

MINISTRE 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



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....

Thèse

Contraception du post-partum au Centre de Santé de Référence de la Commune II de Bamako, Mali

Présentée et soutenue publiquement le 03/06/2022 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. Barthélemy DIARRA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : Professeur Birama TOGOLA

Membre : Docteur Mamadou Salia TRAORE

Docteur Idrissa TOUNKARA

Co-directeur : Docteur Sakoba KONATE

Directeur : Professeur Tioukani Augustin THERA

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES :

A MA MERE CHRISTINE KONE

Maman attentive, simple, courageuse et pieuse, tu m'as appris les bonnes manières et les avantages d'un travail bien fait. Connue pour ce grand amour du travail bien accompli que tu as su inculquer en moi m'a beaucoup aidé dans la réalisation de ce document. Ce travail est le fruit de tes innombrables sacrifices et de ta dévotion pour tes enfants. Trouve ici chère mère toute ma reconnaissance. Je ne saurais te remercier assez pour m'avoir montré la voie. Que le seigneur vous garantît encore longue vie à nos côtés pour goûter le fruit de ce travail.

A MON PERE NICODEME DIARRA.

Vous nous avez inculqué le sens de l'honneur, du devoir, de la dignité, et vous n'avez cessé de nous rappeler que les attributs qui font valoir un homme sont : la culture, la connaissance et que le meilleur des héritages est la bonne éducation. Éternellement nous vous serions reconnaissants mes frères et moi pour vos sages conseils qui ont éclairé notre chemin et aussi notre conduite sociale dans un monde où les valeurs sociales connaissent une déperdition accélérée.

A mes frères et sœurs Cécile ; Corneille ; Sylvain et Eugène tous de la famille Diarra de Ségou :

Vous avez été pour moi plus que des frères. C'est grâce à vos soutiens moraux et matériels que j'ai pu m'épanouir. Votre souci premier a toujours été ma réussite. Vous m'avez toujours montré ce qu'est une famille unie ! Je dédie ce travail à la solide famille que nous formons.

A mon épouse Fatoumata Traoré : Ma compagne de tous les temps ; toi qui a toujours cru en moi et a accepté de m'épouser dans les moments les plus durs de ma vie alors que mon avenir n'était pas encore certain, je t'en serai toujours reconnaissant. Puisse Dieu nous accorder longue vie conjugale pleine de santé.

Merci pour ton amour éternel.

A mes enfants : Cathérine dite Rokia et Nicodeme que ce travail vous inspire un jour et vous incite à plus de courage et d'abnégation. Vous êtes appelés à vivre dans

Contraception du post-partum au centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Mali

un monde mouvementé ou tu dois affronter des problèmes nouveaux et toujours croissants auxquels tu seras tenue de trouver des solutions.

A ma belle-famille :

Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté tout au long de ce cycle.

A mes cousins et cousines (José, Batio dit Etienne, Pascal, Oscar, Marie Claire) Diarra ; (Phaustin, Paul, Charles, Zousane, Jeannette) Traoré

Merci pour vos encouragements et conseils.

A la mémoire de ma cousine Juliette, tu as donné le meilleur de toi pour le bon déroulement de nos études ici à Bamako. J'aurai bien te voir dans la foule aujourd'hui mais Dieu l'a voulu autrement. Merci pour tous.

Repose en paix.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A mes amis :

Je n'ai jamais douté de votre amitié, j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences.

Je profite de cette occasion pour vous dire merci pour vos soutiens et vos conseils.

A tous mes camarades de la FMOS : Bakary Diarra, Mohamed Traoré, Marcel Diarra, Lassana Condé.

Vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Recevez ce travail en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur. Merci mes chers pour tout.

A mes maîtres formateurs : Pr Seydou Z DAO, Dr Bakary Abou TRAORE, Dr Sakoba KONATE et Dr Etienne Togo

Vous êtes des encadreurs exemplaires semblables à un océan du savoir dans votre service. Vous êtes et resterez des modèles pour moi.

A tous mes collègues internes du CS Réf CII : Bakary B Koné, Tenin Samaké, Oumar Dao, Abdoul Aziz Togo, Oumar Camara, Alassane Poudiougou, Yaye Camara, Abdoulaye Fofana.

Vous êtes bien placés pour comprendre toutes les difficultés que j'ai traversé tout au long de l'élaboration de ce document. Nous avons traversé ensemble de bons et mauvais moments. Merci pour vos conseils, écoutes, soutiens et surtout votre bonne collaboration.

A tout le personnel du CSRéf CII du District de Bamako

A tout le personnel du Centre Valentin de Pablo

Au corps professoral de la FMOS pour la qualité de l'enseignement reçu. Toute ma reconnaissance.

A mes aînés du service de gynéco-obstétrique du CSRéf de la CII

Dr Mariko Fatoumata, DR Vivor Gerard, Dr Traoré Daouda, Dr Diabaté Salifou, Dr Konaré Alfousseiny, Dr Dembélé Bakary dit Diango, Dr Sacko Mohamed, Dr Koné Kalilou, Dr Sarré Mamadou, Dr Dembélé Ibrahim, Dr Sissoko Mamoudou, Dr Dembélé Amadou , Dr Kodio Amos, Amadou Boré, Lévi Diarra, Ibrahima Dabo, Mamadou Traoré, Bréhima Sangaré Charles Samba Koné, et Fatoumata Kané.: recevez ce travail en guise de mes sentiments les plus respectueux

Au Docteur : Korenzo Mohamed, vous avez été un exemple pour moi, ce travail est le vôtre ; sans vous ce travail ne serait guère élaboré. Merci infiniment.

A la famille Traoré de Bozola

Merci, recevez ce travail en signe de ma réelle gratitude.

Au Mali : Pour tes efforts consentis : éducation, formation, nous te servirons avec amour, loyauté et patriotisme.

A tous ceux de près ou de loin qui m'ont apporté soutien et amour dans l'élaboration de ce travail si modeste soit-il.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président de Jury

Professeur Birama TOGOLA

- **Maitre de Conférences en chirurgie Générale à la FMOS ;**
- **Spécialiste en Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire ;**
- **Diplôme interuniversitaire en Pédagogie et sciences de la communication ;**
- **Diplôme Universitaire en Endovasculaire Périphérique ;**
- **Fellow of West African College of surgeons (WACS);**
- **Membre de l'Association de chirurgie thoracique et cardiovasculaire du Mali (ACTCAV) ;**
- **Praticien Hospitalier au CHU de Point G ;**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce Jury de Thèse malgré vos multiples occupations.

L'intégrité, l'assiduité, le courage, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

Veillez accepter cher Maître, l'expression de notre plus haute considération.

A notre Maître et juge

Docteur Mamadou Salia TRAORE

- **Maître de Recherche en Gynécologie Obstétrique ;**
- **Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire du Point G ;**
- **Diplômé de Formation Médicale Spécialisée Approfondie de l'Université Paris-Descartes en Gynécologie Obstétrique ;**
- **Enseignant à la filière sage-femme et en Master de Santé de la Reproduction à l'Institut de Formation en Science de la Santé ;**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique ;**

Chère Maître,

Nous avons été marqués par vos qualités humaines et sociales, votre disponibilité, votre immense gentillesse, votre expérience, votre rigueur scientifique, votre dynamisme, et votre contact facile avec lesquels vous avez accepté d'être membre de ce jury, font de vous un maître accompli, admirable, et respecté.

Cher Maître, nous vous prions de croire à la sincérité de nos sentiments respectueux et toute notre reconnaissance.

A notre Maître et juge

Dr Tounkara Idrissa

- **Ancien interne des hôpitaux ;**
- **Chirurgien généraliste, praticien hospitalier au CSRef CII du District de Bamako ;**
- **Chef de service de chirurgie générale au CSRef CII ;**
- **Maître-Assistant à la FMOS ;**
- **Membre de la SOCHIMA.**

Chère Maître,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Votre richesse intellectuelle, votre rigueur scientifique, votre souci constant du travail bien fait, votre simplicité font de vous un être remarquable.

Veillez accepter chère maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Co-Directeur de Thèse

Dr Sakoba Konaté

- **Gynécologie obstétricien ;**
- **Chef de service adjoint de gynécologie obstétrique du CSRef CII**

Cher Maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail.

Homme de principe, d'humanisme, votre simplicité, votre souci de transmettre vos connaissances et votre rigueur scientifique font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés.

A vos côtés nous avons appris à aimer la gynécologie obstétrique.

Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un bon exemple à suivre.

Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour tout le soutien et la confiance que vous avez eu à notre égard.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Pr THERA Tioukani Augustin

- **Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU du Point G ;**
- **Maitre de conférences agrégé de gynécologie obstétrique ;**
- **Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (France) ;**
- **Titulaire d'une Attestation de Formation Spécialisée en gynécologie Obstétrique : université Claude Bernard Lyon (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme d'Etude universitaire en thérapeutique de la Stérilité-Université Paris IX (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie : Université d'Auvergne, Clermont Ferrant (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme d'Etude Universitaire en colposcopie et pathologies cervico-vaginales Angers (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire d'Echographie gynécologique et obstétricale : Université Paris Descartes ;**
- **Titulaire d'un Certificat d'Etudes Spécialisées en gynécologie Obstétrique : Université Nationale du Bénin ;**
- **Doctorat d'Etat en Médecine : Université d'Etat de Médecine Pirogov : Vinnitsa (Ukraine) ;**
- **Membre du Comité Politique du Programme de la Reproduction Humaine (HRP) à l'OMS : Genève (Suisse).**

Honorable Maître, Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Vos admirables qualités scientifiques, sociales et morales et votre simplicité font de vous un Maître respecté de tous. Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître exemplaire et témoigne aussi de l'importance que vous attachez à la formation. Vos nombreuses tâches ne vous ont pas empêché d'apporter votre contribution à ce travail. Recevez ici notre profonde reconnaissance, que Dieu vous prête une longue vie.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

- AFSSAPS** : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- AMPPF** : Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
- AMPR** : Acetate de Médroxyprogestérone
- COC** : Contraceptif Oraux Combiné
- CPN** : Consultation Prénatale
- CSCOM** : Centre de Santé Communautaire
- CSRéf** : Centre de Santé de Référence
- DIU** : Dispositif Intra -Utérin
- DIU TCu 380** : Dispositif Intra -Utérin T Cuivre 380
- DIUPP** : Dispositif Intra-Utérin du Post-Partum
- DGS** : Direction Générale de la Santé
- EDSM-VI** : Enquête Démographique et de Santé du Mali-VI
- FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie
- GEU** : Grossesse Extra-Utérine
- HAS** : Haute Autorité de la Santé
- IIG** : Intervalle Inter-Génésique
- IST** : Infection Sexuellement Transmissible
- Km²** : Kilomètre carré
- Kg** : Kilogramme
- LNG** : Lévonorgestrel
- MAMA** : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
- MAL** : Méthode de l'Aménorrhée Lactationnelle
- NFS** : Numération Formule Sanguine
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PF** : Planification Familiale
- SAA** : Soins Après Avortement
- SIDA** : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
- SR** : Santé de la Reproduction
- UPA** : Ulipristal Acétate

Contraception du post-partum au centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Mali

UNFP : Fonds des Nations Unies pour la Population

VIH : Virus de l'Immuno Déficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des accouchées selon la tranche d'âge	35
Tableau II: Répartition des clientes selon le statut matrimonial	36
Tableau III: Répartition des accouchées selon leur mode de scolarisation.....	36
Tableau IV: Répartition des accouchées selon le niveau d'instruction	37
Tableau V: Répartition des accouchées selon la gestité :	37
Tableau VI: Répartition des accouchées selon la parité :	38
Tableau VII: Répartition des accouchées selon l'intervalle inter-génésiq.	38
Tableau VIII : Répartition des accouchées selon le nombre d'enfant vivant.	39
Tableau IX: Répartition des accouchées selon la méthode choisie	40
Tableau X: Répartition des accouchées selon le prescripteur de la méthode	40
Tableau XI: Répartition des accouchées selon la période d'utilisation de la méthode	41
Tableau XII: Répartition des accouchées en fonction du mode de suivi	41
Tableau XIII: Répartition des accouchées selon les effets secondaires par méthode	42
Tableau XIV: Répartition des accouchées selon les complications.....	43
Tableau XV: Répartition des accouchées selon l'abandon de la méthode	43
Tableau XVI : Répartition des accouchées selon les raisons de l'abandon de la méthode.	44
Tableau XVII: Méthode utilisée après abandon ou expulsion.....	44
Tableau XVIII: Répartition entre le type de contraception et le niveau d'instruction :	46
Tableau XIX: Répartition entre le type de contraception et l'âge	47
Tableau XX: Répartition entre le type de contraception et l'auteur de la prescription de la méthode :	48

Liste des figures

Figure 1 : Options en matière de contraception dans le post-partum (calendrier de démarrage de la méthode et situation concernant l’allaitement au sein) selon l’OMS.
..... 26

Figure 2: Répartition des accouchées selon le moment du counseling..... 39

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS :	4
III. GENERALITES	6
IV. METHODOLOGIE	28
V. RESULTATS	35
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	50
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	56
RECOMMANDATIONS	58
REFERENCES	59
Annexes	63

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Selon le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFP), la santé de la reproduction signifie que les gens sont en mesure d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et dépourvue de danger et qu'ils ont à la fois les moyens de procréer et la liberté de décider, quand et avec quelle fréquence ils le font [1].

Selon les politiques, normes et procédures au Mali, la contraception est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non, mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu [2].

La planification familiale du post-partum est définie comme la prévention des grossesses non désirées et des grossesses très rapprochées, durant les douze mois suivant l'accouchement [3].

Le large choix des méthodes contraceptives permet à chaque femme de disposer du contraceptif le plus adapté pour elle.

Le post-partum constitue un moment particulier et délicat puisque la femme est souvent plus soucieuse de son nouveau-né et sa fonction de mère que de son devenir en tant que femme.

Après une naissance vivante, l'intervalle recommandé avant de planifier une nouvelle grossesse est au moins de 24 mois [4]. Les grossesses non désirées, ainsi que celles qui ne sont pas suffisamment espacées, sont des problèmes de santé publique, car elles augmentent les taux de morbidité et de mortalité maternelle, néonatale et infantile [5]. Malgré cet état de fait, 61% des femmes n'utilisent pas de moyens de contraception efficaces dans les 24 mois suivant un accouchement afin d'éviter une grossesse non désirée [6]. Dans le Monde, 95% des femmes veulent éviter une grossesse dans les 2 ans qui suivent l'accouchement mais seulement un tiers utilise une méthode contraceptive dans le post-partum [7,8]. Les moments les plus appropriés pour le counseling sont pendant les consultations prénatales, en salle d'accouchement pendant la phase de latence et pendant la période des suites de couches.

Dans le monde, 222 millions de femmes aimeraient prévenir ou retarder une grossesse, mais elles n'ont pas accès aux méthodes contraceptives [9]. Répondre à ces besoins non satisfaits permettrait aux femmes de contrôler leur propre fécondité et de réduire d'un tiers les décès maternels [9].

Malgré les efforts du Gouvernement Malien et de l'ensemble de ses partenaires techniques et financiers, le domaine de la santé sexuelle et reproductive est marqué par une très faible amélioration des indicateurs. Selon EDSM-VI la prévalence contraceptive moderne est passée de 1% en 1987 à 6% en 2001 et à 16% en 2018 [1]. Les besoins non satisfaits en planification familiale sont passés de 26% en 2012-2013 à 24% en 2018 [1]. Le taux de mortalité néonatale est passée de 51‰ en 1987 à 57‰ en 2001 et 33‰ en 2018 [1]. Le taux de mortalité liée à la grossesse n'est passé que de 582 pour 100 000 naissances vivantes en 2001 à 325 pour 100 000 naissances vivantes en 2018 [1]. Cependant on observe un accroissement de l'indice synthétique de fécondité passant de 6,1 enfants par femme en 2012-2013 à 6,3 enfants par femme en 2018 selon EDSM-VI [1].

Les raisons de ces besoins non satisfaits sont multiples parmi lesquelles on peut citer la non disponibilité des services et des méthodes contraceptives, la crainte d'une désapprobation sociale ou l'opposition de partenaire, le coût élevé des contraceptifs pour les femmes des zones rurales, le poids de la pression familiale, le poids des rumeurs non fondées, le manque d'information des conjoints ou partenaires, la non disponibilité du personnel soignant (qui rend le temps d'attente très long), la crainte d'effets secondaires et les préoccupations pour leur santé [10].

La rareté des études sur la contraception du post-partum nous a motivé à initier cette étude au centre de santé de référence de la commune II en se fixant les objectifs suivants :

II. OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

Objectif général :

- Etudier la contraception du post-partum dans le centre de santé de référence de la commune II de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence d'utilisation de la contraception du post-partum dans le service ;
- Préciser le taux d'utilisation de chaque méthode contraceptive dans le service ;
- Préciser le moment du counseling de la contraception du post-partum dans le service ;
- Identifier les raisons d'abandon de la contraception du post-partum.

III. GENERALITES

III. GENERALITES

1. DEFINITIONS

-Contraception : L'OMS définit la contraception comme « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter. » [11]

La contraception est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non, mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu [2].

La HAS définit la meilleure contraception comme étant celle que la femme ou le couple choisit de façon libre et éclairée. Le choix de la méthode contraceptive est lié à une meilleure satisfaction et à un meilleur respect des conditions d'utilisation de la méthode [12].

-Post-partum : C'est la période qui s'étend sur les six (6) semaines qui suivent l'accouchement. Il se termine par le retour de la menstruation sauf dans les cas d'aménorrhée physiologique de nourrice [12].

-Contraception du post-partum : est définie comme la prévention des grossesses non désirées et des grossesses très rapprochées, durant les douze mois suivant l'accouchement [3].

La planification familiale du post-partum s'adresse aux femmes désirant d'autres enfants (espacement des grossesses) et à celles ayant désormais le nombre d'enfants souhaité (prévention des grossesses non désirées) [3].

-Le counseling est un processus de communication interpersonnelle par lequel le prestataire aide un(e) client(e) à choisir une méthode de contraception qui lui convient. Le counseling est une partie vitale de la planification familiale [2].

2. HISTORIQUE :

2-1. Dans le monde

Probablement née dans les sociétés préhistoriques selon Serfaty D [13], la limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et 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 respectivement extrêmes 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 [13]. Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une option 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 [13].

2.2 Au Mali

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement pro-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 valides pour augmenter la production) et de bénédiction divine [14].

La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme [15].

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 [14].

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 ou trois ans. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement [14].

Contraception du post-partum au centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Mali

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 [14].

Les principales dates de la politique de planning familial au Mali [16] :

Le Mali est parmi les pays d'Afrique sub-saharienne qui ont adopté une attitude vis-à-vis de la PF. En effet depuis 1971 une délégation malienne s'est rendue à Montréal (Canada) pour participer à un séminaire sur la PF. Ensuite le Mali a signé un accord pour 4 ans avec les organisations de ce séminaire pour un projet d'assistance en PF.

Après, l'association malienne pour la protection et la promotion de la famille (AMPPF) a vu le jour le 07 juin 1971.

En 1972, le Mali abrogea la loi du 31 juillet 1920 dans ses articles 3 et 4 qui interdisaient la propagande anticonceptionnelle [16].

Un centre pilote du planning familial a été créé à Bamako par l'AMPPF dont l'objectif était l'espacement des naissances et non une limitation des naissances. La pratique de la PF était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes mariées et parentale pour les célibataires [16].

En 1973, deux séminaires dont un inter Africain sur l'éducation sexuelle et l'autre inter syndical sur la PF ont été organisés à Bamako [17].

En 1974, le Mali a souscrit à la déclaration de Bucarest sur le droit de la PF.

En 1978, le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma Ata (Alma Ata/URSS) sur les soins de santé primaire dont une des composantes est la PF dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances.

En 1980, la division santé familiale (DSF) a été créée au sein du ministère de la santé publique et des affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de santé maternelle et infantile en y intégrant la PF [17].

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 nationale de population [16].

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 lors de la 4^{ème} conférence 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 infantile et planning familial (SMI/PF) [16]. Avec le temps, le concept Malien en la matière 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 la Planification Familiale comme : « l'ensemble des mesures et moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affection de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité, maternelle, infantile et juvénile et notamment celle liée aux IST, VIH SIDA, aux grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel ».

Ceci implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour les aider à choisir la mesure ou le moyen de régulation de la fécondité [16].

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.

3. Les différentes modifications du post-partum :

3.1 Les modifications anatomiques : La rétraction et l'involution utérine se passent comme suit [18] :

Dès après la délivrance, l'utérus se contracte. Il devient dur, prenant l'aspect classique d'un « globe de sécurité ».

Pendant les douze premiers jours, il reste abdominal ; le premier jour, son fond remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le sixième jour, il est à mi-distance entre l'ombilic et la symphyse pubienne. Après le douzième jour, l'utérus redevient pelvien.

Quant au col utérin, il retrouve sa consistance ferme et sa longueur en une semaine. Son orifice interne se ferme au bout d'une semaine contrairement à son orifice externe qui reste perméable pendant les trois semaines suivant l'accouchement.

L'endomètre évolue en quatre phases. La première phase est celle de régression dans les cinq jours suivant l'accouchement. Vient ensuite la phase de cicatrisation qui a lieu du 6^{ème} au 25^{ème} jour. La troisième phase correspond à la phase de prolifération du 25^{ème} au 45^{ème} jour, elle est suivie par une hémorragie de privation qui signe la reprise du cycle menstruel.

Le vagin ne retrouve sa trophicité qu'à partir du 25^{ème} jour en raison de la stimulation hormonale. La vulve est béante le premier jour puis reprend sa tonicité par la suite [19].

3.2 Les modifications hormonales :

Le taux d'œstrogènes s'effondre le lendemain de l'accouchement. Si la femme n'allaite pas, celui-ci va progressivement augmenter à partir du 25^{ème} jour. En cas d'allaitement maternel, cette augmentation se produira entre le 35^{ème} et le 45^{ème} jour.

Le taux de prolactine augmente aussitôt après l'accouchement en raison de la levée de son inhibition par les œstrogènes. En cas d'allaitement artificiel, celui-ci commence à diminuer après le 15^{ème} jour puis se normalise en quatre à six semaines [19].

3.3 Les modifications biologiques :

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

L'hypercoagulabilité physiologique de la grossesse persiste environ deux semaines après l'accouchement. Les facteurs de coagulation ne retrouvent leurs valeurs normales qu'en trois à quatre semaines [19]

4. Le retour de la fonction ovarienne :

La fonction ovarienne associée à la reprise des ovulations, est fonction du type d'allaitement choisi par la femme.

En effet si la femme a choisi de donner du lait artificiel à son enfant, la première ovulation peut avoir lieu à partir du 25^{ème} jour du post-partum et les premières règles

surviennent en général entre six et huit semaines après l'accouchement. Le premier cycle aboutissant au retour des menstruations peut être anovulatoire [20].

Si la femme allaite son nourrisson, la reprise de l'activité ovarienne est retardée.

En effet, lors de chaque mise au sein la succion du mamelon par l'enfant provoque chez la mère un pic de prolactine. Ce pic entraîne un ralentissement des pulsations de GnRH, ce qui a pour conséquences une hyposécrétion des œstrogènes et une perturbation de la croissance des follicules. Tous ces phénomènes aboutissent à une anovulation.

Cependant pour que ceux-ci soient réellement efficaces sur le blocage de l'ovulation, cela nécessite certaines conditions : l'allaitement doit être complet et exclusif avec au minimum six tétées par 24 heures, réparties régulièrement entre la nuit et le jour. Si ces conditions ne sont pas réunies, une ovulation peut avoir lieu [21].

5. Le retour de couches :

Le retour de couches correspond au retour des menstruations après l'accouchement. En l'absence d'allaitement, celui-ci survient généralement entre six et huit semaines après l'accouchement mais il peut être absent jusqu'à trois mois sans que cela ne soit pathologique. Lorsque la femme allaite son enfant, le retour des règles peut précéder ou suivre l'arrêt de l'allaitement. Cependant même en cas d'allaitement maternel exclusif prolongé, le retour de couches se fait rarement au-delà du cinquième mois [19].

6. La reprise de la sexualité :

On estime que plus de la moitié des femmes ont repris une activité sexuelle dans les cinq à six semaines du post-partum. Le post-partum est une période bouleversante dans la vie d'une femme et de nombreux facteurs entrent en compte pour expliquer les difficultés sexuelles fréquentes [21].

Dans l'année qui suit un accouchement, 94% des femmes déclarent avoir un problème de santé. Ce problème peut être une incontinence urinaire ou anale, des douleurs périnéales ou dorsales et peut expliquer un retour difficile à la sexualité satisfaisante. La fatigue, la mauvaise image de soi et l'anxiété que peuvent présenter

les mères interfèrent aussi dans la reprise d'une sexualité. L'allaitement maternel semble aussi avoir une influence néfaste sur la reprise des rapports sexuels en raison du désintérêt pour la sexualité qu'éprouvent ces mères. La qualité de la relation de couple a aussi un rôle important dans le retour à la sexualité et il semble être le seul frein au-delà de six mois après l'accouchement [21].

7. Les méthodes contraceptives du post-partum :

Le post-partum est une période sujette aux nombreux changements. C'est pourquoi les recommandations concernant la contraception sont différentes des recommandations habituelles.

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure grâce à l'indice de Pearl = le nombre de grossesses accidentelles pour 100 femmes par année d'utilisation. Il se calcule selon la formule : (nombre de grossesses accidentelles / nombre de cycles observés) x 1200 [22]. Il existe deux analyses de l'indice de Pearl : en fonction d'une utilisation dans des conditions optimales (c'est-à-dire comme elle est le plus souvent utilisée par les personnes). La méthode contraceptive est dite très efficace lorsque cet indice se situe entre 0 et 0,9, efficace quand il se situe entre 1 et 9, modérément efficace lorsqu'il se trouve entre 10 et 25 et moins efficace quand il est entre 26 et 32. En comparatif, l'OMS a publié en 2011, le taux de grossesse sur une année lorsqu'aucune méthode de contraception n'est utilisée, qui est de 85 grossesses pour 100 femmes sur un an [23].

7.1 Contraceptifs oraux combinés (COC) :

Les COC sont des pilules qui contiennent deux types d'hormones de synthèses : un œstrogène qui est l'éthinylestradiol et un progestatif qui varie d'une pilule à l'autre. Le progestatif de synthèse permet de classer les pilules en quatre générations.

L'inhibition de l'ovulation, la modification de la glaire cervicale qui devient imperméable aux spermatozoïdes et la modification de l'endomètre qui empêche la nidation d'un éventuel œuf sont trois phénomènes qui rendent efficace ce type de pilule [23].

L'utilisation de ces types de contraception est envisageable en absence des contre-indications suivantes :

- Antécédent personnel ou familial de thrombose veineuse ou artérielle ;
- Facteurs de risques de thrombose veineuse ou artérielle : anomalies de l'hémostase, valvulopathie, troubles du rythme thrombogène, diabète déséquilibré ou associé à des complications vasculaires, hypertension artérielle sévère et dyslipoprotéïnémie sévère ;
- Migraine avec aura ;
- Tabagisme supérieur ou égal à 15 cigarettes par jour chez une femme de plus de 35 ans
- Antécédent personnel de cancer oestrogénodépendant (cancer du sein ou de l'endomètre) ;
- Maladie oestrogénodépendante (lupus érythémateux aigu disséminé) ;
- Présence ou antécédent d'affection hépatique sévère avec bilan hépatique anormal ;
- Hypersensibilité à l'un des produits [23] ;
- L'association de la pilule oestro-progestative avec certains médicaments peut diminuer son efficacité contraceptive. Parmi ceux-ci on retrouve une plante antidépressive (le millepertuis), des antiépileptiques, des antirétroviraux, des antibiotiques (rifampicine, isoniazide et rifabutine), un antifongique (griséofulvine), un antihypertenseur pulmonaire(bosentan) ou encore un psychostimulant(modafinil) [24].

En utilisation optimale, la pilule oestro-progestative a un (indice de Pearl à 0,3) donc très efficace. La pilule doit être prise quotidiennement à heure régulière. Si la plaquette contient 21 comprimés, une interruption de la prise de pilule doit avoir lieu pendant une semaine entre deux plaquettes. Si la plaquette contient 28 comprimés (21 comprimés actifs puis sept comprimés placebos ou 24 comprimés actifs puis quatre comprimés placebos), alors la prise de cette pilule ne nécessite pas d'arrêt entre les plaquettes [25].

En cas de survenue de vomissement ou de diarrhée sévère dans les quatre heures suivant la prise, un nouveau comprimé doit être pris. En effet ces troubles digestifs peuvent entraîner une inefficacité transitoire de la méthode. En cas de répétition de

ces troubles sur plusieurs jours, il est recommandé d'associer une autre méthode contraceptive (préservatif, spermicides,...) jusqu'à la fin de la plaquette [26].

L'oubli de moins de 12 heures par rapport à l'heure habituelle nécessite la prise immédiate du comprimé oublié et le prochain comprimé à l'heure habituelle. L'oubli de plus de 12 heures, la femme devra envisager une conduite tenir spécifique. Tout d'abord, le comprimé oublié doit être pris immédiatement et le prochain sera pris à l'heure habituelle. En cas de rapport sexuel dans les sept jours suivant cet oubli, une autre méthode contraceptive mécanique doit être associée (préservatifs). Si l'oubli concerne l'un des sept derniers comprimés actifs alors il faut enchaîner directement une nouvelle plaquette afin de ne pas faire d'arrêt entre les comprimés actifs. Si un rapport sexuel a eu lieu dans les jours précédant l'oubli ou si l'oubli concerne au moins deux comprimés, alors une contraceptive d'urgence devra être utilisée [26].

Les risques principaux de cette méthode contraceptive sont cardiovasculaires. Du fait du risque thrombogène présent principalement dans les trois premières semaines du post-partum, l'OMS indique la possibilité de débiter cette méthode 21 jours après l'accouchement en cas d'allaitement artificiel (la coagulation sanguine et la fibrinolyse étant pratiquement normalisées dans les trois semaines suivant l'accouchement) [22].

En cas d'allaitement maternel, du fait du passage dans le lait des hormones contraceptives (0,2% des œstrogènes et 0,1% des progestatifs), il est recommandé de ne pas les utiliser pendant les 6 premières semaines du post-partum et de préférence pendant les 6 premiers mois [22]. Une méta-analyse de la Cochrane Library montre qu'aucune étude ne permet de conclure que la contraception oestroprogestative n'affecte pas le lait de part la quantité ou la qualité [27]. Cependant, l'utilisation de cette méthode contraceptive par la mère n'entraîne pas de conséquence sur les appareils génitaux et la fertilité de l'enfant. Par mesure de précaution, il est recommandé de préférer une autre méthode contraceptive. Si cette méthode est cependant prescrite, il faudra prescrire un oestroprogestatif minidosé (15 ou 20 µg) de 6 semaines à 6 mois après l'accouchement.

Effets secondaires et complications : 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 l'aménorrhée, la nausée, le gain pondéral, les sautes d'humeur, la sensibilité des seins et les céphalées, baisse de la libido, ballonnement abdominal. Parmi les complications on peut citer : l'hypertension artérielle, le spotting, la migraine etc...

7.2 Les macroprogestatifs :

Ce type de contraception est de façon générale peu conseillée du fait de ses effets secondaires. En théorie, sa prescription est possible dans le post-partum, selon les mêmes conditions que les microprogestatifs, pour les femmes non allaitantes. Pendant l'allaitement, les macroprogestatifs seront contre-indiqués jusqu'à 6 semaines après l'accouchement.

Comme macroprogestatifs on peut citer le Lutényl, le Lutéran ou le Surgesterone, ils ont une action anti-gonadotrope (blocage de l'ovulation).

Effets secondaires : Le principal inconvénient des macroprogestatifs est la survenue d'une hypoestrogénie (qui pourrait avoir des conséquences à long terme sur la minéralisation osseuse), on peut ajouter des saignements irréguliers, une aménorrhée persistante et la prise de poids.

7.3 Contraceptifs microprogestatifs :

Il y'en a deux types de pilules microprogestatives : une contenant du désogestrel (Cerazette et ses génériques) et une contenant du lévonorgestrel (Microval)

L'effet contraceptif de Cerazette est lié à l'inhibition de l'ovulation et à l'augmentation de la viscosité de la glaire cervicale, alors que Microval agit uniquement au niveau de la glaire cervicale.

Elles ont les contre-indications suivantes :

- Hypersensibilité à l'un des composants ;
- Accident thromboemboliques veineux évolutifs ;
- Présence ou antécédent d'affection hépatique sévère avec bilan hépatique anormal ;

- Tumeurs malignes sensibles aux stéroïdes sexuels ;
- Hémorragies génitales inexplicables.

La pilule microprogestative est très efficace en utilisation optimale avec un indice de Pearl à 0,3.

Elle a les mêmes principes d'utilisations que la pilule oestroprogestative devant la conduite à tenir concernant la survenue de vomissements ou de diarrhée et la même démarche en cas d'oubli [26].

L'un des principaux effets indésirables des contraceptives progestatives repose sur la perturbation des menstruations avec divers profils de saignements possibles (aménorrhée, irrégularités menstruelles, saignements intermenstruels ou spotting). Il est important d'informer la femme des effets indésirables afin qu'elle ne soit pas inquiète si ceux-ci surviennent [28].

La pilule microprogestative peut être utilisée dans la période du post-partum, que la femme allaite ou non. En effet celle-ci n'entraîne aucune modification sur la qualité et la quantité du lait maternel et n'a aucune influence néfaste sur le nourrisson. Il est recommandé de débiter sa prise entre le 10^{ème} et le 21^{ème} jour suivant l'accouchement [29].

7.4 Les progestatifs injectables :

La contraception par voie injectable est un progestatif administré sous forme de préparation à libération prolongée pendant trois mois.

- + DMPA-SC (Sayana Press) est un progestatif injectable en sous-cutané qui contient 104 mg/0,65 ml d'acetate de médroxyprogestérone.

- + Le Depo Provera est un progestatif injectable en intramusculaire qui contient 150 mg d'acétate de médroxyprogestérone.

En effet ces méthodes détiennent de nombreux effets secondaires mais en particulier on peut citer (injection douloureuse, altération du capital osseux et un retour à la fertilité différé de trois à 12 mois).

Cependant, en cas d'allaitement maternel, les recommandations de l'OMS et de l'AFSSAPS sont identiques à celles pour la pilule microprogestative.

En cas d'allaitement artificiel, l'OMS autorise les injections de progestérone dès le post-partum immédiat. L'AFSSAPS les déconseille pendant les 4 premières semaines du post-partum.

Effets indésirables [2] : Les effets indésirables associés à l'AMPR sont :

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

7.5 Les implants progestatifs :

Il existe deux types : L'implant à un bâtonnet et l'implant à deux bâtonnets.

- L'implant progestatif (Nexplanon) se présente sous la forme d'un bâtonnet contenant de l'étonogestrel et fournit trois ans de protection.
- L'implant progestatif (Sino-implant) se présente sous la forme de deux bâtonnets contenant de lévonorgestrel et fournit quatre ans de protection.
- L'implant progestatif (Jadelle) se présente sous la forme de deux bâtonnets contenant de lévonorgestrel et fournit cinq ans de protection.

Ils sont mis en place en sous cutanée au niveau du bras non dominant. La durée d'efficacité de l'implant sera diminuée chez la femme en surpoids (IMC supérieur à 25kg/m²), il faut donc le retirer avant l'année d'expiration. Ils agissent en délivrant une dose continue de progestatif qui permet une inhibition de l'ovulation et une modification de la glaire cervicale.

Ils ont les mêmes contre-indications et les mêmes effets indésirables (modifications du profil de saignement) que la pilule microprogestative. Il faut toujours informer la femme de ces éventuelles perturbations avant la mise en place de l'implant.

L'implant progestatif est la contraception la plus efficace, que ce soit en utilisation optimale ou en utilisation courante (indice de Pearl à 0,05) [23].

L'implant peut être mis en place durant toute la période du post-partum.

Effets Secondaires et complications [2] : La présence de saignements vaginaux prolongés ou irréguliers constitue le principal effet secondaire en plus de ceci on peut citer : les céphalées, la prise de poids, l'aménorrhée.

Comme complication on peut noter l'expulsion d'une capsule en cas de jodelle et l'infection du site d'insertion.

7.6 Dispositif intra utérin (DIU) :

C'est un dispositif flexible que l'on insère dans la cavité utérine dans un but contraceptif.

Il existe plusieurs types de DIU :

-En cuivre, le DIU TCu-380A qui libère de petites quantités de cuivre. Son mode d'action principal est un effet cytotoxique du cuivre sur les spermatozoïdes. Le DIU au cuivre provoque une inflammation locale de l'endomètre empêchant toute nidation [23].

Il a une durée d'action de 10 ans selon le fabricant et 12 ans selon les résultats des études. Le DIU en cuivre peut-être insérer à tout moment dans le post-partum en absence des contre-indications suivantes :

- ◆ Des saignements vaginaux abondants inexplicables ;
- ◆ Une maladie trophoblastique gestationnelle (bénigne ou maligne) ;
- ◆ Une anomalie utérine qui empêche une pose correcte du DIU dans le fond utérin (fibrome intra-cavitaire, utérus bicorne etc.) ;
- ◆ Patiente VIH (+) et qui ne suit pas correctement le traitement anti rétroviral ;
- ◆ Une rupture prématurée des membranes de plus 06 heures ;
- ◆ Un travail d'accouchement prolongé (supérieur à 14 heures) ;
- ◆ Une fièvre ;
- ◆ Une hémorragie du post-partum immédiat ;
- ◆ Une infection puerpérale ;
- ◆ Des déchirures étendues des parties molles.

-Le DIU à la progestérone qui libère un progestatif (progestérone). Il existe deux spécialités : Mirena qui est mis en place pour cinq ans et Jaydess qui est mis en place pour trois ans. Son effet contraceptif est dû à l'épaississement de la glaire cervicale qu'il provoque et a un effet local sur l'endomètre qui empêche la nidation. Les contre-indications au DIU hormonal sont les mêmes que celles des progestatifs.

Effets secondaires : les effets secondaires associés à l'utilisation d'un DIU :

- Les saignements menstruels irréguliers et l'augmentation du volume des menstrues
- Une diminution est constatée avec le dispositif intra utérin à libération de levonorgestrel.
- La dysménorrhée avec le DIU de cuivre
- Crampes dans les 3 à 5 jours après l'insertion
- Une diminution des douleurs menstruelles avec le système intra utérin à libération de lévonorgestrel
- La dépression, l'acné, les céphalées et la sensibilité des seins.
- Les kystes ovariens fonctionnels chez certaines utilisatrices du système intra utérin à libération de lévonorgestrel

Complications [2] :

- Fils non vu ;
- Infections pelviennes.



DIU au Cuivre
Thèse Médecine



DIU au Levonorgestrel
DIARRA Barthélémy



Implanon

7.7 La méthode chirurgicale (stérilisation à visée contraceptive) :

En France, la loi du 04 juillet 2001, légalise la stérilisation à visée contraceptive sauf pour les mineurs. Elle nécessite une information et un délai de réflexion de 04 mois. Des conditions particulières sont précisées pour les handicapés mentaux.

L'OMS et la HAS conseillent la stérilisation féminine à partir de quatre semaines après l'accouchement.

Pendant la période d'allaitement maternel, la stérilisation féminine n'est pas recommandable du fait de la séparation de mère-enfant nécessaire à l'intervention et peu propice à ce mode d'alimentation de l'enfant.

Cependant, elle n'aura aucun effet sur la quantité et la qualité du lait.

Dans la méthode chirurgicale nous citons : la vasectomie et la ligature des trompes.

7.7.1 La vasectomie chez l'homme :

C'est une intervention chirurgicale de stérilisation de l'homme, qui consiste à sectionner une portion du canal déférent, un canal qui relie les testicules à la vésicule séminale et qui traverse le scrotum. L'efficacité n'est pas immédiate (nécessite d'une période de 3 mois ou 20 éjaculats avant que la méthode soit effective). Une autre méthode supplémentaire (le préservatif) doit être utilisée pour les 3 mois qui suivent l'intervention. Un spermogramme de contrôle doit être fait après 3 mois [2].

Effets secondaires et complications [2] :

- Crampes et douleurs après l'intervention ;
- Hématome pariétal ;
- Hémorragie interne ;
- Infection – péritonite ;
- Abscess pelvien ;
- Septicémie ;
- Suppuration pariétale ; lésions viscérales.

7.7.2 La ligature des trompes chez la femme :

C'est une intervention chirurgicale qui met fin de façon définitive à la fécondation de la femme sans toutefois perturber sa sexualité ou la fonction hormonale.

Elle consiste à une ligature et section des trompes des 2 cotés par voie abdominale (le plus souvent) après laparotomie.

L'infection est la complication majeure.

7.8 MAMA :

La Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) ou encore appelée Méthode de l'Aménorrhée Lactationnelle (MAL) est une méthode naturelle [30].

La méthode naturelle est une méthode basée sur l'observation par la femme, en âge de procréer, des signes que son corps lui transmet et qui lui permettent de savoir où elle en est dans son cycle menstruel. Or durant la période du post-partum, ces signes sont bouleversés rendant ces méthodes impossibles. Nous citerons la méthode Ogino-Knaus, la méthode des courbes de température et la méthode Billings. Les seules méthodes naturelles envisageables sont l'abstinence et la méthode du coït interrompu. Cette dernière est peu fiable, que ce soit en post-partum ou lors de cycles ordinaires.

Cependant, une méthode naturelle et fiable est à proposer aux femmes allaitantes : la méthode MAMA. Cette méthode a un taux d'efficacité supérieur à 98% avec un indice de Pearl à 0,9 en utilisation optimale et un indice de Pearl à 2 en utilisation courante si les conditions suivantes sont respectées :

- Allaitement exclusif ;
- Au moins 6 à 10 tétées par 24 heures (jour et nuit) ;
- L'espace entre deux tétées doit être de moins de quatre heures le jour et de six heures la nuit ;
- La maman doit être en aménorrhée persistante.
- Moins de 6 mois se sont écoulés depuis l'accouchement.

Mode d'action : la prolactine, diminue considérablement la libération des hormones nécessaires à la reprise de l'ovulation, si les conditions ci-dessus sont respectées.

Si cette méthode est néanmoins choisie par la patiente, il est important de l'encourager à l'associer à une méthode de contraception locale : préservatif ou spermicides.

7.9 Les préservatifs :

Le préservatif est à la fois un moyen contraceptif mécanique et un moyen de protection contre les IST. Il existe deux types : le condom féminin et le condom masculin.

✓ Le condom féminin est une gaine de polyuréthane souple d'environ 17 cm de long et un diamètre de 7 cm dont l'intérieur est imbibé d'un lubrifiant à base de silicone.

Après sa mise en place, il recouvre en entier le vagin et prévient tout contact direct avec le pénis. Le condom recueille le sperme qui doit ensuite être jeté.

Il a les contre-indications suivantes :

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

Son taux d'échec est de 5% pour 12 mois d'utilisation parfaite.

✓ Le condom masculin est un préservatif fait de latex le plus souvent, il en existe également en polyuréthane, en silicone et en membrane d'agneau.

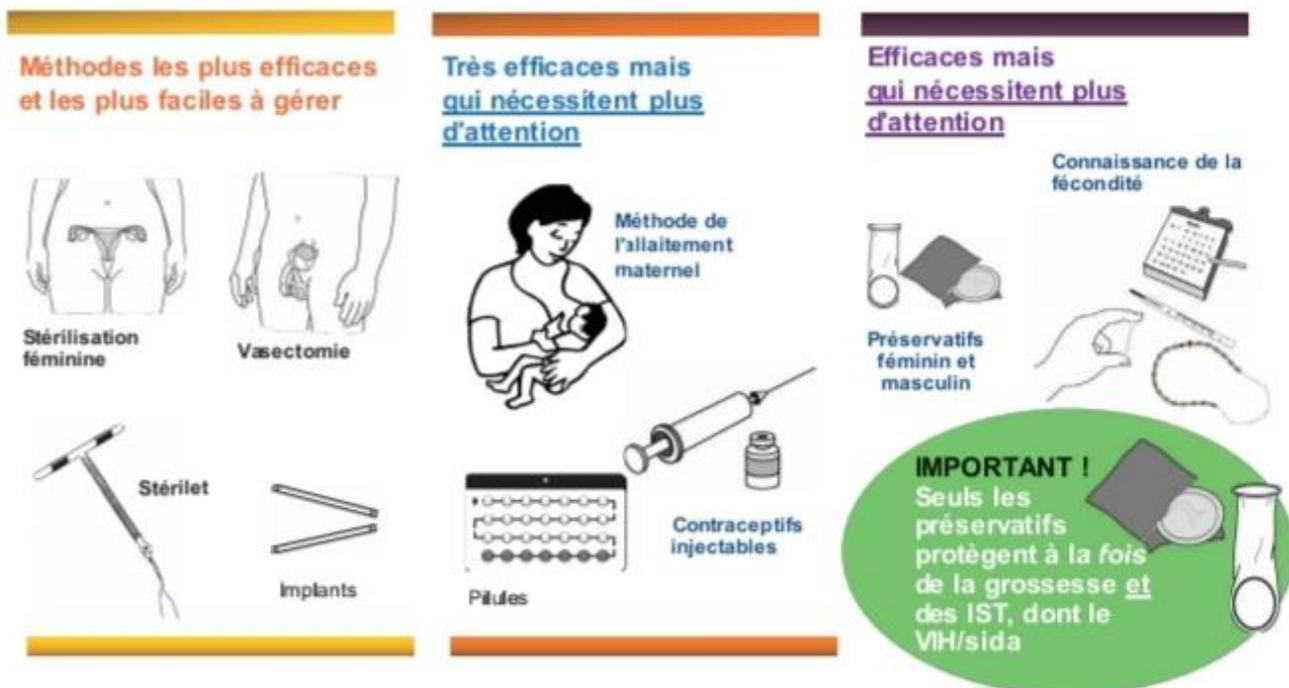
Il doit être mis en place sur le sexe en érection avant toute pénétration et tout moment du cycle menstruel de la femme. Lors de la pose il est nécessaire de laisser une place suffisante pour le réservoir en le pinçant entre le pouce et l'index. Si le préservatif est mis en place dans le mauvais sens, il faut le jeter et en prendre un autre. Il est nécessaire de le changer entre deux rapports sexuels [31].

Le taux d'échec associé à une utilisation parfaite des condoms est estimé à 3% [32].

La lanoline dans le cas des condoms en membranes d'agneau et l'allergie ou la sensibilité au latex pour les condoms de latex sont les contre-indications.

Le préservatif masculin peut être un moyen de contraception utilisable pendant le post-partum. Il peut également être utilisé en complément de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ou des spermicides [20].

Effets indésirables : chez certains hommes, il interfère avec l'acte sexuel soit en raccourcissant ou en prolongeant leur temps d'éjaculation et l'allergie au latex.



7.10 Les spermicides [20] :

Les spermicides font partie des méthodes contraceptives locales non hormonales. Ils ont un effet destructeur des spermatozoïdes grâce à leur molécule constitutive qui peut être le chlorure de benzalkonium, le chlorure de myristalkonium ou le nonoxynol.

Ils sont disponibles sous différentes formes : crème, ovule, capsule et éponges/tampons.

Les spermicides sont contre-indiqués en cas d'hypersensibilité au principe actif, en cas de lésions génitales et en cas de risque ou de présence d'IST.

L'efficacité des spermicides a été jugée par de nombreuses études. Cependant les études conduites aux Etats-Unis et servant de références à l'OMS prenaient en compte uniquement l'efficacité des spermicides du nonoxynol. En utilisation optimale ceux-ci sont modérément efficaces avec un (indice de Pearl à 18) et moins efficace en utilisation courante avec (indice de Pearl à 29).

La femme doit respecter certains critères, pour une utilisation optimale, qui sont :

- Respect du délai d'action entre la mise en place et le début du rapport sexuel. Ce délai est immédiat pour les crèmes et les éponges mais il est de cinq minutes pour les ovules et dix minutes pour les capsules.

- L'utilisatrice doit connaître la durée d'action de ses spermicides, qui est de 24 heures pour les éponges, dix heures pour les crèmes et de quatre heures pour les ovules et les capsules.
- La femme ne doit pas pratiquer d'irritation vaginale (douche vaginale, bain et piscine) dans les heures qui suivent un rapport sexuel protégé par les spermicides.
- En cas de rapports sexuels répétés, les spermicides doivent être renouvelés sauf pour les éponges dont la durée d'efficacité est de 24 heures.

Les spermicides bénéficient d'une indication privilégiée chez les femmes allaitantes. Cependant en cas d'allaitement maternel, seuls les spermicides à base de chlorure de benzalkonium ou de miristalkonium sont autorisés. En effet ceux contenant du nonoxylol sont contre-indiqués car ils sont retrouvés dans le lait maternel. Pour les femmes qui n'allaitent pas, cette méthode est envisageable lorsque les autres méthodes ne peuvent pas l'être.

Il est plutôt conseillé d'associer à cette méthode d'autres méthodes contraceptives comme les préservatifs, les diaphragmes, les capes cervicales et les méthodes naturelles.

7.11 La contraception d'urgence :

C'est une méthode de contraception de rattrapage utilisable dans les jours suivants un rapport sexuel non ou mal protégé, afin d'éviter une grossesse non prévue. Il existe trois contraception d'urgence : une au Lévonorgestrel (LNG) 1,5 mg (NORLEVO), une à l'Ulipristal acétate (UPA) 30 mg (ELLAONE) et le Dispositif intra utérin (DIU) au cuivre.

Elle est utilisable à partir de 21 jours après l'accouchement.

Les deux contraceptions d'urgence hormonales agissent en inhibant ou en retardant l'ovulation. Le DIU, par son effet cytotoxique, agit sur les gamètes en inhibant la fécondation. Son efficacité est également due à l'inflammation locale qu'il provoque, ce qui empêche l'implantation de l'ovocyte fécondé dans l'utérus.

Son efficacité est en rapport à son utilisation précoce après le rapport non ou mal protégé. La contraception au LNG est utilisable jusqu'à 72 heures (trois jours) après

le rapport à risque contre 120 heures (cinq jours) pour celle à l'UPA. Le DIU au cuivre doit être mis en place dans les cinq jours suivant le rapport afin d'obtenir son effet contraceptif d'urgent.

L'allaitement maternel n'est pas recommandé dans les huit heures suivant la prise du comprimé au LNG et pendant une semaine en cas de prise d'UPA. La prise de LNG est déconseillée chez les femmes présentant un risque de grossesse ectopique. Il n'est pas recommandé de prendre de l'UPA en cas d'insuffisance hépatique sévère et d'asthme sévère.

La prise d'un contraceptif hormonal urgent peut entraîner des perturbations des menstruations, notamment des spottings et un retard ou une avance des règles [33].

Il est recommandé aux femmes ayant eu recours à une contraception d'urgence hormonale, d'utiliser en complémentarité de leur méthode contraceptive habituelle, des préservatifs jusqu'au début des règles suivantes [33].

7.12 Les capes, les diaphragmes, l'anneau vaginal et dispositifs transdermiques :

Le diaphragme et le cape (en latex ou en silicone) sont contre-indiqués pendant 6 semaines, correspondant à l'involution utérovaginale.

Il n'existe pas d'étude spécifique sur l'anneau vaginal concernant le post-partum. L'OMS émet les mêmes précautions que pour le dispositif hormonal transdermique. Chez la femme qui allaite, le dispositif hormonal transdermique doit être débuté six mois après l'accouchement (absence de données sur l'effet du patch et l'allaitement maternel).

7.13 Les méthodes contraceptives du post-partum selon le type d'allaitement :

a. Selon le critère de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives de l'OMS (2015).

Pour les femmes qui allaitent :

- ✚ Stérilisation féminine
- ✚ Stérilisation masculine
- ✚ Dispositif intra-utérine (DIU)
- ✚ Implants

- ✚ Pilules progestatives
- ✚ Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)
- ✚ Préservatifs

Pour les femmes qui n'allaitent pas :

- ✚ Stérilisation féminine
- ✚ Stérilisation masculine
- ✚ Dispositif intra-utérine (DIU)
- ✚ Implants
- ✚ Solutions injectables
- ✚ Contraceptifs oraux combinés
- ✚ Préservatifs
- ✚ Contraception d'urgence

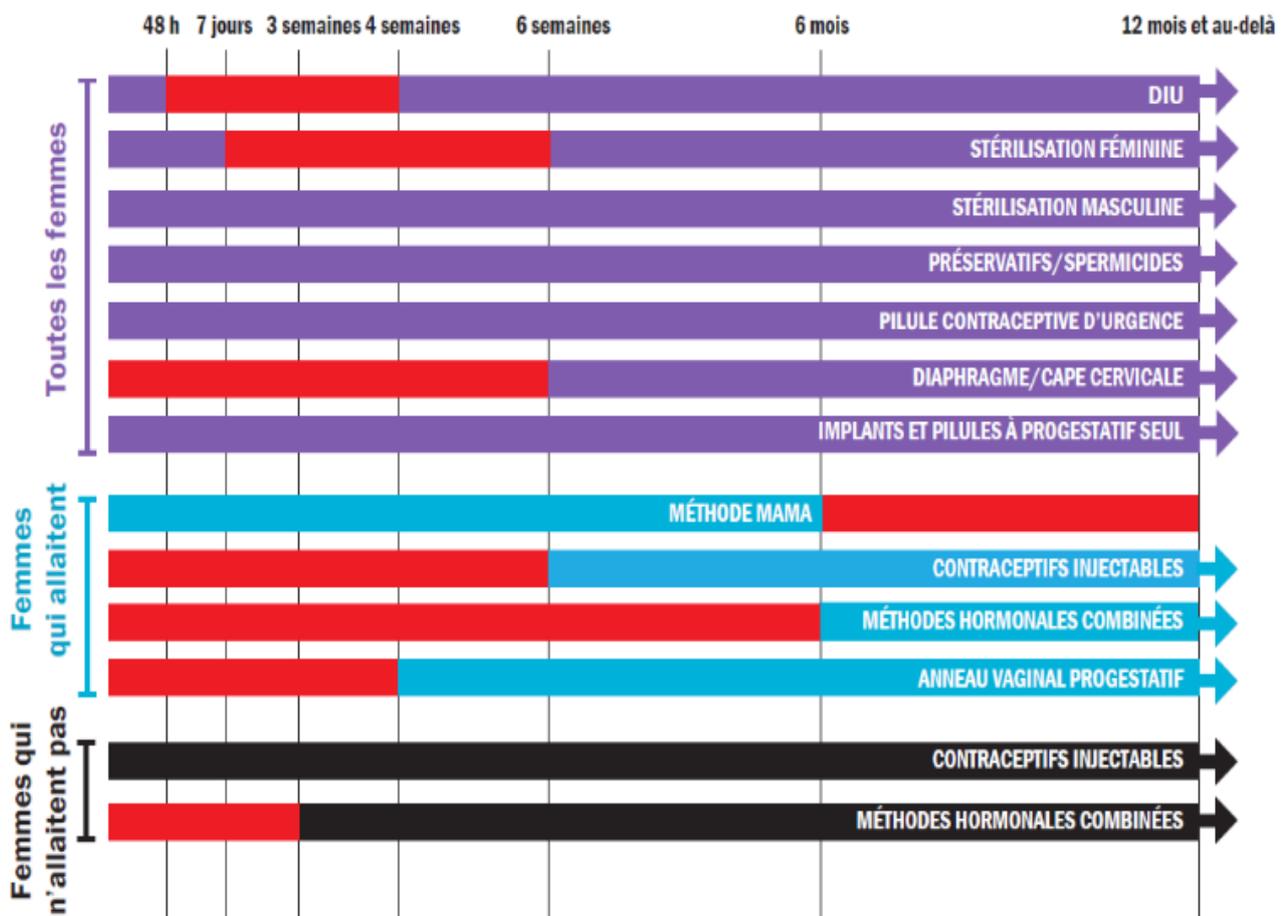


Figure 1 : Options en matière de contraception dans le post-partum (calendrier de démarrage de la méthode et situation concernant l'allaitement au sein) selon l'OMS.

IV. METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II.

La commune II couvre une superficie de 17 km² soit 7% de la superficie de Bamako.

Elle est limitée :

- ✚ Au nord par le pied de la colline du point G
- ✚ Au sud par le fleuve Niger
- ✚ A l'est par le marigot de Korofina
- ✚ A l'ouest par le Boulevard du peuple traversant le grand marché jusqu'au pont des Martyrs.

La commune II comporte 12 quartiers : Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Medina-coura, Missira, Niaréla, N'gomi, Quinzambougou, Téléphone Sans Fil (TSF), Zone industrielle.

Le centre de santé se trouve au quartier TSF et comporte plusieurs services.

Le service de gynécologie obstétrique occupe le premier bâtiment. Il se trouve juste à l'entrée et à gauche et fait face au laboratoire.

Il comporte :

- ❖ Une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement
- ❖ Une salle de suites de couches immédiates normales avec six (6) lits
- ❖ Une salle de garde pour les sages-femmes
- ❖ Un bureau pour la sage-femme maitresse
- ❖ Une unité de consultation prénatale
- ❖ Une unité de planning familial
- ❖ Une unité de consultation post natale
- ❖ Une unité de prévention de la transmission mère enfant du VIH
- ❖ Une unité de dépistage du cancer du col de l'utérus et SAA
- ❖ Six (6) salles d'hospitalisation avec dix-huit lits

Le personnel du service comprend :

Thèse Médecine

DIARRA Barthélémy

- ✓ Quatre gynécologues obstétriciens
- ✓ Vingt-quatre sages-femmes
- ✓ Dix infirmières obstétriciennes
- ✓ Sept aides-soignantes
- ✓ Des étudiants faisant fonction d'interne

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 08 heures 30 minutes, réunissant le personnel du service dirigé par un gynécologue obstétricien.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures passées.

Cette équipe de garde est constituée d'un gynécologue obstétricien, de deux médecins généralistes, d'une sage-femme, de deux étudiants faisant fonction d'interne, d'une infirmière obstétricienne ou d'une aide-soignante, d'un anesthésiste, de deux manœuvres et d'un chauffeur.

Il y a quatre jours de consultation externe par semaine. Une visite des patientes hospitalisées est faite tous les jours. Elle est dirigée par un gynécologue obstétricien.

2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique avec collecte prospective des données allant du 1^{er} Aout 2019 au 31 Juillet 2020 soit 12 mois.

3. Population d'étude :

L'étude a porté sur toutes les femmes ayant accouché dans notre service pendant la période de l'étude.

4. Echantillonnage

4.1 Critères d'inclusion : Ont été incluses dans cette étude, toutes les accouchées ayant choisi et bénéficié d'une méthode contraceptive.

4.2 Critères de non inclusion : N'ont pas été retenues dans cette étude :

- ✚ Les accouchées ne répondant pas aux critères d'éligibilités ;
- ✚ Les accouchées n'ayant pas choisi de méthode ;
- ✚ Les femmes ayant accouché dans d'autres services mais venues consultées dans le post-partum.

4.3 Technique d'échantillonnage :

Il s'agissait d'une collecte systématique des informations de toutes les accouchées répondant aux critères d'inclusion.

5. Collecte des données :

La collecte des données a été faite sur une fiche d'enquête individuelle comprenant les paramètres suivants :

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

6. Déroulement de l'enquête :

Nous avons recensé dans le service tous les cas de contraception faits dans le post-partum durant la période d'étude.

Le counseling et la prescription étaient faits par les gynécologues obstétriciens, les médecins généralistes, les sages-femmes et les étudiant(e)s faisant fonction d'internes.

Les accouchées ont été revues selon les critères de rendez-vous des politiques, normes et procédures de juin 2019 du Mali.

7. Les variables d'étude :

Variabes	Type	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age	Quantitative	Année de naissance	Dossier obstétrical
Le statut matrimonial	Qualitative	Exemple : Mariée ou célibataire	
Le niveau d'instruction	Qualitative	Diplôme d'étude obtenu	
La gestité et la parité	Quantitative	Le nombre de grossesse et d'accouchement	
Intervalle inter gésique	Quantitative	Exemple : < 12 mois, 12 et 24 mois	
Nombre d'enfants vivant	Quantitative	Exemple : 0, 1 à 2 enfants vivants	
Moment du counseling	Qualitative	Exemple : CPN, phase de latence	
Type de contraception choisi	Qualitative	Exemple : Pilule, Implant, MAMA, Ligature des trompes	
Période d'application de la méthode	Qualitative	Exemple : Per césarienne, post placentaire, post-partum immédiat	
Type de prescripteur de la méthode	Qualitative	Exemple : Gynécologue obstétricien, Médecin généraliste, Sage- femme	
Suivi post application de la méthode	Qualitative	Exemple : Régulier, irrégulier	
Complication	Qualitative	Exemple : Grossesse, infection, expulsion(DIU)	
Effet secondaires	Qualitative	Exemple : Céphalées, prise de poids, troubles du cycle	
Abandon	Qualitative	Exemple : oui ou non	
Raison d'abandon	Qualitative	Exemple : Désir d'enfant, existence d'effets secondaire	
Méthode utilisée après abandon	Qualitative	Exemple : Préservatif, Implan	

8. L'analyse et traitement des données :

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

Le test statistique utilisé a été le test exact de Fisher avec un seuil de significativité fixé à 5%.

9. Les définitions opérationnelles :

- ✓ **Gestité** : c'est le nombre de grossesse chez la femme
- ✓ **Primigeste** : c'est la première grossesse chez la femme
- ✓ **Paucigeste** : c'est la deuxième ou troisième grossesse chez la femme
- ✓ **Multigeste** : c'est la quatrième ou cinquième grossesse chez la femme
- ✓ **Grande multigeste** : c'est le nombre de grossesse supérieur ou égal six chez la femme
- ✓ **Parité** : c'est le nombre d'accouchement chez la femme
- ✓ **Nullipare** : une femme qui n'a jamais accouché
- ✓ **Primipare** : c'est le premier accouchement chez la femme
- ✓ **Paucipare** : c'est le deuxième ou troisième accouchement chez la femme
- ✓ **Multipare** : c'est le quatrième ou cinquième accouchement chez la femme
- ✓ **Grande multipare** : c'est le nombre d'accouchement supérieur ou égal à six chez la femme
- ✓ **Per-césarienne** : Pendant la césarienne
- ✓ **Post-placentaire** : C'est la période des 10 premières minutes après la délivrance
- ✓ **Post-partum immédiat** : C'est la période qui s'étend de la 10^e minute après la délivrance à la 48^e heure après l'accouchement
- ✓ **Post-partum précoce** : C'est une période de 72h à 96h après un accouchement par voie basse et 96h à 120h après une césarienne pouvant aller jusqu'à 2 semaines après un accouchement.
- ✓ **Post-partum tardif** : C'est la période comprise entre la 2^e et la 6^e semaine après un accouchement
- ✓ **Suivi régulier** : suivi fait selon les politiques, normes et procédures. Il est fonction de la méthode contraceptive.

- **Pilules contraceptives** : Le rendez-vous est fonction des besoins de l'accouchées mais elle doit consulter à tout moment si céphalées sévères, troubles de la vision, impression de mouches volantes, ictère.)
- **Méthodes injectables** : La date de rendez-vous est fonction du type de la méthode :

8 semaines (2 mois) après si Noristerat ;

12 semaines (3 mois) après si Depo Provera IM ou DMPA-SC (Sayana Press).

Demander à l'accouchée de se présenter à tout moment si elle a un problème tel que saignement très abondants ; maux de tête sévères ; ictère ;

- **Implant** : la femme revient selon ses besoins ou devant les douleurs sévères au bas ventre et ou des saignements en dehors des règles ;
 - **DIU** : Le rendez-vous est de deux semaines, puis quatre semaines après application de la méthode et le reste du suivi selon les besoins de la femme ;
 - **Ligature et résection des trompes** : Le rendez-vous est d'une semaine après l'intervention pour faire le pansement, puis 1 mois et le reste du suivi selon les besoins de la patiente ;
 - **La vasectomie** : Le rendez-vous est d'une semaine après l'intervention pour faire le pansement, puis 3 mois pour faire un spermogramme et le reste du suivi selon les besoins du patient
 - **Préservatifs** : Le rendez-vous est fonction des besoins de la cliente.
- ✓ **Suivi irrégulier** : suivi ne respectant pas le rythme de surveillance des différentes méthodes contraceptives.

10. Aspects éthiques :

Notre étude est purement scientifique et permet d'évaluer l'aspect de la contraception dans le post-partum. Les résultats issus de cette étude seront mis à la disposition de tous les interventions en matière de santé de la reproduction/PF. Avant l'utilisation de chaque méthode, nous nous sommes assuré que chaque accouchée avait fait un choix éclairé. L'anonymat était la règle dans cette étude.

V.RESULTATS

V. RESULTATS

1. Fréquence d'utilisation de la contraception du post-partum :

Du 1^{er} Aout 2019 au 31 Juillet 2020, 3673 femmes ont accouché dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence commune II parmi lesquelles 314 accouchées ont bénéficié d'une méthode de contraception du post-partum selon les critères de recevabilité de l'OMS soit une fréquence de **8,54%**.

2. Caractéristiques sociodémographiques des accouchées :

Tableau I: Répartition des accouchées selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Fréquence(%)
≤ 19	48	15,3
20-29	133	42,4
30-39	117	37,3
≥ 40	16	5
Total	314	100

Les accouchées âgées de **20 à 29 ans** étaient les plus représentées avec **42,4%**.

L'âge moyen était **29,5** avec un écart type de **0,928**

Les extrêmes étaient **16** et **43** ans.

Tableau II: Répartition des accouchées selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Fréquence (%)
Mariées	304	96,8%
Célibataire	10	3,2%
Total	314	100

La majorité des accouchées était mariée.

Tableau III: Répartition des accouchées selon leur mode de scolarisation

Mode de scolarisation	Effectif	Fréquence (%)
Scolarisées	224	71,3%
Non scolarisées	90	28,7%
Total	314	100

Parmi les scolarisées, les accouchées ayant fréquenté l'école coranique représentaient 3,5% des cas.

Tableau IV: Répartition des accouchées selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Fréquence (%)
Secondaire	97	30,9
Primaire	70	22,3
Supérieur	46	14,6
Coranique	11	3,5
Total	224	71,3%

Les accouchées non scolarisées représentaient 28,7% des cas.

Tableau V: Répartition des accouchées selon la gestité :

Gestité	Effectif	Fréquence (%)
Paucigeste	130	41,4
Grande multigeste	71	22,61
Multigeste	67	21,34
Primaire	46	14,65
Total	314	100

Les paucigestes étaient les plus représentées avec **41,4%**.

Tableau VI: Répartition des accouchées selon la parité :

Parité	Effectif	Fréquence(%)
Paucipare	138	44
Multipare	66	21
Grande multipare	60	19
Primaire	50	16
Total	314	100

Les paucipares étaient les plus représentées avec **44%**.

Tableau VII: Répartition des accouchées selon l'intervalle inter-génésiq.

Intervalle inter gènesique	Effectif	Fréquence(%)
<12 mois	111	35,4
12 et 24 mois	157	50
> 24 mois	46	14,6
Total	314	100

La moitié des accouchées avaient un intervalle inter-génésiq. compris entre **12 et 24** mois.

L'intervalle inter-génétiq. moyen était **18** mois avec un écart type de **0,578**.

Les extrêmes étaient **09** mois et **27** mois.

Tableau VIII : Répartition des accouchées selon le nombre d'enfant vivant.

Nombre d'enfants vivants	Effectif	Fréquence(%)
0	11	3,5
1 à 3	181	57,6
4 à 5	68	21,7
≥ 6	54	17,2
Total	314	100

Les accouchées ayant **1 à 3 enfants vivants** étaient les plus représentées avec **57,6%**.

Le nombre d'enfant moyen était de **3,07** avec un écart type de **0,295**.

Le minimum et le maximum d'enfant vivant était respectivement de **1 et 10**.

3. Différentes méthodes de contraception

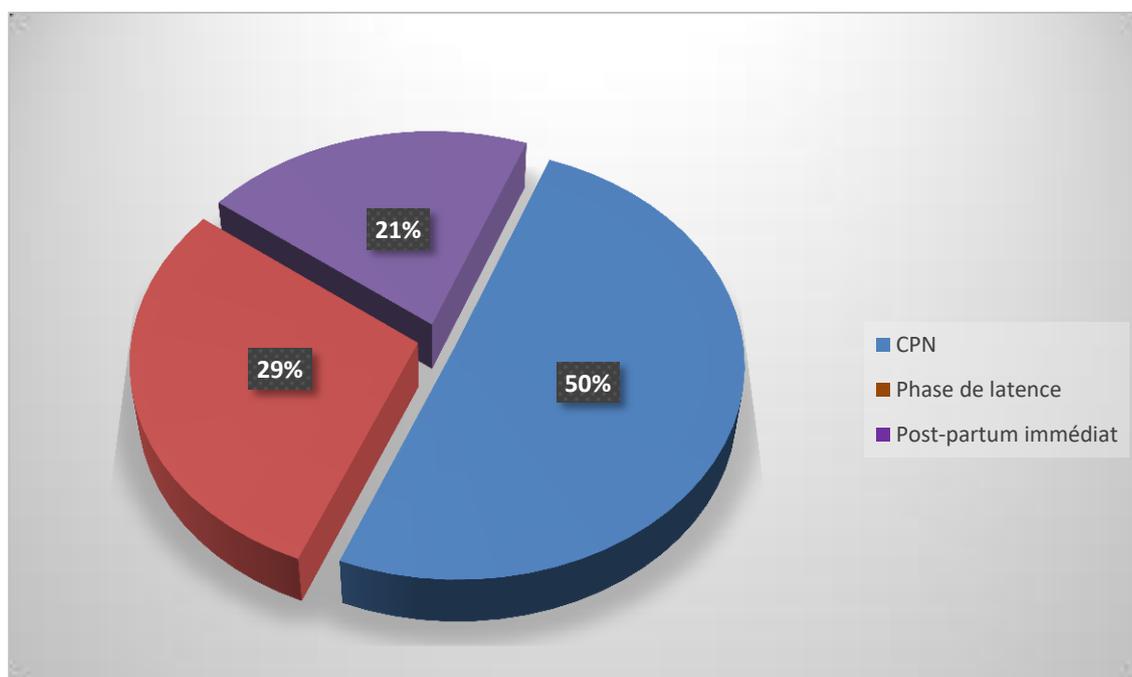


Figure 2: Répartition des accouchées selon le moment du counseling

La moitié des accouchées ont bénéficié du counseling pendant la période de la CPN.

Tableau IX: Répartition des accouchées selon la méthode choisie

Type de méthode	Effectif	Fréquence (%)
Implant	148	47,1
Dispositif intra utérin	97	30,9
Progestatif injectable	26	8,2
Pilule	25	8
Préservatifs	10	3,2
MAMA	5	1,6
Ligature et résection des trompes	3	1
Total	314	100

Le type de méthode le plus utilisé était l'implant avec **47,1%**.

Tableau X: Répartition des accouchées selon le prescripteur de la méthode

Prescripteur de la méthode	Effectif	Fréquence (%)
Sage-femme	91	29
Gynécologue obstétricien	85	27
Faisant fonction d'interne	71	22,6
Médecin généraliste	52	16,6
Infirmière obstétricienne	15	4,8
Total	314	100

La majorité des prescripteurs était les sages-femmes avec **29%** des cas.

Tableau XI: Répartition des accouchées selon la période d'utilisation de la méthode

Période d'application	Effectif	Fréquence (%)
Post-partum tardif	194	61,8
Post-placentaire	63	20
Post-partum précoce	30	9,6
Per-césarienne	14	4,5
Post-partum immédiat	13	4,1
Total	314	100

Le post-partum tardif était le plus représenté avec **61,8%**.

Tableau XII: Répartition des accouchées en fonction du mode de suivi

Mode de suivi	Effectif	Fréquence (%)
Régulier	158	50,3
Irrégulier	103	32,8
Non suivi	53	16,9
Total	314	100

La moitié des accouchées soit 50,3% ont effectué un suivi régulier.

Tableau XIII: Répartition des accouchées selon les effets secondaires par méthode

Type de méthode	Effets secondaires					
	Céphalées		Douleurs et ou Crampe		Troubles du cycle	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Pilule	1	0,3%	0	0	2	0,7%
Implant	0	0	0	0	1	0,3%
DIU	0	0	2	0,7%	0	0
Progestatif injectable	2	0,6	0	0	1	0,3%
Ligature des trompes	0	0	0	0	0	0
Total	3	1%	2	0,7%	4	1,3%

Les accouchées ont présenté des effets secondaires dans **3%** des cas et les plus fréquentes étaient les troubles du cycle dans **1,27%** des cas et les céphalées dans **0,96%** des cas.

Tableau XIV: Répartition des accouchées selon les complications.

Type de méthode	Complication			
	Fil non vu		Infection	
	Eff	%	Eff	%
Pilule	0	0	0	0
Implant	0	0	0	0
DIU	5	1,6%	5	1,6%
Progestatif injectable	0	0	0	0
Ligature des trompes	0	0	0	0
Total	5	1,6%	5	1,6%

Les accouchées ont présenté des complications dans **3,2%**

Le fil non vu et les infections génitales dans les cas d'utilisation de DIU étaient les plus fréquentes avec respectivement **1,6%** chacun.

Tableau XV: Répartition des accouchées selon l'abandon de la méthode

Abandon	Effectif	Fréquence (%)
Non	301	95,9
Oui	13	4,1
Total	314	100

Les accouchées ont abandonné leur méthode dans **4,1%** cas.

Tableau XVI : Répartition des accouchées selon les raisons de l'abandon de la méthode.

Raison de l'abandon	Effectif	Fréquence (%)
Infection	4	30,8
Trouble du cycle	4	30,8
Fil non vu	3	23
Désir de Grossesse	2	15,4
Total	13	100

Le trouble du cycle et l'infection étaient les principales raison d'abandon dans **30,8%** des cas chacun suivi de la non perception du fil avec 23% et la grossesse 15,4%.

Tableau XVII: Méthode utilisée après abandon ou expulsion.

Autres méthodes après abandon et/ou expulsion	Effectif	Fréquence(%)
Implants (jadelle)	5	45,46
Pilule	4	36,36
Injectable (dépo-provera)	2	18,18
Total	11	100

La méthode la plus utilisée après abandon de la première était l'**implant (jadelle)** dans **45,36%** des cas.

A noter que deux (2) clientes, soit 15,4% n'ont pas fait d'autre choix après abandon de la première méthode.

3. Résultats analytiques :

Tableau XVIII: Répartition entre le type de contraception et la raison d'abandon de la méthode :

Type de méthode	Raison d'abandon de la méthode				Total
	Troubles du cycle	Infection	Fil non vu	Désir de grossesse	
Pilule	1 (7,7%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1 (7,7%)
Implant	1(7,7%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(7,7%)	2(15,4%)
DIU	0(0,00%)	4(30,8%)	3(23%)	0(0,00%)	7(53,8%)
Progestatifs injectables	2(15,4%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(7,7%)	3(23,1%)
Total	4(30,8%)	4(30,8%)	3(23%)	2(15,4%)	13(100%)

Le DIU et les progestatifs injectables étaient les méthodes les plus abandonnées respectivement dans 53,8% et dans 23,1% des cas.

Tableau XIX: Répartition entre le type de contraception et le niveau d'instruction :

Type de contraception	Niveau d'instruction					Total
	Non scolarisées	Primaire	Secondaire	Supérieur	Coranique	
Pilule	1(0,31%)	3(0,96%)	14(4,4%)	7(2,2%)	0(0,00%)	25(7,96%)
Implant	33(10,51%)	34(10,8%)	52(16,56%)	22(7%)	7(2,2%)	148(47,13%)
DIU	48(15,3%)	20(6,37%)	16(5,1%)	9(2,9%)	4(1,27%)	97(30,9%)
Progestatif injectable	6(1,91%)	9(2,9%)	9(2,9%)	2(0,64%)	0(0,00%)	26(8,28%)
Préservatifs	0(0,00%)	3(0,96%)	3(0,96%)	4(1,27%)	0(0,00%)	10(3,18%)
MAMA	0(0,00%)	0(0,00%)	3(0,96%)	2(0,64%)	0(0,00%)	5(1,59%)
Ligature des trompes	2(0,64%)	1(0,3%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	3(0,96%)
Total	90(28,7%)	70(22,3%)	97(30,9%)	46(14,6%)	11(3,5%)	314(100%)

Test de Fisher= 60,178

P= 0,000

Il existe une relation statistique significative entre le niveau d'instruction des clientes et le type de contraception choisi. Les accouchées scolarisées optaient plus à la contraception que celles qui n'ont pas été à l'école. Ceci s'explique par le fait que le niveau scolaire permettait une meilleure compréhension de la méthode.

Tableau XX: Répartition entre le type de contraception et l'âge

Type de contraception	Tranche d'âge(ans)				Total
	< 19	20 à 29	30 à 39	> 40	
Pilule	5(1,59%)	9(2,9%)	11(4,4%)	0(0,00%)	25(7,96%)
Implant	34(10,82%)	75(23,9%)	36(11,4%)	3(0,96%)	148(47,13%)
DIU	3(0,96%)	27(8,6%)	57(18%)	10(3,18%)	97(30,9%)
Progestatif injectable	5(1,59%)	14(4,4%)	4(1,27%)	3(0,96%)	26(8,28%)
Préservatifs	1(0,3%)	6(1,91%)	3(0,96%)	0(0,00%)	10(3,18%)
MAMA	0(0,00%)	1(0,3%)	4(1,27%)	0(0,00%)	5(1,59%)
Ligature des trompes	0(0,00%)	1(0,3%)	2(0,64%)	0(0,00%)	3(0,96%)
Total	48(15,3%)	133(42,3%)	117(37,3%)	16(5,1%)	314(100%)

Test exact de Fisher = 64,610

P= 0,000

Il existe une relation statistiquement significative entre l'âge et le type de contraception choisi. Dans cette étude plus l'âge était avancé plus les clientes adhéraient à la contraception.

Tableau XXI: Répartition entre le type de contraception et l'auteur de la prescription de la méthode :

Type de contraception	Qualification du prescripteur					Total
	Gynécologue obstétricien	Médecin généraliste	Sage-femme	Infirmière obstétricienne	Thésard	
Pilule	1(0,3%)	2(0,64%)	17(5,41%)	1(0,3%)	4(1,27%)	25(7,96%)
Implant	23(7,32%)	26(8,28%)	42(13,37%)	10(3,18%)	47(14,96%)	148(47,13%)
DIU	49(15,6%)	19(6,05%)	15(4,8%)	1(0,3%)	13(4,14%)	97(30,9%)
Progestatif injectable	3(0,96%)	0(0,00%)	17(5,41%)	3(0,96%)	3(0,96%)	26(8,28%)
Préservatifs	5(1,59%)	4(1,27%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(0,3%)	10(3,18%)
MAMA	1(0,3%)	1(0,3%)	0(0,00%)	0(0,00%)	3(0,96%)	5(1,59%)
Ligature des trompes	3(0,96%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	3(0,96%)
Total	85(27%)	52(16,6%)	91(29%)	15(4,8%)	71(22,6%)	314(100%)

Test exact de Fisher= 100,905

P= 0,000

Il existe une relation statistiquement significative entre l'auteur de la prescription et le type de contraception choisi. Cela s'explique par le fait que la prescription de certaines méthodes nécessite un niveau de qualification du prescripteur. Exemple : ligature et résection des trompes faite uniquement par les gynécologues.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Approche méthodologique :

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique avec collecte prospective sur la contraception du post-partum dans le centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Mali.

Dans la littérature très peu d'études portant sur le thème de la contraception dans le post-partum ont été réalisées. Cette situation ne nous a pas permis de discuter nos résultats avec ceux de beaucoup d'auteurs. La sensibilisation des accouchées et la compréhension des méthodes contraceptives par ces dernières étaient l'une des difficultés rencontrées pendant ce travail.

2. Caractères sociodémographiques et cliniques :

2.1. Age :

La tranche d'âge la plus représentée était celle de **20 à 29** ans avec **42,4%**. Ce résultat est comparable à celui retrouvé par **Sissoko M [10]** chez qui la tranche d'âge 30-39 ans était la plus représentée avec près de 62% des cas.

La moyenne d'âge était de **29,5** ans avec des extrêmes de 16 et de 43 ans. Ce résultat est comparable à celui retrouvé par **Yogesperan K [34]**, qui a retrouvé une moyenne d'âge de 29,5 ans. Pendant notre étude, nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre l'âge et le type de contraception choisi (**P=0,000**). Les méthodes les plus choisies par les accouchées âgées de 20 à 29 ans étaient l'implant dans 23,9% des cas, les méthodes injectables dans 14% des cas et les préservatifs dans 6% des cas. Pour la tranche d'âge de 30 à 39 ans, les méthodes les plus représentées étaient le DIU dans 18% des cas, la pilule dans 4,4% des cas, la MAMA dans 1,27% des cas et la ligature des trompes dans 0,64% des cas.

2.2 Statut matrimonial :

Les accouchées mariées étaient les plus représentées avec **96,8%** des cas. Ce résultat est comparable à celui de **Sissoko M [10]** qui a retrouvé 97% de femmes mariées et semble plus élevé que celui de **Munéry J [35]** qui a rapporté 36,5% des accouchées mariées. Notre résultat pourrait s'expliquer par le fait que, pendant notre

période d'étude, ce sont les femmes mariées qui ont accouché le plus au centre de santé de référence de la commune II.

2.3 Niveau d'instruction :

Les clientes scolarisées étaient les plus représentées avec **67,8%** des cas. Le niveau secondaire représentait **30,9%**. Ce résultat est comparable à celui de **Sissoko M [10]** qui a retrouvé **55%** des accouchées scolarisées avec un niveau secondaire de 15%. **Munéry J [35]** a rapporté dans son étude 67,7% des accouchées ayant un niveau supérieur. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que ce sont les femmes instruites qui adhéraient plus à la contraception lors de notre étude.

Durant notre étude, nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le niveau d'instruction des accouchées et le type de contraception choisi (**P=0,000**). Les accouchées qui avaient un niveau secondaire adhéraient plus à la contraception. Les méthodes les plus choisies étaient l'implant dans 16,56% des cas, la pilule dans 4,4% des cas, les méthodes injectables dans 2,9% des cas et la MAMA dans 0,96% des cas. Celles qui n'étaient pas scolarisées avaient fait plus de choix pour le DIU dans 15,3% des cas et la ligature des trompes dans 0,64% des cas. Les préservatifs étaient choisis par les accouchées ayant un niveau supérieur dans 1,27% des cas.

2.4 Parité :

Les paucipares et les multipares étaient les plus représentées avec respectivement **44%** et **21%**. Ces proportions sont comparables à celles retrouvées par **Sissoko M [10]** et de **Pourtier E [36]**, qui ont rapporté respectivement 49% et 47% de multipares dans leur étude.

2.5 Intervalle inter-génésique :

Les clientes ayant un intervalle inter-génésique compris entre **12 et 24 mois** étaient les plus représentées avec **50%**. Ce résultat est comparable à celui de **Sissoko M [10]** qui a rapporté 47% des accouchées ayant un intervalle inter-génésique de **12 à 24** mois. Les grossesses rapprochées augmentent les taux de mortalité et de morbidité maternelle, néonatale et infantile et c'est pourquoi l'OMS recommande au moins un intervalle de 24 mois entre les naissances [5].

3. Données relatives aux différentes méthodes de contraception :

3.1 Moment du counseling et méthode choisie par les clientes :

Pendant cette étude le counseling a été fait lors des consultations prénatales dans **50%** des cas, au cours de la phase de latence dans **29%** des cas et le post-partum immédiat dans **21%** des cas. Ce résultat est comparable à celui de **Sissoko M [10]** qui a rapporté dans son étude, **59%** counseling lors des CPN.

Près de la moitié des accouchées soit 47,1% ont choisi l'implant comme méthode contraceptive et le 1/3 (30,9%), le DIU. Les autres méthodes choisies ont été les injectables dans 8,2%, les pilules dans 7,96%, les préservatifs dans 3,2%, la MAMA dans 1,6% et la ligature résection des trompes dans 1% des cas. Ce résultat est comparable à ceux de **Blangis F [22]** et de **Yogesperan K [34]** qui ont rapporté respectivement dans leur étude **7,6%** de choix pour l'implant, **26%** pour le DIU et **10%** des cas d'utilisation de l'implant puis **2,4%** pour le DIU. **Munéry J [35]** a trouvé dans son étude 57,5% de choix pour les pilules microprogestatifs.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'implant et le DIU sont des méthodes de longue durée d'action (MDLA), efficaces, permettant une couverture sur plusieurs années (3 à 5 ans pour l'implant et jusqu'à 12 ans pour le DIU), n'exigeant pas d'effort de mémoire, n'interférant pas avec les rapports sexuels, avec peu d'effets secondaires et surtout un retour immédiat à la fécondité dès l'arrêt de la méthode. Pour les méthodes injectables et la pilule, leur faible taux de choix pourrait être dû aux nombreux effets secondaires, la fréquence des rendez-vous, le retour tardif à la fécondité. Quant à la ligature et résection des trompes, il y'a nécessité de prendre une décision très claire car c'est une méthode qui a pour but de mettre fin à la fécondité d'où son choix moins fréquent dans notre étude.

3.2 Prescripteurs de la méthode et période d'application :

La majorité des prescripteurs était les sages-femmes avec **29%**, les gynécologues obstétriciens avec **27%** et les étudiants faisant fonction d'interne **22,6%**. Les médecins généralistes avaient prescrit **16,6%** des méthodes et les infirmières obstétriciennes **4,8%**. Ce résultat est comparable à celui de **Pourtier E [36]**, qui a trouvé 64,5% de sages-femmes ayant prescrit une méthode contraceptive.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les sages-femmes sont les premières personnes impliquées dans la gestion de la grossesse et de l'accouchement. Durant cette étude, nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre la qualification du prescripteur et le type de contraception choisi ($P= 0,000$). Les méthodes prescrites par les gynécologues obstétriciens étaient le DIU dans 15,6% des cas, les préservatifs dans 1,59% des cas et la ligature et résection des trompes dans 0,96%. Quant aux sages-femmes, elles avaient prescrit la pilule dans 5,41% des cas et les injectables dans 5,41%. Les étudiants faisant fonction d'internes ont prescrit l'implant dans 14,96% et la MAMA dans 0,96% des cas.

Dans cette étude, les méthodes ont été utilisées dans la période du post-partum tardif dans 57% des cas, 21,9% des méthodes ont été utilisées en période post-placentaire, 9,55% des méthodes ont été appliquées en post-partum précoce, 6,69% en per-césarienne et 4,77% d'utilisation en post-partum immédiat. Ce résultat est comparable à celui de **Sissoko M [10]** qui a rapporté dans son étude 41% des cas d'insertion de DIU en période trans-césarienne, 32% des cas d'insertion pendant la période post-placentaire, et la période post-partum immédiat était 27% des cas d'insertion. Pendant cette étude, nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le début de la méthode et le type de contraception choisi ($P= 0,000$). Ceci pourrait s'expliquer par le fait du respect des normes et procédures dans la prescription des méthodes contraceptives pendant ce travail. Les pilules et les méthodes injectables étaient utilisées en période du post-partum tardif, l'implant était inséré en post-partum précoce et tardif, le DIU était inséré (en per-césarienne, en post-placentaire et en post-partum immédiat) et la ligature et résection des trompes était faite lors des césariennes.

3.3 Suivi après application de la méthode contraceptive :

La moitié des accouchées soit 50,3% ont effectué un suivi régulier. Le suivi irrégulier a représenté 32,8% des cas et 16,9% des accouchées n'ont pas fait de suivi. Ce résultat est comparable à celui de **Sissoko M [10]** qui a trouvé 66% de suivi régulier et 34% de suivi irrégulier. **Yogesperan K [34]** rapporte 47% de suivi irrégulier dans son étude. Pendant cette étude, toutes les accouchées étaient

informées par rapport au rythme du suivi selon la méthode choisie, le suivi irrégulier était simplement dû au non-respect de ce rythme qu'elles attribuaient aux travaux ménagers et à leur situation précaire.

3.4 Effets secondaires et complications :

Dans notre étude, **3%** des accouchées ont présenté des effets secondaires. Les céphalées et les troubles du cycle étaient les plus représentés. Ce résultat est comparable à celui rapporté par **Sissoko M [10]**, qui a retrouvé dans son étude des effets secondaires dans 2% des cas.

Pendant cette étude, les accouchées ont présenté des complications dans **3,2%** des cas. Le fil non vu et l'infection dans les cas d'utilisation du DIU étaient les plus fréquentes avec **1,27%** de chaque cas. L'échec de la contraception avec survenue d'une grossesse a été noté dans **0,6%** des cas. Ces échecs ont été retrouvés dans les cas d'utilisation de DIU et celle de la pilule. **Sissoko M [11]** a rapporté dans son étude des complications dans 5% des cas avec respectivement 4% des cas d'expulsion du DIU et 1% des cas de crampe.

3.5 Abandon et raison d'abandon de la méthode :

Durant notre étude, **4,1%** des accouchées ont abandonné la méthode et **95,9%** des accouchées avaient poursuivi leur méthode. Le DIU et les méthodes injectables étaient les méthodes abandonnées respectivement dans 53,8% des cas et dans 23,1% des cas. **Sissoko M [10]** a rapporté 4% d'abandon de DIU et 96% des clientes ont continué avec leur méthode. Ce résultat est comparable à celui de **Yogesperan K [34]**, qui a retrouvé dans son étude 11% des cas d'abandon de méthode.

L'infection et les troubles du cycle étaient les principales raisons d'abandon des méthodes dans **30,8%** pour chaque cas suivi de la non perception du fil dans les cas d'utilisation du DIU dans **23%** des cas.

3.6 Méthodes utilisées après abandon :

L'implant a été utilisé dans **45,46%** des cas après abandon d'une première méthode, les méthodes injectables étaient faites dans **18,18%** des cas après abandon et la pilule était utilisée dans **36,36%** des cas. Ces proportions sont comparables à ceux rapportées par **Yogesperan K [34]**, qui a trouvé dans son étude, 11% d'utilisation

Contraception du post-partum au centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Mali

de préservatifs et 2,4% d'utilisation de DIU après abandon de la première méthode. Ce résultat s'explique par le fait que la majorité de nos clientes avaient une expérience d'utilisation de l'implant.

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

La consultation prénatale est le moment propice pour discuter de la contraception avec les patientes. La contraception est un facteur majeur du bien-être d'un couple, d'une famille et du développement d'un pays.

L'implant était la méthode la plus choisie par presque la moitié des accouchées. Pendant ce travail, les accouchées ont présenté des effets secondaires et des complications respectivement dans **3%** et dans **3,2%**.

Le suivi régulier a permis une meilleure prise en charge de ces effets secondaires et des complications des différentes méthodes de contraception.

Durant notre étude, la fréquence d'utilisation de la contraception du post-partum était huit pour cent.

L'amélioration du taux d'utilisation de la contraception passe par une meilleure sensibilisation des patientes lors des CPN, la phase de latence du travail d'accouchement et au plus tard pendant le post-partum immédiat.

RECOMMANDATIONS

A la fin de ce travail, nous formulons les recommandations suivantes :

Aux Autorités politiques et sanitaires :

- ✚ Multiplier les campagnes de sensibilisation sur la PF/contraception du post-partum au Mali,
- ✚ Améliorer la prise en charge gratuite de la PF y compris la contraception du post-partum,
- ✚ Assurer la disponibilité des différentes méthodes de contraception surtout celles qui sont applicables en post-partum.

Aux personnels socio-sanitaires :

- ✚ Accentuer le counseling en PF/contraception du post-partum lors des CPN, en phase de latence du travail d'accouchement et le post-partum immédiat,
- ✚ Remettre un calendrier de suivi de la méthode et expliquer l'importance du suivi.

Aux accouchées et à la population :

- ✚ Respecter les dates de rendez-vous mentionnées sur la carte de visite,
- ✚ Consulter immédiatement devant tout signe anormal,
- ✚ S'informer auprès des prestataires des services de PF pour éviter les fausses informations sur la PF/contraception du post-partum.

REFERENCES

- 1. Robert A. Hatcher et al.** Eléments de la technologie de la contraception. Manuel à l'intention du personnel clinique. 2001 ;(1-2). 204 p.
- 2. Ministère de la santé du Mali :** Politique et normes des services de santé de la reproduction. Juin 2019 ; 248 p.
- 3. Malfois C.** La contraception du post-partum : Approche qualitative de l'information reçue, de l'état des lieux des connaissances et de l'attente des patients. Thèse Med Lille 2, 2015 ; 113 p.
- 4. Ministère de la santé du Mali.** Sixième Enquête démographique et de santé (EDSM-VI) Mali 2018 ; 603 p.
- 5. World Health Organization (WHO).** Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva: WHO; 2007.
- 6. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC.** Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. JAMA. 2006;295(15):1809-1823.
- 7. Moore Z, Pfitzer A, Gubin R, Charurat E, Elliott L, Croft T.** Missed opportunities for family planning: an analysis of pregnancy risk and contraceptive method among postpartum women in 21 low-and middle-income countries. Contraception : 2015;92(1):31-39.
- 8. OMS.** Stratégie de programmation pour la planification familiale du post-partum [Internet].
- 9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist.** Bonnes pratiques de planification familiale du post-partum N°1, juin 2015.
- 10. Sissoko M.** Evaluation de l'insertion du dispositif intra-utérin du post-partum avec le nouvel inserteur dans le centre de santé de référence de la commune II de Bamako. Thèse méd, Bamako, 2019 ; N°215, 64 p.
- 11. Département de reproduction santé, Organisation mondiale de la santé.** Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 3 ème éd 2005.

12. **Haute Autorité de Santé** : Recommandations pour la pratique clinique 2005, 24 p.
13. **Serfaty D.** Contraception : POD. 4^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson ; 2011. 592 p.
14. **Boubacar M.** Etude épidémiologique-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 méd, Bamako 2003 ; N°183.
15. **Nian M.** Approche épidémiologique-clinique de la grossesse chez l'adolescent à l'hôpital régional de Kayes. Thèse méd, Bamako 2000, N°99, 47p.
16. **Coulibaly AL.** Etude des connaissances attitudes et pratiques de la contraception en milieu scolaire dans la commune urbaine de ségou. Thèse méd, 2014, N°136, 83 p.
17. **Sango S.** Contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako. Thèse Med Bamako 1996, N°32, 93p.
18. **Merger R, Lévy J, Melchior J.** Suites des couches physiologiques. Précis d'obstétrique 2001, 6^e édition 476 p.
19. **Horovitz J, Guyon F, Roux D, Hocke C.** Suites de couches normales et pathologiques (non compris les syndromes neuroendocriniens). Encycl Méd Chir, Obstétrique, 5-110-A-10 ; 2001 [En ligne]. [cité le 03/02/2016].
20. **Serfaty D.** Contraception des femmes allaitantes : place des spermicides. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 44 (1) : 18-27 ; 2010 [En ligne]. [cité le 25/01/2016].
21. **Colson M-H.** Sexualité féminine et étape de la parentalité. Gynécologie obstétrique & fertilité ; 2014, 42 (10) : 714-720 ; [En ligne]. [cité le 03/02/2016].
22. **Blangis F.** La contraception du post-partum : Etat des lieux des pratiques dans le service de suites de couches et la visite post-natale au CHU de Nantes. Mémoire, Nantes, 2011, 58 p.
23. **Haute autorité de santé.** Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2015.
24. **Ricous B.** Interactions médicamenteuses [Internet]. 2013 [cité le 12/02/2016].
Thèse Médecine

- 25. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.** La pilule [Internet].2015 [cité le 25/01/2016].
- 26. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.** Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme [Internet]. 2004 [cité le 27/11/2015].
- 27. Truitt ST et al.** Combined hormonal versus non hormonal versus progestin only contraception in lactation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2, 56-59
- 28. Haute autorité de santé.** Contraception : Prescription et conseil aux femmes [Internet]. 2015 [cité le 20/01/2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201502/le_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf
- 29. Haute autorité de santé.** Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. 2015 [cité le 03/10/2015].
- 30. Vekemans M.** Post-partum contraception: the lactational amenorrhea method, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care.1997 Jun; 2(2):105-11.
- 31. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.** Préservatif masculin mode d'emploi [Internet]. [cité le 30/01/2016].
- 32. Organisation mondiale de la santé**
Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use, 2e éd.Genève, OMS, 2 [Internet]. 2000 [cité le 10/03/2000].
- 33. La haute autorité de santé.** Contraception d'urgence [Internet]. 2015 [Cité le 15/02/2016].
- 34. Yogesparan K.** Contraception du post-partum et précarité : Impact des connaissances et du suivi sur le choix et l'observance de la méthode contraceptive. Thèse méd, Paris 7, 2016, 127 p.
- 35. Munéry J.** La contraception du post-partum : Etude descriptive des connaissances des accouchées du 19 octobre au 26 novembre 2015 d'une maternité

Contraception du post-partum au centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Mali
d'Auvergne de type trois sur leur contraception du post-partum. Mémoire.
Auvergne. 2016. 75 p.

36. Pourtier E. La contraception du post-partum : satisfaction des patientes sur l'entretien contraceptif en suites de naissances. Gynécologie et obstétrique. Université d'Auvergne. Mémoire. 2013. « dumas-00906212 »

Annexes

FICHE D'ENQUETE

Q1) Date d'admission :.....

Q2) Numéro du dossier.....

Q3) Tranche d'âge :

- 1) \leq à 19 ans 2) 20 à 29 ans 3) 30 à 39 ans 4) \geq 40 ans

Q4) Statut matrimonial :

- 1) Célibataire 2) mariée monogame 3) mariée polygame

Q5) Niveau d'instruction :

- 1) Non scolarisée 2) primaire 3) secondaire 4) supérieur
5) coranique

Q6) Gestité :

- 1) Primigeste 2) paucigeste 3) Multigeste 4) grande multigeste

Q7) parité :

- 1) Primipare 2) Paucipare 3) Multipare 4) Grande multipare

Q8) Intervalle inter génésique :

- 1) Aucun 2) $<$ 12 mois 3) entre 12 et 24 mois 4) $>$ 24 mois

Q9) : Nombre d'enfant vivant

- 1) Pas d'enfant vivant 2) 1 à 3 enfants vivants 3) 4 à 5 enfants vivants 4) \geq 6 enfants vivants

Q10) Moment du counseling :

- 1) CPN 2) phase de latence 3) post partum immédiat

Q11) Type contraceptif choisi :

- 1) Pilule (nom :.....) 6) Préservatif féminin
2) Implant 7) MAMA

3) La pilule du lendemain

8) Spermicide

4) DIU

9) Ligature des trompes

5) Progestatif injectable

10) Vasectomie

Q12) Période d'application de la méthode :

1) Per césarienne

4) Post-partum précoce

2) Post placentaire

5) Post-partum tardif

3) Post-partum immédiat

Q13) Type de prescripteur de la méthode :

1) Gynécologue obstétricien

4) infirmière obstétricienne

2) Médecin généraliste

5) Thésard

3) Sage-femme

Q14) Suivi post application :

1) Régulier

2) irrégulier

3) pas de suivi

Q15) Complication : OUI NON

Q16) Type de complication :

1) Grossesse

2) Fil non vu (DIU)

3) Expulsion (DIU)

4) Infection

5) Hyperménorrhée

Q17) Existence d'effets secondaires : OUI NON Perdu de vue (DIU)

Q18) Type d'effet secondaire :

1) Céphalées 2) Douleur pendant les règles ou crampe 3) Mastodynie

4) Prise de poids

5) Perturbation du cycle

Q19) Abandon : OUI NON

Q20) Raison d'abandon :

1) Existence d'effet secondaire

3) Existence de complication

2) Désir d'enfant

4) Pression du conjoint ou parent

Q21) Utilisation d'autre méthode différente de la première après abandon :

1) Pilule (nom :) 6) Préservatif féminin

2) Implant

3) La pilule du lendemain

4) DIU

5) Progestatif injectable

7) MAMA

8) Spermicide

9) Ligature des trompes

10) Vasectomie

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DIARRA

Prénom : Barthélemy

Nationalité : MALIENNE

Année de soutenance : 2022

Ville de soutenance : BAMAKO

Titre de la thèse : Contraception du post-partum au centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Mali

Lieu de dépôt : BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique

Contact : +223 73 29 70 87

Adresse e-mail : wwwbarthdiaz1992@gmail.com

RESUME :

Cette étude avait pour objectif d'étudier la contraception du post-partum dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II.

Notre étude a été portée sur toutes les femmes ayant accouché dans notre service. Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique avec collecte prospective des données allant du 1^{er} Aout 2019 au 31 Juillet 2020 soit 12 mois.

Pendant la période d'étude nous avons enregistré 3673 femmes qui ont accouché dans le service parmi lesquelles 314 clientes ont bénéficié d'une méthode de contraception du post-partum selon les critères de recevabilité de l'OMS soit une fréquence de **8,54%**. La tranche d'âge la plus représentée était 20-29 avec 42,4%. L'âge moyen était 29,5 avec des extrêmes de 19 à 40 ans. Les clientes mariées étaient les plus représentées avec 96,8%, les scolarisées étaient 67,8%. La moitié du counseling était réalisée pendant la CPN et l'implant était plus choisi dans 47,1%. Les sages-femmes avaient fait plus de prescription dans 29% des cas, plus la moitié des méthodes était utilisée dans le post-partum tardif. Un suivi régulier était réalisé dans 50,3% des cas, pendant le suivi 3% avait présenté des effets secondaires dont le plus fréquent était les troubles du cycle avec 30,8%. Les abandons étaient représentés dans 4,1%.

Mots-clés : Contraception, post-partum, implant

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'**Etre Suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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