

Ministère des Enseignements Secondaire
Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université de Bamako



Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



Année Universitaire 2007/2008

N°...../

PREFERENCES DES ADOLESCENTES ET JEUNES ADULTES EN MATIERE DE CONTRACEPTION A LA CLINIQUE DE L'A.M.P.P.F DE BAMAKO.

THESE:

Présentée et soutenue publiquement le

PAR

Mlle FATOUMATA TAMBOURA

Pour l'obtention du DOCTORAT en Médecine
(DIPLÔME D'ETAT)

JURY:

Président: Pr Abdou Alassane TOURE

Membre: Dr Samba TOURE

Co-directeur: Pr Mamadou Soun calo TRAORE

Directeur: Pr Sidi Yaya SIMAGA

LISTE DES ABREVIATIONS :

A = Avortement

AMPPF = Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille

ASBC = Agent de Service à Base Communautaire

CCV = Contraception chirurgicale volontaire

CIPD = Conférence Internationale sur la Population et le Développement

COC = Contraceptifs Oraux Combinés

CPN = Consultation Périnatale

CSREF = Centre de santé de référence

DIU = Dispositif Intra Utérin

DNS = Direction Nationale de la Santé

DSFC = Division Santé Familiale et communautaire

DSR = Division Santé de la Reproduction

EDSM = Enquête Démographique de Santé au Mali

IM = Intra musculaire

IPPF = Fédération Internationale pour la Planification Familiale

IST = Infection Sexuellement Transmissible

IVG = Interruption volontaire de grossesse

Multigeste = Plus de 3 grossesses

Nulligeste = Sans grossesse

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

Paucigeste = Moins de 4 grossesses

Paucipare = Moins de 4 enfants

PF = Planification Familiale

SR = Santé de la Reproduction

SOMMAIRE

I- Introduction et objectifs.....	1
II- Généralités.....	5
III- Méthodologie.....	26
IV- Résultats.....	29
V- Commentaires et Discussion.....	44
VI- Conclusion et Recommandations.....	46
VII- Références.....	48
VIII -Annexes.....	50

INTRODUCTION

La croissance actuelle de la population dans les pays en développement et les problèmes qui y sont liés sont considérés comme un frein à leur développement socio économique. Ainsi la maîtrise du mouvement naturel de la population constitue un enjeu majeur pour la majorité des gouvernements de ces pays. On observe donc des changements de comportement en matière d'utilisation des méthodes modernes de contraception et cela grâce aux actions en faveur de la planification familiale[1].

La planification familiale est reconnue comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien être des femmes et de leur famille. Ainsi le rôle capital que joue la planification familiale dans la réduction des mortalités maternelle, néonatale et infantile a été mis en exergue dans de nombreuses études et au cours de plusieurs rencontres internationales notamment lors de la rencontre internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue en septembre 1991 au Caire [1].

La contraception est l'utilisation de l'ensemble des méthodes naturelles ou artificielles mises à la disposition d'un couple ou d'un individu pour empêcher temporairement ou définitivement la conception [13].

1-Au Mali, l'introduction des méthodes modernes de contraception est consécutive d'abord à la création de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) en 1972, ensuite à la réorientation de la politique de santé maternelle et infantile et enfin à la création de la Division Santé Familiale et Communautaire (DSFC) en 1980 transformée en Division Santé de la Reproduction (DSR) en 2001 au sein de la Direction Nationale de la Santé (DNS).

Le gouvernement du Mali ayant pris conscience de l'impact des problèmes de population sur le développement socio économique du pays a adopté le 8 mai 1991 une politique nationale de population révisée en 2001 [1].

2- Selon le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde en 2005, chaque année il se produit 3,3 millions de mortinaissances et peut être même davantage. Il n'y a pas non plus de répit dans la mortalité maternelle ; ce sont 529.000 femmes qui meurent soudainement avec quelques 68.000 autres par suite d'un avortement non médicalisé. Environ 87 millions se retrouvent enceintes sans l'avoir voulu.

On estime que 100000 décès maternels pourraient être évités chaque année si les femmes qui ne veulent pas d'enfant utilisaient efficacement un moyen contraceptif [19].

3- Malgré les efforts entrepris en matière de SR, force est de constater que le Mali fait partie des pays où la prévalence contraceptive est des plus basses (7% en 2001). Ainsi l'utilisation actuelle des méthodes modernes de contraception est seulement de l'ordre de 5,7% [1].

Les différentes EDSM ont aussi montré que l'indice synthétique de fécondité est resté quasiment constant de 1987 à 2001 (6,8 enfants par femme) contrairement à un taux de fécondité global de 7 enfants par femme en 2003 selon le Rapport 2005 de l'OMS [1, 19].

Il ressort également des données de la troisième enquête démographique et de santé du Mali (EDSM III 2001) que la mortalité maternelle est très élevée : 582 pour 100000 naissances vivantes avec un ratio de mortalité maternelle de 1200 et un taux de mortalité néonatale pour 100000 naissances vivantes de 55 en 2000 selon l'OMS. Chaque année au Mali, 3000 femmes meurent des complications de la grossesse et de l'accouchement, soit un décès toutes les trois heures. En plus, des milliers de femmes et de filles souffrent de complications et de séquelles liées à des grossesses non planifiées.

Ainsi espacer les grossesses d'au moins deux ans augmente les chances de survie des enfants. La contraception peut contribuer à réduire le nombre des avortements non médicalisés et jouer un rôle important dans la réduction de la mortalité et des incapacités maternelles. [1,19]

Aussi les besoins non satisfaits en matière de PF exprimés par les femmes mariées sont de l'ordre de 28,5%.L'existence d'un tel niveau de besoins non satisfaits en PF contraste avec la faible prévalence contraceptive. Dès lors, il devient urgent et indispensable d'inverser la tendance qui hypothèque la qualité de vie et fragilise la survie des femmes et des enfants. [1]

C'est dans la perspective de mieux répondre aux préférences des adolescentes et jeunes adultes en matière de contraception que nous avons initié cette étude qui s'est déroulée à la clinique de l'AMPPF du district de Bamako et qui vise les objectifs suivants.

OBJECTIF GENERAL :

Evaluer les préférences des adolescentes et jeunes adultes en matière de planning familial à L'A.M.P.P.F du district de Bamako.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- 1- Déterminer le profil sociodémographique des clientes ayant consulté à l'AMPPF.
- 2- Déterminer les types disponibles de contraceptions pour les clientes à la clinique de l'AMPPF.
- 3- Déterminer la fréquence d'utilisation des méthodes disponibles par les clientes.
- 4- Evaluer les connaissances et pratiques des clientes en matières de contraception.
- 5- Formuler des recommandations.

GENERALITES :

Généralités sur la politique Malienne en matière de planification

familiale :

1) Historique :

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement pro- natalistes, cela pour des raisons d'ordre économique, avoir le maximum de bras travailleurs pour augmenter la production. La fécondité confère une valeur sociale, et l'infécondité est toujours mal vécue.

Une femme doit avoir des enfants, mais il demeure vrai que la venue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) soit sujette de moquerie. En milieu Bamanan, par exemple, il existe des expressions consacrées pour désigner ces personnes « séré-mouso » pour la femme et « séré- den » pour l'enfant, malgré le comportement pro nataliste, les maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances : c'est ainsi qu'à près un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant deux (2) à trois (3) ans. Ceci permet à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement. On peut mentionner l'existence d'autre méthode traditionnelle d'espacement de naissance telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs, de Tafo... La fréquence de ces pratiques serait en diminution surtout dans le milieu urbain [9].

2) principales dates de la politique du planning familial au Mali :

Le Mali a été l'une des premiers pays sub-sahariens à adopter une attitude de tolérance vis-à-vis des activités du planning familial [10]. En effet depuis 1971, une délégation Malienne s'est rendue à Montréal (Canada) pour participer à un séminaire sur la planification familiale.

Après le Mali a signé un accord avec les organisateurs de ce séminaire pour un projet d'assistance en planning familial pour 4 ans.

A ce moment, entre les approches démographique et sanitaire, c'est l'approche sanitaire qui a été choisie en l'absence de paramètres démographique ; suffisamment maîtrisés de l'époque [18].

C'est dans cet élan que l'AMPPF a été créée le 7 juin 1971. En 1972, le Mali abrogea la loi du 31 juillet 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisaient la propagande anticonceptionnelle [10]. Un centre pilote du planning familial a été créé à Bamako par l'AMPPF dont l'objectif était l'espacement des naissances et non une limitation des naissances. La pratique du planning familial était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes mariées et parentale pour les célibataires [11].

En 1973, deux séminaires dont un inter Africain sur l'éducation sexuelle et l'autre inter syndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako [18].

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

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

En 1980, la Division Santé Familial (DSF) a été créée au sein du ministère de la santé publique et des affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial [10].

En 1990, deux séminaires nationaux ont été organisés à Bamako pour l'ébauche d'une politique de population femme et développement.

En 1991, le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population [2].

En 1994 avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Egypte), les gouvernements dont le Mali se sont engagés à agir dans le domaine de la santé de la reproduction engagement réitéré lors de la 4^{ème} conférence mondiale sur les femmes à Beijing (Chine) en septembre 1995.

En juin 1995 a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle infantile et planning familial (SMI/ PF) [15].

Avec le temps le concept Malien en matière de PF a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuel qui définit le PF comme : « L'ensemble des mesures et moyens de régulation de la fécondité, de l'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale , mis à la disposition des individus et des couples pour contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelle, infantile et juvénile notamment celles liées aux IST / SIDA, aux grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien être familial et individuel » .

Ceci implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir la mesure ou le moyen de régulation de la fécondité [11].

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

3) DEFINITIONS OPERATOIRES :

3-1) Définition de la planification familiale selon L'OMS :

La planification familiale est l'ensemble des mesures permettant de favoriser des naissances, d'agir sur l'intervalle entre les naissances, d'éviter les naissances non désirées et de donner à chaque couple le moyen de déterminer le nombre d'enfants qu'il désire.

Elle englobe la lutte contre la stérilité, la mise en œuvre des moyens de contraception, l'éducation sexuelle et familiale [6].

3-2) La santé de la reproduction :

Elle recouvre le bien être général, tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.

Elle englobe l'information des hommes et des femmes sur la planification familiale et l'accès a des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement [7].

3-3) Définition de l'adolescent :

L'OMS définit l'adolescence comme tout individu ayant un age compris entre 10 et 19 ans [4].

3-4) Définition de jeunes adultes : personnes âgées de 20 à 24 ans selon l'OMS [4].

3-5) DEFINITIONS DES DIFFERENTS CONCEPTS DE PLANIFICATION FAMILIALE UTILISE PAR LES PROGRAMMES :

3-5-1) L'espacement des naissances : ce concept insiste sur la notion d'intervalle à maintenir entre les naissances sans se préoccuper de la taille de la famille. Beaucoup de pratiques sociales telles que l'abstinence périodique, l'allaitement maternel prolongé, l'envoi de la femme dans sa famille d'origine prouvent ce concept. Celui-ci est beaucoup utilisé dans les Pays Francophones d'Afrique dans la mise en place de leurs programmes de planification familiale (cas du Mali).

3-5-2) La régulation des naissances : elle insiste sur l'idée de régulation par opposition à la soumission, à la fatalité biologique liée au hasard dans la naissance des enfants. Ce concept est assez proche de l'espacement des naissances.

3-5-3) Le contrôle de naissance : il insiste sur la réglementation du nombre des naissances aussi bien par les familles que par les nations. Il intervient dans le cadre de certaines politiques de population élaborées par les gouvernements. On peut soit réduire les avantages sociaux, soit alléger les impôts pour les premiers enfants, soit supprimer les avantages pour les enfants venant au-delà d'un certain rang.

3-5-4) La limitation des naissances : elle suppose l'intervention de l'Etat comme dans le contrôle des naissances dont il est proche. La limitation des naissances soutient en plus l'idée de réduire le taux d'accroissement de la population.

4) Rappel sur les différentes méthodes de contraception :

La contraception est l'utilisation de l'ensemble des méthodes naturelles ou artificielles mises à la disposition d'un couple ou d'un individu pour empêcher temporairement ou définitivement la conception [5].

4-1) Méthodes naturelles :

4-1-1) L'abstinence périodique :

- S'abstenir pendant un moment du cycle. Comme méthode on à :

a) Méthode du collier:

-Définition: c'est une méthode qui est basée sur la connaissance de la fertilité du couple. Elle aide la cliente/le couple à prévenir une grossesse non désirée, à l'aide d'un collier de <perles>.

Il est à noter que pour la méthode du collier, la cliente doit avoir un cycle menstruel compris entre 26 et 32 jours.

Il faut que :

La cliente soit motivée.

-mode d'utilisation :

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

- Faire une marque dans le calendrier pour ce jour ;
- Chaque jour, déplacer l'anneau vers la perle suivante ;
- Déplacer toujours l'anneau dans la même direction, de l'extrémité étroite vers l'extrémité plus large ;
- Eviter les rapports sexuels sans protection si l'on ne veut pas tomber enceinte pendant les jours correspondant aux perles blanches, les rapports sexuels sont possibles sans risque de grossesse après les perles blanches.

Si la cliente n'est pas sûre d'avoir déplacé l'anneau :

- Lui dire de vérifier le calendrier pour voir quand est ce que le dernier cycle menstruel a commencé ;
- Puis compter les jours jusqu'au jour ou elle s'est rendue compte qu'elle a oublié de déplacer l'anneau ;
- Après avoir compté le nombre de jour, déplacer l'anneau vers la perle correspondante ;

- Dire à la cliente de déplacer l'anneau sur la perle rouge le jour où les règles réapparaissent ;
- S'assurer que la cliente/couple a compris ;
- Expliquer les limites : jour d'abstinence longs, ne protège pas contre les IST/SIDA [12].

b) La méthode de température :

La courbe thermique matinale d'une femme présente une phase d'hypothermie qui s'étend des règles à l'ovulation, et une phase d'hyperthermie qui s'étend de l'ovulation aux règles suivantes :

L'ovulation se situe exactement aux derniers jours de la température basse avant le décalage thermique ou au premier et même au deuxième jour de cette montée thermique, lorsque celle-ci s'étale sur plusieurs jours, par rapport à cette ovulation, il existe donc une période féconde dont la durée classique de 7 jours est fondée : - sur la survie des spermatozoïdes (4 jours)

- sur la survie de l'ovule (12 à 24 heures).
- La période féconde s'étend donc du cinquième au quatrième jour avant l'ovulation (avant le décalage) jusqu'au premier jour ou second jour après elle.
- Elle sépare deux périodes stériles : une après les règles où la stérilité est relative à cause de la survie exceptionnelle mais possible des spermatozoïdes au-delà de 4 jours, l'autre après l'ovulation où la stérilité est absolue et va du deuxième jours de température haute, après le décalage, jusqu'aux règles suivantes. Si le couple veut donc exclure de façon absolue le risque de grossesse, il ne doit avoir de rapport qu'à partir du second jour du second jour du plateau thermique confirmé.

La méthode de température est efficace (99% de succès) disponible, sans effet secondaire. Mais elle a des contraintes comme l'enregistrement quotidien des signes, une longue période d'abstinence [12].

c) La méthode de la glaire cervicale (Méthode de Billings)

La glaire subit des changements avant et après l'ovulation. En effet à l'approche de l'ovulation, la glaire devient abondante et filante et cela s'accroît jusqu'à l'ovulation. Après l'ovulation la glaire s'épaissit et devient pâteuse.

La femme en examinant sa glaire tous les jours peut détecter ces changements et ainsi connaître à peu près son jour d'ovulation. Pour ne pas avoir d'enfant, elle doit s'abstenir des rapports jusqu'après l'ovulation qui est la phase de glaire pâteuse.

Méthode efficace sans effet secondaire, elle a des contraintes comme observation quotidienne de la glaire et une longue période d'abstinence.

d) Le Bio-Self :

Le Bio-Self se présente sous la forme d'un thermomètre électronique combiné à un microprocesseur. C'est une tentative pour mixer la méthode des températures et la méthode du collier. L'appareil enregistre les températures quotidiennes, les compare avec son programme de base élaboré à partir de plusieurs centaines de milliers de courbes thermiques et s'adapte aux caractéristiques de l'utilisatrice.

Il mémorise également les six derniers cycles pour affiner faire partie des méthodes d'abstinence périodique et présente les mêmes avantages et inconvénients.

Il faut noter le coût élevé de l'appareil qui n'apporte guère plus de sécurité que la méthode des températures traditionnellement utilisées [3].

4-1-2) L'abstinence complète :

Elle consiste à s'abstenir pendant toute la période où le couple ne veut pas d'enfant. Elle n'a pas d'effet secondaire, est disponible mais difficile à observer à cause de la longue période d'abstinence.

4-1-3) Le coït interrompu :

C'est le retrait du pénis du vagin avant l'éjaculation.

- Le coït obstructus : méthode dangereuse consistant à «serrer la base de la verge, penser à autre chose, et retenir sa respiration» risque d'aboutir à une éjaculation dans la vessie, cause secondaire de stérilité.

Cette méthode n'est pas très efficace car difficile à observer. Son taux d'échec est de l'ordre de 15 à 20% [17].

4-1-4) La méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée (M.A.M.A) :

c'est une méthode qui consiste à allaiter l'enfant au sein pendant au moins les six (6) premiers mois ; cela entraîne un retard de retour de couche et donc une période d'anovulation. Efficace si l'allaitement est prolongé, exclusif pendant les premiers six (6) mois du post-partum et s'il y a pas de retour de couche, c'est une méthode semblable à d'autres méthodes par blocage de l'ovulation. Elle est efficace, disponible, renforce le lien mère enfant, nutritive et assure une protection du nourrisson par les anticorps contenus dans le lait maternel. L'efficacité contraceptive diminue si une des conditions n'est pas respectée.

4-2) Les méthodes traditionnelles :

Ces méthodes reposent sur le vécu socio culturel des peuples, on peut citer ;

a) le tafo :

Cordelette avec des nœuds, attachée autour du bassin de la femme dont le pouvoir repose sur la psychologie et aussi sur le vécu socioculturel [par exemple perd de son efficacité en cas de rapport avec un autre homme que son mari].

b) la toile d'araignée :

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

c) le miel et le jus de citron :

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

d) Les solutions à boire :

Il peut s'agir ; d'écorces d'arbre ou de plante, de graines à avaler, ou de 'nassi' solution préparée par les marabouts et charlatans.

Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ses méthodes traditionnelles.

Il semble qu'elle peuvent être à la base d'infection à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tel que l'infertilité, des algies pelviennes.

4-3) Les méthodes modernes :

4-3-1) Les contraceptifs hormonaux :

a) Les contraceptifs oraux ou pilules :

- Les contraceptifs oraux combinés ou COC :

Les COC ou pilules sont des comprimés composés de deux hormones synthétiques ; œstrogène et progestérone, très semblables à ceux que l'on retrouve dans le corps de la femme.

Ils se présentent sous forme de plaquettes de 28 comprimés dont les 7 derniers contiennent du fer.

Avantages

- ❖ Très efficace ; taux d'efficacité élevé (98-99%) ;
- ❖ Efficace immédiatement
- ❖ 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, Peut améliorer l'anémie
- ❖ Protège contre les cancers des ovaires et de l'endomètre
- ❖ Diminue les maladies bénignes des seins et les kystes ovariens
- ❖ Prévient les grossesses extra utérines
- ❖ Méthode réversible ;
- ❖ Prévient certaines affections (kystes ovariens, dysménorrhée...)
- ❖ Régularise le cycle

Limites (inconvenients) ou précautions :

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

Effets secondaires :

- Nausées, vertiges, seins légèrement sensibles et des maux de tête légers ainsi que de légers saignottements sont courants.
- Céphalées
- Hypertension artérielle
- Aménorrhée
- Peut entraîner un retard dans le retour de la fécondité
- Acné

Convient aux :

- Femme en âge de procréer
- Mères allaitantes (6 mois post partum ou plus)
- Femmes en post partum qui n'allaitent pas peuvent commencer 6 semaines après l'accouchement
- Femme après avortement,
- Femme avec anémie
- Femmes avec crampes menstruelles
- Femmes avec antécédents de grossesse extra utérine

- Les contraceptifs oraux progestatifs ou COP :

Définition :

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

Avantages

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

Limites (inconvenients) ou précautions :

- Contraignant
- Les COP ne protègent pas contre les IST/SIDA ;

Effets secondaires :

- Prise de poids ;
- Aménorrhée ;
- Saignements irréguliers.

b) Contraceptifs injectables :

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

Avantages :

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

Limites (inconvenients) ou précautions :

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

Effets secondaires :

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

c) Les implants-norplant :

C'est un contraceptif contenant un progestatif retard diffusé à travers 6 capsules insérées en sous-cutané à la face interne du bras de la cliente.

Avantages :

- Aussi efficace que la ligature des trompes (99 à 99,8% d'efficacité), même chez des femmes de poids élevé ;
- Son action est immédiate. (elle commence 24h après l'insertion) ;
- Actif dans l'organisme pendant :
 - 7 ans pour les femmes de moins de 70kg,
 - 5 ans pour les femmes de 70 à 79kg,
 - 4 ans pour les femmes de plus de 80kg.

Toutefois les capsules peuvent être retirées à tout moment.

- N'interfère pas avec les rapports sexuels (n'agit pas) ;
- 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, sauf pour la date de rendez-vous ;
- Le norplant peut prévenir l'anémie en diminuant le flux menstruel ;

- Il a peu d'effets secondaires, à part les irrégularités du cycle menstruel et le spotting.

Limites (inconvenients ou précautions) :

- ❖ La pose ou le retrait des capsules nécessite un personnel qualifié ;
- ❖ Le norplant ne protège pas contre les IST/SIDA ;
- ❖ La pose et le retrait nécessitent une procédure chirurgicale mineure
- ❖ Les capsules peuvent être visibles sous la peau ;
- ❖ Il existe quelques risques mineurs liés à l'opération : saignement, hématome, infection locale ;
- ❖ La cliente ne peut arrêter la méthode d'elle-même.

Effets secondaires :

Effets secondaires courants : trouble du cycle :

- ❖ Spotting,
- ❖ Saignements prolongés,
- ❖ Aménorrhée, ou une combinaison de ces troubles.

Effets secondaires peu courants :

- ❖ Céphalées ;
- ❖ Prise de poids et modification de l'appétit ;
- ❖ Troubles de l'humeur (nervosité/dépression) ;
- ❖ Vertiges ;
- ❖ Acné, éruption cutanée (rare).

Critères de sélection d'une cliente désirant le norplant :

- ❖ Femme allaitante depuis plus de 6 semaines ;
- ❖ Femme qui désire une contraception continue ou de longue durée ;
- ❖ Femme qui a le nombre d'enfants désirés mais ne veut pas subir une ligature des trompes ;
- ❖ Femme qui considère la possibilité d'une ligature des trompes, mais n'a pas encore pris sa décision finale ;

- ❖ Femme qui ne peut utiliser des contraceptifs qui contiennent des œstrogènes.

d) Contraception d'urgence :

Ensemble de procéder contraceptifs utilisés pendant une période limitée après un acte sexuel sans protection. Il s'agit :

■ COC : 30-35 µg Ethynil estradiol

- Prendre **4 comprimés** puis 4 autres 12 h plus tard au total 8 comprimés.
- *Exemple* : **Lo-fémenal ou Pilplan**

■ COC : 50 µg Ethynil estradiol

- Prendre **2 comprimés** puis 2 autres 12 h plus tard.
- *Exemple* : **Eugynon 50, ovral, Microgynon-50**

■ COP: 0,075 mg (75 µg) de norgestrel

- Prendre **20 comprimés** puis 20 autres 12 h plus tard.
- *Exemple* : **Ovrette**

■ COP: 0,03 mg (30 µg) de levonorgestrel

- Prendre **25 comprimés** puis 25 autres 12 h plus tard.
- *Exemple* : **Microlut, Norgeston**

■ COP: 0,75 mg (750 µg) de levonorgestrel

- Prendre **2 comprimés** en prise unique
- *Exemple* : **Nor-Levo, Postinor, 6Imediat, Plan-B**

■ D.I.U : TCu-380A

- Dans les 72 heures suivantes l'acte sans protection

Indications :

- Viol
- Rupture/glissement/utilisation incorrecte de préservatifs.
- Expulsion de D.I.U ;
- Echec du coit interrompu ;
- Oublie de pilule ;

- Rapport sexuel imprévu
- Injectable : rendez vous dépasse de plus de deux semaines.

4-3-2) Dispositif intra utérin : D.I.U

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

Il existe plusieurs modèles :

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

Avantages :

- Très efficace (99,2 à 99,4% d'efficacité) ;
- Son action est immédiate ;
- Actif pendant 12 à 13 ans dans l'organisme ;
- N'interfère pas avec les rapports sexuels (n'agit pas) ;
- N'affecte pas l'allaitement ;
- Pas d'effet secondaire hormonal ;
- Immédiatement réversible ;
- Cette méthode n'exige pas un effort de mémoire ;
- Il a peu d'effets secondaires.

Limites (inconvénients) ou 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 ;
- La cliente ne peut arrêter la méthode d'elle-même ;
- Le DIU peut être expulsé sans que la femme ne s'en rende compte (post partum) ;
- Le DIU ne protège pas contre les grossesses ectopiques ;

- La femme doit vérifier la position du fil de temps à autre.

Effets secondaires :

Effets secondaires courants :

- 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 durant les règles.

Autres effets secondaires et complications peu courants :

- 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.

4-3-3) Méthodes dites de barrières :

a)Le préservatif masculin :

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).

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.

Limites (inconvenients) ou précautions :

- Diminue éventuellement le plaisir et l'élan sexuels ;
- Contraignant : doit être changé à chaque rapport.

Effets secondaires :

- Allergies au latex où a certains lubrifiants.

b) Le préservatif féminin :

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 des IST/VIH/SIDA (double protection).

Avantages :

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

Limites (inconvenients) ou précautions :

- Coûteux actuellement ;
- Contraignant : doit être changé à chaque rapport ;
- La femme doit toucher ses parties génitales ;
- Peu discret.

Effets secondaires : pas d'effets secondaires apparents.

4-3-4) Les spermicides :

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.

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.

Avantages :

- Efficace si :
- Utilisation adéquate (70 a 80%) ;
- Associée avec les condoms (99%).
- Vente libre sans prescription médicale ;
- Utilisation facile ;
- Utilisé 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 ovules doivent être mis 10 à 15 minutes avant les rapports sexuels.

Limites (inconvenients) ou précautions :

- Peuvent interrompre les préludes 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 la cliente ;
- N'assurent pas la double protection.

4-3-5) Contraception chirurgicale volontaire CCV :

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.

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.

Limites (inconvenients) ou précautions :

- Méthode irréversible ;
- La CCV ne protège pas contre les IST/VIH/SIDA ;
- Nécessite un personnel qualifié ;
- S'assurer que le couple a compris.

Effets secondaires et complications :

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

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 ;
- Etre à l'écoute des questions ou des rumeurs (impuissance de l'homme, frigidity du couple, aménorrhée de la femme) et prendre le temps de rassurer le couple/cliente.

METHODOLOGIE :

I- MATERIEL ET METHODES :

1- CADRE D'ETUDE :

Notre étude a été effectuée à la clinique de l' AMPPF en Commune III du District de Bamako.

L'idée de création de l'AMPPF est venue de feu Dr Faran SAMAKE qui s'est montré très volontaire à un moment donné où il était fréquemment sollicité par des personnes se plaignant de grossesses nombreuses, rapprochées ou non désirées ainsi que l'augmentation du nombre d'infanticides , d'abandon d'enfants et d'I.V.G.

L'AMPPF est donc née officiellement le 03 Mars 1972 après une assemblée constitutive tenue en Juin 1971. Depuis l'AMPPF est la clinique pilote de planning familial au Mali ; elle compte aujourd'hui cent vingt (120) salariées dont sept (7) cadres supérieurs au niveau du siège et qui sont :

- Un directeur exécutif inspecteur des finances.
- Un directeur des programmes économiste, il coordonne et contrôle toutes les activités de l'association, il est chargé de la recherche et de l'évaluation des programmes.
- Un directeur Administratif et Financier.
- Un responsable clinique qui est médecin Gynécologue chargé des consultations.
- Un responsable des activités régionales économiste.
- Un responsable I.E.C [5].

La clinique de l'AMPPF a son siège à Bamako dans le quartier de Ouolofobougou-Bolibana ; elle est limitée à l'Est par la société Mali Métaux et le jardin d'enfants Dangnouma COULIBALY ; à l'Ouest par la station d'essence Ben and Co ; au Nord par les rails et au Sud par l'avenue Kassé KEITA. Elle occupe un immeuble en étage.

Son personnel se compose de :

- Un médecin Gynéco Obstétricien chef de la clinique.
- Une sage femme d'Etat.
- Un Infirmier d'Etat.
- Deux magasiniers.
- Deux réceptionnistes.
- Une conseillère.
- Une aide soignante pour les injections.
- Un manoeuvre.
- Quatre (4) chauffeurs.

Les prestations ont lieu du Lundi au Vendredi de 08 heures à 16 heures et les samedi de 07 heures à 13 heures. Elles portent sur :

- consultation contraception.
- consultation gynécologique.
- soins pré post natale.
- soins médicaux.
- analyses de laboratoire.
- échographie pelvienne.
- vaccination anti-tétanique.
- dépistage VIH.

Actuellement l'AMPPF a une antenne dans cinq (5) régions du Mali (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti) dirigée chacune par un coordinateur régional. Les antennes régionales s'occupent des prestations de service de planning familial à base communautaire [5].

2- TYPE ET PERIODE DE L'ETUDE :

Il s'agit d'une étude à deux composantes dont :

- La première composante est une analyse rétrospective des dossiers des clientes qui ont eu recours à la PF à l'AMPPF de Janvier 2006 à Décembre 2006.

-La deuxième composante est une étude transversale des clientes reçues à l'AMPPF d'Avril 2007 à Mai 2007.

3-ECHANTILLONNAGE :

- CRITERES D'INCLUSION :

Clientes âgées de 10-24 ans informées et consentantes.

- CRITERES DE NON INCLUSION :

Clientes refusant l'interrogation d'âge >24 ans ou <10 ans ou d'âge non déterminé.

Au total (862+102) soit 964 sont intéressées par l'étude.

4-ANALYSE ET TRAITEMENT DES DONNEES :

Les données ont été collectées sur des fiches d'enquête portées en annexes et analysées à partir du logiciel SPSS (version 11.5).

RESULTATS :

I- Recrutement rétrospectif

A- Profil des clientes :

Tableau I : Répartition des clientes selon les tranches d'âge.

Tranches d'âge	Effectif absolu	Pourcentage
10-12ans	113	13
13-15ans	172	20
16-18ans	301	35
19-21ans	204	23,5
22-24ans	72	8,5
Total	862	100

Les clientes de 16-18ans sont les plus nombreuses, elles représentent 35% des cas.

Tableau II: Répartition des clientes selon la provenance.

Provenance	Effectif absolu	Pourcentage
Commune I	67	7,4
Commune II	116	13,7
Commune III	328	35,2
Commune IV	179	17,9
Commune V	45	7,2
Commune VI	65	8,6
Kati	59	7
Autre	3	3
Total	862	100

Autre : Baguineda.

35,2% des clientes viennent essentiellement de la commune III.

Tableau III : Répartition des clientes selon la profession.

Profession	Effectif absolu	Pourcentage
Elève-Etudiante	505	58,6
Ménagère	172	20
Employée salariée	171	19,8
Employée privée	14	1,6
Total	862	100

58,6% des clientes sont des élèves-étudiantes

Tableau IV: Répartition des clientes selon les ethnies

Ethnies	Effectif absolu	Pourcentage
Bamanan	327	40
Peulh	140	16,2
Malinké	120	13,9
Soninké	98	11,4
Sonrhäi	44	5,1
Senoufo	30	3,5
Bobo	25	2,9
Bozo	25	2,9
Maure	24	2,8
Dogon	16	1,8
Kassonké	13	1,5
Total	862	100

Les bamanans constituent l'ethnie la plus représentée avec 40%, viennent ensuite les peulhs 16,2% et les malinkés avec 13,9%.

Tableau V: Répartition des clientes selon le niveau de scolarisation.

Niveau de scolarisation	Effectif absolu	Pourcentage
Primaire	321	37,2
Secondaire	296	34,3
Supérieur	98	11,4
Non scolarisé	128	14,8
Autres	19	2,2
Total	862	100

Autres : Medersa

37,2% des clientes ont un niveau primaire, 34,3% ont un niveau secondaire.

Tableau VI : Répartition des clientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Celibataire	594	69
Marié	266	29
Divorcé	2	2
Total	862	100

69% des clientes sont des célibataires.

Tableau VII: Répartition des clientes selon la parité.

Parité	Effectif absolu	Pourcentage
Nullipare	444	51,5
Paucipare	415	48,2
Multipare	3	0,3
Total	862	100

51,5% des clientes sont des nullipares.

Tableau VIII : Répartition des clientes selon la gestité.

Gestité	Effectif absolu	Pourcentage
Nulligeste	377	43,7
Paucigeste	478	55,5
Multigeste	7	0,8
Total	862	100

55,5% des clientes sont des paucigestes.

Tableau IX : Répartition des clientes selon le nombre d'avortement effectué.

Nombre d'avortement	Effectif absolu	Pourcentage
Aucun avortement	765	88,7
A1	77	8,9
A2	18	2,1
A3	2	0,2
Total	862	100

11,2% des clientes ont déjà eu un avortement.

B- Pratique de la contraception :

Tableau X: Répartition des clientes selon la méthode de contraception utilisée actuellement.

Méthode de contraception utilisée actuellement	Effectif absolu	Pourcentage
Injectable	383	44,4
Implant	289	33,5
Pilule	162	18,8
Préservatif	13	1,5
Spermicides	10	1,2
D.i.u	5	0,6
Total	862	100

Les injectables constituent la méthode la plus utilisée (44,4%), viennent ensuite les implants (33,5%) puis les pilules (18,8%).

Tableau XI: Répartition des clientes selon les effets secondaires signalés.

Effets secondaires signalés	Effectif absolu	Pourcentage
Aucun effet secondaire	824	95,6
Aménorrhée	18	2,2
Spotting	10	0,9
Vertige	4	0,4
Prise de poids	4	0,4
Vomissement	2	0,2
Total	862	100

95,6% des clientes n'ont pas eu d'effet secondaire.

II- Recrutement transversal :

A- Profil des clientes :

Tableau XII : Répartition des clientes selon les tranches d'âge.

Tranches d'âge	Effectif absolu	Pourcentage
10-12ans	18	17,5
13-15ans	23	22,5
16-18ans	47	46
19-21ans	9	9
22-24ans	5	5
Total	102	100

L'étude transversale montre que les clientes sont pour la plupart âgées de 16-18ans.

Tableau XIII : Répartition des clientes selon la provenance.

Effectifs selon la provenance	Effectif absolu	Pourcentage
Commune I	12	13
Commune II	7	7
Commune III	37	36,2
Commune IV	17	16,8
Commune V	5	6
Commune VI	9	9
Autre	15	12
TOTAL	102	100

Autre : Kati

L'étude transversale montre que les clientes viennent surtout de la commune III

Tableau XIV : Répartition des clientes selon le niveau de scolarisation.

Niveau de scolarisation	Effectif absolu	Pourcentage
Primaire	38	37,3
Secondaire	35	34,3
Supérieur	19	18,6
Non scolarisé	10	9,8
Total	102	100

37,3% des clientes ont le niveau du primaire.

Tableau XV : Répartition des clientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Célibataire	78	76,4
Marié	24	23,6
Total	102	100

76,4% des clientes sont des célibataires.

Tableau XVI : Répartition des clientes selon la parité.

Parité	Effectif absolu	Pourcentage %
Nullipare	54	52,9
Paucipare	48	47,1
Total	102	100

52,9% des clientes sont des paucipares.

Tableau XVII : Répartition des clientes selon la gestité.

Gestité	Effectif absolu	Pourcentage
Nulligeste	46	45,1
Paucigeste 1-3	56	40,2
Total	102	100

45,1% des clientes sont des nulligestes.

Tableau XVIII: Répartition des clientes selon la profession.

Profession	Effectif absolu	Pourcentage
Elève-Etudiante	69	67,6
Employée privée	16	15,6
Ménagère	15	14,7
Employée salariée	2	1,9
Total	102	100

L'étude transversale montre que les clientes sont pour la plupart des élèves-étudiantes.

B- Pratique de la contraception :

Tableau XIX : Répartition des clientes selon la méthode de contraception utilisée actuellement.

Méthode de contraception utilisée actuellement	Effectif absolu	Pourcentage
Injectables	48	47,1
Implant	45	44,1
Pilule	7	6,8
Préservatif	2	2
Total	102	100

L'étude transversale montre que les injectables constituent la méthodes la plus utilisée (47,1%).

Tableau XX: Répartition des clientes selon les effets secondaires signalés.

Effets secondaires signalés	Effectif absolu	Pourcentage
Sans effet secondaire	62	60,4
Aménorrhée	10	9,8
Prise de poids	5	4,9
Vomissement	3	2,9
Vertige	2	2
Total	102	100

60,4% des clientes non pas ressentis d'effets secondaires

Tableau XXI : Répartition des clientes selon le but de la pratique de contraception.

But de la pratique	Effectif absolu	Pourcentage
Eviter une grossesse	68	66,7
Espacer les naissances	34	33,3
Total	102	100

66,7% des clientes utilisent la PF pour éviter une grossesse.

C- Source d'information :

Tableau XXII : Répartition des clientes selon la personne qui a orienté vers la PF.

Source de guide	Effectif absolu	Pourcentage
Parents	30	29,4
Ami(e)	22	21,6
Après réflexion personnel	21	20,6
Mari	16	15,7
Agent de santé	6	5,9
Voisins	5	4,9
Partenaire	2	2
Total	102	100

29,4% des clientes sont guidées par leurs parents.

Tableau XXIII: Répartition des clientes selon la discussion de avec leurs parents en matière de sexualité.

Discussion avec les parents	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	67	65,7
Non	35	34,3
Total	102	100

65,7% des clientes ont eu à discuter de sexualité avec leurs parents.

Tableau XXIV : Répartition des clientes selon la raison du choix de l'AMPPF.

Raison du choix de l'AMPPF	Effectif absolu	Pourcentage
Bonne qualité du service	63	62,8
Plus grande discrétion	12	11,8
Compétence du personnel	10	9,8
Accès facile	17	16,6
Total	102	100

62,8% des clientes déclarent consulter à l'ampff à cause de la bonne qualité du service.

Tableau XXV : Répartition des clientes selon la raison de la non fréquentation de leur csref.

Raisons de la non fréquentation de leur csref	Effectif Absolu	Pourcentage
Ne savait pas qu'il y avait un centre de planning	48	47,1
Le service au csref est de moins bonne qualité	25	24,5
Le service de planning au csref est moins discret	15	14,5
Decision du partenaire	8	7,8
Proximité de l'AMPPF	6	5,9
Total	102	100

47,1% des clientes ne savaient pas qu'il y avait un centre de planning dans leur csref.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

I- Profil des clientes :

1-Sexe : 100% de notre échantillon était de sexe féminin et 0% de sexe masculin.

Cela s'explique d'une part par la faible fréquentation des services de santé par les hommes et d'autre part à cause de leurs faibles implications dans la PF.

2-Tranche d'âge : Notre étude montre que 81% de nos clientes avaient un âge compris entre 16-18ans.ce résultat est différent de ceux de Sidibé M [16] qui a eu 75,15% de ses clientes ayant plus de 30ans et celui de Maiga S [8] 73,36% de ses clientes ayant plus de 30ans.

Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que notre étude n'a porté que sur les adolescentes et jeunes adultes.

3-Résidence : 71,4% venait de la commune III, car la clinique de l'AMPPF est située en commune III.

4-Profession : La majorité de nos clientes étaient des élèves-étudiantes.

Car notre étude portait sur cette catégorie d'age.

Ce résultat est différent à celui de Sidibé M [16] qui a eu au cours de son étude 8,67% des élèves-étudiantes en 1999.

5-Niveau de scolarisation : Notre étude montre que 37,2% des clientes avaient un niveau primaire. Nos résultats sont comparables à ceux de Dakouo D [14] 29,48% de ses clientes avaient le niveau du primaire.

6-Statut matrimonial : Notre étude montre que le 2/3 de nos clientes était des célibataires. Celle s'explique par le fait que les jeunes célibataires ne sont pas disposées socialement à contracter des grossesses pour des raisons de préjudices de la société et de contraintes liées aux études scolaires.

II- Pratique de la contraception :

1- Méthode utilisée actuellement : Notre étude montre que 44,4% des clientes utilisaient actuellement les injectables, ce résultat est différent à ceux de Sidibé M [16] injectables 37,3%. cela s'explique par un plus grand engouement des jeunes pour les injectables à cause d'une meilleure commodité d'emploi.

2- But de la pratique : Notre étude montre que 66,7% des clientes pratiquent la contraception pour éviction de grossesse. Cela pourrait s'expliquer par la prédominance des célibataires ne désirant pas une grossesse.

Ces résultats sont différents à ceux de Sidibé M [16] et Maiga S [8] qui ont trouvé respectivement (89,01%) et (71,59%) chez qui les clientes avaient pour objectif principal l'espacement des naissances

III- Sources d'informations :

1- Source d'orientation : Notre étude montre que la source de d'orientation est : les parents avec 29,4%. ce résultat est supérieur a celui de Sidibé M [16] 23,07% les parents.

Cela serait dû par l'évolution de la mentalité des parents en matière de contraception et d'éducation sexuelle.

2- Raison du choix de la clinique de l'AMPPF :

Notre étude montre que plus de la moitié des clientes avaient choisi la clinique de l'AMPPF à cause de la qualité des prestations, mais aussi à la proximité du centre.

3- Raison de la non fréquentation de leur csref :

Notre étude montre que 47,1% des clientes ne savaient pas qu'il y avait un service de planning dans leur csref .cela serait due à un déficit d'information des clientes sur les activités de leur csref.

CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les préférences des adolescentes et jeunes adultes en matière de contraception à la clinique de l'AMPPF de Bamako. Pour cela nous avons fait une étude rétrospective allant de janvier 2006 à Décembre 2006 et une étude transversale allant de Mars 2007 à Mai 2007 permettant de déterminer les caractéristiques sociodémographiques des clientes, la fréquence d'utilisation des méthodes contraceptives par les clientes.

Au terme de cette étude nous retenons qu'il y a une forte adhésion des adolescentes âgée de 16-18ans à la contraception,

Les élèves-étudiantes représentaient la majorité des clientes.

Les célibataires représentaient le 2/3 de notre échantillon.

Les injectables (44,4%) ont été la méthode de contraception la plus utilisée.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement à :

1- Adolescentes:

- fréquenter les centres de planification familiale.
- participer pleinement aux campagnes d'IEC organisées sur la planification familiale.

2- Aux sages femmes/infirmières de l'AMPPF :

- améliorer l'accueil (1ere condition pour que les adolescentes fréquentent les centres).

3- Au Ministère de la santé :

- Organiser des campagnes d'information, de sensibilisation et d'éducation sur les avantages de la planification familiale.
- Informers, sensibiliser la population à travers les medias sur la planification familiale.
- Multiplier les centres de planification familiale pour améliorer l'accès aux services de planification familiale.
- Développer les compétences des prestataires en matière de PF.

REFERENCES :

1-AMPPF :

Document de la Campagne Nationale sur la PF, Mars 2004.p1-3

2- AMPPF.

Plan Stratégique 2006-2010.P47

3- AMPPF : Manuel de référence pour la planification familiale Janvier 2007.

4- Bulletin de l'AMPPF N°4 du 31 octobre 1993.p3-9

5- BOMIA M .A. D.

Connaissance, attitudes et pratiques sur la santé de la reproduction en milieu scolaire ;

Thèse méd 2004 n 19.

6- CAMARA M.

La contraception chez l'adolescente. Thèse Med 1992 n 44 Bamako- Mali.

7-COULIBALY P.

Contribution a l'étude socio-epidemiologique du planning familial dans le cercle de Douentza.

Thèse Méd 1992 n 36.

8-Division santé de la reproduction :

Plan stratégique de la santé de la reproduction 2004-2008.

9-DAKOUO S.

Besoins et préférences des femmes en matière de contraception au Mali

Thèse Méd 2000 n 80.

10-MAIGA S.

-Contribution a l'étude du planning familial auprès des utilisateurs du centre de santé de la commune VI

Thèse Med-Bamako 1996 n 52

11- Ministère de la Santé, République du Mali.

Politique et Normes des services de santé de la reproduction. février 2000.

12-Ministère de la santé publique et des affaires sociales, projet de développement sanitaire.

-Stratégie nationale en planning familial et en IEC 1987.

13-Ministère de la santé, des personnes âgées et de la solidarité.

-procédures des services de santé, de la reproduction et de planning familial (2 versions).

Bamako décembre 1995.

14-Ministère de la santé publique, des affaires sociales et de la promotion féminine

-Déclaration nationale de politique de population

Bamako Mali Août 1991.

15-Ministère de la santé publique et des affaires sociales/DSF.

-Plan d'action pour le programme national de planning familial

Juin 1991.

16- OMS.

Rapport sur la Santé dans le Monde « Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant ».2005 p54-55

17-SANGO S

Contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako. Thèse Méd Bamako 1996 n 32.

18-SIDIBE M K :

Approche épidémiologique du planning familial au centre de santé de la commune 4 du District de Bamako.

Thèse Méd 1999 n 52.

19-TRAORE D.

Les contraceptifs oraux en pratique courantes à Bamako cas de L'AMPPF.

Thèse phar 1998 n 39.

ANNEXE (1)

FICHE D'ENQUETE POUR LES CLIENTES

I - LES CARACTERISTIQUE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

1- Age ans

2- Adresse

3- Profession

4- Religion

5- Ethnie

1. Niveau de scolarisation

- a- Primaire
- b- Secondaire.....
- c- Supérieur.....
- d- Ecole Coranique ou Medersa.....
- e- Non alphabétisé.....

2. Statut matrimonial

- a- Mariée
- b- Célibataire
- c- Divorcée
- d- Veuve
- e- Union libre

4 ; Antécédent gynéco - obstétrique

- a- Parité
- b- Gestité
- c- Nombre de mois écoulés depuis la dernière grossesse
- d- Vivants
- e- Décès
- f- Avortement

ANNEXE (2)

III – METHODE DE CONTRACEPTION

1. Quelle méthode de contraception utilisez-vous actuellement ?

- a- Pilule f- Spermicides
b- Diaphragme
c- Injectables g- Préservatif
d- Ligature des trompes
e- D.I.U h- Implant
i- Autres

2. Est-ce la première méthode utilisée ?

- a- Oui b- Non

3. Si non, quelle méthode(s) avez-vous utilisée auparavant ?

- a- Pilule f- Spermicides
b- Diaphragme
c- Injectables g- Préservatif
d- Ligature des trompes
e- D.I.U h- Implant
i- Autres

4. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous changé (es) de méthode ?

- a- Vertiges
b- Vomissements
c- Prise de poids
d- Aménorrhée
e- Spotting

ANNEXE (3)

IV_- POURQUOI PRATIQUEZ VOUS LE PLANNING FAMILIAL ?

- a- Evitez une grossesse
- b- Espacer des naissances
- c- Limitation des naissances
- d- Lutte contre la stérilité
- e- Lutte contre les IST/SIDA
- f- Autres

V - QUI VOUS A CONSEILLE DE PRATIQUER LE PLANNING FAMILIAL?

- a- Apres mûre réflexion
- b- Ami(e)
- c- Mari
- g- Autres
- d- Agent de santé
- e- Parents
- f- Voisins

VI- AVEZ- VOUS DEJA DISCUTE DE SEXUALITE AVEC VOS PARENTS_?

- a- Oui
- b- Non

VII- POUR QUOI AVEZ-VOUS CHOISI L'AMPPF POUR LE PLANING ?

- 1. Bonne Qualité du service
- 2. Plus grande Discrétion
- 3. Compétence du personnel
- 4. Autres (à préciser)

ANNEXE (4)

VIII - POURQUOI NE FREQUENTEZ - VOUS PAS VOTRE CSREF?

1. Ne savait pas qu'il y avait un service de planning
2. Le service de Planning au Csref est moins discret
3. Le service au Csref est de moins bonne qualité
4. Autres (à préciser).

FICHE SIGNALITIQUE

Nom: **TAMBOURA**

Prénom: **FATOUMATA**

Titre de la thèse : **Préférences des adolescentes et jeunes adultes en matière de contraception à la clinique de l'A.M.P.P.F de Bamako.**

Année de soutenance : 2008

Ville de soutenance : **BAMAKO**

Nationalité : **MALIENNE**

Lieu de dépôt : **Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie.**

Secteurs d'intérêt : **Santé publique, Gynécologie.**

Résumé :

Notre étude consacrée aux préférences des adolescentes et jeunes adultes en matière de contraception, est une étude rétrospective et transversale .Elle a porté sur 964 clientes au total.

Elle nous a permis d'établir que la majorité des clientes étaient âgée de 16-18ans.les célibataires représentaient 49%, le niveau de scolarisation était élevé. Les méthodes de contraception utilisées étaient tous disponibles à la clinique de l'AMPPF avec une forte préférence des injectables (44,4%).

La principale source d'information était les parents.

L'éviction de grossesse était le motif principal de la pratique de la contraception.

Mots clés : Préférence, adolescentes, jeunes adultes, contraception, AMPPF.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes **soins gratuits** à l'indigent et **n'exigerai jamais** un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE.