** Rapport d'analyse des données statistiques de SMI/planification familiale 1991. Bamako Mali, juin 1993.
- 29-Network en français.** Family health international, planification familiale et IST : 2001 ; 20, (4) : 1-35.
- 30-Présidence de la République du Mali.** Loi n° 02-044 du 24 juin 2002 relative à la Santé de la Reproduction WQ
- 31-Présidence de la République du Mali.** Lettre Circulaire n°004/MSP-AS/CAB du 25 janvier 1991, relative au libre accès de toute femme en âge de procréer à une méthode contraceptive.
- 32- A. Campana** Cours pour les étudiants de médecine - Family planning - Guidelines, reviews.

- 33- Présidence de la république**, Loi N°02 44 du 24 Juin 2002 relative à la santé de la reproduction, Article 14
- 34- R. Miller- L. Hanvey** Consensus Canadien sur la contraception- Chapitre 9 - No 143, troisième partie de trois, Avril 2004
- 35- Dunson DB, Sinai I, Colombo B.** « The relationship between cervical secretions and the daily probabilities of pregnancy: effectiveness of the two-day algorithm », Hum Reprod, vol. 16, 2001, p. 2278–82.
- 36-Guillebaud J.** Contraception: your questions answered, 3e éd. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1999, p. 23–37, 39–43.
- 37- Organisation Mondiale de la Santé improving access to quality care in family planning:** medical eligibility criteria for contraceptive use, 2e éd. Genève, OMS, 2001.
- 38- A. Black- N. Fleming – H. Pymar, T. Brown, - T. Smith,** Consensus Canadien sur la contraception – N° 143 – Deuxième partie de trois, Mars 2004
- 39- Hatcher R, Trussell. J, Stewart F, Cates W, Stewart G, Guest F et coll.** Contraceptive technology, 17e éd. New York, Ardent Media Inc, 1998. 297p
- 40- S. Dunn, E. Guilbert** Consensus Canadien sur la contraception-N° 143, première partie de trois, Février 2004
- 41- Creetsa G, Guerrero E, Guilbert E, Drouin J, Serfaty D, Lemiex L et coll.** «A multinational evaluation of the efficacy, safety and acceptability of the Protectaid contraceptive sponge », Eur J Contracept Reprod Health Care, vol. 6, n° 3, 2001, p. 172–82.
- 42- Andersson K, Odland V, Rybo G.** « Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova-T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial », Contraception, vol. 49, 1994, p.56-72.
- 43- Dembele. S. M et al :** Problématique de la planification Familiale en commune v du district de Bamako à propos de 199 cas. Thèse, méd. Bko, n°73, 2009-2010.

**44-Zalha Sani M.** Les obstacles à l'utilisation des services de planification familiale à OUAGADOUGOU au Burkina Faso, Thèse de médecine, Bamako 2004, n° 4 M-25

**45-Diall. I.G et al :** Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescentes en milieu scolaires sur la contraception dans la commune rurale de Baguineda. Bamako. Thèse, méd. Bko, n°465, 2009-2010.

**46- Kodjogbé N.** Enquête démographique sur la santé au Bénin 2ème édition, 2003.

**47- Mali Enquête Démographique et de Santé (EDSM-III) 2001:** Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) et ORC Macro. 2002. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001. Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, DNSI et ORC Macro.

**48-Population Information Program. Vasectomy: safe and simple.** Population Reports, Series D, No. 4, Baltimore, Johns Hopkins University, novembre / décembre 1983.

**49-Sidibe I et al :** Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des ménages de la commune urbaine de Yanfolila en matière de la planification familiale. Thèse, méd. Bko, n°157, 2014-2015.

# **ANNEXES**

## X. ANNEXES

### FICHE D'ENQUETE

#### ✓ POUR LES UTILISATRICES

#### I IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

No

1-Age .....

2-Adresse .....

3- ..... Profession

4- Religion .....

5- ..... Ethnies

#### II LES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES

a- Niveau d'instruction

1- Primaire

2- Secondaire

3- Supérieur

4- Ecole Coranique ou Medersa

5- Non scolarisée

b- Etat matrimonial

1- Célibataire

2- Mariée

-Polygamie 2a- Oui 2b- Non

3- Divorcée

4- Veuve

c- Antécédent obstétrical

1- Gestité

2- Parité

3-Intervalle inter-génésique

4- nombres d'enfants vivants

5- Nombre d'enfants décès

6-Avortement

6a- provoqué

6b- spontané

d- Antécédent gynécologique

-Cycle :

1-régulier

2- irrégulier

- Abondance:

1- abondant

1- non abondant

-Durée du cycle :

1-  $\leq 28$  JOURS

2- (28-35) jours

3-  $\geq 35$  JOURS

- Dysménorrhée :

1- OUI

2- NON

- Dysurie

1- OUI

2- NON

- Prurit

1- OUI

2- NON

- Leucorrhée

1- OUI

2- NON

- Pollakiurie :

1- OUI

2- NON

- Antécédent de contraception

1- OUI

2- NON

e- Les autres antécédents

- Médicaux :

Diabète

1- OUI

2- NON

Asthme

1- OUI

2- NON

Hémoglobinopathie

1- OUI

2- NON

HTA

1- OUI

## 2-NON

### Cardiopathie

1- OUI

2-NON

### Hépatopathie

1-OUI

2-NON

### Autre

1- OUI

2- NON

Si oui préciser :.....

Chirurgicaux :

1- OUI

2- NON

Si oui à préciser : .....

## III- METHODE DE CONTRACEPTION

### 1 Méthode de contraception actuellement utilisée

1-Condom

2-Implant

3-Injectables

4-DIU

5-Pilule

6-Diaphragme

7-Spermicides

8-Aucune

9- Autre

2 Pourquoi a-t-elle changé de méthode

1- Vertiges

2- Vomissement

3- Prise de poids

4- Sècheresse vaginale

5- Aménorrhée

6- Métrorragie

7-Oubli

8- Désir d'enfant

9-Menometrorragie

10-hyperménorrhée

11- Autres à préciser

IV. POURQUOI PRATIQUÉZ-VOUS LE PLANNING FAMILIAL

1- Eviter une grossesse

2- Espacement des naissances

3- Limitation des naissances

4- Lutte contre la stérilité

5- Lutte contre les IST /Sida

6-Autres

V. QUI VOUS A CONSEILLÉ DE PRATIQUER LE PLANNING FAMILIAL

1- Après réflexion personnelle

2- Ami(e)

3-Mari

4-Médias

5-Agent de santé

6-Parents

7-Voisins

8- Autre à préciser

## VI-POURQUOI AVEZ-VOUS CHOISI LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO POUR LE PLANNING

- 1- Bonne qualité
- 2- Accessibilité géographique
- 3- Plus grande discrétion
- 4- Accessibilité financière
- 5- Compétences du personnel
- 6- Autres (à préciser)

- Combien la prestation du PF vous a coûté

- Ce prix vous semble-t-il raisonnable

1- Oui

2- Non

- Trouvez-vous acceptable que les informations sur le PF soient diffusées à la radio, TV, théâtres ou autres ?

1- Oui

2- Non

Pensez-vous qu'on diminue la morbidité et la mortalité liée à la grossesse et ou l'accouchement ?

1-Oui

2- Non

Avez-vous (ou votre partenaire) déjà utilisé une méthode contraceptive ?

1- Oui

2-Non

Le prestataire vous a-t-il laissé le droit de choisir la méthode de PF que vous souhaitiez ?

1-Oui

2- Non

Estimez-vous avoir été traité dignement ?

1- Oui

2- Non

L'entretien avec le prestataire a-t-il été confortable pour vous ?

1- Oui

2- Non

Suivi : Un prestataire vous a-t-il dit quand est ce qu'il faut venir pour une autre visite ?

1-Oui

2-Non

Le prestataire vous a-t-il donné le temps de les poser des questions ?

1- Oui

2- Non

✓ **POUR LES PRESTATAIRES**

1- Nombre de nouvelle consultation /mensuelle/an.....

2- Comment s'approvisionne votre centre :.....

3 Formation : Estimez-vous avoir accès aux formations et connaissances nécessaires pour exécuter toutes les tâches qui vous sont demandées ?

1- OUI

2-

NON

4-Information : Êtes-vous tenus régulièrement au courant des informations concernant vos fonctions ?

1- OUI

2- NON

5-Infrastructure : Estimez-vous que vous disposez de locaux physiques et de l'organisation nécessaires pour fournir des services à un niveau de qualité acceptable ?

1- OUI

2- NON

6-Produits : Recevez-vous continuellement des produits fiables et du matériel nécessaire pour fournir des services de qualité appropriée ?

1- OUI

2- NON

7 Directives : Recevez-vous des directives claires, de la part de vos supérieurs hiérarchiques pour procéder lorsqu'il y a lieu aux changements à opérer ?

1- OUI

2- NON

8- Estimez-vous que le nombre de clients que vous recevez quotidiennement vous permette d'offrir une prestation de qualité ?

1- OUI

2- NON

9- Appui : En cas de surcharge de travail, recevez-vous des soutiens ou un appui de la part des autres unités ?

1- OUI

2- NON

10 Respect : Estimez-vous être reconnu pour vos compétences et respecté pour vos besoins humains ?

1- OUI

2- NON

11- Quels sont vos difficultés?.....

## **Fiche Signalétique**

**Nom** : KONATE

**Prénom** : Ali

**Titre** : Problématique de la planification familiale en Commune IV du District de Bamako.

**Année** : 2019-2020

**Ville de Soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la FMOS

**Secteur d'intérêt** : Santé publique/Santé de la reproduction et Gyneco-obstétrique

### **Résumé :**

Nous avons effectué une étude transversale descriptive sur l'étude des activités de PF du 1er Juin au 30 Décembre 2019 dans le centre de santé de référence de la commune IV (CSRéf C IV) du district de Bamako, les dix (10) centre de santé communautaire de la commune IV CSCOM + la Maternité Renée CISSE.

Il faut noter que malgré la disponibilité des méthodes contraceptives et l'implication de l'autorité en matière de la planification familiale (PF), la prévalence contraceptive reste encore faible dans notre pays 17%.

Au cours de notre enquête nous avons pris un échantillon de 109 femmes utilisatrices de méthodes contraceptives et 12 prestataires.

Nous avons 49,9% qui ont utilisées le Norplant, 28,4% le dispositif intra-utérine (DIU) 12,8% l'injectable 4% la ligature et résection des trompes (LRT) 2,8% le Condon et 1,8% la Pilule.

Au cours de notre enquête nous avons enregistré pour des raisons désir de grossesse 21,4%, effets secondaires 17,9%, opposition du mari 50%, sans raison 10,7% comme les causes d'abandon.

Les activités de la PF sont satisfaisantes sur le plan de la performance et passable sur le plan de véhiculer l'information.

Le temps d'attente est long. Les prestataires se plaignent de la rupture de certaine méthode telle que le Norplant et son matériel d'insertion.

**Mots clés** : planification familiale, les activités, Bamako.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure**