

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



Année Universitaire 2021 - 2022

N°.....

Thèse :

**Pratique des méthodes modernes de contraception au centre
de santé communautaire de Moribabougou dans le district
sanitaire de Kati**

Présentée et soutenue publiquement le 06/07/2022 devant le Jury de la Faculté
de Médecine et d'Odonto-Stomatologie par :

Mme DJENEBOU DIALLO

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury

Président : Prof. Akory Ag IKNANE

Membres : Dr Fousseyni COULIBALY

Dr Moctar TOUNKARA

Codirecteur : Dr Drissa KONATE

Directeur de Thèse : Prof. Mahamadou DIAKITE

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 – 2022

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mr Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR
SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES
AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR



LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

1. Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacologie
2. Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
3. Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
4. Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
5. Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie
6. Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
7. Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
8. Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
9. Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
10. Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
11. Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
12. Mr Issa TRAORE	Radiologie
13. Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
14. Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
15. Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
16. Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
17. Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
18. Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
19. Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
20. Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
21. Mr Amadou DOLO	Gynéco- Obstétrique
22. Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
23. Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
24. Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
25. Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
26. Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
27. Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
28. Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
29. Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
30. Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
31. Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
32. Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
33. Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
34. Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
35. Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
36. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
37. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
38. Mme Habibatu DIAWARA	Dermatologie
39. Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
40. Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
41. Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
42. Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
43. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabetologie
44. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
45. Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynéco- Obstétrique
46. Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
47. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
48. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
49. Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

50. Mr Mamady KANE
51. Mr Hamar A. TRAORE
52. Mr. Mamadou TRAORE
53. Mr Mamadou SOUNCALO TRAORE
54. Mr Mamadou DEMBELE
55. Moussa Issa DIARRA
56. Mr Kassoum SANOGO
57. Mr Arouna TOGORA
58. Mr Souleymane TOGORA
59. Mr Oumar WANE
60. Mr Abdoulaye DIALLO
61. Mr Saharé FONGORO
62. Mr Ibrahim I. MAIGA
63. Mr Moussa Y. MAIGA
64. Mr Siaka SIDIBE
65. Mr Aly TEMBELY
66. Mr Tiéman COULIBALY
67. Mr Zanafon OUATTARA
68. Mr Abdel Kader TRAORE
69. Mr Bah KEITA
70. Mr Zimogo Zié SANOGO
71. Mr Samba Karim TIMBO
72. Mr Cheick Oumar GUINTO
73. Mr Samba DIOP
74. Mr Mamadou B. DIARRA
75. Mr Youssouf SOW

- Radiologie et Imagerie Médicale
 Médecine Interne
 Gynéco-Obstétrique
 Santé Publique
 Médecine Interne
 Biophysique
 Cardiologie
 Psychiatrie
 Odontologie
 Chirurgie Dentaire
 Anesthésie – Réanimation
 Néphrologie
 Bactériologie – Virologie
 Gastro-entérologie – Hépatologie
 Radiologie et Imagerie Médicale
 Urologie
 Orthopédie Traumatologie
 Urologie
 Médecine Interne
 Pneumo-Phtisiologie
 Chirurgie Générale
 ORL et Chirurgie cervico-faciale
 Neurologie
 Anthropologie de la Santé
 Cardiologie
 Chirurgie Générale



LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| 1. Mr Nouhoum ONGOIBA | Anatomie & Chirurgie Générale |
| 2. Mr Mohamed Amadou KEITA | ORL |
| 3. Mr Youssouf COULIBALY | Anesthésie-Réanimation |
| 4. Mr Sadio YENA | Chirurgie Thoracique |
| 5. Mr Djibo Mahamane DIANGO | Anesthésie-Réanimation |
| 6. Mr Adegné TOGO | Chirurgie Générale |
| 7. Mr Bakary Tientigui DEMBELE | Chirurgie Générale |
| 8. Mr Alhassane TRAORE | Chirurgie Générale |
| 9. Mr Yacaria COULIBALY | Chirurgie Pédiatrique |
| 10. Mr Drissa KANIKOMO | Neurochirurgie |
| 11. Mr Oumar DIALLO | Neurochirurgie |
| 12. Mr Mohamed KEITA | Anesthésie Réanimation |
| 13. Mr Niani MOUNKORO | Gynécologie/Obstétrique |
| 14. Mr. Drissa TRAORE | Chirurgie Générale |
| 15. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE | Anesthésie Réanimation |
| 16. Mr Mamadou Lamine DIAKITE | Urologie |
| 17. Mme Kadidiatou SINGARE | ORL-Rhino-Laryngologie |
| 18. Mr Youssouf TRAORE | Gynécologie/Obstétrique |

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| 1. Mme Diénéba DOUMBIA | Anesthésie/Réanimation |
| 2. Mr Nouhoum DIANI | Anesthésie-Réanimation |
| 3. Mr Lamine TRAORE | Ophthalmologie |
| 4. Mr Ibrahim TEGUETE | Gynécologie/Obstétrique |
| 5. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE | Urologie |
| 6. Mr Boubacar BA | Médecine et chirurgie buccale |
| 7. Mr Lassana KANTE | Chirurgie Générale |
| 8. Mr Bréhima COULIBALY | Chirurgie Générale |

9. Mr Birama TOGOLA
10. Mr Soumaïla KEITA
11. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA
12. Mr Hamidou Baba SACKO
13. Mr Seydou TOGO
14. Mr Aladjji Seïdou DEMBELE
15. Mme Fatoumata SYLLA
16. Mr Tioukany THERA
17. Mr Siaka SOUMAORO
18. Mr Adama I GUINDO
19. Mr Seydou BAKAYOKO

Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 ORL
 Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
 Anesthésie-Réanimation
 Ophtalmologie
 Gynécologie
 ORL
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie



3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. Mr Koniba KEITA | Chirurgie Générale |
| 2. Mr Sidiki KEITA | Chirurgie Générale |
| 3. Mr Amadou TRAORE | Chirurgie Générale |
| 4. Mr Bréhima BENGALY | Chirurgie Générale |
| 5. Mr Madiassa KONATE | Chirurgie Générale |
| 6. Mr Sékou Bréhima KOUMARE | Chirurgie Générale |
| 7. Mr Boubacar KAREMBE | Chirurgie Générale |
| 8. Mr Abdoulaye DIARRA | Chirurgie Générale |
| 9. Mr Idrissa TOUNKARA | Chirurgie Générale |
| 10. Mr Ibrahim SANKARE | Chirurgie Générale |
| 11. Mr Abdoul Aziz MAIGA | Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire |
| 12. Mr Ahmed BA | Chirurgie Thoracique |
| 13. Mr Seydou GUEYE | Chirurgie Dentaire |
| 14. Mr Issa AMADOU | Chirurgie Buccale |
| 15. Mr Mohamed Kassoum DJIRE | Chirurgie Pédiatrique |
| 16. Mr Boubacary GUINDO | Chirurgie Pédiatrique |
| 17. Mr Youssouf SIDIBE | ORL-CCF |
| 18. Mr Fatogoma Issa KONE | ORL |
| 19. Mme Fadima Koréissy TALL | ORL |
| 20. Mr Seydina Alioune BEYE | Anesthésie Réanimation |
| 21. Mr Hammadoun DICKO | Anesthésie Réanimation |
| 22. Mr Moustapha Issa MANGANE | Anesthésie Réanimation |
| 23. Mr Thierno Madane DIOP | Anesthésie Réanimation |
| 24. Mr Mamadou Karim TOURE | Anesthésie Réanimation |
| 25. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE | Anesthésie Réanimation |
| 26. Mr Daouda DIALLO | Anesthésie Réanimation |
| 27. Mr Abdoulaye TRAORE | Anesthésie Réanimation |
| 28. Mr Siriman Abdoulaye KOITA | Anesthésie Réanimation |
| 29. Mr Mahamadoun COULIBALY | Anesthésie Réanimation |
| 30. Mr Abdoulaye KASSAMBARA | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale |
| 31. Mr Mamadou DIARRA | Ophtalmologie |
| 32. Mme Assiatou SIMAGA | Ophtalmologie |
| 33. Mr Sidi Mohamed COULIBALY | Ophtalmologie |
| 34. Mme Fatimata KONANDJI | Ophtalmologie |
| 35. Mr Abdoulaye NAPO | Ophtalmologie |
| 36. Mr Nouhoum GUIROU | Ophtalmologie |
| 37. Mr Bougady Coulibaly | Prothèse Scellée |
| 38. Mme Kadidia Oumar TOURE | Orthopédie Dentofaciale |
| 39. Mr Oumar COULIBALY | Neurochirurgie |
| 40. Mr Mahamadou DAMA | Neurochirurgie |
| 41. Mr Youssouf SOGOBA | Neurochirurgie |
| 42. Mr Mamadou Salia DIARRA | Neurochirurgie |
| 43. Mr Moussa DIALLO | Neurochirurgie |
| 44. Mr Abdoul Kadri MOUSSA | Orthopédie Traumatologie |
| 45. Mr Layes TOURE | Orthopédie Traumatologie |
| 46. Mr Mahamadou DIALLO | Orthopédie Traumatologie |
| 47. Mme Hapssa KOITA | Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale |
| 48. Mr Alhousseïny TOURE | Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale |
| 49. Mr Amady COULIBALY | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale |



50. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
51. Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
52. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
53. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
54. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
55. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
56. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
57. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
58. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
59. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
60. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
61. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
62. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
63. Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme Lydia B. SITA Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Cheick Bougadari TRAORE Anatomie-Pathologie **Chef de DER**
2. Mr Bakarou KAMATE Anatomie Pathologie
3. Mr Mahamadou A. THERA Parasitologie –Mycologie
4. Mr Djibril SANGARE Entomologie Moléculaire Médicale

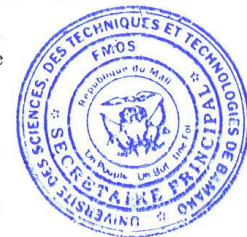
2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Guimogo DOLO Entomologie Moléculaire Médicale
2. Mr Bakary MAIGA Immunologie
3. Mme Safiatou NIARE Parasitologie – Mycologie
4. Mr Karim TRAORE Parasitologie – Mycologie
5. Mr Moussa FANE Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
6. Mr Mamoudou MAIGA Bactériologie-Virologie (Disponibilité)
7. Mr Aboubacar Alassane OUMAR Pharmacologie
8. Mr Bréhima DIAKITE Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr Yaya KASSOGUE Génétique et Pathologie Moléculaire

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Abdoulaye KONE Parasitologie– Mycologie
2. Mr Sanou Kho COULIBALY Toxicologie
3. Mme Aminata MAIGA Bactériologie Virologie
4. Mme Djeneba Bocar FOFANA Bactériologie-Virologie
5. Mr Sidi Boula SISSOKO Histologie embryologie et cytogénétique
6. Mr Bourama COULIBALY Anatomie Pathologie
7. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8. Mr Mamadou BA Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
9. Mr Bamodi SIMAGA Physiologie
10. Mr Oumar SAMASSEKOU Génétique/Génomique
11. Mme Mariam TRAORE Pharmacologie
12. Mr Saïdou BALAM Immunologie
13. Mme Arhamatoulaye MAIGA Biochimie
14. Mr Modibo SANGARE Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
15. Mr Hama Abdoulaye DIALLO Immunologie
16. Mr Bassirou DIARRA Bactériologie-Virologie

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| 17. Mr Adama DAO | Entomologie médicale |
| 18. Mr Ousmane MAIGA | Biologie, Entomologie, Parasitologie |
| 19. Mr Cheick Amadou COULIBALY | Entomologie |
| 20. Mr Drissa COULIBALY | Entomologie médicale |
| 21. Mr Abdallah Amadou DIALLO | Entomologie, Parasitologie |
| 22. Mr Sidy BANE | Immunologie |



4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1. Mr Harouna BAMBA | Anatomie Pathologie |
| 2. Mr Moussa KEITA | Entomologie Parasitologie |
| 3. Mme Assitan DIAKITE | Biologie |
| 4. Mr Ibrahim KEITA | Biologie moléculaire |

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. Mr Adama Diaman KEITA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr Soukalo DAO | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 3. Mr Daouda K. MINTA | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 4. Mr Boubacar TOGO | Pédiatrie |
| 5. Mr Moussa T. DIARRA | Hépatogastro-entérologie |
| 6. Mr Ousmane FAYE | Dermatologie |
| 7. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA | Neurologie |
| 8. Mr Yacouba TOLOBA | Pneumo-phthisiologie Chef de DER |
| 9. Mme Mariam SYLLA | Pédiatrie |
| 10. Mme Fatoumata DICKO | Pédiatrie |
| 11. Mr Souleymane COULIBALY | Psychologie |
| 12. Mr Mahamadou DIALLO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 13. Mr Ichaka MENTA | Cardiologie |
| 14. Mr Abdoul Aziz DIAKITE | Pédiatrie |
| 15. Mr Japhet Pobanou THERA | Médecine Légale/Ophthalmologie |

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| 1. Mme KAYA Assétou SOUKHO | Médecine Interne |
| 2. Mr Idrissa Ah. CISSE | Rhumatologie |
| 3. Mr Ilo Bella DIALLO | Cardiologie |
| 4. Mr Souleymane COULIBALY | Cardiologie |
| 5. Mr Anselme KONATE | Hépatogastro-entérologie |
| 6. Mr Adama Aguisa DICKO | Dermatologie |
| 7. Mr Issa KONATE | Maladies Infectieuses et Tropicales |

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Mr Mahamadou GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr Salia COULIBALY | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 3. Mr Koniba DIABATE | Radiothérapie |
| 4. Mr Adama DIAKITE | Radiothérapie |
| 5. Mr Aphou Sallé KONE | Radiothérapie |
| 6. Mr Mody Abdoulaye CAMARA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 7. Mr Mamadou N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 8. Mme Hawa DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 9. Mr Issa CISSE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 10. Mr Mamadou DEMBELE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 11. Mr Ouncoumba DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 12. Mr Ilias GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 13. Mr Abdoulaye KONE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 14. Mr Alassane KOUMA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 15. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 16. Mr Souleymane SANOGO | Radiologie et Imagerie Médicale |

17. Mr Ousmane TRAORE
18. Mr Boubacar DIALLO
19. Mme Djénébou TRAORE
20. Mr Djibril SY
21. Mr Hamadou YATTARA
22. Mr Seydou SY
23. Mr Hamidou Oumar BA
24. Mr Massama KONATE
25. Mr Ibrahim SANGARE
26. Mr Youssef CAMARA
27. Mr Samba SIDIBE
28. Mme Asmaou KEITA
29. Mr Mamadou TOURE
30. Mme COUMBA Adiaratou THIAM
31. Mr Mamadou DIAKITE
32. Mr Boubacar SONFO
33. Mme Mariam SAKO
34. Mme Hourouma SOW
35. Mme Kadiatou DOUMBIA
36. Mme Sanra Déborah SANOGO
37. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE
38. Mr Yacouba CISSOKO
39. Mr Garan DABO
40. Mr Jean Paul DEMBELE
41. Mr Mamadou A.C. CISSE
42. Mr Seybou HASSANE
43. Mr Guida LANDOURE
44. Mr Thomas COULIBALY
45. Mr Adama Seydou SISSOKO
46. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE
47. Mme Khadidia OUATTARA
48. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY
49. Mme Siritio BERTHE
50. Mme N'DIAYE Hawa THIAM
51. Mr Yamoussa KARABINTA
52. Mr Mamadou GASSAMA
53. Mr Belco MAIGA
54. Mme Djénéba KONATE
55. Mr Fousseyni TRAORE
56. Mr Karamoko SACKO
57. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE
58. Mme Lala N'Drainy SIDIBE
59. Mme SOW Djénéba SYLLA
Nutrition
60. Mr Djigui KEITA
61. Mr Souleymane SIDIBE
62. Mr Drissa Mansa SIDIBE
63. Mr Issa Souleymane GOITA

- Radiologie et Imagerie Médicale
 Médecine Interne
 Médecine Interne
 Médecine Interne
 Néphrologie
 Néphrologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Hépto-Gastro-Entérologie
 Hépto-Gastro-Entérologie
 Hépto-Gastro-Entérologie
 Maladies Infectieuses et Tropicales
 Maladies Infectieuses et Tropicales
 Maladies Infectieuses et Tropicales
 Maladies Infectieuses et Tropicales
 Médecine d'Urgence
 Neurologie
 Neurologie
 Neurologie
 Neurologie-Neurophysiologie
 Pneumologie
 Pneumologie
 Psychiatrie
 Dermatologie
 Dermatologie
 Dermatologie
 Dermatologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Endocrinologie, Maladies Métaboliques et
 Rhumatologie
 Médecine de la Famille/Communautaire
 Médecine de la Famille/Communautaire
 Médecine de la Famille/Communautaire



4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Boubacari Ali TOURE Hématologie Clinique
2. Mr Yacouba FOFANA Hématologie
3. Mr Diakalia Siaka BERTHE Hématologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
2. Mr Hamadou SANGHO Santé Publique, **Chef de D.E.R.**
3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO Informatique Médicale



2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA Epidémiologie
2. Mr Abdourahmane COULIBALY Anthropologie de la Santé

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Hammadoun Aly SANGO Santé Publique
2. Mr Ousmane LY Santé Publique
3. Mr Ogobara KODIO Santé Publique
4. Mr Oumar THIÉRO Biostatistique/Bioinformatique
5. Mr Cheick Abou COULIBALY Epidémiologie
6. Mr Moctar TOUNKARA Epidémiologie
7. Mr Nouhoum TELLY Epidémiologie
8. Mme Lalla Fatouma TRAORE Santé Publique
9. Mr Nafomon SOGOBA Epidémiologie
10. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE Nutrition
11. Mr Salia KEITA Médecine de la Famille/Communautaire
12. Mr Samba DIARRA Anthropologie de la Santé
13. Mr Housseini DOLO Epidémiologie

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DIARRA Anthropologie de la Santé
2. Mr Abdrahamane ANNE Bibliothéconomie-Bibliographie
3. Mr Mohamed Mounine TRAORE Santé Communautaire
4. Mr Souleymane Sékou DIARRA Epidémiologie
5. Mr Yéya dit Sadio SARRO Epidémiologie
6. Mme Fatoumata KONATE Nutrition et Diététique
7. Mr Bakary DIARRA Santé Publique
8. Mr Ilo DICKO Santé Publique
9. Mr Moussa SANGARE Orientation, contrôle des aliments
10. Mr Mahamoudou TOURE Epidémiologie

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. Mr Ousseynou DIAWARA Parodontologie
2. Mr Amsalla NIANG Odonto Préventive et Sociale
3. Mme Daoulata MARIKO Stomatologie
4. Mr Issa COULIBALY Gestion
5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE Biochimie
6. Mr Brahma DICKO Médecine Légale
7. Mme Tenin KANOUTE Pneumo- Phtisiologie
8. Mr Bah TRAORE Endocrinologie
9. Mr Modibo MARIKO Endocrinologie
10. Mme Aminata Hamar TRAORE Endocrinologie
11. Mr Ibrahim NIENTAO Endocrinologie
12. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE OCE
13. Mme Rokia SANOGO Médecine Traditionnelle
14. Mr Benoît Y KOUMARE Chimie Générale
15. Mr Oumar KOITA Chirurgie Buccale
16. Mr Mamadou BA Chirurgie Buccale
17. Mr Baba DIALLO Epidémiologie
18. Mr Mamadou WELE Biochimie
19. Mr Djibril Mamadou COULIBALY Biochimie
20. Mr Tietie BISSAN Biochimie
21. Mr Kassoum KAYENTA Méthodologie de la recherche
22. Mr Babou BAH Anatomie
23. Mr Zana Lamissa SANOGO Ethique-Déontologie
24. Mr Lamine DIAKITE Médecine de travail
25. Mme Mariame KOUMARE Médecine de travail
26. Mr Yaya TOGO Economie de la santé
27. Mr Madani LY Oncologie
28. Mr Abdoulaye KANTE Anatomie

29. Mr Nicolas GUINDO
30. Mr Toumaniba TRAORE
31. Mr Kassoum BARRY
32. Mr Blaise DACKOUCO
33. Mr Madani MARICO

Anglais
Anglais
Médecine communautaire
Chimie organique
Chimie générale

ENSEIGNANTS EN MISSION

Bamako, le 01 / 07 / 2022

Le Secrétaire Principal



Dr Monzon TRAORE

Bismillahi RahmaaniRahiim

Au nom de Dieu, le Clément et le Miséricordieux

A ALLAH Soubhaanawalah

Lis, au nom de ton seigneur qui a créé,

Qui a créé l'homme d'une adhérence,

Lis ! ton Seigneur est très noble,

Qui a enseigné par la plume « le calame »,

A enseigner à l'homme ce qu'il ne savait pas.

Sourate 96 « l'Adhérence » verset 1 à 5.

Par ta miséricorde, ta bonté et ta grâce, tu m'as assisté tout au long de ma vie,

Je te prie Seigneur d'accepter ce modeste travail en témoignage de ma

Reconnaissance et de ma foi. Fasses que je me souvienne toujours de toi en

Toutes circonstances et que mes derniers mots sur cette terre soient

La prononciation de la « CHAHADA »

A tous les malades du monde,

A tous ceux qui souffrent,

Je ne vous demande ni vos opinions, ni vos croyances, ni votre religion, mais

Quelle est votre souffrance ?

DEDICACES

A ma mère Kani Diakité

Nous n'avons pas de prix pour toi, mère, qui t'es privée de tout pour que nous ayons une bonne éducation et une vie meilleure. Tu es une femme dynamique, vertueuse, courageuse et pleine de bon sens. Tu partageais avec moi les moments très émotionnels à l'attente des résultats, tu étais même plus inquiète que moi, je n'oublierais jamais ces moments. Tu as toujours veillé sur moi.

Maman, trouves-en ce travail une réponse à tes efforts et sacrifices consentis depuis tant d'années. Que le Tout Puissant te donne longue vie pour goûter au fruit de la graine que tu as semé et entretenue durant tout ce temps. Les mots sont faibles pour témoigner mon amour pour toi maman.

A mon père Dian Diallo

Père, je te dédie ce travail qui est le résultat de l'éducation que nous avons reçu de toi. Puisse le Tout Puissant te garde et te protège afin que tu goûtes au fruit de vos efforts.

A mon mari Fodé Seydou Sidibé

Je ne sais combien de fois te remercier pour m'avoir accompagné dans la réalisation de ce travail. Si j'ai puis réussi aujourd'hui c'est grâce à ton courage.

Ce travail est le résultat de tes prières, tes bénédictions et de tes efforts de tous les jours. Il est clair et évident que jusqu'à la fin des temps nous ne pourrons jamais te récompenser pour ce que tu as fait pour nous. Ma famille et moi te remercier infiniment. Tu as fait preuve d'amour de lien de mariage irréprochable à ma famille et moi. Puisse le Tout Puissant nous garde unis par le lien du mariage.

REMERCIEMENTS

A mes frère et sœurs

J'ai toujours bénéficié de votre morale et surtout de votre compréhension.

Soyez assurés de mon amour et de mon attachement. Que ce travail soit une inspiration pour vous.

A ma belle famille

L'affection et la confiance mutuelle qui ont toujours existé entre nous m'ont donné la foi pour achever ce travail. Que ma joie d'aujourd'hui soit aussi la vôtre. Soyons et restons plus unis par le lien de mariage pour toujours.

A mes tantes et tontons

Merci pour les aides morales. Que Dieu nous garde unis.

A mes cousins et cousines

Ce travail m'offre l'occasion de vous réitérer mon amour et c'est aussi l'occasion de vous rappeler que le lien de parenté est sacré et qu'il ne sera que ce que nous en ferons.

Au Pr Mahamadou DIAKITE

Merci pour m'avoir accueilli dans votre unité à bras ouverts et les efforts fournis pour assurer notre formation. Votre disponibilité, votre humanisme n'ont jamais faits défaut tout au long de ce travail. Que Dieu vous donne longue vie.

Au Dr Drissa KONATE

Vous avez été la cheville ouvrière de ce travail ! sans votre accompagnement, ce travail ne saurait se réaliser. Que Dieu vous récompense de vos biens faits.

Aux Drs Salimata Kanté et Larissa Denou

Merci pour votre aide et votre accompagnement tout au long de ce travail, que Dieu vous récompense.

A mes amis et camarades de promotion

Merci pour l'accompagnement et la considération à l'égard de ma personne.

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu merci à tout un chacun.

L'équipe d'Immunogénétique et de Parasitologie de l'ICER-Mali

Merci pour vos accompagnements tout au long de ce travail. Trouvez dans ce travail l'expression de mes sincères remerciements pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Au corps professoral de la FMOS/FAPH

Merci pour les enseignements de qualité que nous avons reçu au cours de notre formation

Au personnel du CSCom de Moribabougou

Merci pour votre disponibilité et votre accueil durant la collecte des données

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Présidente du jury : Pr Akory Ag IKNANE

- Professeur Titulaire en santé publique/nutrition à la faculté de pharmacie (FAPH)
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé
- Président du réseau Malien de Nutrition (REMANUT)
- Premier Médecin Directeur de l'Association de Santé Communautaire de Banconi (ASACOBA)
- Ancien Direction Générale de l'Institut National en Santé Publique (INSP)
- Ancien Directeur Général de l'Agence Nationale d'Investissement aux collectivités Territoriales (ANICT)
- Ancien Directeur Général de l'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA)

Cher Maître,

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

Pionnier des structures de santé communautaire au Mali, vous n'avez cessé de marquer le système de santé malien de vos emprunts en passant par l'Agence Nationale d'Investissement aux Collectivités Territoriales (ANICT), l'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA), la Division de Suivi de la Situation Alimentaire et Nutritionnelle à Koulouba (DSSAN), la Direction Générale de l'Institut National en Santé Publique (INSP) et la Coordination Nationale de la Covid-19 au Mali.

Votre engagement et votre rigueur dans le travail font de vous un chef exemplaire. Trouvez ici cher Maître, l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Juge : Dr Fousseyni COULIBALY

- Médecin généraliste
- Médecin clinicien au Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Kati
- Ancien DTC des CSCom de Lafiabougou Taliko, de N'gouraba à Kalaban Coro, de Kalifabougou et de Moribabougou

Cher Maître,

Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de juger ce travail. Votre simplicité, votre disponibilité et votre courage font de vous un praticien désiré de tous.

Veillez recevoir ici cher maître, notre reconnaissance et nos salutations sincères

Qu'Allah vous donne longue vie. Amen !

A notre Maître et juge : Dr Moctar TOUNKARA

- Docteur en Médecine
- Spécialiste en Epidémiologie
- Maître-assistant au Département d'Enseignement et Recherche en Santé Publique de la Faculté de Médecine (FMOS)

Cher Maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous avez fait en acceptant de juger ce travail. Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques.

Votre engagement et votre désir de vouloir toujours un travail bien fait font de vous un professionnel dévoué

Que ce travail soit le témoin de notre sincère reconnaissance et de notre profonde gratitude

A notre Maître et Co-directeur : Dr Drissa KONATE

- Docteur en Médecine
- Titulaire d'un Master en Epidémiologie
- Chercheur à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Cher Maître,

Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques.

Votre disponibilité constante et votre amour pour le travail bien fait font de vous un Maître respectable.

Que ce travail soit l'expression de notre sincère remerciement.

A notre Maître et Directeur de thèse : Pr Mahamadou DIAKITE

- Professeur Titulaire d'Immunologie-Génétique à la FAPH
- Vice-recteur de l'Université des Sciences, des Technique et des Technologies de Bamako (USTTB)
- Directeur Scientifique Adjoint du Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC)
- Chef d'Unité Immunogénétique et Parasitologie d'ICER-Mali
- Secrétaire Permanent du Comité d'Ethique de la (FMOS/FAPH)
- Membre du Comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie

Cher Maître,

Vous nous avez fait un immense honneur en nous acceptant dans votre Unité à bras ouvert. Tout au long de ce travail, nous avons beaucoup apprécié vos grandes qualités scientifiques et humaines, et tous les efforts fournis pour assurer notre formation. Vos enseignements et surtout votre sens élevé de responsabilité et de rigueur dans le travail font de vous l'exemple d'un éminent chercheur et un modèle à suivre. Par ce travail, nous espérons être à la hauteur de vos attentes pour nos débuts dans la recherche.

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

Que le Tout Puissant vous protège et vous donne longue vie

TABLES DES MATIERES

DEDICACES	x
REMERCIEMENTS	xi
HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY	xiii
LISTE DES ABREVIATIONS	xxi
1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS	3
2.1. Objectif général	3
2.2. Objectifs spécifiques	3
3. GENERALITES	4
3.1. Définition de la planification familiale	4
3.2. Situation de la contraception dans le monde	4
3.3. Situation de la contraception au Mali	6
3.4. Méthodes contraceptives	7
3.4.1. Contraceptifs Oraux Combinés (COC) (22, 23)	7
3.4.2. Contraceptifs Oraux Progestatifs (COP) (24, 25)	9
3.4.3. Contraceptifs injectables (26)	10
3.4.4. Jadelle (27, 28)	11
3.4.5. Contraception d'urgence (29-31)	12
3.4.6. Dispositif Intra-Utérin (DIU) (21, 28)	13
3.4.7. Méthodes dites de barrière	15
3.4.9. Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV) (28, 35)	17
4. METHODOLOGIE	28
4.1. Lieu d'étude	28
4.1.1. Présentation de la commune	28
4.1.2. Population	29
4.1.3. Situation socio-économique (39)	30
4.2. Type et période d'étude	36
4.3. Population d'étude	36
4.3.1. Critères d'inclusion	36
4.3.2. Critères de non-inclusion	36
4.4. Echantillon	36
4.5. Variables mesurées	36
4.6. Gestion et analyse des données	36
4.7. Aspects éthiques	37
4.8. Déroulement de l'étude	37

5. RESULTATS	38
5.1. Résultats globaux	38
5.2. Résultats descriptifs	38
5.3. Résultats sur la relation entre la contraception et les caractéristiques sociodémographiques	44
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	47
6.1. Résultats descriptifs	47
6.2. Relation entre la contraception et les caractéristiques sociodémographiques ..	48
6.3. Limites de notre étude	50
7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	51
7.1. CONCLUSION	51
7.2. RECOMMANDATIONS	51
8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	53
9. FICHE SIGNALETIQUE	57
Résumé	57
Summary	58
SERMENT D'HIPPOCRATE	59

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Efficacité, effets secondaires et bénéfiques des contraceptifs (4, 36).....	20
Tableau II. Répartition des participants reçus en consultation pour PF au CSCom de Moribabougou entre 2019 et 2021selon la résidence	39
Tableau III. Répartition des participants reçus en consultation au CSCom de Moribabougou entre 2019 et 2021 en fonction des classes d'âge.....	40
Tableau IV. Type de consultation des participants reçus au CSCom de Moribabougou entre 2019 et 2021.....	40
Tableau V. Motifs de consultation lors de la planification familiale au CSCom de Moribabougou entre 2019 et 2021.....	41
Tableau VI. Méthodes contraceptives adoptées lors des consultations de la planification familiale entre 2019 et 2021	42
Tableau VII. Répartition des hommes reçus en consultations pour planification familiale entre 2019 et 2021.....	42
Tableau VIII. Méthodes contraceptives adoptées par les femmes lors de la première consultation de planification familiale entre 2019 et 2021	44
Tableau IX. Méthodes contraceptives adoptées par les femmes au CSCom de Moribabougou selon les classes d'âge entre 2019 et 2021	45
Tableau X. Méthodes contraceptives adoptées en fonction de la résidence au CSCom de Moribabougou entre 2019 et 2021.....	45
Tableau XI. Relation entre la demande de conseils sur le VHI/SIDA et l'adoption d'une méthode contraceptive au CSCom de Moribabougou entre 2019 et 2021	46
Tableau XII. Méthodes contraceptives adoptées en fonction du nombre d'enfant chez les femmes au CSCom de Moribabougou entre 2019 et 2021.....	46

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Carte de la commune rurale de Moribabougou (39)	29
Figure 2. Organigramme de l'aire de santé de Moribabougou (source : CSCom de Moribabougou) ..	35
Figure 3. Proportion d'utilisation des services de planification familial entre 2019 et 2021	38
Figure 4. Répartition des participants reçus en consultation pour PF au CSCom de Moribabougou entre 2019 et 2021 selon le genre	39
Figure 5. Utilisation du condom masculin en fonction des classes d'âge entre 2019 et 2021	43

LISTE DES ABREVIATIONS

AMPPF	Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire
COC	Contraceptifs Oraux Combinés
COP	Contraceptifs Oraux Progestatifs
CSCoM	Centre de Santé Communautaire
DIU	Dispositif Intra Utérin
EDSM	Enquête Démographique et de Santé du Mali
FAPH	Faculté de Pharmacie
FMOS	Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
IB	Initiative de Bamako
IPPF	International Planned Parenthood Federation (Fédération Internationale pour la Planification Familiale)
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de la Grossesse
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
OMATHO	Office Malien du Tourisme et de l'Hôtellerie
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCU	Pilules de Contraception d'urgence
PF	Planification Familiale
PSI	Population Services Internationale
RN	Route Nationale
SARL	Société à Responsabilité Limitée
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SOMAGEP	Société Malienne de Gestion de l'Eau Potable
SSP	Soins de Santé Primaire
TBC	Température Basale du Corps
UNFPA	United Nations Population Fund (Fonds des Nations unies pour la population)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. INTRODUCTION

La planification familiale (PF) est reconnue comme un moyen essentiel d'améliorer et de promouvoir la santé et le bien être des femmes et de la famille (1). L'importance de la PF dans la réduction des mortalités maternelle et infantile, et dans la maîtrise de la démographie a été mise en exergue par les Nations Unies à travers les Objectifs quatre et cinq du Millénaire pour le Développement (OMD) et par Ntambue en 2017 (2, 3). Selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2020, parmi les 1,9 milliard de femmes en âge de procréer, 842 millions utilisent au moins une méthode contraceptive (4). Le concept de PF comprend un ensemble de moyens permettant de réduire la morbidité et la mortalité maternelle, infantile et juvénile et d'assurer le bien-être familial et individuel (5). La PF est l'un des indicateurs des OMD utilisée pour suivre le développement économique des pays (6). Contrairement aux pays développés où plus de 70% des femmes en âge de procréer ont accès à une méthode de contraception (3), l'adhésion des pays en voie de développement aux nouvelles méthodes de la PF a connu beaucoup de réticence et d'obstacles. Elle fut perçue comme une manière de réduire la croissance démographique en Afrique notamment dans la religion musulmane (7, 8). Le taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception chez les femmes en âge de procréer en couple a passé de 55% en 2000 à 57,1% en 2019 dans le monde (9).

En Afrique, le taux moyen d'utilisation d'une méthode moderne de contraception est de 24% (3). L'évolution faible du taux d'utilisation des méthodes modernes de la contraception (10) s'explique par certains facteurs comme l'environnement socio-culturel, le choix limité des méthodes, le niveau de connaissance faible en matière de PF, l'accès limité aux services de soins et la disponibilité des prestataires qualifiés dans le domaine (11, 12). Actuellement, bien que les jeunes soient de plus en plus précocement actifs sur le plan sexuel, ils sont nombreux à ignorer les pratiques de la PF ou qui s'en détournent par pure inconscience au risque de compromettre leur santé et leur avenir. Bien que les structures publiques et privées existent un peu partout dans le pays, principalement dans les centres urbains apportant conseils et soins aux jeunes ; elles sont en nombre insuffisant et sont peu fréquentées par les adolescents ce qui limite leur impact sur la santé sexuelle des jeunes [16].

Depuis de nombreuses années, le gouvernement du Mali avec l'appui de ses partenaires au développement a déployé des actions importantes pour rendre accessibles et disponibles les services de planification familiale. Toutefois, les résultats obtenus ne sont pas satisfaisants comme rapporté dans le rapport des enquêtes démographiques et de santé du Mali en 2018 (13). La faible utilisation des méthodes contraceptives peut avoir des conséquences néfastes sur la santé des mères et des enfants ainsi que le revenu familial (14). De ce fait, le renforcement de la PF contribuera à améliorer non seulement le statut socio-économique des ménages, d'éviter les grossesses indésirées mais permet également aux couples de mieux répondre aux besoins fondamentaux de la famille et de participer pleinement au développement économique du pays (15).

Au Mali, plus de 93% des femmes et des hommes ont déjà entendu parler d'une méthode contraceptive parmi lesquelles 15% des femmes en âge de procréer et 16% de celles qui sont en couple utilisent une méthode contraceptive. Le taux d'utilisation de la contraception passe de 10% en 2013 à 16 % en 2018 chez les femmes en couples dont le plus élevé a été observé à Bamako (22%) (13). Ce taux est plus élevé aussi en zone urbaine qu'en zone rurale. Cependant, les informations ne sont pas suffisamment disponibles sur le taux d'utilisation dans les zones périurbaines. D'où la nécessité de mener des investigations pour avoir des informations sur la contraception dans ces zones. La présente étude a été initiée pour analyser la pratique des méthodes modernes de la contraception dans l'aire de santé de Moribabougou, une zone périurbaine du district de Bamako. Malgré sa proximité avec Bamako, la commune périurbaine de Moribabougou (région de Koulikoro) est confrontée à d'énormes problème socioéconomique et de santé tels que le paludisme et les grossesses indésirables (source : centre de santé communautaire (CSCoM)). Cette étude sera une opportunité de disposer des données préliminaires afin de dégager des pistes possibles pour mieux comprendre les obstacles liés à l'utilisation de la contraception dans ladite commune.

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Evaluer la pratique des méthodes modernes de contraception au CSCCom de Moribabougou dans le district sanitaire de Kati entre 2019 et 2021.

2.2. Objectifs spécifiques

- Enumérer les méthodes modernes de contraception adoptées au CSCCom de Moribabougou entre 2019 et 2021 ;
- Déterminer l'évolution des différentes méthodes contraceptives adoptées au CSCCom de Moribabougou entre 2019 et 2021 et
- Comparer le taux d'utilisation des différentes méthodes contraceptives en fonction des caractéristiques sociodémographiques des participants entre 2019 et 2021.

3. GENERALITES

3.1. Définition de la planification familiale

La planification familiale regroupe les informations, les moyens et les méthodes qui permettent aux individus de décider librement de la dimension de leur famille et de l'espacement des naissances. Cela comprend un large éventail de contraceptifs dont la pilule, les implants, les dispositifs intra-utérins, les procédures chirurgicales qui limitent la fertilité et les méthodes barrières telles que les préservatifs ainsi que des méthodes non-invasives comme la méthode du calendrier ou l'abstinence. La planification familiale comprend également des informations sur la grossesse volontaire, ainsi que sur le traitement de l'infertilité.

3.2. Situation de la contraception dans le monde

Au niveau mondial, le taux d'utilisation de la contraception évolue en dent de scie. En 2021, 62% des femmes en âge de procréer mariées ou vivant en union libre utilisaient au moins une méthode de contraception contre 55% en 1990 avec une variation entre les pays développées (70%) et les pays en voie de développement (60%) (9). L'accessibilité aux différentes méthodes modernes de contraception est très inégale dans le monde, notamment en Afrique subsaharienne. De même, le choix de la méthode contraceptive est très variable d'une zone géographique à l'autre. Entre 2000 et 2019, le taux d'utilisation de la contraception moderne chez les femmes en âge de procréer a passé de 55% à 57,1% dans le monde (9).

En 2020, selon le rapport de l'OMS sur la contraception, le nombre des femmes en âge de procréer à avoir besoin d'une méthode de contraception était estimé à 1,1 milliard dans le monde. Malgré le taux d'utilisation de plus de 70% des méthodes modernes de planification familiale à l'échelle mondiale en 2019, les besoins restent insatisfaits en la matière surtout en Afrique centrale et de l'ouest (4). Dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, 74 millions de femmes tombent enceintes de façon accidentelle chaque année occasionnant environ 25 millions d'avortements et 47 000 décès maternels (16). Malgré les progrès accomplis dans la PF, la mortalité liée aux lacunes de l'utilisation des méthodes contraceptives reste élevée surtout dans les pays à faible revenu. Il a fallu un nouvel appel du Dr Margaret Chan, directrice générale de l'OMS : « L'accès à la contraception moderne est un droit fondamental de

chaque femme. Au même titre que ce droit, il importe de respecter la dignité des femmes en leur offrant un éventail d'options de planification familiale et la liberté de faire leur propre choix » (17).

Dans les pays en développement, 225 millions de femmes souhaiteraient espacer les naissances ou ne veulent plus avoir d'enfants, mais n'ont malheureusement pas d'accès à aucun moyen de contraception moderne. Or, la garantie d'un accès de toutes les populations à une méthode de contraception permet non seulement de réduire la mortalité maternelle et infantile, mais aussi d'éviter les grossesses précoces et indésirées (11). La contraception offre tout un éventail d'avantages potentiels dans d'autres domaines comme l'éducation et au développement économique des pays. L'utilisation de la contraception protège les femmes, en particulier les adolescentes, des risques que peuvent représenter les grossesses indésirées pour leur santé. Lorsque les naissances sont espacées de moins de deux ans, le taux de mortalité chez le nourrisson est supérieur de 45% au taux de mortalité lorsque les naissances sont espacées de 2 à 3 ans, et supérieur de 60% au taux de mortalité lorsqu'elles le sont de quatre ans ou plus (3).

L'Afrique est le continent où non seulement le recours à la contraception est plus faible, mais aussi là où la fécondité est la plus élevée. En effet, l'indice synthétique de fécondité est environ 3 enfants par femme dans les pays en développement contre 5 en Afrique dont 3 en Afrique du nord et 5 en Afrique subsaharienne. Le continent africain est affecté de fortes disparités entre la partie au nord du Sahara et celle au sud en matière de recours à la contraception (18).

Selon l'organisation de la planification familiale 2020 (PF2020), l'utilisation de la contraception moderne a augmenté au cours des sept dernières années dans les pays pauvres au monde, et particulièrement en l'Afrique. Sur un total de 926 millions de femme en âge de procréer dans les 69 pays pauvres du monde dont 41 en Afrique, 314 millions utilisent désormais des moyens de contraception modernes, soit une augmentation de 53 millions depuis 2012 (19). En Afrique, on note depuis 2012 une augmentation de 2% du taux d'utilisation de la contraception, notamment en Afrique de l'est et australe où la plus hausse a été observée, soit 7%. Ces progrès ont été surtout reportés en Ouganda et Mozambique (19, 20). L'Afrique de l'ouest demeure

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

3.3. Situation de la contraception au Mali

Au Mali, la planification familiale a débuté de façon informelle par la création en 1971 de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de Famille (AMPPF), organisation non gouvernementale à but non lucratif. Pionnière en matière de santé de la mère et de l'enfant (SMI) et de PF, l'AMPPF œuvre depuis plus d'une quarantaine d'années dans l'amélioration de la qualité de vie de la famille et des individus en milieu rural et urbain. En 1976, l'AMPPF a adhéré à la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) en qualité de membre associé, puis membre à part entière en 1983. Jusqu'à présent, l'AMPPF est la plus grande ONG au Mali intervenant dans le domaine de la planification familiale [5].

La PF reste toujours un sujet sensible au Mali. Partagées entre culture, tradition et religion, les femmes restent les éternelles victimes du phénomène. Si dans les zones urbaines, les femmes ont plus de chances et d'opportunités d'avoir accès aux informations concernant leur maternité, dans les zones rurales au contraire, elles vivent dans des situations d'accès difficiles aux services sociaux de base. En plus de l'inaccessibilité aux services, il y a aussi des difficultés liées à la volonté des hommes, qui ne prennent pas en compte le plus souvent les capacités physiques et l'état de santé de la femme car avoir beaucoup d'enfants est un signe de richesses. A ces difficultés, s'ajoutent les principes religieux qui s'exercent sur les femmes dans le pays. Les religieux, pour qui « seul Dieu donne », n'adhèrent pas pour la plupart des cas à la planification familiale, voyant en elle un moyen contraire à la religion.

Au Mali, l'évolution du taux d'utilisation de la contraception moderne se fait en dent de scie depuis la première enquête démographique et de santé en 1987 avec 3% pour atteindre 15% en 2018, soit 31 ans après la première étude (13). Le plus fort taux a été enregistré à Bamako (capitale du Mali) avec 22,3% contre seulement 2,6% (Kidal) et 3,3% (Gao) dans les régions nord du Mali. En zone rurale, ce taux était de 15% comparativement en milieu urbain où ce taux était à 22,3%. Cela démontre que la population adhère difficilement à la PF surtout en milieu rural. Parmi les femmes actuellement en couple, 16% seulement utilisaient une méthode contraceptive

moderne. Les méthodes contraceptives les plus utilisées étaient les implants avec 24% pour les femmes non en couple contre seulement 7% pour celles qui ne le sont pas, les injectables viennent en seconde position avec 8% pour les femmes non en couple contre 6% pour celles qui ne le sont pas. Parmi les femmes en âge de procréer, 24% ont toujours des besoins non satisfaits en matière de planification familiale notamment l'espacement des naissances (13). Actuellement, les femmes et les hommes connaissent mieux les méthodes modernes que les méthodes traditionnelles. Les méthodes les plus connues par les femmes étaient les injectables, les implants, la pilule et le condom masculin.

3.4. Méthodes contraceptives

Le choix d'une méthode de contraception dépend de sa disponibilité et son accessibilité, mais aussi les préférences individuelles et les normes sociétales et culturelles. Les différentes méthodes contraceptives sont notamment les pilules de contraception orale, les implants, les contraceptifs injectables, les patchs contraceptifs, les anneaux vaginaux, les dispositifs intra-utérins, les préservatifs, la stérilisation masculine ou féminine, les méthodes d'aménorrhée lactationnelle, les méthodes reposant sur le retrait (coït interrompu) et la connaissance des périodes de fertilité (19, 21).

3.4.1. Contraceptifs Oraux Combinés (COC) (22, 23)

Les COC ou pilules contraceptives sont des comprimés composés de deux hormones synthétiques œstrogène et progestérone. Ils se présentent sous forme de plaquettes de 28 comprimés dont les 7 derniers contiennent du fer.

3.4.1.1. Avantages

- Efficacité immédiate
- L'examen gynécologique n'est pas nécessaire
- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- Peu d'effets secondaires
- Peut être fourni par un personnel non médical
- Diminue la quantité des règles et leur durée
- Diminue les crampes des menstrues
- Diminue le risque d'anémie

- Protège contre les cancers des ovaires et de l'endomètre
- Diminue les maladies bénignes des seins et les kystes ovariens
- Préviend les grossesses extra utérines
- Méthode réversible
- Préviend certaines affections (kystes ovariens, dysménorrhée...)
- Régularise le cycle.

3.4.1.2. Inconvénients et précautions

- Ne protège pas contre les IST et VIH/SIDA
- Diminue la production du lait
- Doivent être pris tous les jours
- L'oubli augmente l'échec
- Peut entraîner la nausée, vertiges, céphalées...
- Leur efficacité peut être réduite par certains médicaments (rifampicine, antimycosiques, anticonvulsivants).

3.4.1.3. Effets secondaires

- Nausées, vertiges, seins légèrement sensibles
- Céphalées
- Hypertension artérielle
- Aménorrhée
- Peut entraîner un retard dans le retour de la fécondité
- Acné

3.4.1.4. Contre –indications absolues

- Plus 6 semaines à la suite d'un accouchement, si la patiente allaite ;
- Fumeuses de plus de 35 ans (Plus de 15 bâtons/jour)
- HTA (systolique >160mmHg ou diastolique > 100mmHg) ;
- Antécédents de thrombo-embolie veineuse ;
- Cardiopathie ischémique ;
- Antécédents d'accident vasculaire cérébral ;
- Cardiopathie valvulaire compliquée ;
- Migraine accompagnée de symptômes neurologiques en foyer ;
- Cancer du sein (en cours) ;

- Diabète accompagné de rétinopathie/ Néphropathie ;
- Grave cirrhose et tumeur hépatique (adénome ou hépatome).
- Fumeuses de plus de 35 ans (Moins de 15 bâtons/jour) ;
- HTA adéquatement maîtrisée ;
- Hypertension (systolique : 140-159mmHg, diastolique : 90-99 mmHg) ;
- Migraine (chez les femmes de plus de 35 ans) ;
- Maladie vésiculaire en phase symptomatique ;
- Légère cirrhose ;
- Antécédents de cholestase associée à l'utilisation de COC ;
- Utilisatrices de médicaments pouvant entraver le métabolisme des COC.

3.4.2. Contraceptifs Oraux Progestatifs (COP) (24, 25)

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

3.4.2.1. Avantages

- Retour immédiat à la fécondité
- N'influencent pas la lactation
- Diminuent les risques de maladies inflammatoires du pelvis
- Donnent une protection relative contre le cancer de l'endomètre
- N'interfèrent pas avec les rapports sexuels.

3.4.2.2. Inconvénient

Les COP ne protègent pas contre les IST/SIDA

3.4.2.3. Effets secondaires

- Prise de poids
- Aménorrhée
- Saignements irréguliers.

3.4.2.4. Contre-indications

- Grossesse et diagnostic courant de cancer du sein ;
- Hépatite virale évolutive et les tumeurs hépatiques.

3.4.3. Contraceptifs injectables (26)

Le contraceptif injectable est un produit progestatif de synthèse qui libère lentement et empêche la survenue de la grossesse.

3.4.3.1. Avantages

- Très efficace (>99,7%)
- Action prolongée
- Méthode peu contraignante, pratique, discrète
- Ne gêne pas la lactation
- Peut protéger partiellement contre le cancer de l'endomètre, l'endométriose et les kystes de l'ovaire
- Fournit une protection relative contre les maladies inflammatoires du pelvis
- Diminue les risques de grossesse ectopique.

3.4.3.2. Inconvénients et précautions

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

3.4.3.3. Effets secondaires

- Aménorrhée
- Gain pondéral modéré
- Maux de tête
- Légère sensibilité des seins
- Changement d'humeur, dépression
- Acné (rarement)
- Diminution de la libido
- Rarement hémorragie génitale

3.4.3.4. Indication

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

Il peut également convenir aux femmes allaitantes ou ayant :

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

3.4.3.5. Contre -Indication

- Grossesse
- Saignements vaginaux inexpliqués et diagnostic courant de cancer du sein
- Cirrhose grave
- Hépatite virale évolutive et adénome hépatique bénin.

3.4.4. Jadelle (27, 28)

C'est un contraceptif contenant un progestatif retard diffusé à travers 2 capsules insérées en sous-cutané à la face interne du bras de l'utilisatrice.

3.4.4.1. Avantages

- Son action est immédiate, 24h après l'insertion
- Actif dans l'organisme pendant, peut aller jusqu'à 4 ans
- Les capsules peuvent être retirées à tout moment
- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- N'affecte pas l'allaitement
- Les capsules ne gênent pas et sont à peine visibles sous la peau
- Cette méthode n'exige pas un effort de mémoire
- Peut prévenir l'anémie en diminuant le flux menstruel
- Il a peu d'effets secondaires, à part les irrégularités du cycle menstruel

3.4.4.2. Inconvénients et précaution

- La pose ou le retrait des capsules nécessite un personnel qualifié
- Il ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles
- La pose et le retrait nécessitent une procédure chirurgicale mineure
- Les capsules peuvent être visibles sous la peau

3.4.4.3. Effets secondaires

- Saignements prolongés
- Aménorrhée ou une combinaison de ces troubles.
- Céphalées
- Prise de poids et modification de l'appétit
- Troubles de l'humeur (nervosité/dépression)
- Vertiges.

3.4.4.4. Contre-indications

- Hypersensibilité au lévonorgestrel ou à tout autre composant de **JADELLE**.
- Hémorragie vaginale anormale non diagnostiquée
- Suspicion ou diagnostic de cancer hormonodépendant.

3.4.5. Contraception d'urgence (29-31)

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

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

La contraception d'urgence est indiquée en cas ;

- ✓ De viol,
- ✓ De rupture/glissement/utilisation incorrecte de préservatifs,
- ✓ D'expulsion de D.I.U,
- ✓ D'échec du coït interrompu,
- ✓ D'oubli de pilule contraceptive, et
- ✓ De rapports sexuels imprévus.

Les contre-indications des contraceptifs d'urgence sont :

La seule allergie aux COU porte sur les composantes du produit. Dans le cas d'un stérilet au cuivre post coïtal, il faut exclure la possibilité d'une grossesse préexistante, surtout si la femme a eu des rapports sexuels En début de cycle. Il ne doit y avoir ni signe d'infection vaginale ou cervicale ni antécédents récents d'infection pelvienne ; de plus, le risque d'infection transmise sexuellement doit être faible.

3.4.6. Dispositif Intra-Utérin (DIU) (21, 28)

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

3.4.6.1. Avantages

- Son action est immédiate
- Actif pendant 12 à 13 ans dans l'organisme
- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- N'affecte pas l'allaitement
- Pas d'effet secondaire hormonal
- Immédiatement réversible
- Cette méthode n'exige pas un effort de mémoire

3.4.6.2. Inconvénients et précautions

- La pose ou le retrait du DIU nécessite un personnel qualifié
- Le DIU ne protège pas contre les IST/SIDA
- Pose et retrait nécessitent un examen Clinique
- L'utilisatrice ne peut pas arrêter la méthode d'elle-même
- Le DIU peut être expulsé sans que la femme ne s'en rende compte (post-partum)

- Le DIU ne protège pas contre les grossesses ectopiques
- La femme doit vérifier la position du fil de temps à autre.

3.4.6.3. Effets secondaires

Il a peu d'effets secondaires

- Changements menstruels (durant les 3 premiers mois mais ont tendance à diminuer après)
- Règles plus longues et plus abondantes
- Saignements ou Spotting entre les règles
- Crampes et douleurs 3 à 5 jours après l'insertion
- Saignements menstruels abondants pouvant conduire à l'anémie (surtout avec les DIU inertes)
- Perforation de la paroi de l'utérus si insertion mal effectuée.

3.4.6.3. Indications

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

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

3.4.6.4. Contre -indications

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

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

3.4.7. Méthodes dites de barrière

3.4.7.1. Préservatif masculin (32)

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

3.4.7.1.1. Avantages

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

3.4.7.1.2. Inconvénients et précautions

- Diminue éventuellement le plaisir et l'élan sexuels
- Changer à chaque rapport
- Risque de déchirure

3.4.7.1.3. Effets secondaires

Allergies au latex ou à certains lubrifiants.

3.4.7.1.3. Contre-indication

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

3.4.7.2. Préservatif féminin (33)

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

3.4.7.2.1. Avantages

- Protège contre la grossesse et les IST/VIH
- Pas d'allergies
- Peut être porté plusieurs heures avant le rapport sexuel.

3.4.7.2.2. Inconvénients et précautions

- Coûteux actuellement
- Changer à chaque rapport
- La femme doit toucher ses parties génitales

3.4.7.2.3. Effets secondaires

Pas d'effets secondaires apparents.

3.4.7.2.4. Contre-indications

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

3.4.8. Spermicides (34)

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

3.4.8.1. Mode d'action

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

3.4.8.2. Avantages

- Vente libre sans prescription médicale
- Utilisation facile et peut être associée au condom
- Utilisés comme méthode d'attente ou de transition
- Peuvent servir de lubrifiants pour humidifier le vagin
- Doivent être introduits juste avant les rapports sexuels
- Les comprimés et les ovules doivent être mis 10 à 15 minutes avant les rapports sexuels.

3.4.8.3. Inconvénients et précautions

- Peuvent interrompre les préjudes avant les rapports sexuels
- Peuvent être gênants pour les femmes qui n'aiment pas manipuler leur vagin
- Peuvent entraîner une sensation de chaleur qui peut être gênante pour certaines personnes, appréciable par d'autres
- Peuvent parfois causer une irritation ou allergie vaginale ou du pénis (rare)
- Excès d'humidité vaginale et même écoulement du produit ce qui peut être gênant pour certaines personnes, appréciable par d'autres
- Pas de toilette vaginale dans les 6 heures après le rapport
- Doivent être utilisés à chaque rapport
- Nécessitent une motivation constante de l'utilisatrice
- N'assurent pas la double protection.

3.4.8.4. Contre-indications

Le spermicide est contre-indiqué en cas de :

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

3.4.9. Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV) (28, 35)

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

3.4.9.1. Avantages

- Efficacité presque totale
- Méthode permanente et définitive
- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- Pas besoin de prendre des produits
- La ligature des trompes est efficace aussitôt après l'intervention.

3.4.9.2. Inconvénient ou précautions

- Méthode irréversible
- Ne protège pas contre les IST/VIH
- Nécessite un personnel qualifié
- S'assurer que le couple a compris.

3.4.9.3. Effets secondaires et complications

- Crampes et douleurs après l'intervention
- Hématome pariétal
- Hémorragie interne
- Infection-péritonite
- Abscess pelvien
- Septicémie
- Lésions viscérales

3.4.9.4. Conditions pour la consultation

- Exiger la présence du couple et le mettre à l'aise
- Assurer l'intimité et la confidentialité
- Demander ce que le couple sait de la CCV
- Être à l'écoute des questions et prendre le temps de rassurer le Couple/et ou l'utilisatrice.

3.4.9.4. Les indications

- ✓ Choix du couple
- ✓ Toute contre-indication médicale à la grossesse mettant en danger la vie de la femme

- ✓ Une grande multipare (≥ 4 enfants vivants) ayant une contre-indication aux autres méthodes contraceptives
- ✓ Antécédents de complications obstétricales.

3.4.9.5. Les contres indications

- La grossesse et l'infection génitale haute, métrorragies génitales non étiquetées
- Cardiopathies, hypertension artérielle non traitée, troubles du rythme
- Troubles de l'hémostase, anémie sévère
- Obésité importante, diabète non traité,
- Angoisse et instabilité psychologique
- Masse annexielle non étiquetée
- Antécédents de psychose puerpérale
- Hypertension artérielle gravidique surtout compliquée d'éclampsie
- Rupture prématurée des membranes, hémorragie de l'accouchement et le traumatisme des voies génitales, la fièvre puerpérale, anomalie de la cavité utérine ou des trompes de Fallope
- Allergie à l'iode, ce qui rendrait impossible l'hystérosalpingographie qu'il faut réaliser trois mois après l'intervention
- Corticothérapie en cours
- Allergie au nickel

Le mode d'action et l'efficacité des méthodes modernes de la contraception sont différents et dépend de produits utilisés. L'efficacité des méthodes est mesurée par le nombre de grossesses pour 100 femmes utilisant la méthode chaque année. Les méthodes sont classées en fonction de leur efficacité moyennant l'utilisation habituelle comme suit: très efficace (0-0,9 grossesse pour 100 femmes), efficace (1-9 grossesses pour 100 femmes), Modérément efficace (10-19 grossesses pour 100 femmes), moins efficace (20 grossesses ou plus pour 100 femmes) (19).

Tableau I. Efficacité, effets secondaires et bénéfiques des contraceptifs (4, 36)

Type de contraception	Durée ou fréquence d'utilisation	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation correcte et régulière	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation courante	Effets secondaires potentiels (liste non exhaustive)	Effets bénéfiques potentiels sur la santé (liste non exhaustive)
MÉTHODES INTRA-UTÉRINES					
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (DIU LNG)	3 à 7 ans (selon le type)	0,2 à 0,8	0,2 à 0,8	Perturbations des saignements, acné, maux de tête, sensibilité ou douleurs mammaires, nausées, prise de poids, vertiges, troubles de l'humeur, kystes ovariens	Peut protéger de l'anémie, des cancers de l'endomètre et du col de l'utérus, pourrait réduire les crampes, les saignements et les symptômes de l'endométriose
Dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre	Jusqu'à 10 à 12 ans (selon les directives nationales)	0,6	0,8	Perturbations des saignements, crampes abdominales pendant les périodes menstruelles, notamment dans les 3-6 premiers mois	Peut protéger des cancers de l'endomètre
MÉTHODES HORMONALES					
Implant	3 à 5 ans (selon le type)	0,1	0,1	Perturbations des saignements, maux de tête, douleurs abdominales, acné, vertiges, troubles de l'humeur, nausées, complications rares	Peut protéger de la maladie pelvienne inflammatoire symptomatique et de l'anémie

Tableau I (suite)

Type de contraception	Durée ou fréquence d'utilisation	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation correcte	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation courante	Effets secondaires potentiels (liste non exhaustive)	Effets bénéfiques potentiels sur la santé (liste non exhaustive)
Contraceptif progestatif injectable (DMPA, DMPA-SC ou NET-EN)	Tous les 2 ou 3 mois (selon le type)	0,2	4	Perturbations des saignements, prise de poids, maux de tête, vertiges, gêne abdominale, troubles de l'humeur, baisse de la libido, perte de densité osseuse	Peut protéger du cancer de l'endomètre, des fibromes, des symptômes de la maladie pelvienne inflammatoire et d'autres maladies (DMPA) ainsi que de l'anémie (DMPA et NET-EN)
Contraceptifs injectables ou injectables combinés mensuels	Tous les mois	0,05	3	Perturbations des saignements, prise de poids, maux de tête, vertiges, sensibilité mammaire	Données limitées, mais les effets bénéfiques pourraient être les mêmes que ceux de la pilule contraceptive combinée
Pilule contraceptive combinée (ou « pilule »)	Tous les jours	0,3	7	Perturbations des saignements, maux de tête, vertiges, nausées, prise de poids, troubles de l'humeur, sensibilité	Peut protéger des cancers de l'endomètre et des ovaires ainsi que des symptômes de la maladie pelvienne inflammatoire

Tableau I (suite)

Type de contraception	Durée ou fréquence d'utilisation	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation correcte	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation courante	Effets secondaires potentiels (liste non exhaustive)	Effets bénéfiques potentiels sur la santé (liste non exhaustive)
Pilule progestative (ou « pilule minidosée »)	Tous les jours	0,3	1 à 7 (selon que l'utilisatrice est ou non allaitante)	Perturbations des saignements, maux de têtes, vertiges, troubles de l'humeur, sensibilité mammaire, douleurs abdominales, nausées	Protège des risques de grossesse. Sans danger pour les femmes allaitantes et leur bébé, car n'affecte pas la lactation
Patch	Une fois par semaine pendant 3 semaines	0,3	7	Irritations cutanées, perturbations des saignements, maux de tête, nausées, vomissements, sensibilité et douleurs mammaires, douleurs abdominales,	Données limitées, mais les effets bénéfiques pourraient être les mêmes que ceux de la pilule contraceptive combinée
Anneau vaginal contraceptif (progestatif)	Anneau à porter pendant 3 semaines	0,3	7	Perturbations des saignements, maux de tête, vaginite, pertes	Données limitées, mais les effets bénéfiques sont probablement les mêmes que ceux de la pilule contraceptive combinée

Tableau I (suite)

Type de contraception	Durée ou fréquence d'utilisation	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation correcte	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation courante	Effets secondaires potentiels (liste non exhaustive)	Effets bénéfiques potentiels sur la santé (liste non exhaustive)
Anneau vaginal (contraceptif hormonal)	90 jours	1 à 2	1 à 2	Perturbations des saignements, douleurs abdominales, douleurs mammaires	Ne compromet pas la lactation pour les femmes allaitantes
MÉTHODES BARRIÈRES					
Cape cervicale	Avant chaque rapport sexuel	9 à 26 (selon que l'utilisatrice a déjà accouché ou non)	16 à 32 (selon que l'utilisatrice a déjà accouché ou non)	Certaines utilisatrices signalent des irritations, possibles lésions vaginales	Peut protéger de certaines IST, lésions cervicales précancéreuses et du cancer du col
Diaphragme	Avant chaque rapport sexuel	16	17	Certaines utilisatrices signalent des irritations, possibles lésions vaginales	Peut protéger de certaines IST ainsi que des lésions cervicales précancéreuses et du cancer du col
Préservatif masculin	Usage unique	2	13	Réactions allergiques au latex (extrêmement rares)	Double protection contre la grossesse et les IST (notamment le VIH)
Préservatif féminin	Usage unique	5	21	Aucun	Double protection contre la grossesse et les IST (notamment le VIH)
Spermicide	Avant chaque rapport sexuel	16	21	Certaines utilisatrices signalent des irritations, possibles lésions vaginales	Contribue à protéger des risques de grossesse

Tableau I (suite)

Type de contraception	Durée ou fréquence d'utilisation	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation correcte	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation courante	Effets secondaires potentiels (liste non exhaustive)	Effets bénéfiques potentiels sur la santé (liste non exhaustive)
MÉTHODES FONDÉES SUR LA CONNAISSANCE DES PÉRIODES DE FÉCONDITÉ					
Méthode du calendrier (Standard Days Method)	Mensuel (utiliser des méthodes barrières durant la période de fécondation)	5	12	Aucun	Contribue à protéger des risques de grossesse
Méthodes fondées sur les symptômes (méthode des deux jours, méthode de l'ovulation,)	Tous les mois, en évitant les rapports sexuels pendant la période de fécondité ou en utilisant des méthodes barrières ces jours-là	< 1 à 4	2 à 23	Aucun	Contribue à protéger des risques de grossesse
Méthode de l'aménorrhée lactationnelle	Jusqu'à 6 mois après un accouchement, pendant la période d'aménorrhée, dans le cadre d'un allaitement exclusif	0,9 (en 6 mois)	2 (en 6 mois)	Aucun	Encourage l'allaitement, bénéfique pour la santé de la mère et du bébé

Tableau I (suite)

Type de contraception	Durée ou fréquence d'utilisation	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation correcte	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation courante	Effets secondaires potentiels (liste non exhaustive)	Effets bénéfiques potentiels sur la santé (liste non exhaustive)
RETRAIT					
Retrait (coït interrompu)	Pendant le rapport sexuel	4	20	Aucun	-
CONTRACEPTION D'URGENCE					
DIU au cuivre	Pose dans un délai de 5 jours après un rapport sexuel non protégé	Aucune donnée	Aucune donnée	Perturbations des saignements, risques et complications peu fréquents ou rares	Peut protéger des cancers de l'endomètre et du col de l'utérus
Pilule contraceptive d'urgence	Jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel non protégé	< 1 à 2		Perturbations des saignements, nausées, douleurs abdominales, fatigue, maux de tête, sensibilité mammaire	Contribue à protéger des risques de grossesse, n'interrompt PAS une grossesse existante

Tableau I (suite)

Type de contraception	Durée ou fréquence d'utilisation	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation correcte	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation courante	Effets secondaires potentiels (liste non exhaustive)	Effets bénéfiques potentiels sur la santé (liste non exhaustive)
MÉTHODES PERMANENTES DE CONTRÔLE DES NAISSANCES					
Stérilisation féminine (ligature des trompes)	Permanente, efficacité immédiate	0,5	0,5	Complications fréquentes, rarissimes peu voire	Peut protéger de la maladie pelvienne inflammatoire ainsi que du cancer des ovaires
Stérilisation masculine (vasectomie)	Permanente, mais une autre méthode doit être utilisée pendant les 3 premiers mois	0,1	0,15	Complications fréquentes, rarissimes peu voire	Peut protéger la partenaire des risques de grossesse

Légende

DMPA : acétate de médroxyprogestérone ; **DMPA-SC** : acétate de médroxyprogestérone en injection sous-cutanée ; **NET-EN** : énanthate de noréthistérone ; **IST** : infections sexuellement transmissibles

Les contraceptifs sont sans danger, et les moyens de contraception modernes, en particulier, peuvent être extrêmement efficaces pour prévenir une grossesse non intentionnelle. Certaines méthodes peuvent ne pas convenir à toutes les utilisatrices pour des raisons médicales, socioéconomiques ou logistiques. Il est donc important que les personnes concernées aient accès à des informations sur le large éventail de contraceptifs disponibles, sur leurs effets secondaires et sur leurs effets bénéfiques en dehors de la contraception pour pouvoir prendre des décisions éclairées. Les informations dans le tableau 2 sont tirées des dernières recommandations de l’OMS (37, 38).

4. METHODOLOGIE

4.1. Lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée dans l'aire de santé de Moribabougou.

4.1.1. Présentation de la commune

4.1.1.1. Situation géographique

Moribabougou fût fondé vers 1870 par Moriba Diarra natif de Baguineda. Il fût le 1^{er} chef de village. La commune rurale de Moribabougou a été créée par la loi N°96-059 du 04 novembre 1996. Elle est située à 15 km à l'est du district de Bamako, dans le cercle de Kali. La commune rurale de Moribabougou est l'une des 37 communes du cercle de Kati qui s'étend sur une superficie de 200 km² de part et d'autre de la voie ferrée Bamako-Koulikoro sur la route nationale la RN 27 qui relie la ville de Bamako à celle de Koulikoro. La commune rurale de Moribabougou compte 4 villages : Moribabougou ville, Dogobala, Fombabougou et Souleymanebougou. La commune se situe entre les monts mandings du côté nord et le fleuve Niger du côté sud. La commune rurale de Moribabougou est limitée par :

- Au nord par la Commune rurale de Safo (Cercle de Kati) ;
- Au nord-est par la Commune rurale de N'Gabacoro Droit (Cercle de Koulikoro) ;
- À l'ouest par la Commune rurale de Sangarébougou (Cercle de Kati) et le District de Bamako.

4.1.1.2. Relief et climat

Le relief de la commune est très accidenté par la présence des monts mandings et de plateaux entrecoupés de vallées, il est en pente en direction des marigots (est-ouest) et du fleuve Niger (nord-sud). Les sols sont argilo-sableux ou sablo-limoneux aux abords du fleuve ; latéritiques, rocheux, rocailleux ou de glacis d'accumulation sur le piémont, les plateaux et les monts mandings rendent difficile son aménagement.

Le climat est de type soudanien, caractérisé par une alternance entre deux saisons :

- Une saison sèche répartie entre une période froide (de novembre à février) et une période chaude (de mars à mai) avec une température moyenne annuelle de 28°C qui oscille entre 42°C au mois de mai et 22°C au mois de décembre ;

- Une saison des pluies qui s'étend entre le mois de juin et d'octobre. La moyenne de la pluviométrie annuelle est de 925 mm d'eau.

Les vents dominants sont par l'harmattan (vent sec qui souffle du nord-est au sud-ouest au cours de la saison sèche) et la mousson (vent humide qui souffle du sud-ouest au nord-est au cours de la saison des pluies). La commune est arrosée par le fleuve Niger (ouest-est) et ses bras. Elle est traversée du nord au sud par des marigots intermittents dont le plus important est le Farakoba qui sépare le quartier de Titibougou de celui de Boukassoumbougou.

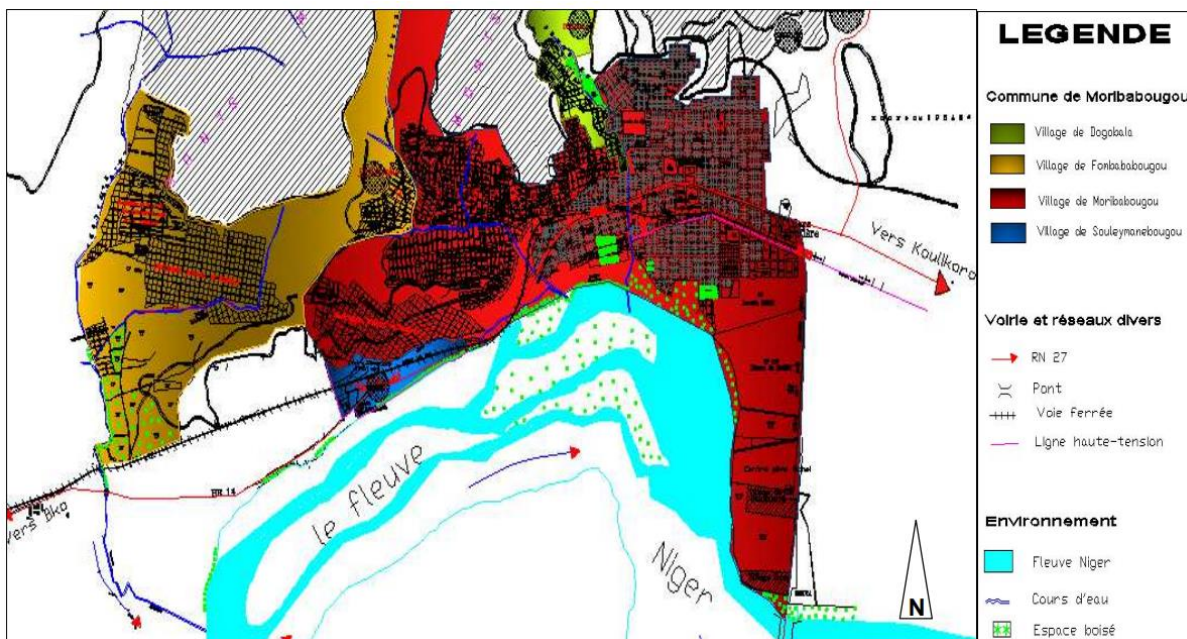


Figure 1. Carte de la commune rurale de Moribabougou (39)

4.1.2. Population

La commune rurale de Moribabougou compte d'environ 24 000 habitants pour l'aire de santé. Les femmes représentent presque 52% de la population (Source : CSCOM Moribabougou). Cette population est composée majoritairement de Bambanas. On y trouve également les malinkés, les sonrhais, les peulhs, les bozos, les bobos, les dogon etc.). Les différents flux migratoires telles que l'exode vers la ville de Bamako et à l'extérieur du pays ne sont pas négligeables.

La langue la plus parlée est le Bambara ; les différentes religions sont l'islam, le christianisme et l'animisme. Il existe une forte cohésion sociale entre les différentes

communautés qui permet de résoudre beaucoup de problèmes à l'interne sans faire recours aux autorités politiques ou judiciaire.

4.1.3. Situation socio-économique (39)

4.1.3.1. Agriculture

L'agriculture constitue la principale activité économique des populations. Aux abords des villages, dans les bras morts du fleuve Niger, la culture du riz (*Oryza sativa* L., *O. glaberrima* S.) est très développée. Celle du sorgho (*Sorghum vulgare* J.), du mil (*Pennisetum typhoides* Stapf. & Hubb), du maïs (*Zea mays* L.), du haricot (*Vigna unguiculata* L.), de papaye (*Carica papaya* L.), de l'orange (*Citrus sinensis* L.) et du citron (*Citrus limonum* RISSO.) a lieu surtout dans les alentours des concessions ou dans des jardins situés le long du fleuve Niger.

La culture du dah (*Hibiscus sabdariffa* L.), de l'arachide (*Arachis hypogae* L.), de la courge (*Cucurbita pepo* L.), du melon (*Cucumis melo* L.), de concombre (*Cucumis sativus* L.) de l'oignon (*Allium cepa* L.), de la patate douce (*Ipomoea batatas* L.), de la pomme de terre (*Solanum tuberosum* L.), du piment (*Pimenta officinalis* Lindl.), de la poivre de guinée (*Capsicum annum* L.), du tabac (*Nicotiana tabaccum* L.), du cotonnier (*Gossypium herbaceum* L.), du sésame (*Sesamum indicum* L.), de la tomate (*Solanum lycopersicum* L.), de la banane (*Musa paradisiaca* L.) ainsi que d'autres produits maraîchers constituent d'importantes sources de revenu pour la population. La taille des exploitations est très variable et dépend de la capacité du travail potentiel de la famille ainsi que du patrimoine foncier.

Les abords du fleuve et les îlots saisonniers sont utilisés pour la culture, la plantation, le maraîchage et exceptionnellement les loisirs animés par les Bamakois tout au long du fleuve en saison sèche chaude.

Les potentialités de développement au niveau de la commune sont limitées à cause de :

- l'urbanisation qui limite la superficie de terres agricoles ;
- l'insuffisance d'équipement/intrants agricoles ;
- l'absence de crédit agricole ;

- l'absence de formation/sensibilisation des organisations paysannes (renforcement des capacités). Pour faire face à ces contraintes, la commune encourage la fertilisation des sols, la formation et l'information sur les techniques de production de la fumure organique, l'équipement agricoles, la création des points d'approvisionnement et de vente de céréales, réalisation des retenues d'eau, la formation des ménagères sur la valeur nutritive des aliments, l'octroi de microcrédits aux femmes et aux agriculteurs pour l'acquisition d'équipements et du matériel et des intrants agricoles.

4.1.3.2. Élevage et pêche

L'élevage des ovins, des caprins et des bovins y est pratiqué comme une activité économique secondaire. On y retrouve aussi quelques équidés (ânes et chevaux) utilisés comme animaux de trait. La plupart des villageois thésaurisent leurs revenus dans l'élevage des volailles et des petits ruminants (ovins et des caprins). La pêche est également pratiquée par les ethnies Bozo et Somono. Les principaux problèmes du secteur sont le manque de renforcement des capacités des structures existantes (associations, coopératives d'éleveurs), l'absence de valorisation des sous-produits de l'élevage (peaux) et l'absence d'infrastructures, équipements (abattoir, marché à bétail, boucherie moderne) et des unités de transformation. La construction d'une boucherie moderne et la réalisation d'une unité laitière contribuera à améliorer la productivité de l'élevage.

La pêche est pratiquée essentiellement par les Bozos et les Somonos. Elle est pratiquée à l'aide de filets et de lignes de fabrication artisanale. La pêche se pratique essentiellement sur le fleuve Niger et ses affluents. L'association des pêcheurs écoule sa production sur le marché de Moribabougou et de Bamako. Les femmes pour la plupart restent les principales vendeuses de poissons, collectent les appâts et participent à l'achat du matériel de pêche.

Les principales contraintes du secteur sont entre autres : l'insuffisance du matériel de pêche et de logistique, la rareté du poisson dans le fleuve, le manque/l'insuffisance de performance des pêcheurs, l'absence de crédit pour les pêcheurs et la libéralisation des espaces de pêches.

4.1.3.3. Environnement/Assainissement et hydraulique

A part les caniveaux réalisés dans le cadre des opérations immobilières à Titibougou, il n'existe aucun système de drainage artificiel des eaux dans l'agglomération de Moribabougou. Le drainage des eaux de ruissellement constitue aujourd'hui un problème crucial (ravinement des rues, inondation et effondrement des constructions) surtout aux abords du fleuve Niger. Il n'existe pas de système d'évacuation des eaux usées qui sont directement déversées dans les rues à travers des saignées effectuées dans les murs de clôtures ou dans des petites excavations faisant office de puisard où l'absorption est très limitée à cause de la nature rocheuse du sol.

La majeure partie de la population utilise des latrines traditionnelles qui une fois remplies sont vidées manuellement dans les rues et le contenu transporté aux champs pour servir de fumures. Les problèmes environnementaux sont dus au déboisement et à l'érosion des sols, au non-traitement des eaux usées, à l'absence d'évacuation des déchets domestiques, animaux et industriels.

4.1.3.4. Alimentation en eau

Bien que située en zone péri-urbaine du district de Bamako, l'accès à l'eau potable reste l'un des principaux problèmes de développement socio-économique de la commune. La couverture en matière de points d'eau modernes reste faible. Les sources d'eau constituées en majeure partie de puits traditionnels, de forages équipés de pompes à motricité humaine et de mini-adduction d'eau sont très souvent insuffisantes et dans beaucoup de cas, les pompes sont en pannes et les puits sont presque tous à sec pendant la saison sèche.

Le problème d'eau se manifeste par l'assèchement précoce des points d'eau traditionnels et l'insuffisance des points d'eau modernes. Le tarissement des puits est dû au déficit de la pluviométrie et à la formation géologique de la commune qui est constituée de latérite et de grès qui demande des investissements importants pour creuser des puits.

En période de forte chaleur où les besoins en eau sont énormes, la majorité des puits traditionnels sont à sec. L'espoir reste fondé sur les points d'eau modernes qui sont les puits à grand diamètre, les pompes manuelles et les bornes fontaines. Le débit de ces points d'eau modernes devient faible à cause de la forte utilisation de l'eau. La commune n'est pas desservie par le réseau d'approvisionnement en eau potable de

la société malienne de gestion de l'eau potable (SOMAGEP). Les bornes fontaines qui y existent sont alimentées par deux châteaux d'eau qui se trouvent à Moribabougou. La pénurie d'eau handicape les activités génératrices de revenus pour les femmes telles que maraichères.

4.1.3.5. Education et santé

La commune rurale de Moribabougou dispose des établissements préscolaires et scolaires entre autres, une école fondamentale constituée du premier cycle et du second cycle de l'enseignement fondamental, le lycée Coumba Sanè et le centre de formation professionnel de Titibougou. Au niveau de l'enseignement fondamental, le ratio élève/Maître est de 67,27 et le ratio élève/Classe est de 82. La cause de l'effectif pléthorique est l'évolution démographique rapide de la commune. Au niveau du village de Dogobala, l'école publique est située à 1km du village tandis que l'école privée est à quelques 400m. La conséquence de cette situation est l'abandon de l'école par les plus petits à cause de la distance. A l'école publique de Moribabougou, l'effectif varie entre 168 et 200 élèves par classe. Le village de Fombabougou dispose de six salles de classe pour le 1er et le second cycle pour près de 120 élèves par classe.

La commune dispose d'un seul CSCom qui est basé à Moribabougou. Le plateau technique du CSCom n'est pas adapté aux besoins d'une population en forte croissance. Les dépôts existants de pharmacie ne couvrent pas non plus les besoins de toute la commune. La population de Moribabougou a recours le plus souvent au centre de santé de référence de la commune I, entraînant un retard dans la prise en charge des urgences médicales. Les autorités envisagent la construction de trois CSCom répartis entre Dogobala, Fombabougou, et Souleymanebougou et la transformation du CSCom de Moribabougou en centre de santé de référence. Le paludisme reste la principale maladie causant plus de décès chez les jeunes. Le manque d'information, d'éducation et de communication joue aussi un rôle dans la mortalité infantile et néonatale élevée dans la zone.

4.1.3.6. Commerce

En dehors du seul centre commercial de Moribabougou, le commerce est exercé sur les abords de la route RN 27. Les produits agricoles sont vendus sur place ou acheminés sur les marchés du district de Bamako.

Les unités industrielles existantes sont :

- la fabrique d'emballages plastiques SARL dont les activités ont démarré en septembre 2006 ;
- l'usine de presse d'huile de coton à Moribabougou Plateau (Dogobala) ;
- l'usine de glaces de Jean Azar en chantier à Fombabougou.

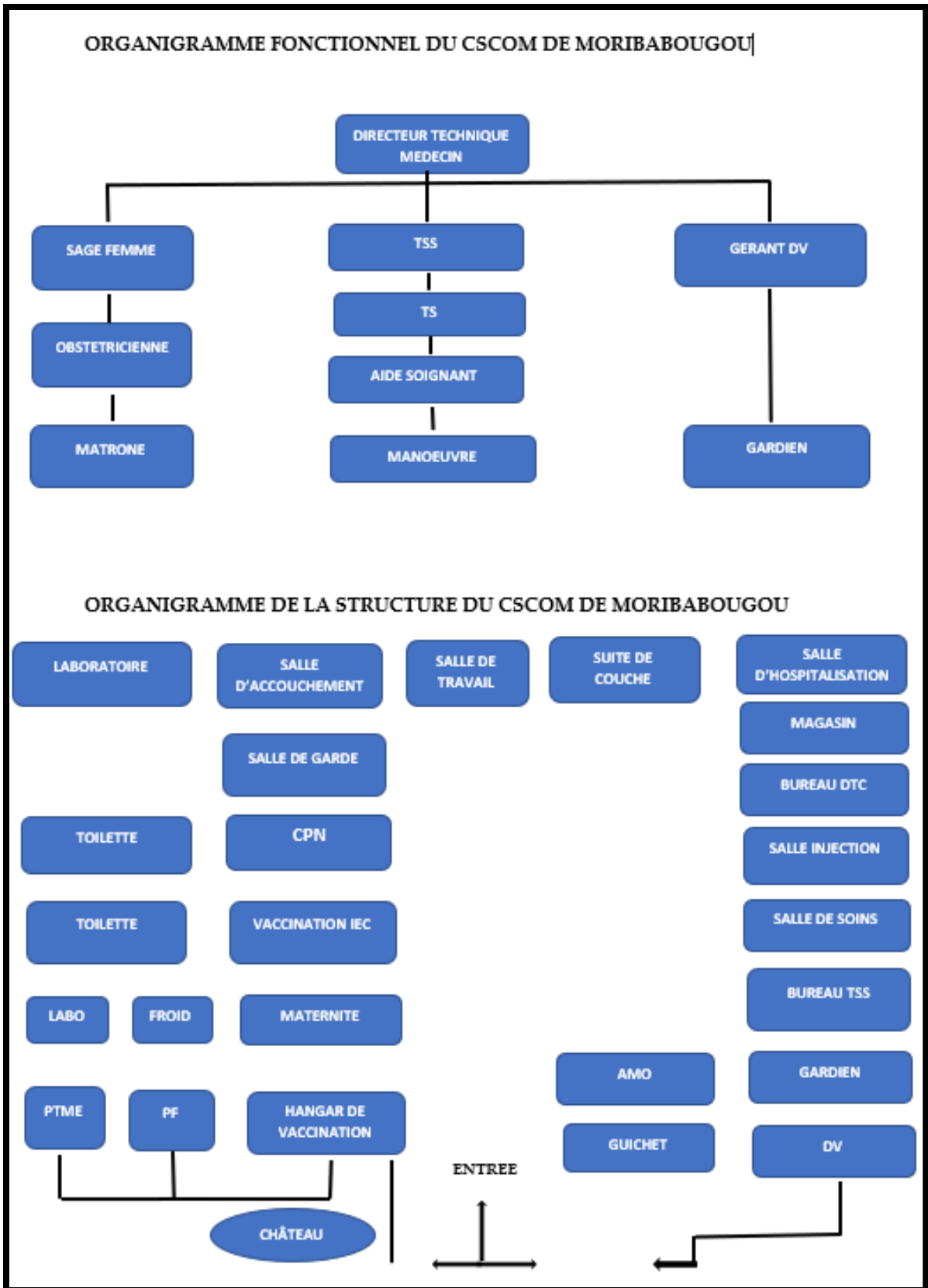


Figure 2. Organigramme de l'aire de santé de Moribabougou (source : CSCOM de Moribabougou)

4.2. Type et période d'étude

Nous avons mené une étude transversale rétrospective qui a consisté à collecter des données chez les participants reçus en consultations pour planification familiale entre janvier 2019 et juin 2021 au CSCom de Moribabougou.

4.3. Population d'étude

La population d'étude était constituée par les données des registres de consultation des personnes reçu pour PF au CSCom de Moribabougou pour l'adoption d'une méthode contraceptive.

4.3.1. Critères d'inclusion

- Être vue en consultation pour planification familiale entre janvier 2019 et juin 2021 au CSCom de Moribabougou
- Être enregistré dans le registre de consultation

4.3.2. Critères de non-inclusion

Les participants dont les informations n'étaient pas au complet dans le registre n'ont pas été inclus dans cette étude.

4.4. Echantillon

Un échantillonnage exhaustif a été fait qui consistait à collecter l'ensemble des données des participants disponibles dans les registres de consultation de PF au CSCom de Moribabougou.

4.5. Variables mesurées

Au cours de notre étude, nous avons mesuré les variables suivantes :

- Sociodémographiques tels que l'âge, le sexe, la résidence et l'année de consultation
- Données sur la contraception telles que la méthode de contraception

4.6. Gestion et analyse des données

Un questionnaire a été conçu directement dans le logiciel Microsoft Excel 2010 pour la saisie des variables disponibles dans le registre de consultation de la PF. Le codage

et l'analyse des données ont été faits en utilisant le logiciel STATA 14. Une analyse descriptive a été d'abord effectuée pour déterminer les proportions des différentes variables catégorielles. L'analyse bivariée a été ensuite faite pour dégager les différentes associations possibles. Le test du Khi2 a servi de comparer des différentes proportions avec un seuil de signification à 0,05. Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux élaborés en utilisant le logiciel Microsoft Word 2010 et des figures ont été faites en utilisant le logiciel Graph Pad Prima 9.

4.7. Aspects éthiques

Avant la collecte des données, une prise de contact a été faite avec les autorités administrative et sanitaire de la commune pour leur expliquer toutes les informations relatives à l'étude afin d'obtenir leur permission. La confidentialité et l'anonymat de toutes des informations ont été garantis au cours de l'étude en attribuant un numéro d'identification unique à chaque participant.

A la fin de l'étude, une restitution sera faite aux autorités communales et sanitaires.

4.8. Déroulement de l'étude

Après avoir obtenu l'autorisation du Directeur technique de Centre (DTC) et la mairie. Une prise de contact a été faite avec l'équipe de la PF qui a mis à disposition les différents registres de consultation de 2019 à 2021. La saisie des informations contenues dans les registres a été faite sur place dans ledit CSCom. Au cours de la saisie, un numéro unique était attribué à chaque participant pour garder l'anonymat. Une vérification a été faite après la saisie pour s'assurer de la complétude des informations. Les recodages et les analyses ont été effectués ensuite pour produire des résultats en fonction des objectifs de l'étude.

5. RESULTATS

5.1. Résultats globaux

Au total, 2582 participants dont les informations étaient disponibles dans les registres de consultation de PF ont été inclus dans cette étude dont 495 en 2019, 1370 en 2020 et 717 en 2021. Les femmes représentaient 91,1% contre 8,9% pour les hommes. Les méthodes contraceptives les plus utilisées étaient l'implant (49,3%), l'injection (16,6%) et la pilule contraceptive (13,2%). L'implant était la méthode la plus utilisée au cours des trois années avec une diminution entre 2019 (73,3%) et 2021 (41,8%). L'implant était la méthode la plus utilisée comme moyens de contraception à Fombabougou, Moribabougou, Titibougou avec respectivement 51,4%, 46,1%, 42,9%. En revanche, le condom était plus utilisé par les hommes des villages limitrophes (28,6%).

5.2. Résultats descriptifs

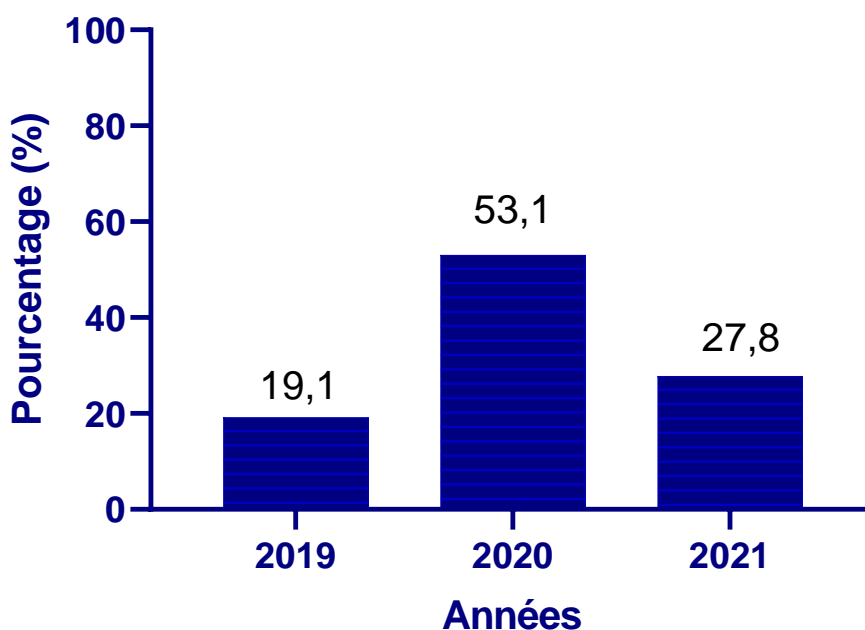


Figure 3. Proportion d'utilisation des services de planification familial entre 2019 et 2021

Parmi les participants reçus en consultation pour PF 2019 à 2021, 53% (1370/2582) étaient enregistrés en 2020 contre 19,2% (495/2582) seulement en 2019.

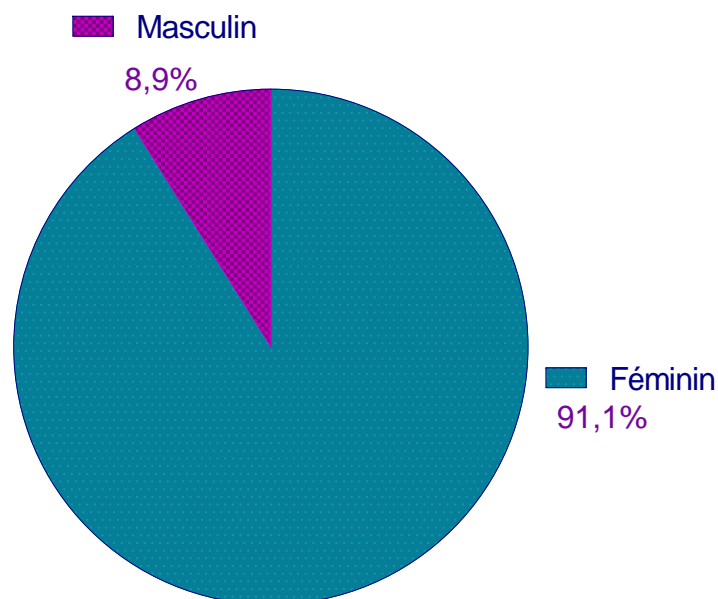


Figure 4. Répartition des participants reçus en consultation pour PF au CSCCom de Moribabougou entre 2019 et 2021 selon le genre

Les femmes représentaient la majorité de nos participants avec 91,1% (2353/2582).

Tableau II. Répartition des participants reçus en consultation pour PF au CSCCom de Moribabougou entre 2019 et 2021 selon la résidence

Résidences	Effectifs	Pourcentage
Fombabougou	37	1,4
Moribabougou	2496	96,7
Titibougou	28	1,1
Autres	21	0,8
Total	2582	100

Autres : Dogobala, Ngabacoro, Souleymanebugou, Sala et Rasel

La majorité des participants résidait à Moribabougou, soit 96,7%.

Tableau III. Répartition des participants reçus en consultation au CSCom de Moribabougou entre 2019 et 2021 en fonction des classes d'âge

Classe d'âge	Effectifs	Pourcentage
15-19 ans	672	26,0
20-24 ans	760	29,4
25-29 ans	568	22,0
30-34 ans	388	15,0
35-39 ans	110	4,3
40-44 ans	61	2,4
45-49 ans	23	0,9
Total	2582	100

Plus de 70% des participants reçus en consultation pour adopter une méthode avaient un âge inférieur à 35 ans. La classe d'âge 20-24 ans était majoritaire (29,4%) alors que les plus de 40 ans étaient minoritaires 3,3%.

Tableau IV. Type de consultation des participants reçus au CSCom de Moribabougou entre 2019 et 2021

Type de consultation	Effectifs	Pourcentage
Nouvelle consultation	2323	90,0
Contrôle	267	10,0
Total	2582	100

Nouvelle consultation : première consultation pour adopter une méthode de PF

Contrôle : une personne qui a déjà fait une consultation et qui revient pour contrôle ou une nouvelle dotation

Les participants reçus au cours des consultation pour adopter une méthode de contraception étaient venus pour leur première fois dans 90% des cas.

Tableau V. Motifs de consultation lors de la planification familiale au CSCom de Moribabougou entre 2019 et 2021

Méthodes	Effectifs	Pourcentage
DIU (n = 271)		
Insertion	263	97
Renouvellement	4	1,5
Retrait	4	1,5
Pilule (n = 395)		
1 ^{er} dotation	306	77,5
Contrôle	8	2,0
Renouvellement	81	20,5
Implant (n =1212)		
Insertion	1165	96,1
Contrôle	3	0,3
Retrait	44	3,6
Injection (n =475)		
1 ^{ere} injection	385	81,1
Contrôle	2	0,4
Renouvellement	88	18,5
Condom masculin	229	100

L'adoption d'une nouvelle méthode contraceptive était le motif le plus fréquent lors des consultations de la PF, soit 97% pour l'insertion d'une nouvelle DIU, 77,5% pour la première dotation de pilule, 96,1% pour la première insertion de l'implant et 81,1% pour la première injection chez les femmes. Tous les hommes (229) étaient venus pour la dotation en condom.

Tableau VI. Méthodes contraceptives adoptées lors des consultations de la planification familiale entre 2019 et 2021

Méthodes contraceptives	Effectifs	Pourcentage
Condom masculin	229	9,8
DIU	258	11,1
Implant	1145	49,3
Injection	385	16,6
Pilule	306	13,2
Total	2323	100

Parmi les méthodes contraceptives, l'implant était majoritairement adopté par les femmes avec 49,3%. Chez les hommes, le condom était la seule méthode adoptée au cours des consultations.

Tableau VII. Répartition des hommes reçus en consultations pour planification familiale entre 2019 et 2021

Année	Effectifs	Pourcentage
2020	207	90,4
2021	22	9,6
Total	229	100

Parmi les hommes reçus en consultation pour se doter du condom, 90,4% étaient enregistrés en 2020 contre 9,6% en 2021.

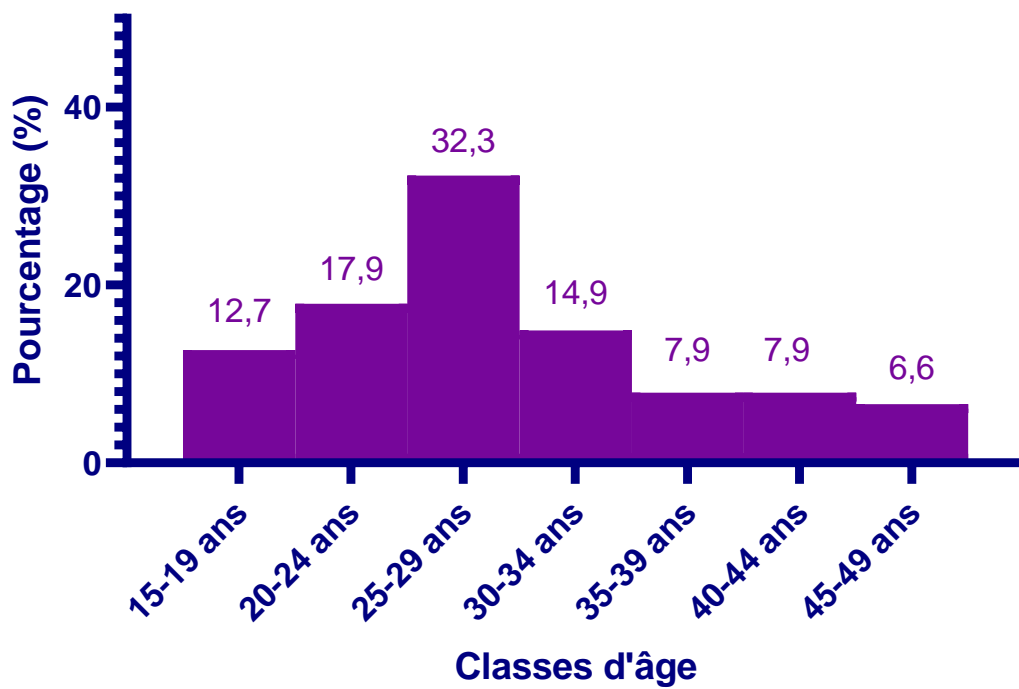


Figure 5. Utilisation du condom masculin en fonction des classes d'âge entre 2019 et 2021

Les hommes âgés de 25 à 29 ans étaient majoritaires parmi ceux reçus en consultation de PF pour se procurer de condom (32,3%). En revanche, les hommes âgés de plus de 45 ans était minoritaires avec 6,6%.

5.3. Résultats sur la relation entre la contraception et les caractéristiques sociodémographiques

Tableau VIII. Méthodes contraceptives adoptées par les femmes lors de la première consultation de planification familiale entre 2019 et 2021

Année	Méthodes				Total
	DIU n (%)	Implant n (%)	Injection n (%)	Pilule n (%)	
2019	34 (7,6)	331 (73,7)	44 (9,8)	40 (8,9)	449
2020	124 (12,6)	537 (54,7)	197 (20,1)	124 (12,6)	982
2021	100 (15,1)	277 (41,8)	144 (21,7)	142 (21,4)	663
p	0,008	0,001	0,01	0,01	

Une augmentation significative du taux d'utilisation du DIU ($p = 0,008$) des injections ($p = 0,01$) et des pilules ($p = 0,01$) était observé de 2019 à 2021. En revanche, celui de l'implant diminuait significativement de 2019 (73, 7%) à 2021 (41, 8% ; $p = 0,001$).

Tableau IX. Méthodes contraceptives adoptées par les femmes au CSCoM de Moribabougou selon les classes d'âge entre 2019 et 2021

Classes d'âge	Méthodes contraceptives				Total
	DIU n (%)	Implant n (%)	Injection n (%)	Pilule n (%)	
15-19 ans	15 (2,6)	328 (57,7)	116 (20,4)	110 (19,3)	569
20-24 ans	34 (5,2)	394 (60,8)	129 (19,9)	91 (14,0)	648
25-29 ans	48 (10,9)	244 (55,3)	83 (18,8)	66 (15)	441
30-34 ans	98 (31,1)	144 (45,7)	46 (14,6)	27 (8,6)	315
35-39 ans	37 (47,4)	25 (32,1)	7 (9)	9 (11,5)	78
40-44 ans	22 (59,5)	9 (24,3)	4 (10,8)	2 (5,4)	37
45-49 ans	4 (66,6)	1 (16,7)	0 (0)	1 (16,7)	6
<i>p</i>	<i>0,0001</i>	<i>0,0001</i>	<i>0,04</i>	<i>0,001</i>	

De façon globale, le choix de la méthode variait significativement en fonction des classes d'âge. Le DIU était plus utilisé par les femmes âgées ($p = 0,0001$). En revanche, l'implant ($p = 0,0001$), les injectables ($p = 0,04$) et les pilules ($p = 0,001$) étaient plus utilisés par les femmes jeunes.

Tableau X. Méthodes contraceptives adoptées en fonction de la résidence au CSCoM de Moribabougou entre 2019 et 2021

Résidence	DIU n (%)	Implant n (%)	Injection n (%)	Pilule n (%)	Condom n (%)	Total
Fombabougou	1 (2,7)	19 (51,4)	9 (24,3)	8 (21,6)	0 (0)	37
Moribabougou	264 (10,8)	1129 (46,1)	455(18,6)	379(15,5)	221(9,0)	2448
Titibougou	3 (10,7)	12 (42,9)	8 (28,6)	3 (10,7)	2 (7,1)	28
Autres	0 (0)	8 (38,1)	2 (9,5)	5 (23,8)	6 (28,6)	21
p	0,183	0,76	0,27	0,42	0,003	0,031

L'adoption d'une méthode contraceptive au cours des consultations ne variait pas significativement en fonction de la résidence des femmes. Cependant, la demande du condom était plus élevée en périphérie de la commune ($p = 0,003$).

Tableau XI. Relation entre la demande de conseils sur le VIH/SIDA et l'adoption d'une méthode contraceptive au CSCoM de Moribabougou entre 2019 et 2021

Conseil VIH	Méthodes contraceptives				
	DIU n (%)	Implant n (%)	Injection n (%)	Pilule n (%)	Condom n (%)
Oui	112 (14,3)	311 (39,6)	122 (15,5)	126 (16)	115 (50,2)
Non	146 (9,5)	834 (54,3)	263 (17,1)	180 (11,7)	114 (49,8)
p	0,001	0,001	0,33	0,004	0,8

A l'exception des contraceptifs injectables et des condoms, il existait une association significative entre l'utilisation de DIU ($p = 0,001$), implant ($p = 0,001$), la pilule ($p = 0,004$) et la demande de conseils sur le VIH.

Tableau XII. Méthodes contraceptives adoptées en fonction du nombre d'enfant chez les femmes au CSCoM de Moribabougou entre 2019 et 2021

Nombre d'enfant	Méthodes contraceptives				Total
	DIU n (%)	Implant n (%)	Injection n (%)	Pilule n (%)	
Aucun	2 (2,9)	34 (48,6)	19 (27,1)	15 (21,4)	70
Un	3 (2,9)	46 (45,1)	24 (23,5)	29 (28,4)	102
Deux et plus	103 (19,6)	242 (46)	98 (18,6)	83 (15,8)	526
p	0,001	0,89	0,16	0,008	698

Les femmes ayant beaucoup d'enfants avaient tendance à adopter le DIU ($p = 0,001$). En revanche, les pilules contraceptives étaient majoritairement utilisées par les femmes n'ayant au plus qu'un enfant ($p = 0,008$).

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1. Résultats descriptifs

Au total, 2582 participants ont été inclus dans cette étude dont 1370 (53,1%) en 2020, 717 (27,8%) en 2021 et 495 (19,1%) en 2019 (Figure 3). Bien que les données aient été collectées seulement durant les 6 premiers mois de l'année 2021, nous avons observé une tendance à la hausse de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes au cours de ces dernières années, probablement due aux efforts d'information, d'éducation et de communication par le ministère de la santé et les différents partenaires de l'aire de santé. Similairement, une augmentation du taux d'utilisation de la contraception a été rapportée par Tsui et Rossier en Afrique subsaharienne (40, 41).

La majorité des participants était les femmes (91,1% ; Figure 4) et résidait à Moribabougou qui abrite l'aire de santé (tableau 2). Nos résultats démontrent les mêmes tendances aussi au plan national (13). Dans nos sociétés africaines, la question de la contraception intéresse plus les femmes que les hommes puisqu'elles sont la cible principale des conséquences néfastes liées à la santé de la reproduction (3, 42). En outre, il n'existe pas de méthodes de contraception hormonale masculine.

Les participants de moins de 35 ans étaient plus représentés au cours des consultations de la PF pour adopter une méthode de contraception (tableau 3). Ils étaient majoritairement à leur première consultation (90% ; tableau 4). Les mêmes observations avaient été faites par Keita et coll. dans son étude sur l'utilisation de la contraception en 2020 dans le district de Bamako au Mali (43), Casey et coll. en 2020 au Congo (44) et Ahinkorah et coll. dans une étude en Afrique subsaharienne (45). La prédominance des jeunes s'expliquerait par le fait qu'ils sont sexuellement actifs et le deviennent de plus en plus à un âge précoce comme rapporté par Hossain en 2014 au Bangladesh (46) et Nsanya et coll. en Tanzanie en 2019 (47). Par conséquent, les messages de sensibilisation doivent cibler les groupes de jeunes.

L'adoption d'une nouvelle méthode contraceptive était le motif le plus fréquent au cours des consultations. La méthode la plus adoptée était l'implant (49,3%) suivi des formes injectables (16,6%), des pilules (13,2%) et le DIU (11,1%) alors que le condom était la seule méthode utilisée par les hommes (9,8% ; tableaux 5 et 6). Nos résultats

suivent les tendances nationales (13) et celui de Keita et coll. en 2020 dans le district de Bamako qui ont rapporté que l'implant était la méthode la plus utilisée par les femmes en âge de procréer (43). Mahande et coll. en 2020, ont rapporté également que l'implant était la méthode la plus utilisée en Tanzanie (48), à cause de sa simplicité d'utilisation et sa longue durée de protection pour prévenir les grossesses indésirables. Le taux d'utilisation du condom était de 90,4% en 2020 contre seulement 9,6% en 2021 chez les hommes. Les hommes de moins de 35 ans étaient majoritairement les utilisateurs surtout ceux âgés de 25 à 29 ans (32,3% ; Tableau 7 & figure 5). Ku et coll. (1994) ont rapporté dans leur étude que les jeunes sexuellement actifs étaient les plus utilisateurs (49).

6.2. Relation entre la contraception et les caractéristiques sociodémographiques

Une augmentation significative de l'utilisation du DIU, des formes injectables et de la pilule contraceptive était observée entre 2019 et 2021 au cours de la PF. Durant la même période, nous avons constaté une diminution de l'utilisation de l'implant jusqu'à 3,6% (tableau 8). La variation du choix de la méthode de contraception pourrait s'expliquer d'une part, par la volonté des femmes à choisir le DIU ou l'injection de préférence, mais d'autre part, par le coût élevé et l'indisponibilité de l'implant par rapport aux autres méthodes proposées pour la PF au CSCCom de Moribabougou. Le niveau de vie des ménages, l'accessibilité et la disponibilité des offres de soins sont considérés comme des facteurs favorisant l'utilisation des services de santé (50-53). Mais la commune est confrontée à beaucoup de problèmes comme l'insuffisance des ressources financières et matérielles pour faire face aux besoins de la population.

Nous avons remarqué que le choix de la méthode contraceptive variait significativement en fonction des classes d'âge. Une augmentation significative de l'utilisation du DIU était observée chez les femmes âgées contrairement aux jeunes femmes qui préféraient l'implant et les formes injectables (tableau 9). La forte utilisation des méthodes de contraception par les jeunes pourrait être liée à leur l'activité sexuelle élevée (54). A cause du mariage tardif de nos jours en Afrique, la contraception sera un moyen efficace d'éviter, non seulement, les grossesses indésirées mais aussi, les maladies sexuellement transmissibles (52, 55). Chez les femmes âgées, les oestroprogestatives sont souvent contre-indiquées en raison du risque de survenue

des pathologies vasculaires. Le dispositif intra-utérin (DIU) est la contraception la plus utilisée par les femmes plus âgées. A cet effet, le DIU reste une méthode contraception efficace et parfaitement adaptée non seulement aux femmes âgées même ayant des pathologies qui contre-indiquent l'utilisation des autres méthodes mais aussi les femmes qui ont beaucoup d'enfants et qui ne souhaitent pas en avoir d'autres (56).

Nous n'avons pas observé une variation significative en fonction des résidences et l'utilisation des méthodes contraceptives. Cependant, la demande du condom était plus élevée à la périphérie de la commune que dans les trois quartiers ($p = 0,003$; tableau 10). La disponibilité du condom dans d'autres lieux comme les pharmacies et les alimentations pourrait impacter négativement sa demande au CSCom à la différence des méthodes de contraception féminine qui sont pour la plupart des cas uniquement disponibles dans les centres de santé. A cela s'ajoute le faible coût du condom et la réticence des hommes d'adhérer à la PF hormonale considérée comme une affaire des femmes dans nos sociétés où certaines religions s'opposent à la contraception moderne. Ils voient en elle une manière de freiner le développement démographique des populations (57, 58). Nous avons constaté que les femmes qui venaient recueillir des informations sur le VIH/SIDA avaient une tendance accrue à adopter le DIU ($p = 0,001$) et la pilule contraceptive ($p = 0,004$) plutôt que l'implant (39,6% vs 54,3% ; $p = 0,001$) au cours de la PF. En revanche, nous n'avons pas trouvé une association statistiquement significative entre l'utilisation des formes injectables et du condom selon que les femmes/hommes viennent demander ou pas des conseils sur le VIH/SIDA (tableau 11).

L'un des objectifs de l'utilisation des méthodes contraceptives est de diminuer le risque de contamination avec les infections sexuellement transmissibles surtout le VIH/SIDA (59, 60). Les femmes peuvent avoir d'autres raisons d'utiliser une méthode de contraception en dehors de la protection contre le VIH/SIDA comme l'espacement ou la limitation des naissances, éviter les grossesses indésirées, l'épanouissement de la famille, etc. (13, 43, 61, 62). Généralement, 33,8% de nos participants reçus au CSCom de Moribabougou pour la PF ont demandé des conseils sur le VIH/SIDA, taux similaire à celui de l'EDS 2018 avec 32% de femmes ayant reçus le conseil sur le VIH au cours des consultations prénatales à Bamako (13). Alene et coll. (2018) ont rapporté aussi un taux d'utilisation de la contraception de 30% en Ethiopie chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA, et la méthode contraceptive préférée des femmes

était les formes injectables alors que les hommes préféraient l'utilisation des condoms (63). La même tendance a été observée par Gedefaw et col en 2020 en Ethiopie (64).

Les femmes ayant eu plusieurs enfants avaient tendance à adopter le DIU ($p = 0,001$) contrairement à celles ayant aux plus deux enfants qui préféraient la pilule contraceptive ($p = 0,008$; tableau 12). Teshome et coll. (2020) ont fait le même constat en Ethiopie en 2020 (65). Le DIU est parmi les méthodes contraceptives les plus utilisées dans le monde à cause de sa plus forte rentabilité, sa sûreté, sa durabilité et rapidement réversible.

Notre étude a montré que la pratique de la contraception dans la commune de Moribabougou évolue favorablement. Elle révèle aussi l'intérêt des femmes et des hommes aux nouvelles méthodes de la PF pour promouvoir la santé sexuelle et le bien-être de la famille. Malgré ces résultats encourageants, l'aire de santé doit encore mettre en place des stratégies efficaces de communication, d'éducation et d'information à l'endroit des femmes afin d'augmenter le taux d'utilisation des méthodes contraceptives (66).

6.3. Limites de notre étude

Notre étude avait pour but de déterminer la fréquence d'utilisation des méthodes contraceptives dans l'aire de santé de Moribabougou entre 2019 et 2021 à partir des registres des consultations de la PF. Cependant, nous n'avons pas pu collecter des informations sur certains facteurs comme le statut matrimonial, le niveau d'éducation, le niveau de vie, la pratique religieuse, le type d'union (polygame ou monogame), les méthodes traditionnelles, les raisons de l'utilisation des différentes méthodes contraceptives qui pourront avoir aussi un impact sur l'utilisation de la PF (67-69).

Nous avons rencontré aussi un problème de complétude des données. En effet, les données ont été collectées seulement au cours des six premiers mois de l'année 2021 et les deux premiers mois de 2019 à cause de l'indisponibilité des registres de consultation de la PF. Nous n'avons aussi examiné l'approvisionnement dans l'aire de santé de Moribabougou en intrants de PF.

Des études ultérieures prenant en compte nos limites seront nécessaires pour mieux comprendre la problématique de l'implémentation de la planification familiale dans

l'aire de santé de Moribabougou en vue de proposer des solutions idoines en tenant compte des contextes socioculturels et économique de la localité.

7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7.1. CONCLUSION

Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes évolue favorablement dans l'aire de santé de Moribabougou. L'implant et les formes injectables restent les méthodes préférées par les femmes avec un taux d'utilisation plus élevé chez les jeunes. Le DIU, les injectables et les pilules sont les méthodes de plus en plus demandées. Malgré ces résultats encourageants, les efforts doivent être fournis pour renforcer encore d'avantage la sensibilisation en matière de planification familiale dans la commune de Moribabougou.

7.2. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude et au regard de nos résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités administratives et sanitaires du cercle de Kati et de Moribabougou

- Assurer la disponibilité effective des différentes méthodes de contraception au niveau de l'aire de santé de Moribabougou pour adapter les offres aux besoins des bénéficiaires ;
- Renforcer l'information, l'éducation et la communication en matière de la PF afin que la population adhère aux différentes méthodes proposées par l'aire de santé de Moribabougou ;
- Associer les populations aux actions d'éducation, de sensibilisation et de formation pour mieux véhiculer les bonnes informations sur la PF afin d'obtenir un impact positif sur les attitudes et les pratiques des populations en matière de PF.

Aux prestataires

- Sensibiliser les bénéficiaires au respect des mesures individuelles de prévention des infections sexuellement transmissibles ;
- Assurer la complétude des données de registre de la planification familiale

Aux chercheurs

- Continuer les études dans la commune pour mieux connaître les facteurs associés à l'utilisation de la contraception et identifier les meilleures stratégies d'adhésion de la population à la PF ;
- Continuer les études sur la PF dans d'autres zones périurbaines afin de mieux comprendre l'évolution de son taux d'utilisation et les facteurs associés.

A la population de Moribabougou

- Adhérer aux différentes méthodes de contraception proposées par l'aire de santé tout en faisant des propositions afin d'améliorer la qualité des services pour l'épanouissement de la famille.

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Peterson JM, Bendabenda J, Mboma A, Chen M, Stanback J, Gunnlaugsson G. The Provider Role and Perspective in the Denial of Family Planning Services to Women in Malawi: A Mixed-Methods Study. *International journal of environmental research and public health*. 2022;19(5):3076.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development: Data Booklet*. (ST/ESA/SER.A/429).2019.
3. Ntambue AM, Tshiala RN, Malonga FK, Ilunga TM, Kamonayi JM, Kazadi ST, et al. Use of modern contraceptive methods in the Democratic Republic of the Congo: prevalence and barriers in the health zone of Dibindi, Mbuji-Mayi. *The Pan African medical journal*. 2017;26:199-.
4. OMS. Planification familiale/Contraception. 2020; Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> (consulté le 11/02/2022).
5. Mpunga D, Lumbayi JP, Dikamba N, Mwembo A, Ali Mapatano M, Wembodinga G. Availability and Quality of Family Planning Services in the Democratic Republic of the Congo: High Potential for Improvement. *Global health, science and practice*. 2017;5(2):274-85.
6. Bénédicte G, Rakotoson L, Andriamaro. F. L'indicateur des Objectifs du Millénaire pour le développement : "besoins non satisfaits en matière de planification familiale". *Quelle pertinence au Bénin et à Madagascar ?* ». *Mondes en développement*. 2016;174, no. 2, 2016, pp. 79-93.
7. Desgrées du Loû A. Contraception : les couples et l'Église font chambre à part. *Études*. 2015 pp. 31-42.
8. Garenne M. *Planning familial et fécondité en Afrique : Évolutions de 1950 à 2010*. 2003; Available from: <https://ferdi.fr/dl/df-KWzxJ2XLuJVkpGSPKrAXmZQ/ferdi-p194-planning-familial-et-fecondite-en-afrique-evolutions-de-1950-a-2010.pdf> (consulté le 27/06/2022).
9. Kantorová V, Wheldon MC, Ueffing P, Dasgupta ANZ. Estimating progress towards meeting women's contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *PLOS Medicine*. 2020;17(2):e1003026.
10. Kwete D, Binanga A, Mukaba T, Nemuandjare T, Mbadu MF, Kyungu M-T, et al. Family Planning in the Democratic Republic of the Congo: Encouraging Momentum, Formidable Challenges. *Global health, science and practice*. 2018;6(1):40-54.
11. Coulibaly M, Doukouré D, Kouamé J, Ayékoé IA, Mélédje-Koumi M-D, Malik S, et al. Obstacles socioculturels liés à l'utilisation de la contraception moderne en Côte d'Ivoire. *Santé Publique*. 2020;32(4):389-97.
12. Fassassi R. *Les facteurs de la contraception en Afrique de l'ouest et en Afrique centrale au tournant du siècle: Rapport de synthèse*. 2006; Available from: https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers17-07/010039688.pdf (consulté le 18/02/2022).
13. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018*. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF. 2019; Available from: http://ftp.sante.gov.ml/sante2014/docs/EDSM_VI.pdf (consulté le 10/01/2022).
14. Ndayizigiye M, Fawzi MCS, Lively CT, Ware NC. Understanding low uptake of contraceptives in resource-limited settings: a mixed-methods study in rural Burundi. *BMC Health Services Research*. 2017 2017/03/15;17(1):209.
15. Sidibe AM, Kadetz PI, Hesketh T. Factors Impacting Family Planning Use in Mali and Senegal. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(12):4399.
16. OMS. Selon une nouvelle étude de l'OMS, le nombre élevé de grossesses non désirées est lié au manque de services de planification familiale. 2019; Available from:

<https://www.who.int/fr/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study> (consulté le 08/04/2022).

17. ONU. L'OMS s'engage auprès des pays en développement pour élargir l'accès à la planification familiale. 2012; Available from: <https://news.un.org/fr/story/2012/07/249112-loms-sengage-aupres-des-pays-en-developpement-pour-elargir-laces-la> (consulté le 08/04/2022).
18. Vimard P, FAssassi R. L'évolution de la contraception en Afrique. 2010; Available from: https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers20-06/010052178.pdf (consulté le 11/04/2022).
19. PF2030. Le planning familial progresse dans les pays pauvres, notamment en Afrique 2019; Available from: <https://fp2030.org/fr/news/le-planning-familial-progresse-dans-les-pays-pauvres-notamment-en-afrique> (consulté le 09/04/2022).
20. Hardee K, Jordan S. Advancing Rights-Based Family Planning from 2020 to 2030. Open access journal of contraception. 2021;12:157-71.
21. Jain R, Muralidhar S. Contraceptive methods: needs, options and utilization. Journal of obstetrics and gynaecology of India. 2011;61(6):626-34.
22. Willacy H. The Combined Oral Contraceptive (COC) Pill. 2021; Available from: [https://patient.info/sexual-health/hormone-pills-patches-and-rings/combined-oral-contraceptive-coc-pill#:~:text=The%20combined%20oral%20contraceptive%20\(COC\)%20pill%20is%20often%20just%20called,very%20effective%20form%20of%20contraception](https://patient.info/sexual-health/hormone-pills-patches-and-rings/combined-oral-contraceptive-coc-pill#:~:text=The%20combined%20oral%20contraceptive%20(COC)%20pill%20is%20often%20just%20called,very%20effective%20form%20of%20contraception) (consulté 12/04/2022).
23. Miller C, Murtagh J. Combined oral contraception. Aust Fam Physician. 1992 Dec;21(12):1787-8.
24. Regidor P-A. The clinical relevance of progestogens in hormonal contraception: Present status and future developments. Oncotarget. 2018;9(77):34628-38.
25. Stacey D. 8 Types of Progestin in Combination Birth Control Pills. 2021; Available from: <https://www.verywellhealth.com/different-progestin-types-906936> (consulté 12/04/2022).
26. Khadilkar SS. Short-Term Use of Injectable Contraception: An Effective Strategy for Safe Motherhood. Journal of obstetrics and gynaecology of India. 2018;68(2):82-7.
27. Pam VC, Mutahir JT, Nyango DD, Shambe I, Egbodo CO, Karshima JA. Sociodemographic profiles and use-dynamics of Jadelle (levonorgestrel) implants in Jos, Nigeria. Nigerian medical journal : journal of the Nigeria Medical Association. 2016 Nov-Dec;57(6):314-9.
28. Sitruk-Ware R, Nath A, Mishell DR, Jr. Contraception technology: past, present and future. Contraception. 2013;87(3):319-30.
29. Van Look PFA, von Hertzen H. Emergency contraception. British Medical Bulletin. 1993;49(1):158-70.
30. Grimes DA, Raymond EG. Emergency Contraception. Annals of Internal Medicine. 2002;137(3):180-9.
31. Gemzell-Danielsson K, Berger C, P.G.L L. Emergency contraception — mechanisms of action. Contraception. 2013 2013/03/01;/87(3):300-8.
32. Henigsmann SA, DiGiacinto J. Male Condoms. 2022; Available from: <https://www.healthline.com/health/birth-control-condom> (consulté 13/04/2022).
33. Prudhomme M, Boucher J, Delberghe P, Christman H, Leroux MC. [Female condom or male condom: offer a choice!]. Gynecologie, obstetrique & fertilité. 2005 2005/11//;33(11):891-7.
34. Grimes DA, Lopez LM, Raymond EG, Halpern V, Nanda K, Schulz KF. Spermicide used alone for contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013(12).
35. Nyamu J. The role of voluntary surgical contraception (V.S.C.) in family planning programmes. J Obstet Gynaecol East Cent Africa. 1995;11(1):3-4.
36. Rivera R, Yacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. Am J Obstet Gynecol. 1999 Nov;181(5 Pt 1):1263-9.
37. OMS. Family planning/contraception methods. 2020; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> (consulté le 19/05/2022).

38. WHO. Family Planning - A global handbook for providers. 2018; Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1095211/retrieve> (consulté le 20/05/2022).
39. Savary C, Kone M. Diagnostic territorial de la commune de Moribabougou & orientations pour la mise en place d'une adduction d'eau potable. 2008; Available from: <https://www.valde Loire.org/content/download/4402/112830/file/2008%20Adduc%20d/'eau%20Moribabougou%20-%20C.Savary.pdf> (consulté le 27/06/2022).
40. Tsui AO, Brown W, Li Q. Contraceptive Practice in Sub-Saharan Africa. *Popul Dev Rev.* 2017 May;43(Suppl Suppl 1):166-91.
41. Rossier C, Corker J. Contemporary Use of Traditional Contraception in sub-Saharan Africa. *Population and development review.* 2017;43(Suppl 1):192-215.
42. Bongaarts J, Hardee K. Rôle des programmes de planification familiale du secteur public dans la réponse à la demande de contraception en Afrique subsaharienne. *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, numéro spécial 2018:11-20.
43. Mamadou K, Fomba S, Tall S, Alou S, Mamadou D, Djoukou KN, et al. L'Utilisation des Méthodes Contraceptives Modernes au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako. *Health Sci Dis.* 2020;21(10):82-6.
44. Casey SE, Gallagher MC, Kakesa J, Kalyanpur A, Muselemu J-B, Rafanoharana RV, et al. Contraceptive use among adolescent and young women in North and South Kivu, Democratic Republic of the Congo: A cross-sectional population-based survey. *PLOS Medicine.* 2020;17(3):e1003086.
45. Ahinkorah BO, Budu E, Aboagye RG, Agbaglo E, Arthur-Holmes F, Adu C, et al. Factors associated with modern contraceptive use among women with no fertility intention in sub-Saharan Africa: evidence from cross-sectional surveys of 29 countries. *Contracept Reprod Med.* 2021 Aug 1;6(1):22.
46. Hossain MB, Khan MHR, Ababneh F, Shaw JEH. Identifying factors influencing contraceptive use in Bangladesh: evidence from BDHS 2014 data. *BMC Public Health.* 2018 2018/01/30;18(1):192.
47. Nsanya MK, Atchison CJ, Bottomley C, Doyle AM, Kapiga SH. Modern contraceptive use among sexually active women aged 15-19 years in North-Western Tanzania: results from the Adolescent 360 (A360) baseline survey. *BMJ open.* 2019;9(8):e030485-e.
48. Mahande MJ, Shayo E, Amour C, Mshana G, Msuya S. Factors associated with modern contraceptives use among postpartum women in Bukombe district, Geita region, Tanzania. *PLOS ONE.* 2020;15(10):e0239903.
49. Ku L, Sonenstein FL, Pleck JH. The dynamics of young men's condom use during and across relationships. *Fam Plann Perspect.* 1994 Nov-Dec;26(6):246-51.
50. Mandiwa C, Namondwe B, Makwinja A, Zamawe C. Factors associated with contraceptive use among young women in Malawi: analysis of the 2015-16 Malawi demographic and health survey data. *Contraception and reproductive medicine.* 2018;3:12-.
51. Kraft JM, Serbanescu F, Schmitz MM, Mwanshemele Y, C. AGR, Maro G, et al. Factors Associated with Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa. *Journal of Women's Health.* 2021.
52. Ahinkorah BO, Budu E, Aboagye RG, Agbaglo E, Arthur-Holmes F, Adu C, et al. Factors associated with modern contraceptive use among women with no fertility intention in sub-Saharan Africa: evidence from cross-sectional surveys of 29 countries. *Contraception and Reproductive Medicine.* 2021 2021/08/01;6(1):22.
53. Decker M, Constantine NA. Factors Associated with Contraceptive Use in Angola. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive.* 2011;15(4):68-77.
54. Gazendam N, Cleverley K, King N, Pickett W, Phillips SP. Individual and social determinants of early sexual activity: A study of gender-based differences using the 2018 Canadian Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC). *PLOS ONE.* 2020;15(9):e0238515.
55. Hlongwa M, Kalinda C, Peltzer K, Hlongwana K. Factors associated with modern contraceptive use: a comparative analysis between younger and older women in Umlazi Township, KwaZulu-Natal, South Africa. *Women's Health.* 2021 2021/01/01;17:17455065211060641.

56. Maitrot-Mantelet L. Quelle contraception après 40 ans ? 2017; Available from: <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/25235.pdf> (consulté le 30/06/2022).
57. Wusu O. Religious influence on non-use of modern contraceptives among women in Nigeria: comparative analysis of 1990 and 2008 NDHS. *Journal of Biosocial Science*. 2015;47(5):593-612.
58. Bakyono R, Tapsoba LDG, Lépine A, Berthé A, Ilboudo PG, Diallo CO, et al. Contraceptive use by married women or concubines living in rural areas in Burkina Faso: a qualitative study of free voucher use. *The Pan African medical journal*. 2020;37:72-.
59. Joshi B, Velhal G, Chauhan S, Kulkarni R, Begum S, Linkage Study T. Linking HIV & family planning services to improve dual methods of contraception among women infected with HIV in Mumbai, Maharashtra, India. *The Indian journal of medical research*. 2016;143(4):464-73.
60. Agboghoroma CO. Contraception in the Context of HIV/AIDS: A Review. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive*. 2011;15(3):15-23.
61. MacQuarrie, L.D. K, Steffen MM, Tounkara MF, Coulibaly A. Modern Contraceptive Use among Youth in Mali: Further Analysis of the Mali Demographic and Health Survey 2018. DHS Further Analysis Reports No. 134. Rockville, Maryland, USA: ICF2020.
62. Frost JJ, Lindberg LD. Reasons for using contraception: perspectives of US women seeking care at specialized family planning clinics. *Contraception*. 2013 2013/04/01/;87(4):465-72.
63. Alene KA, Atalell KA. Contraceptive use and method preference among HIV-positive women in Amhara region, Ethiopia. *BMC Women's Health*. 2018 2018/06/18;18(1):97.
64. Gedefaw G, Wondmieneh A, Demis A. Contraceptive Use and Method Preferences among HIV Positive Women in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-analysis. *BioMed Research International*. 2020 2020/09/18;2020:6465242.
65. Teshome S, Negera E, Sileshi T, Tadele A. The Rate of Intrauterine Contraceptive Device Use and Associated Factors Among Married Women of Reproductive Age in Mettu Rural Community, Southwest Ethiopia. *Journal of primary care & community health*. 2020 Jan-Dec;11:2150132720904916-.
66. Yoost J. Understanding benefits and addressing misperceptions and barriers to intrauterine device access among populations in the United States. *Patient preference and adherence*. 2014;8:947-57.
67. Tekelab T, Melka AS, Wirtu D. Predictors of modern contraceptive methods use among married women of reproductive age groups in Western Ethiopia: a community based cross-sectional study. *BMC Women's Health*. 2015 2015/07/17;15(1):52.
68. Tiruneh FN, Chuang KY, Ntenda PA, Chuang YC. Factors associated with contraceptive use and intention to use contraceptives among married women in Ethiopia. *Women Health*. 2016;56(1):1-22.
69. Tamang L, Raynes-Greenow C, McGeechan K, Black K. Factors associated with contraceptive use among sexually active Nepalese youths in the Kathmandu Valley. *Contraception and Reproductive Medicine*. 2017 2017/03/14;2(1):13.

9. FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIALLO

Prénom : Djenebou

Téléphone : 00223 75075877

Email : diallodjeneboudiallo95@gmail.com

Pays d'origine : MALI

Titre de la thèse : Pratique des méthodes modernes de contraception au CSCom de Moribabougou dans le district sanitaire de Kati

Année Universitaire : 2020 - 2021

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS/FAPH de Bamako

Secteurs d'intérêt : Santé Publique, Santé de la Reproduction

Résumé

Au Mali, le taux d'utilisation de la contraception reste faible malgré les efforts soutenus de sensibilisation. Le but de cette étude était d'évaluer la pratique des méthodes de contraceptions au centre de santé communautaire (CSCom) de Moribabougou, une zone périurbaine du district de Bamako où les grossesses indésirables sont fréquentes. Une étude transversale rétrospective a été effectuée pour collecter des informations sur la planification familiale (PF) entre 2019 et 2021.

Au total, 2582 participants ont été inclus dans cette étude dont 229 hommes et 2553 femmes. L'implant (49,3%) et les formes injectables (16,6%) étaient les méthodes contraceptives préférées des femmes. Une augmentation significative de l'utilisation du DIU ($p = 0,008$), des formes injectables ($p = 0,01$) et des pilules ($p = 0,01$) était observée entre 2019 et 2021. Les femmes ayant plusieurs enfants avaient tendance à adopter le DIU ($p = 0,001$) alors les pilules étaient plus sollicitées par les femmes ayant au plus un enfant ($p = 0,008$). Cette étude a montré que la pratique de la contraception dans la commune de Moribabougou évolue favorablement. Elle révèle aussi l'intérêt des femmes et des hommes aux nouvelles méthodes de la PF pour promouvoir la santé sexuelle et le bien-être de la famille.

Mots clés : Pratiques, Méthodes contraceptives, Moribabougou, Mali

Summary

Practice of modern methods of contraception in Moribabougou community health center in Kati health district

In Mali, the rate of continued use of different contraceptive methods remains low in rural areas due to sustained awareness-raising efforts. The purpose of study was to assess the practice of contraceptive methods to Moribabougou community health center, a peri-urban area of Bamako. A cross-sectional study was conducted to collect data on Family Planning (FP) during consultation from 2019 to 2021. A total of 2582 participants were included in this study, including 229 men and 2553 women. Implant (49.3%) and injectable forms (16.6%) were women's preferred contraceptive methods. A significant increase in the IUDs ($p = 0.008$), injection forms ($p = 0.01$) and pills ($p=0.01$) use were observed from 2019 and 2021. Women with many children adopted IUD ($p = 0.001$) whereas the pill was more used by those with one child or any children ($p = 0.008$). this study showed that the practice of contraception in Moribabougou district is progress favorably. It also reveals women's and men's interest in new FP methods to promote sexual health and family well-being.

Keywords : Practices, Méthodes contraceptives, Moribabougou, Mali

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure!