

Ministère de l'Enseignement  
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 2008/2009

N°...../

**BILAN DES ACTIVITES DE PLANNING FAMILIAL AU  
SEIN DE LA CLINIQUE DE L'ASSOCIATION  
MALIENNE POUR LA PROTECTION ET LA  
PROMOTION DE LA FAMILLE (AMPPF) DU DISTRICT  
DE BAMAKO DE JUILLET A DECEMBRE 2008**

**Thèse :**

*Présentée et soutenue publiquement le 27 /06/2009  
Par*

***Mme Virginie KAMDEM MATIEDJE***  
*Pour l'obtention du DOCTORAT en médecine  
(DIPLOME D'ETAT)*

*Jury :*

Président : Professeur SY ASSITAN SOW

Membre : Docteur BENOIT KARAMBIRI

Co-directeur : Docteur SAMBA TOURE

Directeur : Professeur AMADOU DIALLO

# DEDICACES

## **JE VOUDRAIS DEDIER CETTE THESE :**

**A DIEU,**

**Le Tout Puissant et Miséricordieux,**

Seigneur toi qui nous assiste du premier au dernier jour, toi seul qui sais compatir dans notre quotidien merci pour toutes les possibilités que tu nous à offerte jusqu'à présent dans nos vies et aussi pour celles à venir. Merci de nous avoir permit de mener à bien cette thèse. Nous te sommes infiniment reconnaissants.

**Seigneur,**

Donne à mes mains l'habilité et la tendresse.

Donne à mes oreilles, la patience d'écouter ;

Donne à mes lèvres, les mots qui réconfortent ;

Donnent à mon esprit, le désir de partager ;

Donne-moi Seigneur le courage, la force, l'intelligence d'accomplir ce travail ardu, et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen.

**A MA REGRETTEE CADETTE CHERIE :**

**Hélène Laura KAMDEM DJIEFO :**

Petite soeur tu m'as tellement soutenue durant ma formation, m'apportant toujours le réconfort dont j'avais besoin et surtout beaucoup de conseils malgré ton rang de dernière née de la famille. Mais hélas étant presque au bout de ma formation le Seigneur t'a rappelé auprès de lui. Tu as laissée un très grand vide dans notre vie familiale depuis le 18 Mars 2008 jour de ta tragique disparition. Tout ce que je peux dire est que tu nous a précédé et s'il plait à DIEU on se reverra. Repose en paix ma chérie.

**A MON PAPA : Mr Esaie KAMDEM**

Papa, merci pour l'éducation que tu as su nous inculquer et surtout cela en ta grande qualité d'éducateur. Ce travail est le fruit des années d'effort, de conseils et de patience dont tu as su faire preuve à mon égard. Merci d'avoir eu confiance en moi et de me l'avoir toujours témoigné. J'ose croire que tu sauras y tirer entière satisfaction. Que le Seigneur nous prête longue vie et nous fasse voir les fruits de ce travail.

**A MA MAMAN : Mme Suzanne KAMDEM**

Maman, tu as toujours été présente dans nos vies et ceci à tout moment sans jamais te lasser malgré toutes les peines et soucis dont nous avons été parfois l'objet. Tu es la meilleure maman du monde ; Mais tu as surtout été l'instigatrice de ce long parcours du combattant que fut le mien, me soutenant et m'encourageant dans tous mes efforts, afin que malgré toutes les difficultés, je ne puisse jamais céder devant l'adversité. Aujourd'hui, je te dis simplement MERCI MAMAN... Pour ton amour, pour ton soutien, pour toutes tes prières à mon endroit. Ce travail est le tien et t'honore, puisse le Tout Puissant te bénir et te donner encore longue vie pour qu'enfin tu puisses goûter au fruit de tant d'années de sacrifices.

**A Mr et Mme SICHOM :**

Vous m'avez encadré pendant plusieurs années et ceci jusqu'à présent je suis d'ailleurs votre première fille. Toujours près à me donner des conseils ; mon succès jusqu'à ce jour c'est grâce à vous. Je ne sais comment vous dire merci pour tout ce que vous avez fait pour moi et que vous continuez de faire jusqu'à présent. Tenez vous tranquille je ferais de mon mieux pour ne pas vous décevoir et de ce fait que vous soyez toujours fiers de moi. Mille fois merci, que le Seigneur vous protège et continue de vous garder.

**A MON EPOUX CHERI : Serges. F Mbiakoup Kombou**

**Mon chéri**, les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens en ce moment.

Tu as toujours été présent à tout moment pour moi. Me supportant malgré tous mes caprices sans jamais te lasser ; toujours prêt à me tendre la main quand rien ne va dans ma vie. Toujours en train de te soucier de moi et me laissant passer avant tout dans ta vie. Tu es l'amour de ma vie ; Le Seigneur nous réserve beaucoup de surprises et de bonheur suivons juste son chemin. Que le Seigneur préserve notre couple de beaucoup de maux et nous permette de toujours nous aimer d'avantage.

**A mes frères**

**Ildevert MOYOU KAMDEM, Serge KAMDEM MOYOU, Christian KAMDEM MOYOU, Guy KAMDEM MOYOU, Yves KAMDEM.**

Unis par les liens du sang et malgré la distance qui nous sépare depuis longtemps, j'ai toujours bénéficié de votre aide morale et spirituelle. Votre soutien, votre assistance et votre réconfort tout au long de ce difficile parcours m'ont été très bénéfique. Puisse DIEU renforcer nos liens et maintenir notre famille plus qu'hier unie.

**A mes enfants**

**Lionel SICHOM, Cyrille SICHOM, Igor SICHOM, Chelsea SICHOM  
Orlande SICHOM, Ismaël FOTSO, Jessey FOTSO, Maëlle MOYOU.**

Toutes ces années à la recherche du savoir m'ont tenu éloignée de vous et vous ont privé de mon affection. Soyez assurés que vous resterez toujours présents dans mon cœur. Que ce travail soit pour vous une source d'inspiration et puisse vous servir d'exemple, à vous d'assurer la relève maintenant.

# REMERCIEMENTS

**-Au peuple Malien** : merci pour son accueil chaleureux et sa simplicité.

-A mon oncle **Professeur Roger MOYOU** médecin colonel de l'armée camerounaise, enseignant à la Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales (FMSB) de Yaoundé et à l'Université Des Montagnes de Bangangté. Papa, tu n'as ménagé aucun effort pour me soutenir tout au long de mon cursus. Tu as toujours été là pour me soutenir moralement et parfois financièrement. Me prodiguant toujours des conseils sur mes études. Ta simplicité a toujours fait de toi un exemple à suivre. J'ose croire que ce travail t'apportera satisfaction.

- A mon frère **Serge P.FOTSO KAMDEM MOYOU**

Je ne saurais comment te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi et que tu m'as permis de réaliser durant tout mon cycle supérieur, ceci malgré la distance qui nous sépare depuis de nombreuses années. Avoir eu à mener mes études jusqu'au bout c'est grâce à ton soutien. Que le Seigneur te permet de réaliser tes vœux. Une fois de plus merci infiniment grand frère.

- A mon tonton **Monsieur PHILIPPE NGATHE KOM** et son épouse

Merci pour tous les encouragements et les conseils que vous avez toujours me prodiguer tant sur le plan académique que social. Vous avez toujours eu confiance en moi. J'ose croire que vous serez satisfait par ce travail.

- Aux familles **DEFFO MOYOU** et **TAGNE METCHUM**

Ce travail est pour moi l'occasion de vous réaffirmer toute ma considération et mon profond attachement. Cette thèse est aussi vôtre ; merci pour vos divers soutiens.

- A ma marraine et sœur **Madame Hortense MBELLA** et son époux **Monsieur Denis MBELLA**

Merci pour tous vos encouragements, le soutien indéfectible et la confiance que vous avez mis en moi depuis plusieurs années. Vous avez été pour moi un refuge, vos conseils ne m'ont pas fait défaut tout au long de mes études. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

- A ma cousine **AÏCHA**

Merci pour tous les moments de complicités que nous avons partagé jusqu'aujourd'hui et que nous continuerons de partager s'il plait à DIEU. Et aussi merci pour tous tes encouragements. Que le Seigneur protège ton époux et tes enfants.

- A mes belles sœurs : **Neully TCHAMI, Ide Carine TCHOUNGA, Octavie ZAMEU et Michèle MBIAKOUP**

Merci pour tous les moments de joie que vous m'apportez, pour votre soutien indéfectible depuis des années que vous êtes entré dans ma vie ; pour tous les encouragements que vous me prodiguez sans relâche et de la force que vous me donnez de toujours aller vers l'avant. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

- A mes beaux frères : **Klebert FANSEU, Guy TCHAHA, Merlin BETSI, Hilaire TCHAMO, Giscard TCHOUTA, Giscard NKOUKEU**

Et ceux dont j'aurais omis le nom, merci pour l'affection et l'amour dont vous faites preuve à mon égard, pour tous les encouragements apportés tout au long de mon cycle, les mots adéquats me manquent pour témoigner ma reconnaissance. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond attachement.

- Au Docteur **Laurianne SOB**

Ces longues années d'amitié, nous ont permis de nous rapprocher et de rapprocher nos familles respectives. Tu as toujours su me prodiguer des



conseils à tout moment pour ce travail et surtout m'encourager de bout en bout. Merci pour ta contribution à Chaque fois que j'ai eu besoin de toi, voici enfin le fruit de nos efforts.

- Au Docteur **Victorine MELEU LIAPOE**

Bien plus qu'une amie, tu as été pour moi une sœur et une confidente. Les moments de joie et de tristesse nous les avons partagés ; Malgré la distance qui nous sépare, tu as toujours cru en moi et n'as jamais cessé de m'encourager. Trouve dans ce travail le témoignage de mon amitié profonde.

- Au Docteur **Géraldine TABOUE** épouse **MBATCHOU**

Merci pour tout ce que tu as pu faire pour moi depuis mon arrivée au Mali. Ta simplicité et ton sens du travail bien fait font de toi une dame d'honneur. Tous les mots que je dirais en ces quelques lignes ne suffiront pas pour parler de ta grandeur d'esprit et de toutes les qualités que tu regroupe en toi. Merci pour tous tes encouragements à mon égard. Que le Seigneur nous prête longue vie et nous accorde beaucoup d'opportunités.

- A mon ami de tous les temps : **Giscard BIANDA**

Notre amitié est partie sur de bonnes bases raison pour laquelle nous avons toujours été si proche l'un de l'autre tu es mon confident et jusqu'aujourd'hui il n'y a pas de défaillance. Merci pour tes encouragements et tes conseils que le Seigneur nous garde.

- A mes ami (es) s de l'Université Des Montagnes (UDM) :

Edwige NKOUNGA, Jean Jacques EKOBICA, Lolitha KAMDEM, Elvire KENGNE, Eliane MOUGANG épouse WANSI, Jean Jacques EKOBICA, Francky NOUNDJEU, Stella DJOKO, Marlene PUEPI, Arlette NOUNKEP, Raoul SIMENI, Christian FOTSO merci pour tous les bons moments.

- A **Blandine WOEMBE** : merci pour tes encouragements ton partage de la bonne humeur et les vœux que tu ne cesse de faire à mon égard.

- A la **promotion « cesar »** et en particulier à :  
Delphine, Liliane KAMDEM, Josimar, Yannick, Gregory, les deux Marius, Rosine, Aurélien, Marie Joseph KOM, Espoir, Roch et tous les autres dont j'aurais omis le nom. Merci pour tous les encouragements incessants à mon égard.
  
- Aux **cadets** : Paulette DJEUGOUE, Christelle, Armelle, MADJO Leopoldine, Maurice, Arnaud, Stéphane, Léwis, Rodrigue TIOKENG, Hermann KENFACK, Chancelline, Marcel NGANDEU, Viviane, Costa, Fabrice, merci pour toutes vos attention et vos encouragements.
  
- Au **personnel de l'AMPPF**, pour vos abords facile et agréable, pour nous avoir permit de vous consulter à chaque fois que nous en avons besoin et pour tous les conseils reçus ; nos sincères remerciements.
  
- A **Liliane KAMDEM** qui a permit de mettre ce travail sur pied et qui a eu toujours à y mettre sa touche particulière merci.
  
- Au Docteur **Lolitha KAMDEM** pour sa disponibilité à chaque fois qu'elle a été sollicité pour la réalisation de ce travail.

Enfin à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à cet ouvrage.

A tous ceux qui croient avoir été oubliés parce que je ne les ai pas cités. Je n'ai oublié personne, mais ces quelques pages auraient été insuffisantes pour tous vous citer. Je vous prie de bien vouloir m'en excuser.

# HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur SY ASSITAN SOW**

- **professeur titulaire de gynécologie-obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie(FMPOS),**
- **Chef de service de Gynécologie-obstétrique au Centre de Santé de Santé de Référence(CSRef) de la commune II de BAMAKO,**
- **Présidente de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Chevalier de l'Ordre National de Mérite de la Santé.**

Cher maître,

Vous nous honorez en acceptant de présider le jury de ce travail.

Votre rigueur dans le travail, votre modestie et votre disponibilité pour vos collègues et étudiants ont forcé l'admiration de tous. Vos remarques magistrales ont largement amélioré la qualité de ce travail. Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre profonde gratitude et notre profond respect.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**  
**DOCTEUR BENOIT KARAMBIRI**

- **Médecin en santé publique,**
- **Direction des ressources humaines du ministère de la santé.**

Cher maître,

Nous vous sommes redevables de l'aboutissement de ce travail. Les conseils que vous nous avez donnés ont été très précieux, nous vous en remercions. Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines de même que votre totale disponibilité malgré vos multiples occupations, ne peuvent que susciter notre estime. Permettez-nous de vous exprimer notre profonde reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

### **DOCTEUR SAMBA TOURE**

- **Spécialiste en gynécologie-obstétrique,**
- **Chef adjoint du service de gynécologie-obstétrique du CHU du point G.**

Cher maître,

Nous vous sommes redevables de l'aboutissement de ce travail. Les conseils que vous nous avez donnés ont été très précieux. Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines de même que votre totale disponibilité malgré vos multiples occupations, ne peuvent que susciter notre estime. Vous nous avez impressionné par votre souci constant du travail bien fait et votre attachement à la simplicité.

L'étendue de vos connaissances intellectuelles, morales et sociales suscite une grande admiration.

Mieux qu'un maître, vous avez été pour nous un encadreur et un père ; patient, tolérant et surtout compréhensif.

Permettez-nous ici de vous réitérer nos sincères remerciements.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**  
**PROFESSEUR AMADOU DIALLO**

- **Professeur titulaire de biologie animale et de zoologie,**
- **Responsable de cours de biologie animale et zoologie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie(FMPOS),**
- **Vice-recteur de l'université de BAMAKO.**

Cher maître,

Nous vous savons gré de l'insigne honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail. Vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un Maître admiré.

La sympathie, la clairvoyance et la grande humilité dont vous faite preuve font de vous une personne remarquable.

Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude, de l'admiration et l'attachement que nous avons à votre égard.

# SOMMAIRE



# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>OBJECTIFS</b> .....	4
<b>GENERALITES</b> .....	6
<b>METHODOLOGIE</b> .....	47
<b>RESULTATS</b> .....	52
<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS</b> .....	80
<b>CONCLUSION</b> .....	87
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	88
<b>REFERENCES</b> .....	90
<b>ANNEXES</b> .....	99

# ABREVIATIONS

## **INDEX ALPHABETIQUE DES ABREVIATIONS**

- 1. AMPPF** : Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
- 2. AMPR** : Acétate de Médroxyprogestérone Retard
- 3. CCV** : Contraception Chirurgicale Volontaire
- 4. CIPD** : conférence Internationale sur la Population et le Développement.
- 5. COC** : Contraceptifs Oraux Combinés
- 6. COU** : Contraception Orale d'Urgence
- 7. DIU** : Dispositif Intra Utérin
- 8. DNS** : Direction Nationale de la Santé
- 9. DSF**: Division de la Santé Familiale
- 10. DSFC** : Division de la Santé Familiale et Communautaire
- 11. EDSM** : Enquête Démographique et de Santé du Mali
- 12. HCG** : Human Chorionic Gonadotropin
- 13. HTA** : Hypertension Artérielle
- 14. IEC** : Information -Education –Communication
- 15. IC** : Intervalle de Confiance

**16. IPPF** : International Planned Parenthood Federation (Fédération internationale de la planification familiale)

**17. IST** : Infection Sexuellement Transmissible

**18. IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**19. IVU** : Infection des Voies Urinaires

**20. LH** : Hormone Lutéinique

**21. MAMA** : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

**22. MGF** : Mutilation Génitale Féminine

**23. MJF** : Méthode de Jours Fixes

**24. OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**25. PF** : Planning Familial

**26. PFN** : Planification Familiale Naturelle

**27. PPS** : Pilule de Progestatif Seul

**28. SIDA** : Syndrome de l'Immuno Déficience humaine Acquise

**29. SIU-LNG** : Système Intra-Utérin à Libération de lévonorgestrel

**30. SMI/PF** : Santé Maternelle et Infantile et Planning Familial

**31. SSR** : Santé Sexuelle et Reproductive

# **1. INTRODUCTION**

Dans les pays africains, le rythme élevé de la croissance de la population constitue une contrainte majeure aux efforts de développement. Le déséquilibre persistant entre l'accroissement élevé de la population et la faible croissance économique contribue à la détérioration des conditions de vie des ménages. Une des priorités actuelles des pouvoirs publics est de mettre en place des stratégies adéquates pour une maîtrise efficiente de ce mouvement [1].

« Je vais à l'océan chercher un bébé, mais le voyage est long et dangereux. Il se peut que je ne revienne pas » : expression empruntée à la tradition orale **Tanzanienne** que la nouvelle maman évoque à ses enfants lorsque arrive le moment de l'accouchement [2].

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 conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue en septembre 1991 au Caire [3].

La contraception est l'utilisation d'une quelconque méthode, naturelle ou artificielle par un individu ou par un couple pour empêcher temporairement ou définitivement la conception. [4].

Plusieurs risques sont liés à la grossesse et à l'accouchement de par le monde : environ **90%** des **500.000** décès de femmes liés à la grossesse à travers le monde. Le continent noir paye le lourd tribut : presque **500** femmes sur **1.000** meurent de complications associées à la grossesse, à l'accouchement, ou à l'avortement provoqué ; contre **1** femme sur **1.000** en **Europe** [4].

D'après les estimations régionales de l'**O.M.S** réalisées entre **1995** et **2000**, **20 millions** de cas d'avortement dangereux avec **78.000 décès** avaient été

pratiqués à travers le monde. En **Afrique** on a estimé le nombre d'avortement à **5 millions** de cas dont **34.000 décès**, en **Asie 9.900 000** cas avec **38.000 mort**, en **Europe 900.000** cas avec **500 décès**, **l'Amérique latine** et les **Caraïbes** ont totalisés **4 millions** de cas d'avortements avec **500 décès** environ [5].

En **Afrique noire** une femme meurt toutes les minutes des suites de sa grossesse dans les pays pauvres et **15 millions** restent Handicapées a vie ; 6 grossesses sur 10 se terminent par un avortement provoqué [6]. A cela s'ajoute un problème socialement plus dramatique : les conséquences de la sexualité des adolescentes notamment les grossesses non souhaitées et/ou précoces et leurs cortèges d'avortements clandestins, d'infanticide et aussi le cas d'IST/SIDA [7].

Cependant, plusieurs pays à travers le monde sont arrivés grâce à des programmes nationaux de planning familial bien organisés, à l'avènement de la famille réduite malgré des barrières socioculturelles. Ces baisses notables de la fécondité avaient permis à ces pays d'améliorer la qualité de vie de leurs habitants en diminuant ainsi la mortalité infantile, juvénile et maternelle, allégeant ainsi les pressions s'exerçant sur les gouvernements pour qu'ils répondent aux besoins socio-économiques de leurs populations.

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) [3].

Au **Mali** une étude de l'**AMPPF** portant sur **2131 élèves** et **étudiantes** a montré que :

.sur **1404** élèves de la fondamentale, on a totalisé **766** accouchements et **347** avortements ;

.Sur **727** élèves et étudiantes du secondaire et du supérieur on a totalisé **323** accouchements et **170** avortements pour le secondaire contre **102** accouchements pour le supérieur pendant la même période [8].

En outre, il ressort de la quatrième Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006 (**EDSM IV 2006**) par rapport aux connaissances des méthodes de planification familiale que les hommes connaissent plus fréquemment les méthodes que les femmes : **94%** des hommes en union contre **76%** des femmes en union connaissent une méthode quelconque.

Le niveau d'utilisation de la contraception est l'un des indicateurs qui permet de juger de la réussite des programmes de planification familiale. L'EDSM IV permet d'estimer l'utilisation de la contraception à un moment quelconque ainsi que son niveau d'utilisation actuelle, c'est-à-dire au moment de la collecte des données. Un peu plus d'une femme sur cinq (**21%**) et un peu plus d'un homme sur trois (**35%**) ont déjà utilisé au moins une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie.

Selon l'EDSM IV, dans l'ensemble, **8%** des femmes utilisent actuellement une méthode contraceptive ; **6%** d'entre elles ont recours à une méthode moderne et utilisent essentiellement deux méthodes : la pilule (**3%**) et les contraceptifs injectables (**2%**). Les autres méthodes ne sont pratiquement pas utilisées (moins de **1%** des enquêtées).

Malgré la disponibilité et l'accessibilité des méthodes contraceptives, la prévalence de la planification familiale reste faible **6,7%**.

C'est dans la perspective de faire le bilan des activités du planning familial que notre étude s'est déroulée à la clinique de l'AMPPF du district de Bamako.

# OBJECTIFS

## **2. OBJECTIFS**

**\_\_\_Objectif général :**



Bilan des activités de PF au sein de la clinique de l'AMPPF de juillet à décembre 2008

Faire le bilan des activités du planning familial au sein de la clinique de **l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) du district de Bamako**. Du 1er juillet au 31 décembre 2008.

**\_\_\_ Objectifs spécifiques :**

- Evaluer l'affluence à la clinique de l'AMPPF en matière de planning familial.
  
- Décrire le profil sociodémographique des clientes ayant consulté à l'AMPPF.
  
- Déterminer les types de méthodes contraceptives disponibles pour les clientes à la clinique de l'AMPPF.
  
- Mesurer la fréquence d'utilisation des méthodes disponibles par les clientes.
  
- Décrire la tolérance des méthodes contraceptives et les effets secondaires engendrés.
  
- Formuler des recommandations

# GENERALITES

### **3. GENERALITES**

#### **3-1. GENERALITES SUR LE MALI :**

Situé en plein cœur de l'Afrique de l'ouest, le Mali couvre une superficie de 1.204 192 Km<sup>2</sup>. Il comprend huit régions et le district de Bamako. Sa population est estimée à 12.324 029 habitants en juillet 2008[45]. Bamako, sa capitale, s'étend sur une superficie de 276 Km<sup>2</sup> pour une population de 953 600 habitants en 2008[46].

Elle compte six communes dont quatre sur la rive gauche et deux sur la rive droite du fleuve Niger. Elle est traversée par le plus long fleuve du pays 1200 Km, qu'est le fleuve Niger [9].

#### 3-1-1. Généralités sur la politique Malienne en matière de planification familiale :

##### 3-1-1-1. 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.

Ainsi dans la société traditionnelle, la fécondité conférait une valeur sociale tandis que l'infécondité était toujours mal vécue. Une femme se devait d'avoir des enfants pour son honneur et celui de sa famille ; mais il demeure vrai que la venue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) constituait un sujet 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 qui est le plus souvent rachitique.

Malgré le comportement pro-nataliste, les populations maliennes dans leur grande majorité ont une tradition très ancienne d'espacement des

naissances : c'est ainsi qu'après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant deux (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'autres méthodes traditionnelles 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 [10].

Le gouvernement, après analyse de la situation et de la dynamique démographique et économique du pays, a fait en 1991 une Déclaration de Politique Nationale de Population, déclaration qui avait pour but l'amélioration des conditions de vie des Maliens à travers l'éducation, la santé, l'emploi, l'alimentation, la nutrition, le logement etc.....

### 3-1-1-2. Principales dates de la politique du planning familial au Mali :

Le Mali a été l'un des premiers états de l'Afrique sub-saharienne à adopter une attitude de tolérance vis-à-vis des activités du planning familial [11].

En **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 [12]. C'est dans cet élan que l'AMPPF a été créée le 7 juin 1971.

En **1972**, le Mali a abrogé la loi du 31 juillet 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisaient la propagande anticonceptionnelle [11]. 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 [13].

Au cours de la même année, l'AMPPF devenait membre de la Fédération Internationale de la Planification Familiale (IPPF) dont le siège est à Londres. L'AMPPF est née officiellement le 03mars 1972 après une assemblée constitutive tenue en juin 1971.

**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 [12].

**En 1974**, le Mali a souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) sur le droit au planning familial [47].

**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 [47].

**En 1980**, la Division Santé Familiale (DSF) a été créée au sein du ministère de la santé publique et des affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial [11].

**En 1983**, L'AMPPF a signé une convention de partenariat avec le Gouvernement (Ministère de la Santé).

**De 1983 à 1996**, l'AMPPF a financé 7(sept) projets de femmes en activités génératrices de revenus, en nutrition ; et l'IEC a financé un projet en planning familial. [47]

**En 1988** le projet KOTEBA de l'AMPPF, par voie théâtrale a fait un plaidoyer sur le contrôle de la fécondité. [47]

**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. Cette politique a défini clairement le contrôle de la fécondité comme un moyen permettant d'atteindre ses objectifs prioritaires de réduction du taux de croissance de la population [14].

**En 1994** avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Egypte), les gouvernements dont le Mali ce sont engagés à agir dans le domaine de la santé de la reproduction engagement

réitéré lors de la 4<sup>ème</sup> 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 [13].

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.

### 3-1-2.Les moyens de régulation des naissances :

La régulation des naissances se fait essentiellement à partir de la planification familiale. Elle fait intervenir [18] :

- **La contraception** qui est l'ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécondant, de façon temporaire et réversible ;
- La contraception post-coïtale** utilisable après un rapport non protégé entre le temps de l'ovulation et l'implantation ;
- La stérilisation** qui est une méthode irréversible ;
- **L'interruption volontaire de grossesse (IVG).**

Il convient toutefois de remarquer que l'IVG n'est pas reconnue par la législation malienne comme étant un moyen légal de régulation des naissances [17].

### **3-2.DEFINITIONS DES DIFFERENTS CONCEPTS DE PLANIFICATION FAMILIALE UTILISES PAR LES PROGRAMMES :**

#### 3-2-1.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).

#### 3-2-2. 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.

#### 3-2-3. 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.

#### 3-2-4. 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 [19].

### **3-3. RAPPELS SUR LA FECONDATION [7]**

Chez l'être humain, la fécondation est l'union intime de deux cellules : l'une féminine et l'autre masculine, à l'intérieur de l'organisme maternel ; union qui provoque le développement d'un nouvel être. Bien entendu, ce contact, cette fusion de deux cellules reproductrices a lieu lorsque toutes deux sont vivantes. C'est là un point important car elles ne survivent que quelques heures.

Au moment de l'ovulation, l'ovule sort du follicule éclaté, mais, au lieu de tomber dans la cavité abdominale comme on pourrait s'y attendre, il est recueilli par le pavillon de la trompe, qui, à ce moment précis, s'abouche étroitement à la paroi de l'ovaire, évitant que l'ovule ne se perde.

#### **• Trajet de l'ovule :**

L'ovule arrivé dans la portion la plus externe de la trompe, fécondé ou non, doit continuer son trajet à travers la trompe, pour sortir à l'extérieur (en cas de non fécondation) ou pour aller s'implanter à l'intérieur de l'utérus et s'y développer s'il y'a eu fécondation. Deux mécanismes principaux font progresser l'ovule à l'intérieur de la trompe à savoir :

- ▀ Le mouvement des cils dont celle-ci est tapissé à l'intérieur.
- ▀ Le mouvement de la trompe elle-même, qui se meut de façon à faire avancer l'ovule en direction de l'utérus.

Le parcours de l'ovule tout au long de la trompe dure trois ou quatre jours ; mais comme la vitalité de l'ovule ne se maintient pas plus de douze à vingt quatre heures, la fécondation doit nécessairement avoir lieu dans les premières portions de la trompe et au cours du premier jour du trajet.



### **•Trajet du spermatozoïde**

Ceux-ci (des millions) sont libérés dans la cavité vaginale, d'ordinaire près du col de l'utérus, avec un liquide qui leur sert de milieu de dilution et de véhicule.

Le col est obturé par le bouchon muqueux cervical. Comme son nom l'indique, cette production muqueuse a pour objet de fermer l'entrée de l'appareil génital interne et d'en protéger les parties situées plus haut ; évitant ainsi l'accès d'éléments perturbateurs, tels que les microbes.

La mobilité des spermatozoïdes est accentuée par l'action du milieu vaginal, qui les fait fuir jusqu'au col utérin où le milieu est alcalin.

### **•Facilités de passage**

Au moment de l'ovulation, le bouchon muqueux se modifie, il devient plus fluide, moins résistant. Il ne représente plus un obstacle pour les spermatozoïdes, qui peuvent le traverser avec facilité.

Des observations ont démontrés que le mucus est particulièrement fluide le jour correspondant à la sortie de l'ovule ; cette fluidité diminue à mesure que l'on s'éloigne de ce quatorzième jour du cycle.

Par ailleurs, lorsque l'orgasme féminin se produit au moment de l'union sexuelle, l'utérus se contracte énergiquement, de sorte que le mucus situé à sa sortie est expulsé ; le col s'ouvrant, il y'a un afflux de millions de spermatozoïdes qui, dans le mécanisme optimum, sont introduits directement dans le col utérin et même dans la cavité utérine, surtout si l'éjaculation coïncide avec l'orgasme féminin. Cependant, lorsque le sperme est déposé au niveau du vagin, plus ou moins près du col de l'utérus, les spermatozoïdes, cellules dotées d'une grande mobilité, tendent à parvenir jusqu'au col utérin, à y pénétrer, pour continuer ensuite leur progression biologique : c' est pourquoi l'on connaît des cas de grossesse chez des femmes vierges.

### **•Migration de la cellule masculine**

Une fois parvenus au col où a l'intérieur de l'utérus, les spermatozoïdes continuent leur progression. Par d'intéressantes et minutieuses expériences, on est arrivé aussi à mesurer le temps qu'ils mettent pour parcourir l'intérieur de l'appareil génital : des spermatozoïdes, dotés d'une bonne mobilité peuvent atteindre l'ovule en trois à cinq heures dans la portion externe de la trompe, après un long parcours de 20cm.

Des millions de spermatozoïdes sont à la recherche d'un ovule, qui sera atteint finalement par quelques-uns d'entre eux, un seul devant le féconder. Il faut dire que parmi ces millions de spermatozoïdes, certains sont morts, d'autres immobiles, dotés de peu de vitalité ou animés de mouvements lents et circulaires qui ne les font pas progresser ; les plus mobiles parviennent jusqu'à l'ovule.

Le spermatozoïde fécondant perfore la pellicule ovulaire et pénètre à l'intérieur de l'ovule en laissant dehors sa queue, appendice qui, comme un fouet propulseur, lui a servi à progresser. Ces phénomènes de la fécondation ont été étudiés par le père PULUJIA sur l'oursin de mer.

### **•Moment de la fécondation**

Les jours favorables à la fécondation pour l'espèce humaine sont au nombre de trois : les deux jours précédant l'ovulation et celui qui la suit ; ce sont précisément les jours où la femme ressent le plus d'attirance vers l'homme. La vitalité du spermatozoïde étant de vingt quatre à quarante huit heures, celui-ci peut, durant ce laps de temps atteindre l'ovule qui se libère du follicule. La fécondation peut avoir lieu aussi au cours des vingt-quatre heures suivantes, compte tenu de la vitalité de l'ovule. Bien entendu, en biologie tout n'est pas si simple, si schématique : on a trouvé des spermatozoïdes vivants dans la trompe après sept à huit jours, mais il semble que cela soit exceptionnel.

### •Fusion des gamètes

Un seul spermatozoïde, parvient à introduire sa tête et sa partie intermédiaire à travers la membrane de l'ovule. A partir de ce moment, ce dernier devient totalement impénétrable aux autres spermatozoïdes.

Il existe aujourd'hui à travers le monde, des moyens de régulation des naissances qui diffèrent selon leur présentation pharmacologique, leur durée d'action et leur mécanisme.

### **3-4. LES METHODES DE BARRIERE (20)**

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

#### 3-4-1. Le condom masculin (Préservatif) :

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

##### 3-4-1-1. Efficacité :

Le taux d'échec associé à une utilisation parfaite des condoms est estimé à 3% [21].

##### 3-4-1-2. Mécanisme d'action :

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

3-4-1-3. Contre – Indications :

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

3-4-1-4. Effets indésirables :

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

3-4-2. Le Condom féminin :

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

3-4-2-1. Efficacité :

Le taux de grossesse à 12 mois pour une utilisation parfaite (correcte et systématique) du condom féminin est de 5 %. **[21]**.

3-4-2-2. Mécanisme d'action :

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

3-4-2-3. Contre-indications :

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

3-4-2-4. Effets indésirables :

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

Parmi les autres inconvénients du condom féminin, on trouve :

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

### 3-4-3. Le diaphragme :

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

Il existe trois types de diaphragme :

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

#### 3-4-3-1. Efficacité :

Les taux d'échec selon l'OMS au cours des 12 premiers mois d'utilisation sont de 6 % selon une utilisation parfaite [21].

#### 3-4-3-2. Mécanisme d'action :

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

#### 3-4-3-3. Contre indications :

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

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

#### 3-4-3-4. Effets indésirables :

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

#### 3-4-4. La cape cervicale :

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

##### 3-4-4-1. Efficacité :

La cape semble avoir une efficacité plus importante chez la nullipare que chez la multipare vu que l'OMS indique des taux d'échec respectivement égaux à 9% et à 26% selon une utilisation parfaite au cours des douze premiers mois. **[21]**.

##### 3-4-4-2. Mécanisme d'action :

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

##### 3-4-4-3. Contre-indications :

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

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

3-4-4-4. Effets indésirables :

L'utilisation de la cape peut aggraver les symptômes des femmes qui présentent une vaginite ou des infections sexuellement transmissibles (IST). Le risque de syndrome de choc toxique est accru. Il est possible qu'elle cause plus d'odeurs et d'écoulements vaginaux que le diaphragme; de plus, elle peut être déplacée au cours du coït.

3-4-5. L'éponge contraceptive :

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

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

3-4-5-1. Efficacité :

Les éponges contraceptives présentent des taux d'échec variant entre 18 et 20 % pour les nullipares et de 36 à 40 % pour les multipares **(23)**.

3-4-5-2. Mécanisme d'action :

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

3-4-5-3. Contre-indications :

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

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

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

#### 3-4-5-4. Effets indésirables :

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

#### 3-4-6. Les spermicides :

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

##### 3-4-6-1. Efficacité :

Le taux d'échec au cours de la première année d'utilisation est de 6 % selon une utilisation parfaite. **[21]**.

##### 3-4-6-2. Mécanisme d'action :

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

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



### 3-4-6-3. 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).

### 3-4-6-4. Effets indésirables:

On estime que l'irritation génitale pourrait faciliter la transmission du VIH [23]. L'utilisation de spermicides a également été associée à un accroissement du risque d'infection des voies urinaires [24].

### 3-4-7. La contraception hormonale combinée [25] :

Elle désigne les moyens de contraception qui contiennent à la fois des œstrogènes et un progestatif. Il en existe quatre types :

- ✓ Les contraceptifs oraux combinés

Ils peuvent être :

- ▲ *Monophasiques*, contenant une quantité fixe d'œstrogène et de progestatif ;
- ▲ *Biphasiques*, la quantité d'œstrogène est fixe, alors que celle de progestatif augmente au cours de la seconde moitié du cycle ;
- ▲ *Triphasiques* dont la quantité d'œstrogènes fixe ou variable, tandis que la quantité de progestatif augmente en trois phases égales.

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

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

- ▲ les estranes (*noréthindrone*, *diacétate d'éthinodiol*)
- ▲ les gonanes (*lévonorgestrel*, *désogestrel*, *norgestimate*) qui semblent être plus puissants [25].

- Efficacité :

Les COC constituent un mode de contraception réversible très efficace. En utilisation parfaite, ils sont efficaces à 99,9 % **[21]**.

- Mécanisme d'action :

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

Parmi les autres mécanismes d'action, on trouve :

- ▲ l'accentuation de l'atrophie endométriale,
- ▲ la production de glaire cervicale visqueuse,
- ▲ des effets sur la sécrétion et le péristaltisme au sein des trompes de Fallope

- Contre-indications :

L'OMS, a établi des contre indications absolues et relatives à l'utilisation des COC. **[21]**.

- Contre-indications absolues

- ▲ Plus de 6 semaines à la suite d'un accouchement, si la patiente allaite
- ▲ Fumeuses de plus de 35 ans (Plus de 15 bâtons/jour)
- ▲ HTA (systolique >160 mmHg ou diastolique >100 mmHg)
- ▲ Antécédents de thrombo-embolie veineuse
- ▲ Cardiopathie ischémique
- ▲ Antécédents d'accident vasculaire cérébral
- ▲ Cardiopathie valvulaire compliquée
- ▲ Migraine accompagnée de symptômes neurologiques en foyer
- ▲ Cancer du sein (en cours)
- ▲ Diabète accompagné de rétinopathie / néphropathie / neuropathie
- ▲ Grave cirrhose et tumeur hépatique (adénome ou hépatome).

➤ Contre indications relatives

- ▲ Fumeuses de plus de 35 ans (*Moins de 15 bâtons/ jour*) ;
- ▲ HTA adéquatement maîtrisée ;
- ▲ Hypertension (*systolique : 140-159 mmHg, 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.

• Effets indésirables :

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

✓ Le timbre contraceptif transdermique

Le timbre contraceptif diffuse 150 µg de *norelgestromine* (principal métabolite actif du *norgestimate*) et 20 µg d'*éthinyloestradiol* quotidiennement dans la circulation générale.

L'utilisatrice doit s'appliquer un timbre par semaine sur les fesses, la partie supérieure externe du bras, la partie inférieure de l'abdomen ou la partie supérieure du torse (en dehors des seins) pendant trois semaines consécutives et ensuite s'abstenir de le faire pendant une semaine. Il convient tout particulièrement aux femmes qui souhaitent utiliser un moyen de contraception moins exigeant sur le plan de l'observance.

- Efficacité :

L'indice de Pearl du timbre contraceptif transdermique (taux des échecs en fonction du nombre de grossesses pour 100 années-femme) est de 0,7 (IC de 95 %, 0,31-1,10), dans le cas d'une utilisation parfaite. [26].

- Mécanisme d'action :

Le mécanisme d'action du timbre contraceptif est semblable à celui des COC, vu qu'il empêche le développement folliculaire et inhibe l'ovulation.

- Contre-indications :

Les contre-indications applicables au timbre contraceptif sont les mêmes que celles applicables aux COC.

- Effets indésirables :

A l'exception des réactions sur le site d'application, les effets indésirables qui affectent les utilisatrices de timbres contraceptifs sont semblables à ceux que connaissent les utilisatrices de COC mais le timbre cause rarement l'aménorrhée.

- ✓ L'anneau vaginal contraceptif

L'anneau vaginal contraceptif est un anneau flexible, pratiquement transparent, dont le diamètre extérieur est de 54 mm et le diamètre transversal, de 4 mm. Il diffuse un taux constant de 15 µg d'éthinylœstradiol et de 0,120 mg d'étonogestrel (métabolite actif du désogestrel) par jour. Chaque anneau est utilisé pendant trois semaines d'utilisation continue d'un anneau, suivie d'un intervalle sans anneau pendant une semaine.

• Efficacité :

L'indice de Pearl global de l'anneau, se situe entre 0,65 et 1,18 [27].

• Mécanisme d'action :

L'anneau empêche le développement folliculaire et inhibe l'ovulation. Parmi les autres mécanismes d'action possible, on trouve l'accentuation de l'atrophie endométriale et l'altération de la glaire cervicale.

• Indications :

L'anneau convient tout particulièrement aux femmes qui souhaitent utiliser un moyen de contraception ne nécessitant pas une attention quotidienne.

• Contre-indications :

Les contre-indications absolues sont la grossesse connue ou soupçonnée, les antécédents de thrombo-embolie veineuse, les maladies cérébrovasculaires ou coronariennes, la cardiopathie valvulaire compliquée, l'HTA sévère, le diabète, les céphalées accompagnées de symptômes neurologiques en foyer, le cancer (connu ou soupçonné) du sein, de l'endomètre ou du col utérin, les saignements vaginaux inexplicables, ainsi que les réactions allergiques à un des composants de l'anneau.

Parmi les contre-indications relatives, on trouve le prolapsus utéro-vaginal ou la sténose vaginale si la rétention de l'anneau s'en trouve affectée.

• Effets indésirables :

Ils sont dans l'ensemble semblables à ceux que l'on constate pour les COC; toutefois, certains sont propres à l'anneau vaginal, notamment :

- Des saignements irréguliers au premier cycle d'utilisation.
- Des effets indésirables de nature hormonale : céphalées, nausée et sensibilité des seins.

- Des symptômes vaginaux : vaginite et leucorrhée.

- ✓ La contraception injectable combinée

Cette forme contraceptive n'est pas encore largement utilisée. Il s'agit d'un contraceptif injectable mensuel composé de 5 mg de cypionate d'œstradiol et de 25 mg d'acétate de médroxyprogestérone (Lunelle®).

Il s'administre en intramusculaire, en s'assurant que l'intervalle entre les injections ne dépasse pas 33 jours.

Dans le cadre d'une étude portant sur 782 américaines suivies pendant un an, aucune grossesse n'a été constatée [28]. Son principal mécanisme d'action est l'inhibition de l'ovulation.

Il dispose des mêmes indications et contre-indications que les COC et devrait être envisagé par les femmes qui ont de la difficulté à se rappeler la prise de pilule chaque jour, qui souhaitent obtenir des saignements mensuels prévisibles ou qui présentent des troubles d'absorption entérique.

### 3-4-8. Contraception hormonale à base de progestatif [29]

Les contraceptifs ne contenant qu'un progestatif peuvent être offerts sous forme de comprimé oral, d'implants ou de solution injectable.

- ✓ Les progestatifs injectables

L'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) est utilisé à titre de contraceptif par des millions de femmes à travers le monde.

- Efficacité :

L'AMPR est une forme grandement efficace de contraception dont le taux d'échec est estimé à moins de 0,3 % par an [30].

- Mécanisme d'action :

Son action se fait principalement par l'inhibition de la sécrétion des gonadotrophines hypophysaires, ce qui prévient l'ovulation. Il accroît la viscosité de la glaire cervicale et provoque une atrophie endométriale.

- Indications :

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 contraception.

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.

- Contre indications

- ▲ *Contre-indications absolues* : grossesse, saignements vaginaux inexplicables et diagnostic courant de cancer du sein.
- ▲ *Contre-indications relatives* : cirrhose grave, hépatite virale évolutive et adénome hépatique bénin.

- Effets indésirables :

Les effets indésirables associés à l'AMPR sont :

- ▲ la perturbation du cycle menstruel (le plus courant).

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

✓ Progestatif oral : pilule de progestatif seul

Utilisées selon les indications les pilules de progestatif seul (PPS) sont très sûres et grandement efficaces. En utilisation parfaite, elles présentent un taux d'échec de 0,5 %. **(31)**

• Mécanisme d'action :

L'altération de la glaire cervicale (portant sur le volume, la viscosité et la structure moléculaire) constitue le principal mécanisme d'action des PPS. Ceci entrave ou empêche la pénétration des spermatozoïdes. L'ovulation peut être supprimée et des modifications de l'endomètre peuvent se produire.

• Indications :

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

• Contre-indications :

- ▲ *Contre indications absolues* : grossesse et diagnostic courant de cancer du sein.
- ▲ *Contre indications relatives* : hépatite virale évolutive et les tumeurs hépatiques.



- Effets indésirables :

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

- ✓ Les implants de progestatif

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

- Efficacité :

Le taux d'échec associé aux implants se situe autour de 0,1 % par année [21].

- Mécanisme d'action :

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

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

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

• Effets indésirables :

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

3-4-9. Les dispositifs intra-utérins (Stérilet) : [31]

Il existe deux types de DIU :

- ▲ Le DIU libérant du Lévonorgestrel ou « système intra-utérin à libération de lévonorgestrel » (SIU-LNG) ;
- ▲ Deux DIU de cuivre (*NOVA-T* et *Flexi-T 300*).

• Efficacité :

Le taux d'échec du DIU de cuivre est estimé à 1,26 par 100 femmes-années, celui du DIU à libération de lévonorgestrel est estimé à 0,09 par 100 femmes-années. [32].

• Mécanisme d'action :

Le principal mécanisme d'action semble être la prévention de la fertilisation. Même si elle se produit, le DIU semble également avoir des effets post-fertilisation, dont l'inhibition potentielle de l'implantation.

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

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

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

Les DIU restent actifs 10 ans en moyenne.

• Indications :

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

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

• Contre-indications :

Contre indications absolues

- ▲ La grossesse
- ▲ Infection pelvienne ou IST (*au cours des trois derniers mois*)
- ▲ Sepsie puerpérale
- ▲ Immédiatement à 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)

### Contre-indications relatives

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

### • Effets indésirables :

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

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

### 3-4-10. La contraception d'urgence : [33]

La contraception d'urgence fait référence aux moyens utilisables après une relation sexuelle, mais dont l'action se fait avant l'implantation. Il en existe deux types :

- ▲ les méthodes hormonales, aussi appelées contraception orale d'urgence (COU)
- ▲ l'insertion post coïtale d'un stérilet au cuivre.

Il existe deux types de COU dont l'un consiste à prendre deux doses de 750 µg de *lévonorgestrel* par voie orale à 12 heures d'intervalle.

Le second connu sous le nom de méthode Yuzpe, consiste en deux doses contenant 100 µg d'éthinylestradiol et 500 µg de *lévonorgestrel*, administrées par voie orale, à 12 heures d'intervalle.

L'antiprogestatif mifépristone (RU 486) est reconnu comme étant un contraceptif post coïtal très efficace.

La mise en place d'un stérilet au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est également un moyen efficace de prévention de la grossesse. Ce DIU reste efficace dans les 7 jours qui suivent une relation sexuelle non protégée.

#### 3-4-10-1. Mécanisme d'action :

Le mode d'action des COU n'est pas encore totalement connu. On estime toutefois, qu'ils peuvent entraver la maturation folliculaire, la formation du mucus cervical, la migration des spermatozoïdes, le maintien du corps jaune, la réceptivité de l'endomètre, la fécondation ou la croissance du zygote, son transport ou son adhérence mais le principal mode d'action selon les preuves statistiques semble être lié au processus ovulatoire.

#### 3-4-10-2. Efficacité :

L'OMS rapporte un taux de grossesse de 1,1 % pour le traitement au *lévonorgestrel* seul, comparativement à 3,2 % pour la méthode *Yuzpe*. La *mifépristone* est six fois plus efficace que la méthode *Yuzpe*. A très faible dose (10 mg), elle est aussi efficace que le *lévonorgestrel* seul. [34].

On estime que l'insertion post coïtale d'un stérilet au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est efficace à 98,7 % [32].

#### 3-4-10-3. Indications :

Il faut envisager l'utilisation de la COU chez toute femme voulant éviter une grossesse se présentant dans les cinq jours suivant :

- ▲ Une relation sexuelle mal ou non protégée,
- ▲ A la suite d'une violence sexuelle.

3-4-10-4. Contre-indications :

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.

3-4-10-5. Effets indésirables :

Le traitement comportant deux doses de lévonorgestrel entraîne une incidence inférieure de nausées, de vomissements, d'étourdissements et de fatigue que la méthode Yuzpe.

Quant au stérilet au cuivre post coïtal, les complications possibles sont des douleurs pelviennes, des saignements anormaux, une infection pelvienne, une perforation utérine et l'expulsion.

**3-5. LES METHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE NATURELLES [35]**

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

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

✓ Connaissance du cycle de fertilité

Les méthodes qui permettent d'y accéder s'affairent à déterminer la période de fertilité d'une femme et donc, les jours pendant lesquels les partenaires devraient s'abstenir de pratiquer le coït ou se protéger soigneusement à l'aide de méthodes de barrière.

Les trois principaux signes de fertilité sont les modifications de *la glaire cervicale*, de la *température basale* et de la *position du col utérin*. D'autres méthodes se fondent sur des calculs à l'aide d'un calendrier.

- Efficacité :

Les taux d'échec estimés par l'OMS sont de 1 à 9 %, selon une utilisation parfaite. **[21]**

- Mécanisme d'action :

- Connaissance du cycle de fertilité et méthode sympto-thermique

Cette méthode fait appel aux trois signes de fertilité :

- Les modifications de la glaire cervicale

Avant l'ovulation, la glaire cervicale subit des modifications tant au niveau de son volume que de sa nature. Elle se clarifie, devient plus élastique au fur et à mesure que l'ovulation approche : c'est le « *spinnbarkeit* ». Après cette dernière, elle devient visqueuse, opaque et imperméable aux spermatozoïdes; de plus, son volume connaît une baisse marquée. Après trois jours de glaire cervicale présentant une clarté et une élasticité maximale, la femme connaît une phase moins fertile.

- Température basale

La température corporelle est prise par voie orale ou vaginale, à l'aide d'un thermomètre, après au moins six heures de sommeil. À la suite de la hausse post-ovulatoire du taux de progestérone, elle connaît une hausse d'au moins 0,5°C au cours de la phase lutéale du cycle qui marque la fin de la période fertile.

Pour éviter une grossesse, le coït non protégé doit être reporté jusqu'à ce qu'une hausse de température ait été enregistrée pendant trois jours consécutifs.

- Position du col utérin

Le col peut être senti près de l'*ostium vaginae* à la suite des menstruations; sa position s'élève considérablement au sein du vagin au cours de la phase folliculaire. Il atteint sa position la plus élevée au moment de l'ovulation. Sa consistance devient alors souple et le diamètre de son orifice s'élargit. Au cours de la phase lutéale, le col descend dans le vagin et se raffermi, se referme et se rapproche de l'*ostium vaginae*.

- La méthode « Billings »

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

- Algorithme de deux jours

Ici, un jour est classé comme « fertile » si des sécrétions cervicales sont constatées au cours de la dite journée ou si elles ont été constatées le jour précédent.

- La "Standard day Method"

Elle définit la période de fertilité comme s'étalant du 8<sup>e</sup> au 19<sup>e</sup> jour du cycle menstruel. Pendant ce temps, le couple s'abstient de pratiquer le coït. Elle ne convient qu'aux femmes dont les cycles comptent 26 à 32 jours.

- La méthode du calendrier

Les femmes doivent déterminer à l'aide de calculs, le début et la durée de leur période de fertilité en fonction des postulats suivants : l'ovulation se produit de 12 à 16 jours avant le déclenchement des menstruations suivantes; les spermatozoïdes demeurent viables pendant une période allant jusqu'à cinq jours; et l'ovocyte non fertilisé survit pendant 24 heures.

Le couple doit donc éviter de pratiquer le coït ou utiliser une méthode de contraception d'appoint pendant une période de 8 à 10 jours au cours de chaque cycle. L'utilisatrice doit remplir un calendrier menstruel pendant au moins six mois. Sa période de fertilité est déterminée par la soustraction de



20 jours à la durée de son cycle le plus court (afin d'établir le début de la période de fertilité) et par la soustraction de 10 jours à la durée de son cycle le plus long (afin d'établir la fin de la période de fertilité).

- Trousse de prédiction de l'ovulation

Elle fait appel à un petit moniteur électronique portatif et à des bâtonnets diagnostics (test d'urine) jetables. Ce moniteur mesure la présence d'un métabolite urinaire des œstrogènes et de la LH.

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

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

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

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

L'intervalle entre les périodes d'allaitement ne devrait pas dépasser quatre heures le jour, et six heures, la nuit. [37]

- Indications :

La PFN peut constituer une option en matière de contraception pour :

- ▲ les couples qui souhaitent éviter avoir recours à des méthodes de barrière ou hormonales;
- ▲ les couples qui souhaitent accroître l'efficacité du retrait ou des méthodes de barrière au cours de la période de fertilité;
- ▲ les couples en mesure d'assumer une grossesse accidentelle.

- Contre-indications

La PFN peut ne pas s'avérer une option convenable pour :

- ▲ les couples qui ne veulent pas ou ne sont pas en mesure de faire preuve de diligence quant à l'observation et à la consignation des signes de fertilité, ainsi qu'en ce qui concerne le respect des règles visant la prévention de la grossesse ;
- ▲ les femmes dont le cycle menstruel est irrégulier;
- ▲ les femmes en post-partum (sauf en ce qui a trait à la MAMA) ;
- ▲ les femmes qui ont de la difficulté à évaluer la nature de la glaire cervicale, en raison d'une infection vaginale ou du recours à des agents vaginaux (p. ex. lubrifiants, spermicides).

- 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<sup>er</sup> 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 où 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 [49].

✓ Le coït interrompu (Retrait)

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

• Efficacité :

Les taux d'échec au cours de la première année d'utilisation ont été décrits comme étant de 4 % selon une utilisation parfaite [21].

• Mécanisme d'action :

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

• Indications :

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

- ▲ aucun autre moyen de contraception n'est disponible;
- ▲ le couple préfère éviter d'avoir recours aux autres méthodes ;

- ▲ des considérations d'ordre religieux interdisent le recours à d'autres méthodes;

- Contre-indications :

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

- ✓ L'abstinence

Le terme « abstinence » peut être défini de trois façons **[31]** :

- ▲ *Le fait de s'abstenir de tout comportement sexuel;*
  - ▲ *des comportements sexuels entraînant un contact entre les organes génitaux ;*
  - ▲ *des comportements sexuels entraînant une pénétration.*

- Efficacité :

L'abstinence constitue une méthode de contraception très efficace et permet aux gens de pratiquer d'autres activités sexuelles, sans pour autant accroître le risque de grossesse.

- Indications :

L'abstinence primaire n'est pas inhabituelle chez les jeunes gens. En effet, des personnes de tout âge choisissent sciemment de faire preuve d'abstinence à plusieurs reprises au cours de leur vie **[29]**. Elle est par ailleurs fortement conseillée comme moyen de prévention des IST et du VIH-SIDA.

- Contre-indications :

Pour éviter les frustrations, les deux partenaires doivent s'entendre sur le choix d'avoir recours à cette méthode.

- Effets indésirables :

Parmi les risques et les effets indésirables, on trouve les préoccupations quant au fait que l'abstinence puisse être trop restreignant pour certains couples.

### **3-6. LA CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE [38] :**

La contraception chirurgicale volontaire (CCV) est la méthode contraceptive permanente. Elle peut intéresser l'homme ou la femme.

#### **✓ La ligature des trompes**

Il est possible que des fertilisations surviennent malgré l'intervention. L'OMS indique qu'un taux d'échec de 0,5% lui est associé [21].

#### 3-6-1. Mécanisme d'action :

Les techniques de ligature des trompes entraînent toutes l'occlusion des trompes de Fallope, assurant ainsi la prévention du contact entre l'ovule et les spermatozoïdes. Les techniques utilisées pour la ligature des trompes par laparoscopie sont l'application de clips ou d'anneaux tubaires, ou l'électrocautérisation d'une partie de la trompe. Habituellement, un segment intermédiaire de chacune des trompes est excisé et les extrémités des trompes sont par la suite ligaturées (*méthode Pomeroy*).

La stérilisation transcervicale est une autre technique, au cours de laquelle l'accès aux trompes s'effectue par le col utérin en vue de la mise en place (hystéroscopique ou à l'aveugle) d'une matière occlusive ou d'un dispositif visant à obstruer les trompes. Au bout de trois mois, des tissus se

développent sur le dispositif et en viennent à obstruer les trompes entièrement.

### 3-6-2. Indication :

Au Mali, la législation stipule que : « toute personne majeure peut sur son consentement écrit bénéficier d'une méthode de contraception irréversible. Toute fois concernant une personne mariée, l'accord de son conjoint est obligatoire » mais aussi que « sur avis médical confirmé par une contre expertise, toute femme mariée dont la vie pourrait être menacée par la survivance d'une grossesse peut, sur son seul consentement écrit, bénéficier d'une méthode de contraception irréversible » **[17]**.

### 3-6-3. Contre-indications :

- ▲ Les problèmes de santé généraux, particulièrement les états pathologiques cardio-pulmonaires qui peuvent être aggravés par l'anesthésie générale ;
- ▲ La grossesse (à moins que la procédure de stérilisation ne soit effectuée pendant l'avortement ou immédiatement après, au cours de la période post-partum) ;
- ▲ La présence d'une infection pelvienne ou l'incapacité d'obtenir accès aux trompes de Fallope au moment de la chirurgie ;
- ▲ Une incertitude, de la part de la patiente, quant au caractère souhaitable d'une contraception permanente

Le regret constitue la principale préoccupation en matière de stérilisation. Parmi les caractéristiques de sujets susceptibles de regretter leur décision figurent les suivantes : **[39]**

- ▲ Sujet de moins de trente ans ou sans enfant de sexe masculin ;
- ▲ Célibataire ou récemment mariée ;
- ▲ Ont été poussé à prendre cette décision ;

- ▲ Partenaire opposé à cette décision ;
- ▲ Intervention pratiquée au tout début du post-partum ;
- ▲ Accès limité à d'autres méthodes.

#### 3-6-4. Effets indésirables :

- ▲ Douleur aux épaules attribuable à la présence de CO<sub>2</sub> (utilisé au cours de l'opération) dans la cavité péritonéale ;
- ▲ Douleurs ou crampes dans la partie inférieure de l'abdomen ;
- ▲ Ecchymoses et saignements au niveau des incisions ;
- ▲ Nausée et étourdissement post-opératoire ;
- ▲ Risques liés à l'anesthésie ;
- ▲ Infection au niveau de l'incision ;
- ▲ Traumatisme mécanique, y compris la perforation de l'utérus causée par un manipulateur utérin ;
- ▲ Complications urinaires ;
- ▲ Déchirures mésosalpingiennes et « trans-section » de la trompe ;
- ▲ Lésions aux vaisseaux sanguins, aux intestins ou à d'autres organes ;
- ▲ Les brûlures intestinales qui compliquent l'électrocoagulation tubaire peuvent entraîner une perforation différée et une péritonite.

#### 3-6-5. Complications à long terme :

Parmi les complications à long terme de la ligature des trompes, la grossesse ectopique est celle qui semble être réellement lié à l'intervention même si des modifications des règles et des problèmes psycho sexuels sont encore en discussion [38].

#### ✓ La vasectomie

La vasectomie constitue la méthode de contraception chirurgicale appliquée aux hommes.

- Efficacité :

Les taux de grossesse constatés à la suite d'une vasectomie varient de 0 à 2,2 %, quelle que soit la méthode d'occlusion utilisée après une moyenne de vingt éjaculations intervenant après l'acte [40].

- Mécanisme d'action :

Parmi les techniques de stérilisation masculine figurent la vasectomie classique, la vasectomie sans bistouri ou celles faisant appel à l'occlusion chimique percutanée du canal déférent ou encore à l'utilisation d'anneaux / clips en argent, en silicone-argent ou en tantale (approche compatible avec l'inversion de la vasectomie).

Elles s'affairent toutes à effectuer une section du canal déférent puis à obstruer les deux bouts du canal afin de prévenir toute remontée de spermatozoïdes à travers l'urètre lors de l'éjaculation.

- Indications :

Cette méthode convient aux hommes qui souhaitent avoir recours à une méthode de contraception permanente et irréversible.

- Contre-indications :

- ▲ L'incertitude envers le recours à une méthode de contraception permanente ;
- ▲ Les problèmes de santé généraux, tels que l'allergie aux anesthésiques locaux, l'immunosuppression, les maladies infectieuses aiguës ou les troubles de coagulation qui ne peuvent être maîtrisés à l'aide de vasopressine ;
- ▲ L'infection locale ;



- ▲ Les anomalies génitales locales nuisant à la localisation adéquate du canal déférent, telles qu'une hernie, une varicocèle, une hydrocèle ou une tumeur ;
- ▲ Une dysfonction sexuelle.

- Risques et effets indésirables :

- ▲ Douleurs locales ;
- ▲ Apparition d'ecchymoses et enflure du scrotum.

### **3-7. NOUVELLES APPROCHES EN MATIERE DE CONTRACEPTION [41]**

#### 3-7-1. Les agents antitesticulaires :

La lonidamine est un composé indazole-acide carboxylique utilisé dans le traitement du cancer. Il a été démontré que de récents dérivés de cette substance présentaient, dans le cadre d'études chez les animaux, une certaine efficacité et une réversibilité à titre d'agents contraceptifs, cela, sans entraîner une toxicité hépatique ou rénale. [42]

Ces dérivés n'entraînent aucun effet sur les composants de l'axe hypothalamo-hypophyso-testiculaire; leur effet sur les testicules est attribuable à leur capacité de causer la perte de cellules germinales à partir de l'épithélium séminifère. [42].

#### 3-7-2. Stratégies anti-implantation :

Au-delà de la génération d'anticorps anti-HCG, des recherches sont en cours sur les stratégies visant à stimuler des processus permettant de contrecarrer les étapes clés de l'implantation. Parmi ces étapes, on trouve l'angiogenèse et la protection du conceptus contre les réactions immunitaires.

La fumagilline est un anti-angiogénique ayant démontré, dans le cadre d'études sur les singes, une certaine capacité à prévenir l'implantation lorsqu'elle était administrée par voie vaginale **[43]**.

Aucune étude sur ce produit ne semble encore avoir été menée chez l'homme.

Le peptide pre-implantation factor est l'un des signes connus de reconnaissance embryo-maternelle qui apparaît le plus tôt; même les embryons ne comptant que deux cellules semblent en produire **[44]**.

Bien que son rôle exact dans l'implantation soit inconnu, il serait théoriquement possible d'en tirer un analogue que l'on pourrait utiliser en vue de nuire à la reconnaissance embryo-maternelle, ce qui entraînerait l'échec de l'implantation.

# METHODOLOGIE

## **4. METHODOLOGIE**

### **CADRE ET METHODES D'ETUDE :**

#### 4-1. CADRE D'ETUDE :

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

L'AMPPF est une ONG (Organisation Non Gouvernementale) est à but non lucratif ; Elle est membre à part entière de l'IPPF qui regroupe plus de 140 pays dans le monde. L'association a une vision, une mission et un plan stratégique :

- Vision de l'AMPPF :

"Une société malienne dans laquelle chaque individu, chaque famille, connaît et exerce librement et pleinement tous ses droits en matière de santé sexuelle et reproductive et est protégé du VIH/SIDA" [48] ;

- Mission :

"Ouvrer à l'amélioration des conditions de vie des populations à travers des services de qualité fournis dans les domaines :

- De l'accès aux services de PF
- De la prévention et de la prise en charge du VIH/SIDA
- De la maternité sans risque notamment à travers la prévention et la prise en charge des complications liées aux avortements provoqués.
- De la réponse apportée aux besoins des adolescents/ jeunes en SSR
- Du plaidoyer en faveur de la SSR y compris les MGF"et autres violences faites aux femmes [48] ;

-Axes stratégiques programmatiques:

- Adolescents et Jeunes
- IST /VIH-SIDA
- Accès aux services
- Santé maternelle et infantile et avortements à risque
- Plaidoyer [48].

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'IVG.

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 (5) 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 (DAF).
- Un responsable clinique qui est assistant médical chargé des consultations.
- 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 assistant médical chef de la clinique
- Un médecin gynéco obstétricien, vacataire.
- Une Infirmière d'Etat.
- Un magasinier.
- Deux réceptionnistes.
- Une conseillère.
- Une aide soignante pour les injections.
- Un manœuvre.
- Deux (2) chauffeurs.

Les prestations ont lieu du Lundi au Vendredi de 08 heures à 16 heures et les samedi de 08 heures à 15 heures. Elles portent sur :

- consultation de contraception.
- consultation gynécologique.
- soins pré, post natals.
- soins médicaux.
- échographie.
- vaccination anti-tétanique.

Au siège de l'AMPPF à Bamako, il existe à l'arrière-cour une clinique jeune qui est destinée aux jeunes âgés de moins de 25 ans, en plus des prestations cliniques comme offerts au sein de la clinique du siège on y prodigue aussi des conseils à savoir :

- . Prise en charge psychologique des jeunes ;
- . Lutte contre la toxicomanie et la délinquance juvénile ;
- . Lutte contre les violences faites aux filles ;
- . Conseils en parenté responsable.

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].

#### 4-2. TYPE ET METHODE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur les dossiers des clientes qui ont eu recours à la PF à la clinique de l'AMPPF, du 1<sup>er</sup> juillet 2008 au 31 décembre 2008.

#### 4-3. POPULATION D'ETUDE :

Femmes utilisatrices d'une méthode de PF à la clinique de l'AMPPF.

#### 4-4. ECHANTILLONAGE :

Nous avons procédé à une sélection exhaustive de toutes les femmes répondant à nos critères d'inclusion.

Au total **706** femmes ont été retenues pour la présente étude.

#### 4-5 : CRITERE D'INCLUSION ET DE NON INCLUSION :

##### **-Critère d'inclusion :**

- . Femme en âge de procréer ayant eu à consulter à l'AMPPF pendant la période d'étude dans le cadre du PF ;
- . Femme ayant sa fiche de consultation disponible à la clinique.

##### **-Critère de non inclusion :**

- . Femme n'ayant pas consultée à l'AMPPF pendant la période d'étude dans le cadre des activités du PF ;
- . Femmes n'ayant pas leurs dossiers disponibles ou chez qui les données ne sont pas exploitables.

#### 4-6. COLLECTES DES DONNEES :

La collecte des données a été faite à partir d'une fiche d'enquête figurant en annexe.

La méthode utilisée a été l'analyse documentaire. Les données ont été recueillies à partir des fiches de consultation PF des clientes disponibles dans les archives de la clinique.

#### 4-7. ANALYSE ET TRAITEMENT DES DONNEES :

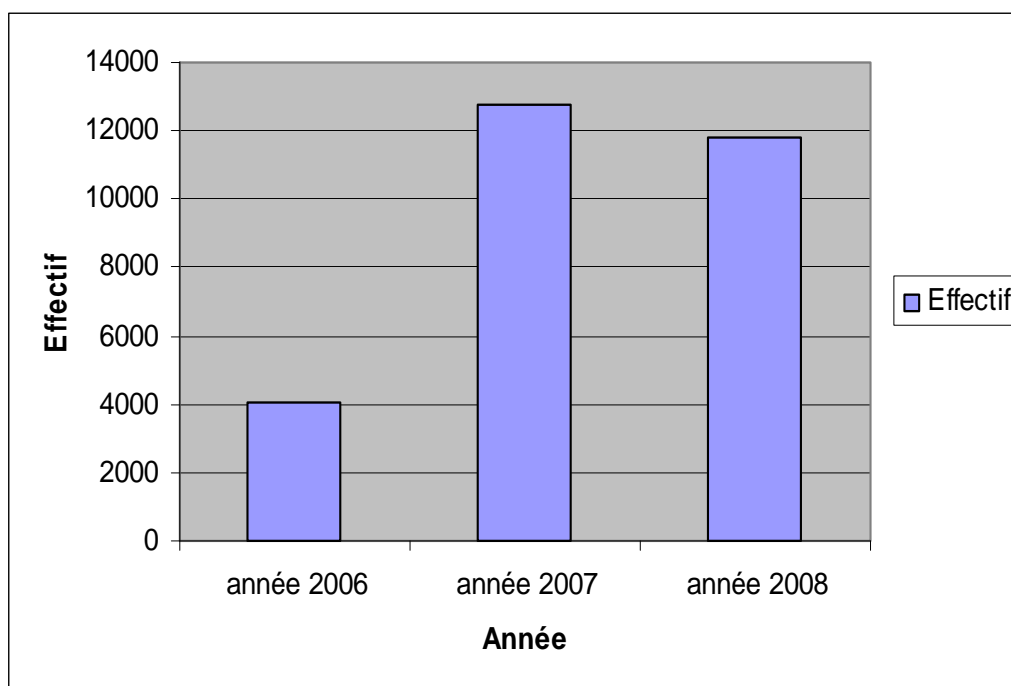
L'analyse et le traitement des données ont été faits à l'aide du logiciel **SPSS 12.0**.

# RESULTATS



## **5. RESULTATS**

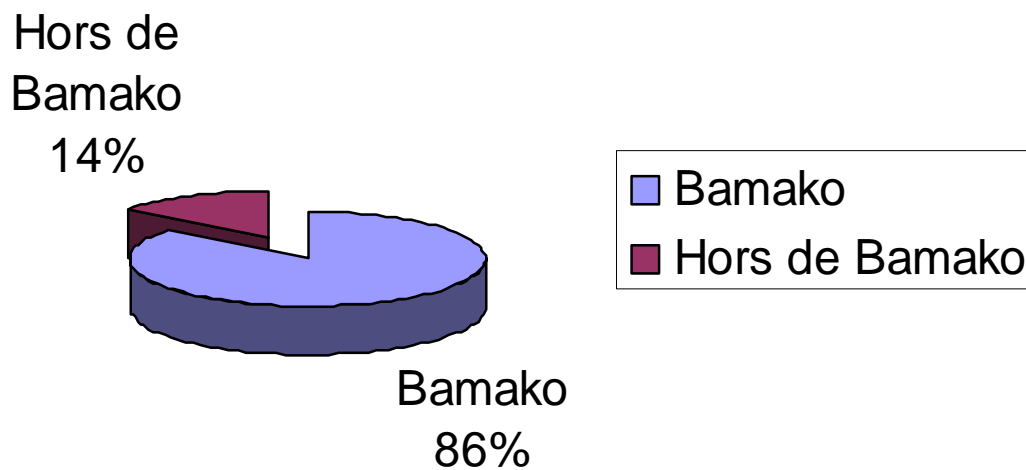
### **5-1. CONSULTATIONS ANNUELLES DE LA CLINIQUE DES TROIS(3) DERNIERES ANNEES**



**Figure 1 : fréquentation de la clinique des trois dernières années.**

Légère baisse pour l'année 2008 soit au total 11776 consultations dans le cadre de toutes les méthodes de planification familiales au sein de la clinique. Contrairement à l'année 2007 où on avait 12794.

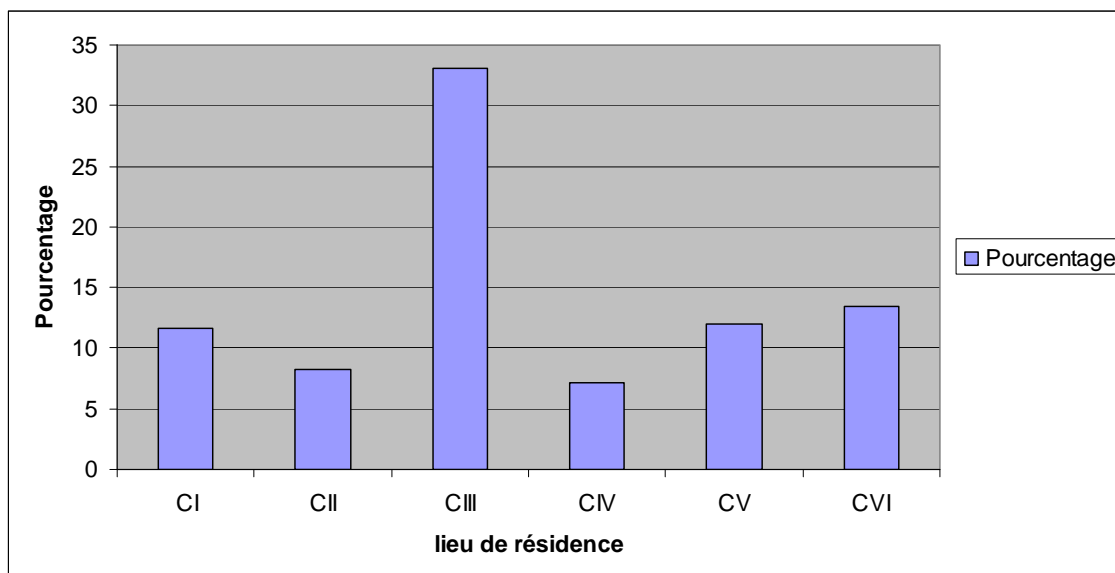
## **5-2. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**



**Figure 2 : Répartition des clientes selon la résidence.**

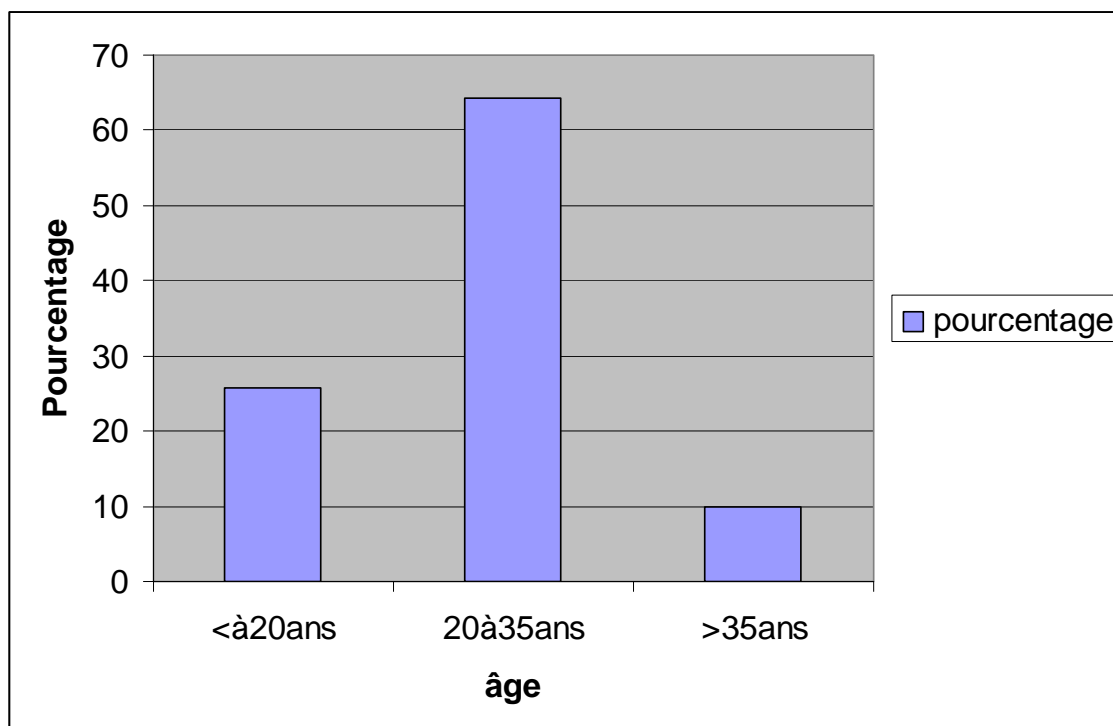
La majorité des clientes résidaient à Bamako soit 86%.

Hors de Bamako=Kati, Kayes, Sanankoroba, Guinée, Tombouctou, Koulouba, Kita, Mopti, Ségou, Gao...



**Figure 3 : Répartition des clientes selon le lieu de résidence à Bamako (communes).**

Les clientes qui résidaient en commune III (**n=234**) étaient les plus nombreuses soit 33,1%.



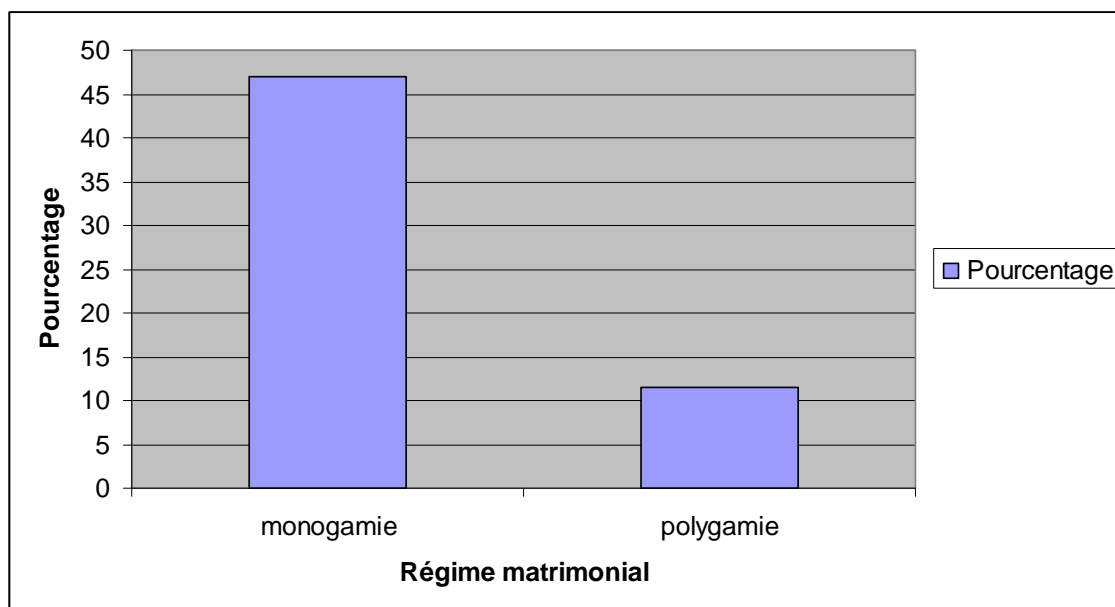
**Figure 4 : Répartition des clientes en fonction de l'âge.**

La tranche d'âge de 20 à 35 ans (**n=454**) était la plus représentée soit **64,3%**.  
 Ages extrêmes : 12 et 47 ans ; Age moyen : 25,14 ans.

**TABLEAU I : Répartition des clientes selon le statut matrimonial.**

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
célibataire	287	40,7%
mariée	411	58,2%
divorcée	7	1,0%
veuve	1	0,1%
Total	706	100,0%

Les clientes mariées (**n=411**) étaient les plus nombreuses soit **58,2%**.



**Figure 5 : Répartition des clientes mariées selon qu'elles appartiennent à un foyer monogamique ou polygamique.**

Les clientes issues d'un foyer monogamique (**n=332**) étaient plus représentées soit **47%**.

**TABLEAU II : Répartition des clientes selon la nationalité**

Nationalité	Effectif absolu	Pourcentage
Maliennne	682	96,6%
Sénégalaise	11	1,6%
Burkinabé	6	0,8%
Ivoirienne	4	0,6%
Nigérienne	1	0,1%
Autres	2	0,3%
Total	706	100,0%

La majorité des clientes avaient la nationalité **Maliennne (n=682)** soit **96,6%**.

**Autres**= Iranienne, Togolaise.

**TABLEAU III : Répartition des clientes selon l'ethnie**

Ethnie	Effectif absolu	Pourcentage
Bamanan	217	30,7%
Peulh	125	17,7%
Malinké	134	19,0%
Sarakolé	63	9,0%
dogon	9	1,3%
Bobo	5	0,7%
Sonrhaï	31	4,4%
Bozo	8	1,1%
Senoufo	21	3,0%
Kassonkè	15	2,1%
Maure	6	0,8%
Autres	72	10,2%
Total	706	100,0%

Les **Bamanan** étaient les plus représentés (n= **217**) soit **30,7%**.

**Autres**= Diawondo, Mianka, Mossi, Arabe, Haoussa, Samogo, Dafing, Shérif, Noumou, Ouolof, Bobos, Baoulé, Gaoulo, Tamacheque, Samoko.

**TABLEAU IV : Répartition des clientes selon l'activité économique**

Activité économique	Effectif absolu	Pourcentage
Aucune	18	2,5%
Retraitée	3	0,4%
Commerçante	108	15,3%
Ménagère	190	26,9%
Elève	190	26,9%
Etudiante	74	10,5%
Salariée	120	17,0%
Autres	3	0,4%
<b>Total</b>	<b>706</b>	<b>100,0%</b>

La proportion de ménagère et d'élève était identique à savoir **190** clientes soit **26,9%**.

**Autres**= Griotte, Artiste.

**TABLEAU V : Répartition des clientes selon le niveau d'étude**

Niveau d'étude	Effectif absolu	Pourcentage
Aucun	164	23,2%
Primaire	163	23,1%
Secondaire	275	39,0%
Medersa	10	1,4%
Supérieur	94	13,3%
<b>Total</b>	<b>706</b>	<b>100,0%</b>

Les clientes n'ayant aucun niveau d'étude étaient au nombre de **164** soit **23,2%**.



**TABLEAU VI : Répartition des clientes selon la source de l'information sur le planning familial**

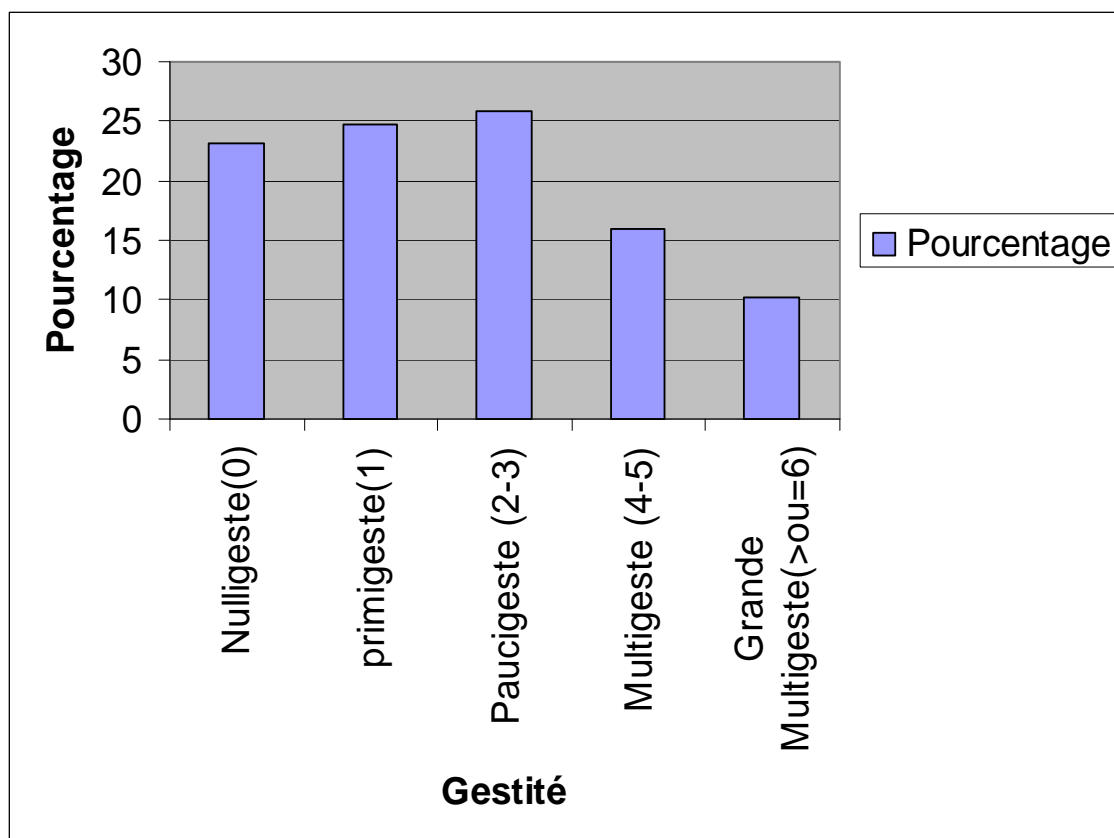
Source	Effectif absolu	Pourcentage
Non déterminée	62	8,8%
Ami /voisin	108	15,3%
Famille	300	42,5%
Personnel médical	90	12,7%
Conjoint	29	4,1%
Media	82	11,6%
Autre	35	5,0%
Total	706	100,0%

La famille représentait la plus grande source d'information sur le planning familial à raison de **300** clientes soit **42,5%**.

**Autre=** « Après réflexion personnelle ».

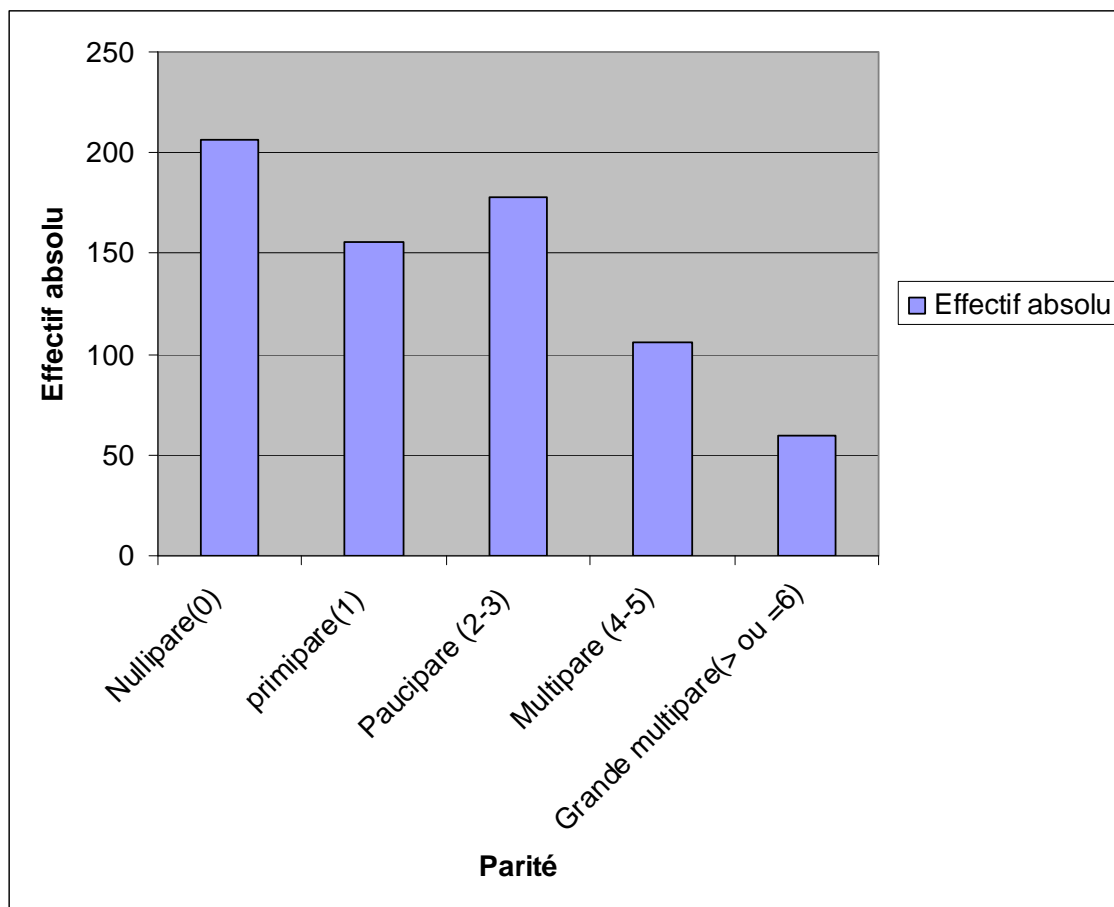
### 5-3. CLINIQUE

#### 5-3-1. ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX



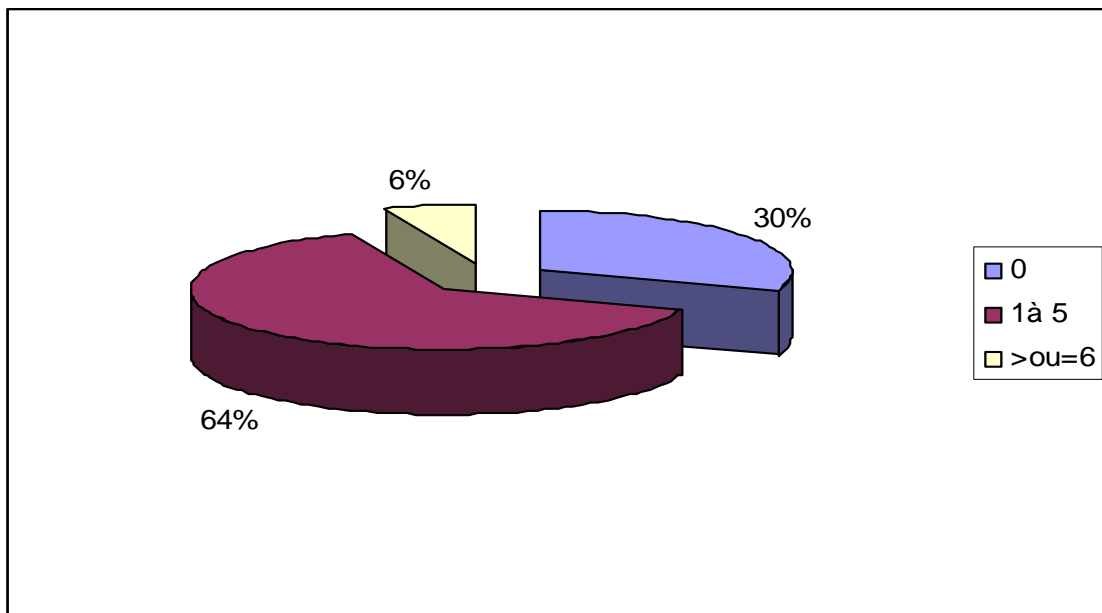
**Figure 6 : Répartition des clientes selon la gestité**

Les paucigestes (**n=183**) étaient les plus nombreuses soit **25,9%**.

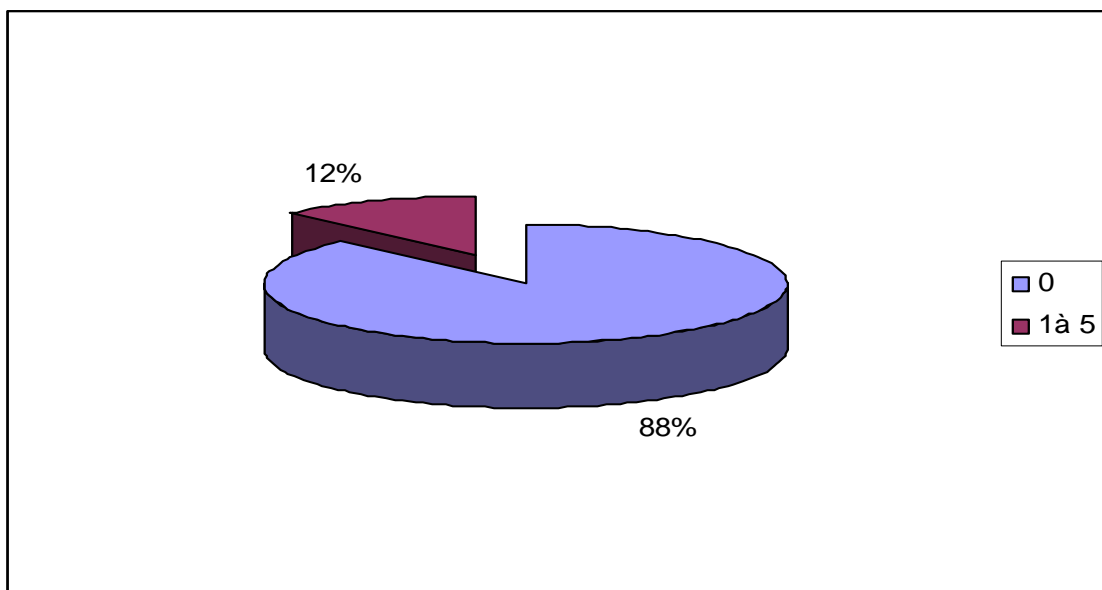


**Figure 7: Répartition des clientes selon la parité**

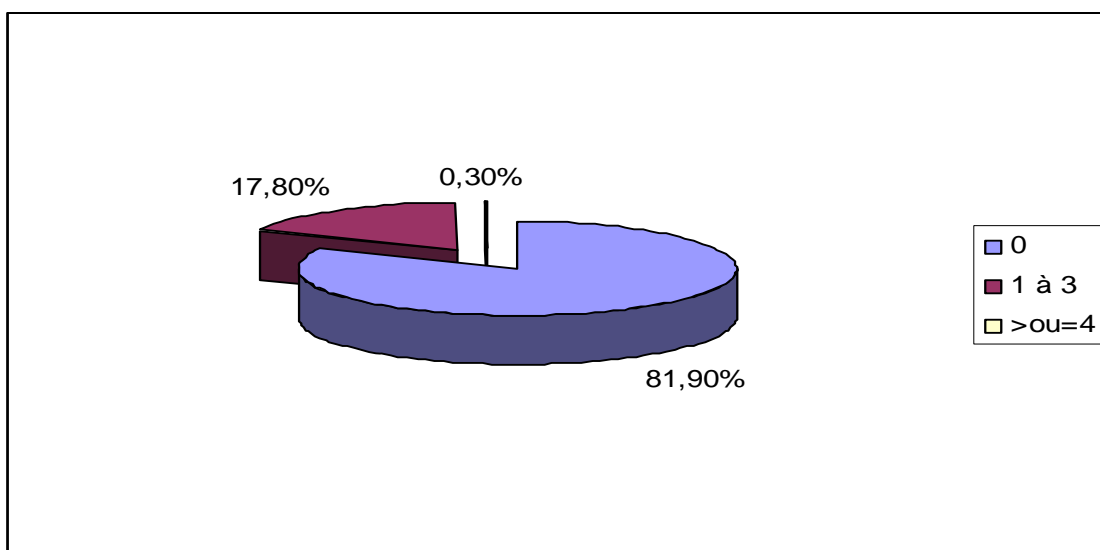
Les nullipares (**n=206**) étaient plus représentées soit **29,2%** des cas.



**Figure 8 : répartition des clientes selon le nombre d'enfants vivants.**

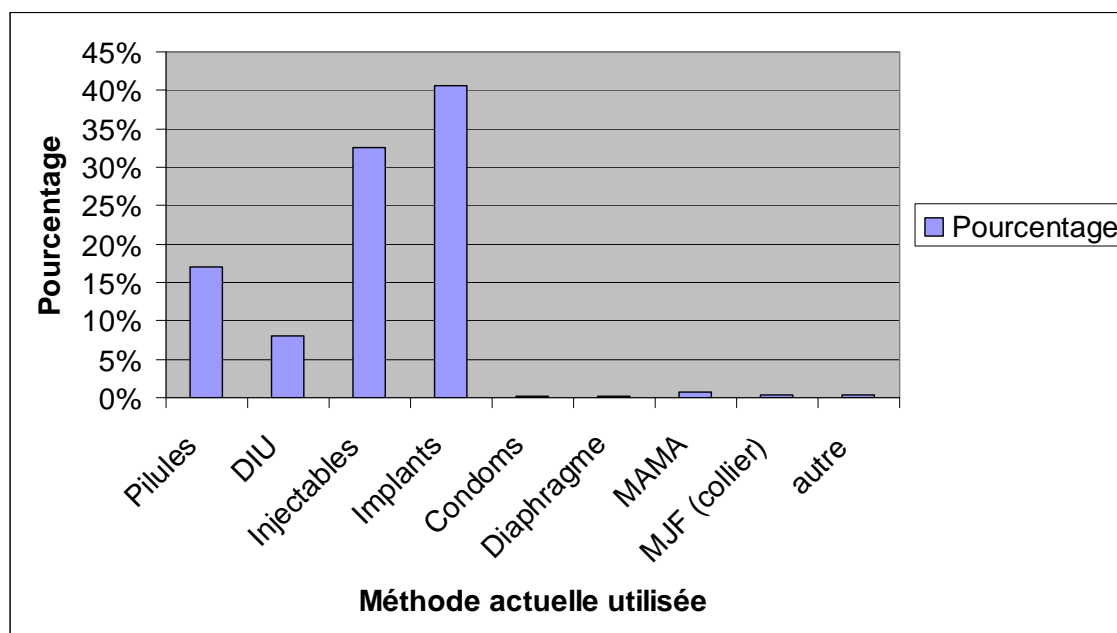


**Figure 9 : Répartition des clientes en fonction du nombre d'enfants décédés**



**Figure 10 : Répartition des clientes selon le nombre d'avortement**

### 5-3-2. METHODES DE CONTRACEPTION



**Figure 11 : Répartition des clientes selon la méthode de contraception actuelle utilisée.**

**Autre :** Abstinence sexuelle

**TABLEAU VII : Répartition des clientes utilisant la pilule selon le type**

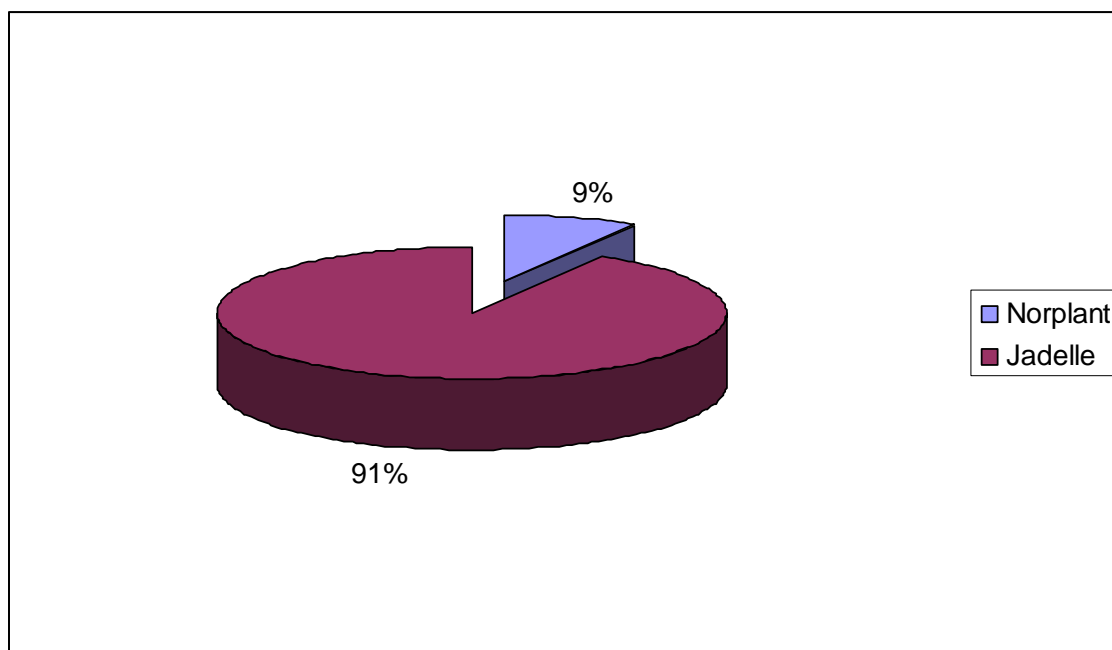
Type de pilule	Effectif absolu	Pourcentage
COC	100	14,2%
PPS	18	2,5%
Total	118	16,7%

La majorité des clientes ayant recours à la pilule utilisaient les COC à raison de **100** clientes soit **14,2%** du total des cas (706).

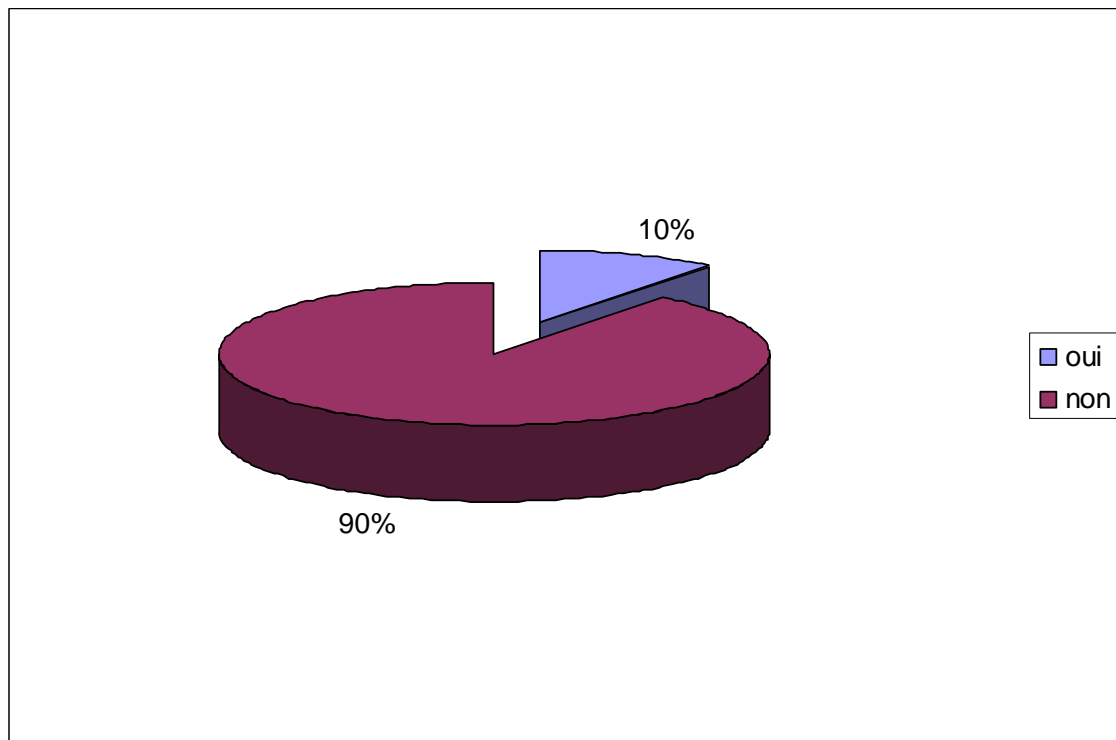
**TABLEAU VIII : Répartition des clientes utilisant les contraceptifs injectables selon le type**

Type d'injectable	Effectif absolu	Pourcentage
Deux mois (Noristerat)	1	0,1%
Trois mois (Depo- provera)	225	31,9%
Total	226	32,0%

La majorité des clientes ayant recours à une forme d'injectable utilisaient ceux de trois mois (**n=225**) soit **31,9%** de l'ensemble des cas (706).



**Figure 12 : Répartition des clientes utilisant l'implant selon le type**



**Figure 13 : Répartition des clientes selon qu'il y'ait eu changement de méthode ou pas**



**TABLEAU IX : Répartition des clientes ayant changé de méthode selon la dernière méthode utilisée**

Dernière méthode utilisée	Effectif absolu	Pourcentage
Pilules	11	1,6%
DIU	1	0,1%
Injectables	29	4,1%
Implants	11	1,6%
MAMA	18	2,5%
Total	70	9,9%

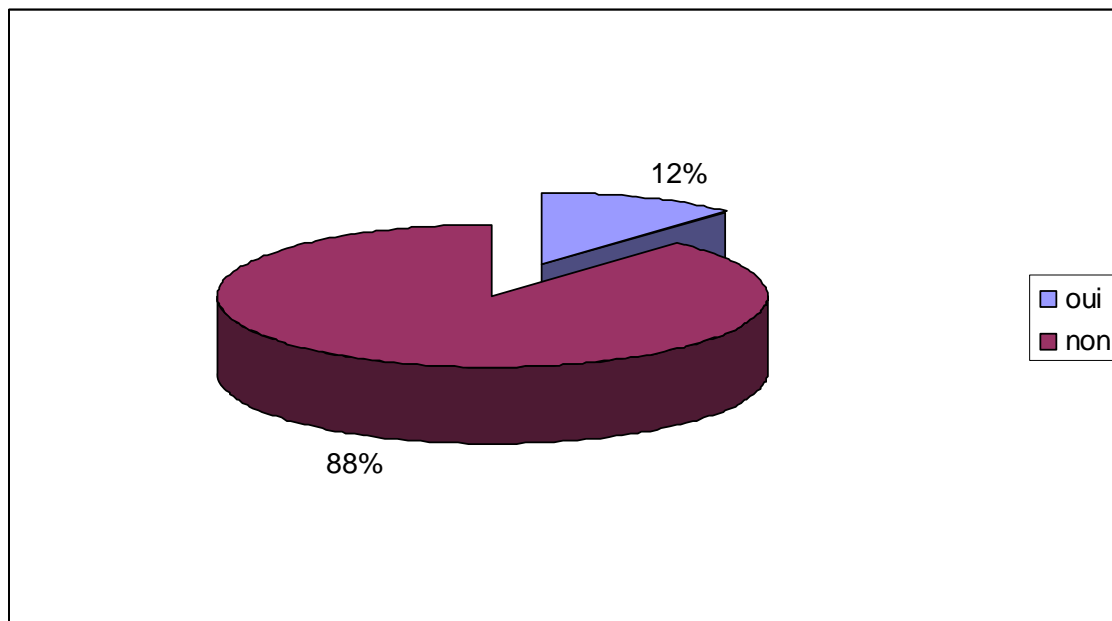
La majorité des clientes ayant changées de méthode utilisaient auparavant les injectables soit **4,1%** de l'ensemble des cas (706).

**TABLEAU X : Répartition des clientes selon les principaux motifs de changement**

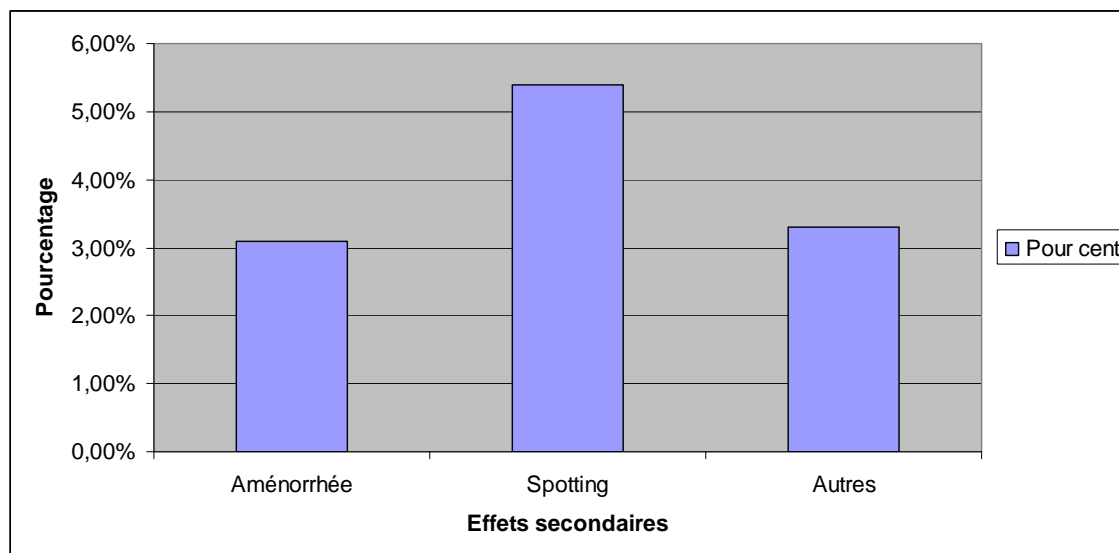
Motif de changement	Effectif absolu	Pourcentage
Pas de changement	637	90,2%
Convenance personnelle	17	2,4%
Effets secondaires	28	4,0%
Non déterminé	5	0,7%
autres	19	2,7%
Total	706	100,0%

**Autres** : Aménorrhée de la nourrice, sous la pression du mari

Chez les clientes ayant changées de méthode (**n=28**) soit **4%**, le motif évoqué était les effets secondaires.

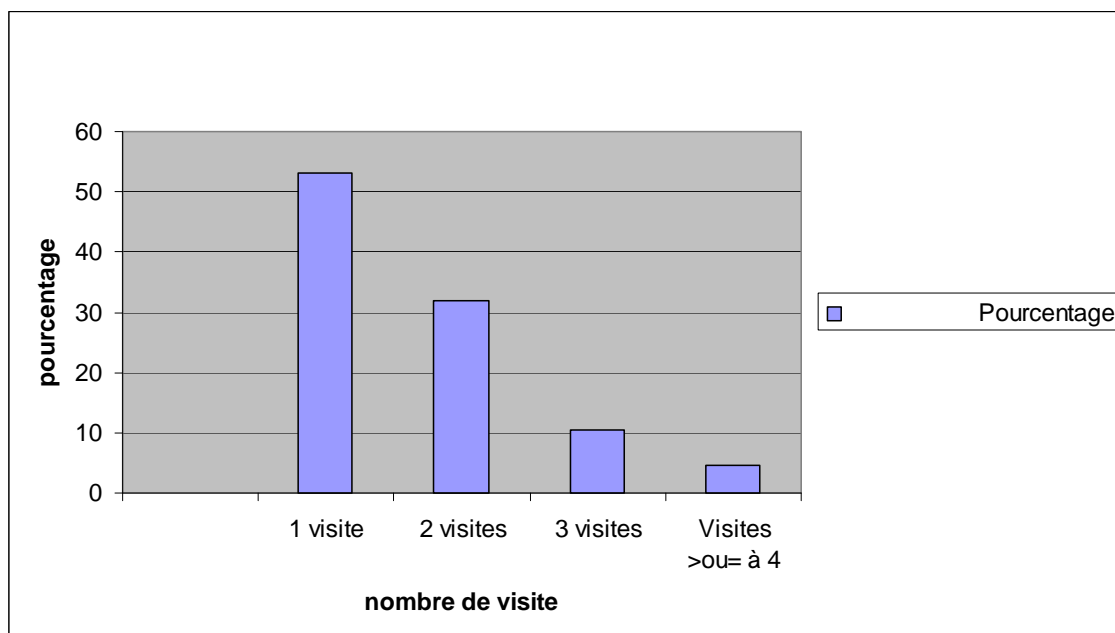


**Figure 14 : Répartition des clientes selon les effets secondaires rencontrés**



**Figure 15 : Répartition des clientes ayant eu des effets secondaires selon le type**

**Autres**= effets mineurs : céphalées, prise de poids, vertiges, Douleurs pelvienne, Hyperménorrhée, Douleur au niveau du site d'implantation de l'implant.



**FIGURE 16 : Répartition des clientes selon le nombre de visites effectuées**

Les clientes ayant effectuées une visite (**n=374**) représentaient **53%** des cas.

**TABLEAU XI : Méthode utilisée en fonction de l'âge**

Méthodes	âge			Total
	<à20ans	20à35ans	>35ans	
pilules	19	90	11	120
DIU	4	39	14	57
injectables	73	142	15	230
implants	84	174	29	287
condoms	0	1	0	1
diaphragme	0	1	0	1
MAMA	0	5	0	5
MJF (collier)	0	1	1	2
autres	2	1	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>454</b>	<b>70</b>	<b>706</b>

**Autres** : abstinence sexuelle

Khi-deux calculé=45,514      Khi-deux seuil (ddl=16,  $\alpha=0,05$ )=26,296

Khi-deux calculé > khi-deux seuil donc on en conclut qu'il existe une relation entre la méthode contraceptive utilisée et l'âge des clientes, avec une probabilité de se tromper  $P=10^{-3}$ .

- Les implants et les injectables étaient les deux méthodes les plus utilisées quelque soit l'âge ;
- Au dessus de 35 ans, on notait une préférence pour le DIU ;
- La MAMA a été utilisée uniquement par la tranche d'âge de 20 à 35 ans.

**TABLEAU XII : Méthode utilisée en fonction du niveau d'étude**

Méthodes	Niveau d'étude						Total
	aucun	fondame ntal	seconda ire	medersa	supérieu r	autres	
pilules	20	21	49	2	28	0	120
DIU	20	7	16	2	12	0	57
injectables	43	53	103	4	27	0	230
implants	80	78	102	1	25	1	287
condoms	0	0	0	0	1	0	1
diaphragm e	0	0	1	0	0	0	1
MAMA	0	3	1	0	1	0	5
MJF (collier)	1	0	1	0	0	0	2
autres	0	1	2	0	0	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>164</b>	<b>163</b>	<b>275</b>	<b>9</b>	<b>94</b>	<b>1</b>	<b>706</b>

**Autre niveau d'étude** : école coranique

**Autre méthode** : abstinence sexuelle

Khi-deux calculé=60,609      Khi-deux seuil ( ddl=40,α=0,05)=55,758

Khi-deux calculé > khi-deux seuil donc on en conclut qu'il existe une relation entre le niveau d'étude des clientes et la méthode Contraceptive utilisée avec une probabilité de se tromper P=0,019.

**Aucun niveau** : 80 clientes utilisaient les implants contre 20 utilisant respectivement la pilule et le DIU ;

**Primaire** : 78 utilisaient les implants contre 7 utilisant le DIU ;

**Secondaire** : 103 utilisaient les injectables contre 16 utilisant le DIU ;

**Medersa** : 4 utilisaient les injectables contre 2 respectivement pour la pilule, le DIU et l'implant ;

**Supérieur** : 28 utilisaient la pilule contre 12 pour le DIU.

**TABLEAU XIII : Méthode utilisée en fonction de l'activité économique**

Méthodes	Activité économique								Total
	aucu ne	retrai tée	comme rçante	ména gère	élève	étudi ante	salariè e	autres	
pilules	2	1	15	27	23	26	24	2	120
DIU	1	1	12	16	1	8	17	1	57
injectables	6	1	28	58	77	21	39	0	230
implants	9	0	50	85	87	19	37	0	287
condoms	0	0	0	1	0	0	0	0	1
diaphragme	0	0	0	1	0	0	0	0	1
MAMA	0	0	3	0	0	0	2	0	5
MJF (collier)	0	0	0	1	0	0	1	0	2
autres	0	0	0	1	2	0	0	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>108</b>	<b>190</b>	<b>190</b>	<b>74</b>	<b>120</b>	<b>3</b>	<b>706</b>

**Autres activités économiques** : griotte artiste

**Autre méthode** : abstinence sexuelle

KHI-deux calculé : 92,355      KHI-deux seuil (ddl=56,  $\alpha=0.05$ )=79,082

KHI-deux calculé > KHI-deux seuil donc il y a une relation entre les méthodes contraceptives utilisées et la profession exercée ; Avec une probabilité de se tromper  $P = 0.002$ .

On avait une forte utilisation de contraceptifs injectables et d'implants chez les commerçantes, les ménagères, les élèves et les salariées.



**TABLEAU XIV : Méthode utilisée en fonction de la parité**

Méthodes	parité					Total
	nullipare	Primi-pare	paucipare (2-3)	multipare (4-5)	grdemultipare	
pilules	36	29	28	20	7	120
DIU	2	10	20	15	10	57
injectables	78	64	51	26	11	230
implants	85	52	76	44	30	287
condoms	1	0	0	0	0	1
Diaphragme	1	0	0	0	0	1
MAMA	0	1	2	0	2	5
MJF (collier)	0	0	1	1	0	2
autres	3	0	0	0	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>206</b>	<b>156</b>	<b>178</b>	<b>106</b>	<b>60</b>	<b>706</b>

**Autres** : abstinence sexuelle

KHI-deux calculé=66,977      Khi-deux seuil (ddl=32,  $\alpha=0.05$ )=43,773

Khi-deux calculé > Khi-deux seuil donc il y a une relation entre la méthode contraceptive utilisée et la parité des clientes avec une probabilité P de se tromper = 0.001

L'injectable et les implants étaient les deux méthodes les plus utilisées quelque soit la parité.

Cependant, on notait une préférence des pilules pour les nullipares et primipares et celle du DIU pour les multipares et les grandes multipares.

**TABLEAU XV : Méthode utilisé en fonction de la gestité**

Méthodes	gestité					Total
	nulligeste	Primi geste	paucigeste(2-3)	multigeste (4-5)	grdemultigeste	
pilules	26	35	28	25	6	120
DIU	3	11	14	15	14	57
injectables	63	66	62	22	17	230
implants	68	61	76	49	33	287
condoms	1	0	0	0	0	1
Diaphragme	0	1	0	0	0	1
MAMA	0	1	2	0	2	5
MJF (collier)	0	0	1	1	0	2
autres	3	0	0	0	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>164</b>	<b>175</b>	<b>183</b>	<b>112</b>	<b>72</b>	<b>706</b>

**Autres** : abstinence sexuelle

Khi-deux calculé=69,597      Khi-deux seuil (ddl=32,  $\alpha=0,05$ )= 43,773  
 Khi-deux calculé > Khi-deux seuil donc on peut conclure à une relation entre la gestité et la méthode contraceptive avec une probabilité de se tromper  $P=10^{-3}$ .

Les implants et les injectables étaient les deux méthodes les plus utilisées quelque soit la gestité.

**TABLEAU XVI : méthode utilisée en fonction du nombre d'enfants vivants**

Méthodes	Enfants vivants			Total
	0	1-5	>ou=6	
pilules	37	80	3	120
DIU	2	47	8	57
injectables	83	141	6	230
implants	88	176	23	287
condoms	1	0	0	1
diaphragme	0	1	0	1
MAMA	0	4	1	5
MJF (collier)	0	2	0	2
autres	3	0	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>214</b>	<b>451</b>	<b>41</b>	<b>706</b>

**Autres** : abstinence sexuelle

Khi-deux calculé=49,528      Khi-deux seuil (ddl=16,  $\alpha=0,05$ )=26,296

Khi-deux calculé > khi-deux seuil donc on en conclut qu'il existe une relation entre le nombre d'enfants vivants et la méthode contraceptive utilisée avec une probabilité de se tromper  $P= 10^{-3}$ .

Les contraceptifs injectables et les implants étaient beaucoup plus utilisés chez des femmes ayant moins de 5 enfants ; cependant on notait une forte utilisation de pilules chez des femmes ayant 1 à 5 enfants.

# COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

## **6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

L'analyse des différents tableaux suscite certains commentaires et discussions.

### **6-1. Récapitulatif du nombre de consultations annuelles de la clinique des trois (3) dernières années**

L'analyse des statistiques de la clinique nous a permis de mettre en évidence une augmentation du nombre de consultations à partir de **2007** et **2008** avec respectivement **12794** et **11776** consultations contre **4028** en **2006**. Ceci montrait une amélioration du niveau de fréquentation du centre par la clientèle.

### **6-2. Caractéristiques socio-démographiques**

Cette section porte sur la résidence, l'âge et le sexe, le statut matrimonial, la nationalité, l'ethnie, l'activité économique, le niveau d'étude et la source de l'information sur le planning familial.

#### **6-2-1. La résidence**

Les clientes qui résidaient à Bamako représentaient **86%** contre **14%** résidant hors de Bamako.

Ceci s'explique par le fait que la clinique de l'AMPPF où s'est déroulé notre enquête est à Bamako.

Sur le nombre de clientes résidant à Bamako, **33,1%** provenaient de la commune III, contre **7,2%** en commune IV. Ceci s'explique par le fait que la clinique de l'AMPPF est située en commune III.

**TAMBOURA [19]** en 2007 avait trouvé **71,4%** de clientes Provenant de la commune III.

## 6-2-2. L'âge et le sexe

### 6-2-2-1. Sexe

100% de notre échantillon était de sexe féminin.

Ceci s'explique par la faible implication des hommes dans les activités de planning familial.

La plupart s'y rendaient seulement pour l'achat de préservatifs masculins ou pour des consultations gynécologiques (stérilité ou IST/VIH/SIDA)

### 6-2-2-2. Age

Dans notre étude, la tranche d'âge de 20-35 ans était la plus représentée avec **64,3%** des effectifs contre **9,9%** pour la tranche d'âge supérieure à 35 ans. Ceci s'explique par le fait que la tranche d'âge de 20-35 ans est celle où l'activité reproductrice est la plus intense.

Ces résultats sont différents de ceux de **TAMBOURA [19]** en 2007 qui a eu **81%** de ses clientes ayant un âge compris entre 16 et 18 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que son étude n'a porté que sur les adolescentes et les jeunes adultes.

Nos résultats sont comparables à ceux de **Sidibé [8]** en 1999 et **Maiga [11]** en 1996 qui ont eu respectivement **75,15%** et **73,36%** de clientes ayant plus de 30ans

### 6-2-3. Statut matrimonial

Notre étude a montrée que **58,2%** des clientes étaient mariées et **40,7%** célibataires. Ceci s'expliquerait par le fait que dans notre étude il s'agissait surtout de femmes en âge de procréer, utilisant le planning familial dans un but d'espacement de naissances.

Ce résultat est différent de celui de **TAMBOURA [19]** en 2007 qui au cours de son étude a eu **76,4%** de célibataires. Son étude avait porté sur les adolescentes et les jeunes adultes, dont l'objectif visé était d'éviter une

grossesse non désiré pouvant compromettre la poursuite des études ; Pour les non scolarisées, retarder la survenue d'une grossesse avant le mariage est perçu comme un point d'honneur pour toute la famille.

#### 6-2-4. La nationalité

Notre étude nous a montrée que **96,6%** des clientes sont de nationalité Malienne. En effet, l'enquête a été faite au Mali.

#### 6-2-5. L'ethnie

Nous avons noté que trois (03) ethnies étaient les plus représentées à savoir : Bamanan **30,7%** ; Malinké **19,0%** et Peulh **17,5%**. Ceci correspond aux ethnies majoritaires dans le district de Bamako.

Ce résultat se rapproche de celui de **BOMIA [47]** en 2005 qui a eu trois ethnies majoritaires au cours de son étude à savoir : Bamanan **33,4%** ; Peulh **22,4%** et Malinké **11,6%**.

#### 6-2-6. L'activité économique

Notre étude nous a donné une proportion égale d'élèves et de ménagères soit **26,9%**. Ceci serait dû au fait que le planning familial intéresse toutes les catégories socio-professionnelles.

Ce résultat est différent de celui de **Sidibé [8]** en 1999 qui a eu 8,67% d'élèves et étudiantes dans une étude réalisée au niveau du centre de santé de référence de la commune VI.

### 6-2-7. Le niveau d'étude

Nous avons enregistré au cours de notre étude : **39%** de clientes de niveau secondaire, **23,1%** de niveau primaire et **23,2%** non scolarisé.

Nos résultats sont comparables à ceux de **Dakouo [10]** en 2000 qui trouvait **29,48%** de clientes ayant le niveau du primaire.

### 6-3. CLINIQUE

- Source de l'information sur le planning familial

Dans **42,5%** des cas, la source de l'information sur le planning familial était la famille contre **4,1%** pour le conjoint.

Ce résultat est supérieur à celui de **TAMBOURA [19]** en 2007 et **Sidibé [8]** en 1999 dont les études ont montré respectivement **29,4%** et **23,07%** de parents à la base de l'orientation vers l'unité de planning familial. Cela serait dû à une évolution de mentalité en matière de contraception et surtout d'éducation sexuelle, toutes choses pouvant être considérées comme un apport positif pour la société en général et pour les personnes non encore informées en particulier.

#### 6-3-1. Antécédents gyneco-obstetricaux :

- Gestité

Les paucigestes représentaient **25,9%** les primigestes **24,8%** les nulligestes **23,2%**. Tous ces résultats sont comparables et montrent qu'il n'y a pas de lien entre gestité et utilisation de la PF à la clinique AMPPF du siège.

- Parité

Notre étude nous a montré que **29,2%** de nos clientes étaient nullipares. Ceci se rapproche des résultats obtenus par **TAMBOURA [19]** qui trouvait en 2007, **51,5%** de nullipares.



➤ Nombre d'avortement

Les clientes qui avaient un antécédent d'avortement représentaient **81,9%** contre **18%** sans antécédent d'avortement.

Ces résultats sont comparables à ceux de **TAMBOURA [19]** en 2007 avec **88,7%** de clientes sans avortement contre **11,2%** de clientes avec au moins un antécédent d'avortement (étude qui a eu lieu dans la même structure que la nôtre).

6-3-2. Pratique de la contraception

Notre étude nous révélait que **40,7%** des clientes utilisaient les implants contre **32,6%** pour les injectables et **17%** pour la pilule.

Ces résultats sont différents de ceux de **BOMIA [47]** chez qui la méthode la plus utilisée était les injectables suivies de la pilule.

L'utilisation croissante des implants dans notre série peut être attribuée aux avantages certains de cette méthode que sont la longue durée d'action et le faible taux d'effets secondaires.

Notre étude nous a permis de constater que **9,9%** des femmes ont eu à changer de méthodes et parmi elles, **4,1%** ont abandonné les injectables à cause des effets secondaires.

\_ Répartition des clientes selon le nombre de visites effectuées :

Les clientes ayant effectuées une seule visite de suivi constituaient **53%** contre **4,7%** ayant effectuées plus de quatre visite.

Ceci nous permet de mettre en évidence l'irrégularité dans le suivi où les rendez-vous n'étaient pas respectés.

Nos résultats sont différents de ceux de **GUINDO [16]** en 2005 chez qui le suivi était régulier chez **90%** des clientes.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## **7. CONCLUSION**

Notre travail avait pour objectif étudier le bilan des activités du planning familial au sein de la clinique de l'AMPPF (Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille) du district de Bamako ; L'étude était rétrospective allant du 1<sup>er</sup> juillet 2008 au 31 décembre 2008.

Elle nous a permis de déterminer le profil socio-démographique des clientes, de connaître la source d'information sur le planning familial, les antécédents gynéco obstétricaux et enfin le taux d'utilisation des méthodes par les clientes.

\_La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 35ans à raison de 64,3% des effectifs ; Tranche d'âge la plus active sexuellement au sein de la population.

\_Sur les 86% de clientes vivant à Bamako, 33,1% résidaient en commune III.

\_Les clientes ayant reçues l'information sur le planning familial d'un membre de leur famille représentaient 42,5%.

\_Les implants ont été la méthode la plus utilisée à 40,7% comparativement au préservatif 0,1%.

Au vue de ces résultats nous pouvons affirmer que la clinique de l'AMPPF offre des services de qualité en matière de planning familial au profit de toutes les couches féminines de la population de Bamako quelque soit le lieu de résidence.

## **8. RECOMMANDATIONS**

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

### **Aux femmes en âge de procréer et en activité sexuelle :**

- Fréquenter les centres de planification familiale afin d'y recevoir de véritables conseils en matière de santé de la reproduction ;
- Participer activement aux différentes campagnes d'IEC sur le planning familial.
- Utiliser à bon escient les services de planning familial disponibles dans les centres de santé qu'ils soient publics, semi-publics ou privés.

### **Au personnel médical de l'AMPPF :**

- Promouvoir chez les adolescent (es) s et jeunes adultes les méthodes de barrière (préservatifs masculins et féminins) qui offrent l'avantage de la double protection.
- Pérenniser les stocks d'implants et de contraceptifs injectables afin qu'il n'y ait pas de rupture de stocks ;
- Promouvoir la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée(MAMA) qui est une méthode efficace et ne nécessitant pas d'apport financier ;

**AU ministère de la santé à travers la division de la santé de la reproduction(DSR) :**

- Informer et sensibiliser la population à travers les médias sur la planification familiale et les IST/VIH/SIDA ;
- Mener des études sur les besoins non satisfaits de la population en matière de planning familial.
- Multiplier les centres de planification familiale pour améliorer l'accès aux services de planification familiale.
- Sensibiliser les jeunes filles et garçons sur les activités de PF et les encourager à fréquenter les centres de PF qui doivent être des centres médico-scolaires polyvalents avec un volet PF et lutte contre les IST/SIDA ;

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## **9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **1. DEMBELE(E) et KEITA(O)**

#### **Enquête démographique et de santé du MALI**

Planification familiale

Bamako, MALI, EDS M IV 2006, page 63

### **2. SANGO S.,**

Contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako.

Thèse, médecine, Bamako 1996 N°32.

### **3. AMPPF**

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

### **4. 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.

### **5. CERPOD,**

Conséquence sociale de l'avortement provoqué dans la ville de Bamako.

Bamako (Mali), juillet 1999.

### **6. Network en français-family health international,**

Santé sexuelle 2002 ; p21 (4)

**7. BOUBACAR Moussa**

Etude epidemio-clinique du planning familial enquête auprès de 206 utilisatrices au Centre de Santé de référence de la commune I du district de Bamako d'avril à juin 2003.

Thèse de médecine Bamako 2005 N°05-M183.

**8. Sidibé M.**

Approche épidémiologique du planning familial au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

Thèse de médecine, Mali1999N°52.

**9. FOMBA S.,**

Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en commune IV du district de Bamako

Thèse de médecine ; Bamako Mali, 2003 N°64.

**10. DAKOUO S.,**

Besoins et préférences des femmes en matière de contraception au Mali

Thèse de médecine2000N°80.

**11. MAIGA S.,**

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

Thèse de médecine Bamako 1996 N °52.



**12. SIDIBE M K.,**

Approche épidémiologique du planning familial au centre de santé de la commune IV du district de Bamako.

Thèse de médecine 1999.

**13. Ministère de la santé, république du Mali.**

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

**14. AMPPF**

Plan stratégique 2006-2010, p47.

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

Plan d'action pour le programme national de planning familial juin 1991.

**16. GUINDO A. S.,**

Evaluation de la qualité des services offerts dans les six unités de PF des centres de santé de référence du district sanitaire.

Thèse de médecine. Bamako 2005. N°252.

**17. Présidence de la république,**

Loi N°02 44 du 24 juin 2002 relative à la santé de la reproduction, article 14.

**18. A.CAMPANA**

Cours pour les étudiants de médecine-family planning guidelines, reviews.

<http://www.gfmer.ch/cours:index> cours 4<sup>ème</sup> année.html.(2005)

**19. Fatoumata TAMBOURA**

Préférences des adolescentes et jeunes adultes en matière de contraception à la clinique de l'AMPPF de Bamako.

Thèse de médecine 2008.N° M152.

**20. D.FRANCOEUR, L.HANVEY, R.MILLER, H.PYMAR**

Consensus canadien sur la contraception chapitre 8, N° 143, troisième partie de trois, avril 2003.

**21. Organisation mondiale de la Santé(OMS)**

Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use, 2<sup>e</sup> éd.genève, OMS, 2001.

**22. HOFFMAN T, TAHA T, MARTINSON F.**

“adverse health event occurring during an n-9 gel pilot study: Malawi”, *13th International AIDS Conference*, du 9 au 14 juillet 2000, Durban, Afrique du Sud, n° de résumé TuPpC1171

**23. CREEATSAS G, GUERRERO E, GUILBERT E, DROUIN J, SERFATY D, LEMIEX L et coll.**

«A multinational evaluation of the efficacy, safety and acceptability of the Protectaid contraceptive sponge », *Eur J Contracept Reprod Health Care*, vol. 6, n° 3, 2001, p. 172-82.

**24. HOOTON TM, SCHOLES D, HUGHES JP, WINTER C, ROBERTS PL, STAPLETON AL et coll.**

« A prospective study of risk factors for symptomatic urinary tract infection in young women », *New Engl J Med*, vol. 335, 1996, p. 468-74.

**25. A. BLACK- N. FLEMING – H. PYMAR, T. BROWN, - T. SMITH,**

Consensus Canadien sur la contraception – N° 143 – Deuxième partie de trois, Mars 2004 .

**26. SMALLWOOD G, MEADOR M, LENIHAN J, SHANGOLD G, FISHER A, CREASY G**

ORTHO EVRA/EVRA 002 Study Group. « Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system », *Obstet Gynecol*, vol. 98, 2001, p. 799-805.

**27. DIEBEN TO, ROUMEN FJ, APTER D.**

« Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring », *Obstet Gynecol*, vol. 100, n° 3, 2002, p. 585-93.

**28. KAUNITZ AM, GARCEAU RJ, CROMIE MA.**

« Comparative safety, efficacy, and cycle control of Lunelle monthly contraceptive injection and Ortho-Novum 7/7/7 oral contraceptive », *Contraception*, vol. 60, n° 4, 1999, p. 179-87.

**29. A. BLACK, T. O'GRADY, H. PYMAR,**

Consensus Canadien sur la contraception – Chapitre 5 - N° 143 – Deuxième partie de trois, Mars 2004 .

**30. HATCHER R, TRUSSELL. J, STEWART F, CATES W, STEWART G, GUEST F et coll.** *Contraceptive technology*, 17e éd.,New York, Ardent Media Inc, 1998. 297p.

**31. A.BLACK**

Consensus canadien sur la contraception- Chapitre 7 No 143, deuxième partie de trois, Mars 2004.

**32. ANDERSSON K, ODLIND V, RYBO G.**

« Levonorgestrel-releasing and copperreleasing (Nova-T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial », *Contraception*, vol. 49, 1994, p. 56-72.].

**33. S. DUNN, E. GUILBERT**

Consensus Canadien sur la contraception- No 143, première partie de trois, Février 2004.

**34. TRUSSELL J, RODRIGUEZ G, ELLERTSON C.**

« New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception », *Contraception*, vol. 57, 1998, p. 363-9..

**35. R. MILLER- L. HANVEY**

Consensus Canadien sur la contraception- Chapitre 9 - No 143, troisième partie de trois, Avril 2004.

**36. GUILLEBAUD J.**

*Contraception: your questions answered*, 3e éd. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1999, p. 23–37, 39–43.

**37. DUNSON DB, SINAI I, COLOMBO B.**

« The relationship between cervical secretions and the daily probabilities of pregnancy: effectiveness of the two-day algorithm », *Hum Reprod*, vol. 16, 2001, p. 2278–82.

**38. C.A. FORTIN, E.GUILBERT,**

Consensus canadien sur la contraception- Chapitre 10 No 143, troisième partie de trois, Avril 2004.

**39. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL**

Document électronique.

<http://www.fhi.org/docs/site/fr/fpfaqf/fpfqfr11.html>

**40. POPULATION INFORMATION PROGRAM.**

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

**41. T.ROWE,**

Consensus canadien sur la contraception – Chapitre 12 No 143, troisième partie de trois, avril 2004.

**42. CHENG CY, MO M, GRIMA J, SASO L, TITA B, MRUK D ET COLL.**

« Indazole carboxylic acids in male contraception », *Contraception*, vol. 65, 2002, . 265p.

**43. LALITKUMAR P, SENGUPTA J, DHAWAN L, SHARMA D, LASLEY B, OVERSTREET J et coll.**

« Anti-nidatory effect of vaginally administered fumagillin in the rhesus monkey », *Contraception*, vol. 62, 2000, 155p .

**44. BARNEA ER.**

« Embryo maternal dialogue: from pregnancy recognition to proliferation control », *Early Pregnancy*, vol. 5, 2001, p. 65-6.

**45. MALI population profil 2008**

CIA world factbook-version du 16 mai 2008

**46. MALI population des villes principales**

[WWW.tageo.com/index-e-ml-cities-ML-lg-fr.htm](http://WWW.tageo.com/index-e-ml-cities-ML-lg-fr.htm) (2009)

**47. DETOLOUM BOMIA MICHELE ALINE**

Connaissances, attitudes et pratiques sur la santé de la reproduction en milieu scolaire (2eme cycle fondamental et lycée) à Bamako de Mars à juin 2004.

Thèse de médecine 2005 N° M17

**48. OMS**

Dossier d'information sanitaire de la région africaine de l'AFR/INF/99.1

**49. Ministère de la santé publique et des affaires sociales, projet de développement sanitaire**

Stratégie nationale en planning familial et en IEC 1987.

# ANNEXES

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Prénom:** virginie

**Nom:** KAMDEM MATIEDJE épouse MBIAKOUP

**Titre de la thèse:** Bilan des activités de planning familial au sein de la clinique de l'AMPPF( Association Malienne Pour la Protection et la Promotion de la Famille) du district de Bamako de juillet à décembre 2008.

**Année académique :** 2008/2009

**Pays d'origine:** République du CAMEROUN

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie (FMPOS) ; Archives de l'AMPPF.

**Secteurs d'intérêt :** Santé publique, Gyneco-Obstetrique

**Résumé :** Notre étude relative au bilan des activités de planning familial à la clinique de l'AMPPF du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2008 est une étude rétrospective. Elle a porté sur 706 clientes au total.

Elle nous a permis d'établir que la majorité des clientes étaient âgées de 20 à 35 ans à raison de 64,3% ; sur le nombre de clientes résidant à Bamako, la grande majorité c'est-à-dire 33,1% provenaient de la commune III, commune où se trouve la clinique où a eu lieu notre étude ; 58,2% des clientes étaient mariées.

Les méthodes de contraception utilisées étaient toutes disponibles à la clinique de l'AMPPF avec une forte préférence pour les implants (40,7%). La source de l'information constituait pour la majorité des cas la famille (42,5%).notre étude révèle que l'on a tendance à parler de plus en plus de sexualité en famille.

**Mots clés :** bilan des activités, planning familial, AMPPF.

## **FICHE D'ENQUETE**

N° de la fiche .....

### **1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE**



**Nom** \.....\

**Prénom** \.....\

**Age** \.....\ 1 :<20ans ; 2 :20-35ans ; 3 :>35ans.

**Sexe** \.....\

**Résidence** \.....\ 1.Bamako (CI, CII, CIII, CIV, CV, CVI) ;  
2. Hors Bamako

**Statut matrimonial** \.....\ 1.Celibataire 2.Mariée  
3. Divorcée  
4. Autres à préciser.....

**Ethnie** \.....\ 1.Bamanan 2.Peulh 3.Malinkè  
4. Sarakolè 5.Dogon 6.Bobo  
7. Soninkè 8.Sonrhai 9.Bozo  
10. Senoufo 11.Kassenkè  
12.Maure  
13.Autres à  
préciser.....

**Nationalité** \.....\ 1.Malienne ; 2.Etrangère  
(préciser) :.....

**Profession** \.....\ 1.Aucune 2.retraîtée  
3. Commerçante 4.Ménagère  
5. Elève 6.Etudiante  
7. Salariée 8.Autres à  
préciser

**Niveau d'étude** \.....\ 1.Aucun 2.Fondamental 3.  
Secondaire  
4. supérieur 5.Ecole coranique  
(Medersa) 6. Autres à  
préciser.....

**Source de l'information** \.....\ 1.Aucune 2.Ami/voisin 3.Famille  
4. personnel médical 5.conjoint  
6. Média 7.Autres

## **2. ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRIQUES**

**a) Parité** \.....\ 1.Nullipare (0) ; 2.Paucipare (2-3) ;

3. Multipare (4-5) ; 4. Grande multipare ( $\geq 6$ )
- b) Gestité** \.....\ 1. Nulligeste (0) ; 2. Paucigeste (2-3) ;  
3. Multigeste (4-5) ; 4. Grande multigeste ( $\geq 6$ )
- c) Age du dernier enfant** \.....\
- d) Enfants vivants** \.....\ 1=0 ; 2=1-5 ; 3= $\geq 6$
- e) Enfants décédés** \.....\
- f) Nombre d'avortement** \.....\ 1=0 ; 2=1-3 ; 3= $\geq 4$ .

### 3. METHODE DE CONTRACEPTION

#### **1) Méthode de contraception actuelle utilisée :**

-**Pilules**..... 1 : COC ; 2 : Progestative.

-**DIU** .....

-**Injectables**..... 1=Deux mois ; 2=Trois mois.

-**Implants**..... 1=Norplant ; 2=Jadelle.

-**Condoms**.....

-**Diaphragme**.....

-**Méthodes vaginales (spermicides, mousses et gelées)**.....

-**MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée)**.....

-**MJF (collier)**.....

-**Autres à préciser**.....

#### **2) Y'a-t-il eu changement de méthode ?**

-**OUI**.....

-**NON**.....

**3) si oui dernière méthode utilisée :**

**-Pilules**.....

**-DIU**.....

**-Injectables**.....

**-Implants**.....

**-condoms**.....

**-Diaphragme**.....

**-Méthodes vaginales (spermicides, mousses et gelées)**.....

**-MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée)**.....

**-Autres à préciser**.....

**4) Effets secondaires signalés :**

**-OUI**.....

**-NON**.....

**5) Si oui lesquels :**

- Aménorrhée**.....
- Spotting**.....
- vertiges**.....
- Prise de poids**.....
- Vomissements**.....
- Autres à préciser**.....

**6) Pourquoi avoir décidé de changer de méthode ?**

- a).....
- b).....
- c).....
- d).....
- e)**Autres à préciser**.....

# 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.

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

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

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

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

**Respectueuse** et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

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

**Je le Jure.**