

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI**

UNIVERSITE DE BAMAKO

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

Année : 2009 - 2010

N° THESE THESE



**PROBLEMATIQUE DE LA PLANIFICATION
FAMILIALE
EN COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO
A PROPOS DE 199 CAS**

Présentée et soutenue publiquement le / / 2009

Par

Monsieur Moussa Sounkoutoun DEMBELE

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

Jury :

Présidente : Pr SY Aïssata SOW

Membre : Dr Soumana Oumar TRAORE

Codirecteur : Mr Mamadou Kani KONATE

Directeur de Thèse : Professeur Agrégé Mamadou TRAORE

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

A toutes les mères, singulièrement celles qui ont perdu la vie en donnant la vie.

A toutes les femmes qui ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie.

A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de l'accouchement.

Aux orphelins dont leurs mères ont succombé en leur donnant naissance.

A mon beau pays, le Mali : dont la générosité m'a permis d'avoir une scolarité aussi poussée que je l'ai souhaitée. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout le temps nécessaire pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement exemplaire.

A mon père Sounkoutoun DEMBELE dit Baba :

Tu es l'artisan de ce chemin parcouru ton courage, ta rigueur dans notre éducation ont fait de ton fils ce qu'il est aujourd'hui.

Tes peines, tes sacrifices n'ont de mesure à nos yeux.

Que Dieu te donne longue vie auprès de nous.

Puisse ce travail être pour toi une source de satisfaction.

Soyez assuré de mon affection et de ma sincère reconnaissance

A ma mère Lountanding SAKILIBA dite Nana :

Ta combativité, ton courage, ta générosité resteront pour nous des souvenirs durant notre vie entière. Ce travail est le vôtre.

Que Dieu te donne longue vie Maman.

A mes logeurs et logeuses :

Merci pour l'accueil et les conseils précieux

A mes frères, sœurs, oncles, tantes, cousins et cousines :

Merci pour votre soutien, la récompense est sûrement au bout.

REMERCIEMENTS

A tout le personnel de la FMPOS :

Pour le noble et difficile service patriotique que vous rendez à ce pays tous les jours.

Au corps professoral de la FMPOS :

Pour l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la qualité de l'enseignement dispensé.

A mes maîtres formateurs :

Pr. Mamadou TRAORÉ, Dr. Oumar TRAORÉ, Dr. Soumana Oumar TRAORÉ,

Internes :

Florent D. DIARRA, Karounga CAMARA, Diakaridia BAMBA, Saleck DOUMBIA, Ami, Dolo.

A toutes les sages femmes du centre de santé de référence de la commune V, Singulièrement au Chef d'unité PF M^{me} SINGARE :

Merci pour la collaboration

A toute ma promotion :

Courage et persévérance.

A mes ami(e) s :

Falibou DEMBELE, Djakaridia DEMBELE, Sékou SISSOKO, Fatoumata KONTE, Henri B M SISSOKO, Moussa DABO, Fadjougou KEITA, Bougou COULIBALY, Mademba KOITA, Moussa TOURÉ, Pif, Dantouma, Fous, à la radio virus, Achatou SYLLA, Sory BERETE, Aboubacar KEITA, Sidi SISSOKO, Gassaga SISSOKO, Mamadou SISSOKO, Madiassa KONATE, Seydou Racine DIALLO.

Je vous présente amicalement ce travail qui est le votre. que ceux ou celles qui

n'ont pas été cités par oubli dans ces lignes trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENTE DE THÈSE :

PROFESSEUR SY AÏSSATA SOW

PROFESSEUR EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE A LA FMPOS

**CHEF DE SERVICE DU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA
COMMUNE II**

Cher maître vous nous faites un grand honneur de présider le jury de cette thèse qui nous est agréable de soumettre à votre appréciation, malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, la qualité de votre enseignement, votre abord facile font de vous une femme dévouée, enviée et respectable.

Nous disons tout simplement merci chère mère que Dieu dans sa grâce vous accorde longue vie. "AMEN"

**A NOTRE MAÎTRE CODIRECTEUR DE THÈSE
MONSIEUR MAMADOU KANI KONATE SOCIOLOGUE
DIRECTEUR GENERAL DU CAREF (CENTRE D'APPUI A LA
RECHERCHE ET A LA FORMATION).**

vos présence ici témoigne de l'intérêt que vous accordez a ce travail .votre maîtrise du métier,votre sens élevé du travail bienfait et votre sens de responsabilité mérite une admiration. Nous vous remercions sincèrement puisse dieu vous combler de bonheur ici et dans l'au delà ;

**A NOTRE MAITRE ET JUGE, DOCTEUR SOUMANA OUMAR TRAORE,
GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN AU CSREF CV**

Votre sens d'humour, votre qualité d'écoute, votre souci permanent de formation et la qualité du travail bien fait ont forcé l'estime et l'admiration de tous. Nous avons été séduits par l'élégance et la vigueur de votre raisonnement scientifique ; Votre dévouement et votre sens d'humanisme font de vous un maître respecté et respectable. Acceptez mes sincères reconnaissances.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

LE PROFESSEUR MAMADOU TRAORE

**PROFESSEUR AGREGE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE A LA
FMPOS**

SECRETAIRE GENERAL DE LA SAGO

MEMBRE DU RESEAU MALIEN DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE

MATERNELLE.COORDINATEUR NATIONAL DU PROGRAMME

GESTA INTERNATIONALE

**MEDECIN CHEF DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V.**

Nous nous réjouissons de la confiance que vous placez en nous, en nous acceptant au sein de votre structure. Durant notre séjour au près de vous, nous avons pu apprécier et admirer combien de fois votre rigueur scientifique votre humanisme, votre esprit d'ouverture, votre enseignement font de vous un exemple à suivre.

Veillez accepter cher maître notre reconnaissance et notre haute considération Que Dieu dans sa grâce vous accorde longue vie. "AMEN "

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

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

APF: Association de Planification Familiale

CRDI: Centre de Recherche pour le Développement International

COC: Contraceptifs Oraux Combinés

COP: Contraceptifs Oraux Progestatifs

CIP: Contraceptifs Injectable Progestatifs

CIC: Contraceptifs Injectables Combinés

CSCOM: Centre de Santé Communautaire

CV: Commune V

DSFC: Division Santé Familiale et Communautaire

DSF: Division Santé Familiale

DIU: Dispositif Intra Utérin

EDS: Enquête Démographique et de Santé

FNUAP: Fond des Nations Unies pour la population

FIPF: Fédération Internationale pour la Planification Familiale

IB: Initiative de Bamako

MJF: Méthode des Jours Fixes

MAMA: Méthode d'Allaitement Maternelle et d'Aménorrhée

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PF: Planification Familiale

PFN: Planification Familiale Naturelle

SR: Santé de la Reproduction

VIH/SIDA: Virus Immuno Humaine/Syndrome Immuno Déficient

ASCODA: Association de Santé Communautaire de Daoudabougou

ADASCO: Association de Daoudabougou pour la Santé Communautaire

ASACOSAB: Association de Santé Communautaire de Sabalibougou

ASCOKAL: Association de Santé Communautaire de Kalaban Coura

ASACOBACODJI: Association de Santé Communautaire de Bacodjicoroni

PMI: Protection Maternelle et Infantile

ASACOTOQUA: Association de Santé Communautaire de Torokorobougou-
Quartier Mali

ASACOGA: Association de Santé Communautaire de Garantiguibougou

CSREF: Centre de Santé de Référence

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

SOMMAIRE

I INTRODUCTION	1
II GENERALITES	16
III METHODOLOGIE	46
IV RESULTATS	53
V COMMENTAIRES	74
VI CONCLUSION	81
VII RECOMMANDATIONS	82
VIII REFERENCES	84

I. Introduction

La Santé de la reproduction est généralement considérée comme un domaine prioritaire dans le monde entier.

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

La grossesse est un état normal et sain auquel aspire la plus part des femmes à un moment ou à un autre de leur existence. Ce processus qui est créateur de vie comporte un sérieux risque de décès et de séquelles.

La croissance de la population actuelle et les problèmes qui lui sont liés sont considérés comme un frein au développement socio-économique des pays en développement (3). Cette situation attire de plus en plus l'attention des pouvoirs publics sur la maîtrise du mouvement naturel de la population, qui constitue depuis quelques années un enjeu pour la majorité des gouvernements des pays en voie de développement (10).

On observe donc ces dernières années des changements de comportement en matière d'utilisation des méthodes de contraception, et cela grâce aux actions en faveur de la planification familiale.

Selon l'organisation mondiale de la santé, chaque minute qui passe, une femme dans le monde meurt suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, 26 à 53 millions d'avortements sont pratiqués chaque année dans le monde entier (1)

Ces avortements à risque sont effectués par des personnes hors du milieu médical et dans de mauvaises conditions d'hygiène (4).

En Afrique, le taux de mortalité maternelle est de 940 pour 100 000 naissances vivantes.

Le taux de mortalité infanto -juvénile est de 175 pour 1 000 et le taux de mortalité infantile est de 113 pour 1 000 en 2001 (4).

La mortalité maternelle et infantile reste encore très élevée dans notre pays, le Mali, en dépit des efforts techniques organisationnels et financiers fait par le Ministre de la santé et les donateurs durant ces dix dernières années. Les données fournies par trios EDS sont éloquentes a cet égard: la mortalité infantile qui était de 108 pour 1 000 (EDSI 1982-1987) a atteint 123 pour mille (EDSII 1996) et 582 pour mille (EDSIII 2001).

En d'autres termes, chaque année au Mali 3000 femmes meurent des complications liées a la grossesse et à l'accouchement, soit un décès toutes les 3h (5)

L'indice synthétique de fécondité est resté le même pendant les cinq dernières années: 6,8 enfants par femme ; par ailleurs l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives modernes, de l'ordre de 6%, est faible. Les projections montrent que sur la base d'un taux de croissance annuelle de 2,7%, la population actuelle du Mali estimée à 11 millions d'habitants devrait atteindre 23 millions en 2025 (5).

Le repositionnement de la PF est une priorité nationale compte tenu du niveau relativement bas de certains indicateurs relatifs au domaine de la santé de la mère et de l'enfant.

Le lancement officiel de la première campagne de sensibilisation concernant les enjeux liés au planning familial avec comme thème l'espacement des naissances pour une meilleure qualité de vie, a eu lieu le 14 mars 2005.

La deuxième campagne de sensibilisation qui a débuté le 14 mars 2006 avait comme thème le repositionnement de la PF pour une meilleure santé de la mère et de l'enfant.

La troisième campagne nationale en faveur de la promotion de la PF avait comme thème l'implication des hommes et la fréquentation des services de PF des centres de santé.

La PF joue un rôle capital dans la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Le taux de mortalité et morbidité maternelle baisse lorsque les femmes ont moins de grossesses dit Dr FORTENEY

<<La PF réduit le nombre total de grossesses, faisant ainsi baisser le nombre de décès et de morbidités qui sont liées à la grossesse>>; mais la PF n'a aucun effet sur les risques liés à la grossesse; pour ce faire, nous devrions nous concentrer sur l'amélioration de l'accès aux services obstétricaux de bonne qualité.

L'utilisation accrue des contraceptifs peut avoir un impact sur le taux de mortalité maternelle, qui considère le nombre de décès maternels pour 100 000 femmes âgées de 13 à 49 ans

Dans le monde entier, de nombreuses femmes se voient refuser une méthode contraceptive pour des raisons de santé, qui en réalité ne reposent sur aucune base scientifique.

Ces barrières médicales excessives limitent le choix offert aux femmes. Elles imposent à ces dernières des méthodes de substitution qui ne sont pas toujours bien acceptées et dont l'application devient de ce fait moins correcte et moins systématique. Ces obstacles peuvent même s'avérer dangereux si le refus d'une contraception efficace débouche ensuite sur une grossesse non désirée. Dans la plupart des cas, le risque de décès dû à la grossesse est bien supérieur à celui associé à l'usage d'un contraceptif.

Les femmes actuellement en union, non utilisatrices de la contraception, et qui ont déclaré ne plus vouloir avoir d'enfant ou vouloir attendre deux ans ou plus avant la naissance de l'enfant suivant, sont considérées comme étant des besoins non satisfaits en matière de la contraception. Selon EDSM3 l'analyse différentielle des besoins en matière de PF met en évidence des légères variations des besoins selon l'âge des femmes. C'est de 15 à 19 ans et de 40 à 44 ans que les besoins non

satisfait sont plus élevé 32% entre 20 et 44 ans, âge auquel la fécondité et la prévalence contraceptive sont plus élevées.

La prévalence contraceptive est de 25% en Afrique mais un peu plus élevée dans certains pays d'Afrique tels que la Tunisie 75%, le Kenya et le Botswana 30%, au Zimbabwe 43%(9)

La prévalence contraceptive moderne est faible dans la majorité des pays de la région, sauf le Cap vert (46%). Après cela, le taux de prévalence contraceptive moderne est plus haut au Ghana avec 19% ; ceci est relativement élevé comparativement au reste de l'Afrique de l'Ouest mais faible comparé à d'autres régions.

La prévalence contraceptive du Mali, qui est de 6%, nous interpelle tous à travers ce travail ; nous avons voulu apporter notre modeste contribution en étudiant les << Activités de planification familiale en commune V du district de Bamako>>

Pour pallier à cette faible prévalence de planification familiale, nous formulons les objectifs suivants:

II.OBJECTIFS :

OBJECTIF GENERAL :

- Étudier la Planification Familiale en Commune V du district de BAMAKO.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

.Déterminer le taux de fréquentation des différentes unités de PF

- Déterminer le taux d'utilisation de chaque méthode de contraception.
- Identifier les causes d'abandon des méthodes contraceptives
- Évaluer la perception des utilisatrices sur l'organisation des prestations de la PF en CV du district de Bamako
- Décrire les attitudes et comportements des prestataires par rapport à l'offre des services de PF en CV du district de Bamako
- Faire des recommandations en vue de promouvoir la PF.

III. GENERALITES

2.1 Rappel sur la planification familiale

a- Définition :

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

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

b- La PF comporte diverses activités qui sont

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

c- Les femmes : Le planning familial permet à la femme de se protéger contre les grossesses non souhaitées. Depuis les années 1960 les programmes de planning familial ont aidé les femmes du monde entier à éviter 400 millions de grossesses à haut risque ou d'avortement pratiqués dans les mauvaises conditions. Si toutes les femmes pouvaient éviter les grossesses à hauts risques, le nombre de mortalité maternelle pourrait diminuer d'un quart, en outre beaucoup de méthodes hormonales aident à empêcher certains cancers et les préservatifs aident à empêcher les maladies sexuellement transmissibles dont le VIH SIDA (12)

La PF permet aussi à l'organisme de la femme de se reposer de récupérer et de mieux supporter les aléas de la nature qui sont, la maladie la stresse les efforts physiques (11)

La PF permet à la femme de limiter les abandons d'enfant ou des cas d'infanticide. La PF contribue à la disponibilité de la mère pour son enfant, son mari et pour toute la famille (11)

*L'enfant : Le planning familial sauve les vies des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances. Entre les 13 et les 15 millions d'enfant âgés de moins de cinq ans meurent chaque année, si tous les enfants naissent à intervalle d'au moins de deux ans 3 à 4 millions de ses morts serraient éviter (12)

La PF permet à l'enfant de prendre le sein plus longtemps, de bénéficier de l'affection maternelle.

Tous ceux-ci contribueront au développement humanitaire de l'enfant pour faire face aux infections respiratoires, diarrhée et autres maladies infectieuse et virales (14)

*Les hommes : Le PF aide les hommes et les femmes à prendre soins de leur famille. Dans le monde entier, les hommes disent que la PF aide à leur assurer une meilleure existence (11)

***La famille : La PF améliore le bien être familiale. Les couples qui ont moins d'enfant sont** mieux à mesure de leur donner suffisamment de nourriture et de vêtements, de leur assurer un logement et de les scolariser (12)

*La nation : La PF aide la nation à développer dans les pays où les femmes ont beaucoup moins d'enfants que leur propre mère. La population voit s'améliorer sa situation économique plus rapidement qu'ailleurs (13)

□ Les composantes de la PF retenues au Mali sont :

- La contraception
- La prévention et le traitement de l'infertilité

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

2.2 Activité de planification familiale

a- Définition :

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

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

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

« L'Oms aide les pays à développer un cadre stratégique d'intervention qui fédère les interventions de tous les acteurs impliqués dans le repositionnement de la planification familiale », déclare le Dr Isseu Diop Touré, chargée du programme santé de la reproduction et survie de l'enfant au Bureau de l'Oms/Sénégal.

L'organisation onusienne, ajoute le Dr Touré, contribuera au renforcement des compétences du personnel de santé, aux échanges d'expériences, à la documentation, au suivi et à l'évaluation des activités ainsi qu'au plaidoyer pour mobiliser des ressources pour la PF.

Droit des clients

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

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

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

- ✓ Les salles de Consulting isolées et l'utilisation des paravents pour préserver la confidentialité et la dignité
- ✓ L'utilisation des supports visuels en langue locale en image pour faciliter l'accès à l'information.
- ✓ La référence à une boîte à image pour donner toute l'information complète
- ✓ La tenue et le classement correct des dossiers des clients pour assurer la continuité des services

- ✓ Une salle d'attente avec place d'assise pour un minimum de confort
- ✓ Des toilettes accessibles aux besoins pour des droits d'hygiènes.
- ✓ Une salle de tri pour éviter de très longue attente
- ✓ Des prestataires qui parlent la langue du milieu pour faciliter la communication avec la cliente
- ✓ Une gamme complète des produits pour faciliter le choix et satisfaire la cliente

c- Besoin des prestataires

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

Formation portant sur les compétences techniques et communication

Information sur les questions techniques avec mise à jour régulières

Infrastructures, notamment les locaux physiques appropriés et une organisation efficace

Contraceptifs, équipement et matériels éducatifs

Directives des services, listes aide mémoire et supervision

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

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

Motivation/encouragement pour fournir une bonne qualité des soins

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

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

*Image professionnelle :

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

3- HISTORIQUE :

L'origine de la contraception semble se situer dans l'antiquité Romaine où Sopranos d'Ephèse établit la distinction entre avortement – qui tue le fœtus et contraception – qui prévient la conception.

Les méthodes alors utilisées pour empêcher la formation et le développement de l'œuf furent aussi variées qu'insolites.

Ainsi, l'une des premières fut la pharmacopée excrémentielle qui consistait à reproduire les principes généraux de la thérapeutique visant à chasser d'un corps malade les esprits qui pouvaient s'y abriter.

Les premières méthodes rationnelles pratiquées furent le coïtus obstructus, le coïtus reservatus et le coïtus interruptus que l'on regroupa sous le vocable de « coït non conventionnel »

Après la découverte des spermatozoïdes en 1677 par l'hollandais Anton Van Leeuwenhoek, différentes substances ont été utilisées à travers le monde en vue d'une contraception locale.

C'est ainsi que l'on évoque l'utilisation de :

- Gomme d'acacia dans le Manuscrits d'Ebert ;
- Presseurs reliés à l'extérieur par une fine cordelette, des tampons de charpie servant de préservatif mécanique associés par la suite à un dispositif chimique mélangeant gomme ; miel et céruse (carbonate de plomb) ;
- L'alun de potassium et le natron (carbonate de sodium) comme substance contraceptive ;
- Le saule et « les misugami », papier de soie que l'on appliquait sur la muqueuse vaginale, en extrême Orient.

En Europe aussi, le principe des « barrières » fut employé, sous forme de :

- Tampons constitués de cire d'abeille par les paysannes hongroises ;

- D'éponges imprégnées de cognac dans les milieux libertins de la fin du XVIIIe siècle ;
- De sulfate de quinine dont l'emploi s'est répandu au milieu du Xylène de même que des solutions astringentes –thé vert, alun, etc..).

En plus des ces substances qui semblent être les ancêtres des spermicides, l'on a également eu recours à cette époque à d'autres méthodes de Barrières notamment :

- Les préservatifs d'abord confectionnés en boyaux d'animaux ;
- Le diaphragme qui fut proposé par Wilhelmy Mesinga.

Ces méthodes dont l'efficacité restait limitée étaient également associées à des effets secondaires importants. Ceux-ci ont donc conduit les chercheurs à explorer des voies aboutissant à des produits moins nocifs.

C'est ainsi qu'en 1865, Jacques SIMS publia les circonstances de la fertilité mais ce n'est que bien plus tard que trois informations capitales furent assimilés : la nature du sperme, sa fonction et la nécessité de sa pénétration dans l'utérus pour fécondation de l'ovule.

En 1904 déjà, le Néerlandais Théodore Van de Velde découvrit la corrélation entre la courbe thermique matinale et l'ovulation mais la contraception n'entre pas sa phase « endocrinologique » que lors de la découverte des hormones qui connut un essor après 1920.

L'année 1920 qui correspond également à la naissance du concept de planning familiale aux USA voit l'isolation de l'oestrine par Edgar Allen et Edward Doisy.

En 1927, l'idée d'une contraception pharmacologique naît de l'Autrichien Haberlandt qui affirme que « puisqu'un extrait ovarien de lapines gravides déclenche une stérilité temporaire, il contient « quelque chose » qui bloque la contraception ».

En 1929n Georges COMER découvre la progestérone et Guy Marian le prégnandiol ? C'est cette même année que le Japonais Ogino Kiusaku proposa une

méthode consistant à s'abstenir entre le douzième et le seizième jour précédant le début des règles.

En 1931, Adolf Butenandt découvre l'androstérone.

En 1936, David McCorquodale produit l'œstradiol. Ces travaux sont mis à profit par Inhoffen afin de synthétiser la 17a-étinylestradiol.

En 1939, le chimiste australien Arthur Birch synthétise la 19-nortestostérone.

En 1950, Grégory PINCUS entame un programme de recherche en vue de mettre au point une pilule contraceptive.

En 1951, la noréthistérone, est synthétisée par George Rosenkrantz et Carl Djerassi. Franck COLTON qui testa le norétynodrel, le plus actif des progestatifs dépourvus d'activité androgénique eut des premiers essais difficilement interprétables en raison d'une contamination chimique par un puissant oestrogènes, le 3-méthyléthynylestradiol. C'est donc sans le savoir que la première association estro-progestative venait d'être étudiée. Sous les noms de mestranol, cet ester sera par la suite, effectivement adjoint au norétynodrel à très faibles doses, car il permet de régulariser les règles.

D'abord présentée comme un traitement des troubles menstruels, l'association des deux stéroïdes fut commercialisée en 1959 aux Etats-Unis. L'année suivante, l'indication de « contraception » fût approuvée.

La contraception fût diminuée de moitié lors de la commercialisation de l'Enidrel en France. Au fil des ans, une course au mini dosage fut lancée.

C'est ainsi qu'à partir de 1970, les pilules devaient contenir moins de 0,05 mg de l'estrogène retenu : l'éthinylestradiol constituant ainsi les pilules normo dosées. Les « minipilules » encore largement utilisée de nos jours ne devaient contenir que 0,0 Milligrammes d'estrogène.

La contraception dont la paternité est souvent associée à Malthus T. Robert a donc évolué depuis l'antiquité Romaine avec des méthodes pouvant paraître fantaisiste

telle la pharmacopée excrémentielle pour offrir aujourd'hui aux couples qui le désire des moyens dont la rigueur scientifique est clairement établi et ce, dans le but de leur permettre de contrôler leur descendance.

4- LES MOYENS DE REGULATION DES NAISSANCES

La régulation des naissances se fait essentiellement à partir de la planification familiale. Elle fait intervenir : (12)

- 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, la méthode irréversible ;
- L'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Il convient toutefois de remarquer que cette dernière n'est pas reconnue par la législation Malienne comme étant un moyen légal de régulation des naissances. (13)

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

4.1 Les méthodes de barrières (14)

4.1.1 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.

- Efficacité

Le taux d'échec associé à une utilisation parfaite des condoms est estimé à 3% (15).

- Mécanisme d'action

Le condom agit à titre de barrière mécanique afin de prévenir l'échange de fluides

corporels et de sperme. Certains prés lubrifiés à l'aide d'un lubrifiant aqueux ou d'une petite quantité de spermicide qui renforce leur efficacité.

- Contre-indication

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

- Effets indésirables

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

4.1.2 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 fixé à la gaine. L'intérieur est enduit d'un lubrifiant à base de silicone.

- Efficacité

Le taux de grossesse à 12 mois pour une utilisation parfaite (correcte et systématique) du condom féminin est de 5% (15).

- 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 jeter.

- Contre-indications

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

- Effets indésirables

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

Parmi les autres inconvénients du condom féminin, 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.

4.1.3 Le diaphragme

Le diaphragme est une méthode de contraception intra vaginal 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 de l'utérus.

Il existe trois types de diaphragme :

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

- Efficacité

Les taux d'échec selon OMS au cours des 12 premiers mois d'utilisation sont de 6% selon une utilisation parfaite. (15)

- Mécanisme d'action

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

- Contre indications

L'allergie ou la sensibilité pour la matière constituant le diaphragme (latex, caoutchouc ou au spermicide) constitue la principale contre-indication au diaphragme. La présence d'un prolapsus urogénital ou utérin manifeste doit être au préalable écarté puisque réduisant son efficacité.

- Effets indésirables

L'utilisation d'un diaphragme peut entraîner une hausse des risques d'IVG

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.

4.1.4 La cape cervicale

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

- Efficacité

La cape semble avoir une efficacité plus important chez la nullipare que 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. (15)

- 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 de la gelée ou de la crème accroît son action.

- Contre-indications

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

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

- Effets indésirables

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

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

4.1.5 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.

- 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 (16).

- Mécanisme d'action

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

- Contre-indication

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 ;
- Nécessitent une protection contre l'infection au VIH ;
- Ont mené une grossesse à terme dans les six dernières semaines ;
- Ont récemment connu un avortement spontané ou provoqué, ou présentent des saignements vaginaux anormaux.

- Effets indésirables

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

4.1.6 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.

- Efficacité

Le taux d'échec au cours de la première année d'utilisation est de 6% selon une utilisation parfaite. (15)

- 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 les spermatozoïdes en altérant la couche lipidique de la membrane cellulaire. Ils deviennent alors perméables et gonflent, ce qui entraîne la rupture des membranes plasmique et acrosomique.

- Contre-indications

Le spermicide est contre-indiqué en cas de :

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

- Effets indésirables

On estime que l'irritation génitale pourrait faciliter la transmission du VIH (34). L'utilisation de spermicides a également été associée à un accroissement du risque d'infection des voies urinaires (17).

4.2 La contraception hormonale combinée (18)

Elle désigne les moyens de contraception qui contiennent à la fois des oestrogènes

et un progestatif. Il existe quatre types :

4.2.1 Les contraceptifs oraux combinés

Ils peuvent être :

- Monophasique, contenant une quantité fixe d'œstrogène et de progestatif ;
- Bi phasiques, la quantité d'œstrogènes est fixe, alors que celle de progestatif augmente au cours de la seconde moitié du cycle ;
- Tri phasique 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'éthinylestradiol et le mestranolone qui est un « pro médicament » converti in vivo en éthinylestradiol.

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

- Les estrans (noréthindrone, diacétate d'éthinodiol) ;
- Les gonanes (levonorgestrel, désogestrel, norgestimate) qui semblent être plus puissants (18).

- Efficacité

Les COC constituent un mode de contraception réversible très efficace.

En utilisation parfaite, ils sont efficaces à 99,9% (15).

- Mécanisme d'action

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

Parmi les autres mécanismes d'action, 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. (32)

Contre –indications absolues

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

Contre indications relatives

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

- pas 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'humeurs, la sensibilité des seins et les céphalées.

4.3Le timbre contraceptif transdermique

Problématique de la planification familiale en commune V du District de Bamako

Le timbre contraceptif diffuse 150µg de norelgestromine (principal métabolite actif du norgestimate) et 20µg d'éthinylestradiol 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 d'abstenir de la 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. (19).

- 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.

4.4 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 4mm. Il diffuse un taux constant de 15% µg d'éthinylestradiol et de 0,120mg

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 (20).

- 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 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 : céphalée, nausée, et sensibilité des seins.

- Des symptômes vaginaux : vaginite et leucorrhée.

4.5 La contraception injectable combinée

Cette forme contraceptive n'est pas encore largement utilisée. Il s'agit d'un contraceptif injectable menstruel composé de 5mg de cypionate d'oestradiol et de 25mg d'acétate de médroxyprogestérone (Lunel le).

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 (21). 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 la difficulté à se rappeler la prise de pilule chaque jour, qui souhaitent obtenir des saignements mensuels prévisibles ou qui précisent des troubles d'absorption entérique.

4.6 Contraception hormonale à base de progestatif (22)

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 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 (23).

- 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 oestrogènes ;
- 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 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 (PPS) sont très sûres et grandement efficaces. En utilisation parfaite, elles présentent un taux d'échec de 0,5% (21).

- 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.

4.6 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 restant 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 (15).

- Mécanisme d'action

Le levonorgestrel 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.

Implant 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.

4.7 Les dispositifs intra-utérins (Stérilet) (24)

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 (NOVA6T et flexi-T300).

- 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. (25)

- Mécanisme d'action

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

Les DIU de cuivre consistent en une tige verticale sur laquelle s'enroule un fil de cuivre à âme d'argent. La présence de cuivre dans la cavité endométriale entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre qui nuisent au transport des spermatozoïdes.

Les ions de cuivre ont également un effet direct sur la motilité des spermatozoïdes, ce qui affecte la capacité de ces derniers à pénétrer la glaire cervicale.

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

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

Les DIU restent actifs 10 ans en moyenne.

- Indications

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

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

coïtale.

- Contre-indications

Contre indications absolues

- La grossesse
- Infection pelvienne ou ITS (au cours des trois derniers mois)
- Sepsie puerpérale
- Immédiatement à la suite d'un avortement septique
- Cavité utérine gravement déformée
- Saignements vaginaux 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 ITS ou au virus du VIH-SIDA
- Immunodépression infectieuse ou médicamenteuse (corticothérapie) ;
- De 48 heures à quatre semaines à la suite d'un accouchement ;
- Cancer de l'ovaire ;
- Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne.

- Effets indésirables

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.

Problématique de la planification familiale en commune V du District de Bamako

4.7 La contraception d'urgence (26)

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 750µg de Lévonorgestrel par voie orale à 12 heures d'intervalle.

Le second connu sous le nom de méthode Yuzpe, consiste en deux doses contenant 100µg d'éthinyl œstradiol et 500µg 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 dans les 7 jours qui suivent une relation sexuelle non protégée.

- 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

- Efficacité

L'OMS rapporte un taux de grossesse de 1,1% pour le traitement au Lévonorgestrel

seul, comparativement) 3,2% pour la méthode Yuzpe.

La mifépristone est six fois plus efficace que la méthode Yuzpe. A très faible dose (10mg), elle est aussi efficace que le lévonogestrel seul. (27)

On estime que l'insertion post coïtal d'un stérilet au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est efficace à 98,7% (25).

- Indications

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

- Un relation sexuelle mal ou non protégée ;
- A la suite d'une agression sexuelle non souhaitée.

- 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.

- Effets indésirables

Le traitement comportant deux doses de lévonogestrel entraîne une incidence inférieure de nausées, de vomissements, d'étourdissement 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.

4.8 Les méthodes de planification familiale naturelle (28)

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.

4.8.1.1 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.

4.8.1.1.1 Efficacité

Le taux d'échec estimés par l'OMS est de 1 à 9%, selon une utilisation parfaite. (15)

4.8.1.1.2 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. A 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 vaginale 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'élargie. Au cours de la phase lutéale, le col descend dans le vagin et se raffermi, se referme et se rapproche de l'ostium vaginale.

- 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). (29)

- Algorithme de deux jours

Ici, un jour est classé comme « fertile » si des sécrétions cervicales sont constatées au cours de ladite 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^e au 19^e 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 déterminé 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 jour 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 électrique portatif et à des bâtonnets diagnostics (test d'urine) jetables. Ce moniteur mesure la présence d'un métabolite urinaire des oestrogènes 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. (30)

4.8.1.1.3 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.

4.8.1.1.4 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 sont irrégulières ;
- 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 (Par. Ex. lubrifiants, spermicides).

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

1-1. Données géographiques

La commune V fut créée par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et placée sous la tutelle du gouvernorat du district de Bamako.

- Elle est constituée de huit (8) quartiers dont le plus ancien est Bacodjicoroni et le plus récent est le quartier Mali (source Mairie de la commune V)
- La commune V couvre une superficie de 41, 59 km² située sur la rive droite du Niger, elle est limitée au nord par le fleuve Niger, au sud-ouest par Kalaban – coura (Kati) à l'Est par la commune VI
- La commune V est constituée par un terrain plat et un plateau communément appelé colline de Badalabougou.

1-2. Données démographiques

La population de la commune est estimée à 279240 habitants en 2006 dont 145 205 femmes soit 52% et 134 035 hommes soit 48% dont les ethnies dominantes sont:

- Les Bambara
- Les Soninké
- Les peulh

Pendant la saison sèche on note un grand afflux de la population rurale vers Bamako à la recherche d'emploi et de traitements de soutien.

1-3. Données socioculturelles:

La communauté est composée de familles, de quartiers et de groupements associatifs ; la plupart des familles sont de type traditionnel, vivant dans la promiscuité. Les autochtones ont une influence sur certaines décisions politiques, l'islam est la religion dominante avec une prévalence plus de 80% suivi de

l'animisme et du christianisme. La polygamie, l'excision des filles, le lévirat et le sororat, le mariage précoce sont fréquents au sein de la commune V.

1-3. Données socio- économiques:

La population de la commune V s'adonne aux activités suivantes:

- Le petit commerce, le transport, l'artisanat;
- Les fonctionnaires et les ouvriers;
- Le maraîchage, l'agriculture, la pêche et l'élevage;
- Il existe des petites industries alimentaires telles que les boulangeries.

1-4. Organisation politique et administrative:

Dans chaque quartier on retrouve une chefferie traditionnelle avec un chef de quartier et ses conseillers. L'avènement de la démocratie pluraliste a favorisé l'émergence de plusieurs partis politiques et associations dans la commune.

La commune V est une collectivité administrative décentralisée dirigée par un conseil communal de 37 membres présidé par le maire lui-même assisté dans sa tâche par huit (8) chefs de quartier regroupés au sein d'un collectif dirigé par un président.

Tous les services centraux sont représentés au niveau de la commune V :

- Une mairie avec des centres secondaires d'état civil
- Trois commissariats de police
- L'éducation représentée par deux (2) CAP
- La santé représentée par le centre de référence, les neuf (9) CSCOM, PMI BADALABOUGOU et les structures privées, les organisations et associations humanitaires et les tradithérapeutes
- Le développement social par le SDS-ES
- L'INPS
- La perception
- La SOTELMA

-Les partenaires au développement

1.5 Organisations sanitaires

La commune V compte un centre de santé de référence, neuf (9) CSCOM, PMI BADALABOUGOU et les structures privées.

* Le service de gynécologie obstétrique comprend :

-Une unité de consultation gynécologique assurée par les gynécologues obstétriciens

-Une unité de grossesse à risque

-Une unité de néonatalogie

-Une unité de consultations prénatales.

-Une unité de planning familial et post-natal

-Une unité de post-opéré

-Une unité des urgences gynécologiques

-Une unité accouchement /suite de couches normales

-Une unité d'AMIU (Aspiration Manuelle Intra Utérine)

*Une permanence est assurée par une équipe composée de :

-Un médecin en spécialisation de gynécologie obstétrique

-Six étudiants en médecine faisant fonction d'interne (FFI)

-Deux sages femmes

-Une aide soignante

-Un infirmier anesthésiste

-Un technicien de laboratoire.

-Un caissier(e)

-Un chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les hôpitaux nationaux (HPG, HGT)

-Deux garçons de salle assurant la propreté permanente du service

*Au niveau organisationnel du service de garde, l'équipe dispose de :

-Quatre tables d'accouchement

-Deux salles d'opérations fonctionnelles dont une salle pour les urgences

-Un dépôt de sang.

-Des Kits d'urgence permettant une prise en charge rapide des urgences obstétricales et gynécologiques

-Un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à 8hheurs 15munités réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours du staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulé les 24 heures durant.

-Il y a 4jours de consultations des malades externes, 4jours pour le programme opératoire ; la consultation d'urgence est assurée 24heures/24

-Une visite est faite tous les jours et la visite générale a lieu une fois par semaine dirigée par le professeur chef de service.

*Personnels des unités de PF :

-Trois sages femmes

-Deux infirmières

*Organisation du travail à l'unité PF :

Les sages femmes :

-Faire le conseling (entretien entre sage femme et la cliente dans la salle)

-Remplir les supports des données

-Insertion et retrait de norplant et DIU

-Consultation post-natale

Les infirmières :

-Nettoyage du matériel et des locaux

-Recherche des dossiers des clientes

-Injections de confiance

-Mesure de TA et poids

-Pansement des points d'insertion et de retrait du norplant

*Approvisionnement en contraceptif :

PPM (Pharmacie Populaire du Mali) au dépôt CSREF CV

2 Types d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et multicentrique.

3 Lieu d'étude

Notre étude a été réalisée dans le centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako, dans les neufs (9) CSCOM, à la PMI de Badalabougou

4 Durée de l'étude : 1^{er} Novembre 2007 au 30 Avril 2008

5 Population d'étude

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

-Les prestataires de services

-Les utilisatrices (clientes) en âge de procréer (13 –45 ans)

6 Echantillonnage :

Nous avons choisi la commune V du district de Bamako par ce qu'elle constitue une structure de 2^{ème} référence et sa position dans le district sanitaire.

A ce titre, le plateau technique devrait y être d'un niveau assez élevé tout en restant à proximité des populations de chacune des unités de PF.

Ceci dans le but d'avoir une appréciation d'ensemble des services offerts.

Le local des unités de PF, les prestataires que nous avons rencontrés lors de la période d'étude et les clientes en fin d'entretien avec ses dernières ont constitué notre échantillon.

C'est ainsi que nous nous sommes entretenus avec onze (11) prestataires, 199 clientes et appréciés les unités de PF des 9 CSCOM plus PMI de Badalabougou et le CSREF CV.

Les 11 prestataires interviewés ont également été évalués pour leur capacité en matière de Counseling aux différentes méthodes utilisées.

7 Procédure d'échantillonnage

Le centre de santé de référence de la commune V comporte une unité de PF assurée par quatre (4) sages femmes, huit (8) infirmières et chacun des neuf CSCOM et PMI de Badalabougou (par une sage femme ou deux infirmières).

L'observation a porté sur onze (11) personnes chargés de prestation de PF depuis l'accueil de la cliente jusqu'à la fin de la consultation.

Pour les clientes ; nous avons procédé au tirage de 199 dossiers dans les différentes unités de PF de la commune V du district de Bamako.....

Les 199 dossiers correspondent aux utilisatrices de PF

8 Outils et techniques de collecte des données

8.1 Support

Le recueil des données a été fait par un questionnaire élaboré à cet effet

8.2 Technique de collecte des données

Les techniques qui ont été utilisées dans cette étude sont :

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

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

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

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

9 Critères d'inclusion

-Toute femme en âge de procréer (13-45 ans) venant pour la PF dans l'un des centres de santé suivants : Centre de santé de référence de la commune V, neuf (9) CSCOM, et PMI de Badalabougou et ayant accepté de se soumettre à nos questionnaires.

-Les prestataires de service de PF.

10 Critères de non inclusion

-Les hommes

-Celles qui ont refusé de répondre à nos questionnaires

11 Considération éthique

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

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

-La confidentialité et l'anonymat ont été garantis.

12 Informatisation des données

L'analyse et la saisie des données ont été effectuées sur EPI INFO Version 6

La saisie des tests est faite sur Microsoft Word 2003

13 Les variables

Les variables indépendantes : les variables retenues pour l'analyse concernent en charge la prestation des produits contraceptifs ainsi que les dossiers des utilisatrices et leurs caractéristiques.

a- Les variables liées aux facteurs prédisposant

-Caractéristiques du personnel

-Catégorie professionnelle

-Expérience des agents

b- Les variables liées aux facteurs facilitant

-Formation des agents

-Disponibilité des contraceptifs

-Condition d'utilisation des contraceptifs

V.RESULTATS

Notre enquête a porté sur 199 clientes et 11 prestataires des différents centres de santé à savoir : Centre de santé de référence de la commune V plus les 9 CSCOM et PMI de Badalabougou

Du 01/11/2007 au 30/04/2007

5.1 Différentes méthodes contraceptives utilisées

Tableau I : Le taux d'utilisation de chaque méthode

Méthodes	Effectifs	Pourcentages
Pilule	54	27.13
Injectable	93	46.73
DIU	12	6.03
Implant	31	15.6
LDT	2	1
Préservatif	5	2.51
Collier du cycle	2	1
Total	199	100

5.2 Caractère socio démographique

5.2.1 L'âge

Tableau II : Répartition des clientes selon l'âge

Age	Effectifs	Pourcentage (%)
13 – 19	28	14.1
20 – 34	155	77.9
35 – 45	16	8
Total	199	100

Âges extrêmes (13 – 45 ans),

Age moyen : 28,05± 7,53

5.2.2 Situation matrimoniale

Tableau III : Répartition des clientes selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage (%)
Mariée	145	72,86
Célibataire	54	27,13
Totale	199	100

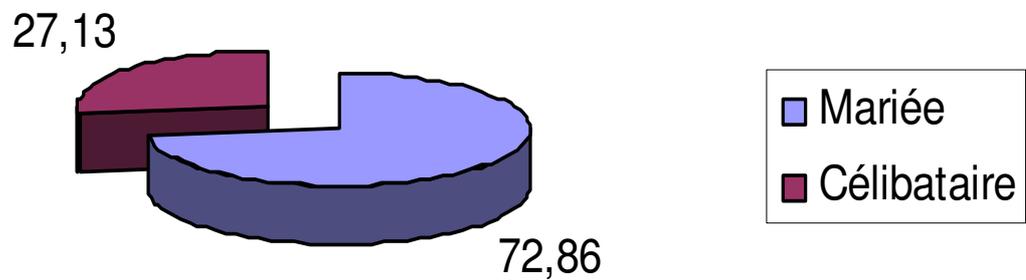
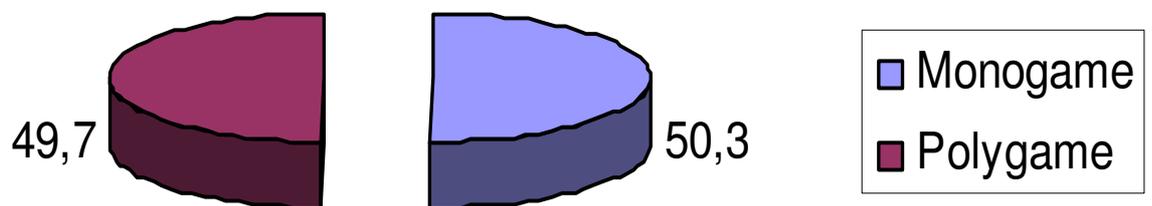
**Graphique 2 :** Répartition des clientes selon la situation matrimoniale

Tableau IV : Répartition des clientes selon le régime matrimonial

Régime matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Monogame	73	50,3
Polygame	72	49,7
Total	145	100

**Graphique 3** : Répartition des clientes selon le régime matrimonial

5.2.3 Niveau d'instruction

Tableau V : Répartition des clientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage (%)
Non instruites	59	29.6
Fondamentale	53	26.6
Secondaire	51	25.6
Supérieur	31	15.6
Ecole coranique	5	2.5
Total	199	100

5.2.4 Profession

Tableau VI : répartition des clientes selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentages (%)
Sans Profession	99	49.7
Médecins	2	1
Etudiantes et Elèves	63	31.6
Commerçantes ou vendeuses	25	12.6
Sage Femmes	4	2
Secrétaires de Direction	6	3
Total	199	100

5.2.5 Ethnie

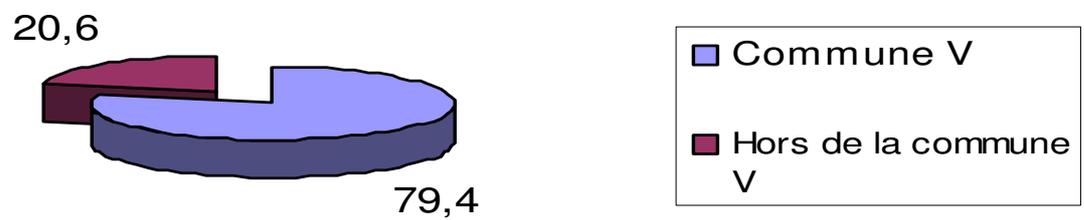
Tableau VII : Répartition des clientes selon ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentages (%)
Bambara	77	38,7
Sarakolé	17	8.5
Peulh	24	12
Malinké	11	5.5
Kassonké	10	5
Bozo	3	1.5
Dogon	19	9.5
Sonrhäi	9	4.5
Bobo	14	7
Senoufo	5	2.5
Wolof	1	0.5
Maure	3	1.5
Minianka	4	2
Mossi	2	1
Total	199	100

5.2.6 Résidence

Tableau VIII : Répartition des clientes selon la résidence

Quartier	Effectifs	Pourcentage (%)
Commune V	158	79,4
Hors de la commune V	41	20,6
Total	199	100

**Graphique 7** : Répartition des clientes selon la résidence

5.2.7 Source d'information

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

Source d'information	Effectif	Pourcentage (%)
Personnel médical	84	42.2
Media	3	1.5
Voisins ou amis	51	25.6
Réflexion personnelle	43	21.6
Mari	18	9
Total	199	100

5.3 Antécédents gynéco obstétricaux

5.3.1 Cycle menstruel

Tableau X : Répartition des clientes selon le caractère cycle menstruel

Cycle menstruel	Effectif	Pourcentage (%)
Régulier	188	94.4
Dysménorrhée	1	0.5
Irrégulier	10	5
Total	199	100

5.3.2 Le nombre d'enfant vivant

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

Nombre d'enfant vivant	Effectif	Pourcentage (%)
0	46	23.1
1	29	14.6
2 – 4	90	45.2
5 – 7	26	13
8 ≥	8	4
Total	199	100

5.3.4 L'accouchement

Tableau XII : Répartition des clientes selon la voie d'accouchement orientée vers l'unité de PF

Voie d'accouchement	Méthodes									
	COC	COP	DIU	Inj	Norp.	Préser.	LRT	Collier	Effect	Pour (%)
Voie basse	19	11	7	20	3	3	2	2	67	33.7
Voie haute	32	18	19	41	20	0	2	0	132	66.3
Total	51	29	26	61	23	3	4	2	199	100

5.3.5 Délai depuis le dernier accouchement

Tableau XIII : Répartition des clientes selon le délai depuis le dernier accouchement

Intervalle intergénénesique	Effectif	Pourcentage (%)
12 mois	81	57,04
24 mois	59	41,54
Plus de 24 mois	2	1,4
Total	142	100

NB : 57 de nos clientes n'avaient pas eu d'enfants.

Tableau XIV : Répartition des clientes sous contraceptifs ayant présenté une grossesse

Méthode	Effectifs	Pourcentages (%)
Pilule	6	3
DIU	1	0.5
Injectable	3	1.5
Norplant	0	0
Collier du cycle	1	0.5
Préservatif	2	1
LRT	0	0
Total	13	6.5

5.3.6 Connaissance spontanée

Tableau XV : Répartition des clientes selon le niveau de la connaissance sur les différentes méthodes contraceptives

Méthodes	Effectifs	Pourcentage (%)
Une méthode	19	9.5
Deux méthodes	61	30.6
Plus de deux méthodes	119	59.8
Total	199	100

5.3.7 Perception

Tableau XVI : Répartition des clientes selon leur perception de la PF

Clientés	Effectifs	Pourcentage (%)
Espacement des naissances	135	67.8
Eviter une grossesse	64	32.2
Total	199	100

5.4 La pratique de la planification

5.4.1 Utilisation antérieure de la PF

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

Utilisation antérieure de la PF	Effectifs	Pourcentage (%)
Ancienne	118	59.3
Nouvelle	81	40.7
Total	199	100

5.4.2 Méthode et âge

Tableau XVIII : Répartition des clientes selon la méthode contraceptive choisie et l'âge

Age	Méthodes									
	COC	COP	DIU	Inj	Norp	Préser	LRT	Collier	Effect	Pour.(%)
13-19	5	8	0	16	1	2	0	0	32	16.1
20-34	30	10	3	74	26	3	0	2	148	74.4
35 - 45	1	0	9	3	4	0	2	0	17	9.5
total	36	18	12	93	31	5	2	2	199	100

5.4.3 Méthode et situation matrimoniale

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

Situation matrimoniale	Méthodes									
	COC	COP	DIU	Inj	Norp	Préser	LRT	Collier	Effect	Pour.(%)
Mariées	21	7	14	73	23	1	2	1	142	71.3
Célibataires	17	3	2	25	7	3	0	0	57	28.7
total	38	10	16	98	30	4	2	1	199	100

5.4.4 Méthode et niveau d'instruction

Tableau XX : Répartition des utilisatrices de méthodes contraceptive selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Méthodes									Effect Pour. (%)
	COC	COP	DIU	Inj	Norp	Préser	LRT	Collier		
Non instruites	2	1	4	40	8	2	1	1	57	28.6
Fondamental	9	5	3	29	7	0	1	0	56	28.1
Secondaire	13	5	5	13	11	0	2	0	49	24.6
Supérieur	10	4	3	9	6	0	0	0	32	16
Ecole coranique	0	0	1	4	0	0	0	0	5	2.5
Total	34	15	16	95	32	2	4	1	199	100

5.4.5 Méthodes et nombre d'enfants

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

Nombre d'enfant	Méthodes									
	COC	COP	DIU	INJ	NORP	PRESER	LRT	Collier	Effect	Pour (%)
0	11	5	2	23	5	2	0	0	48	24.1
1	6	3	1	11	7	1	0	0	29	14.6
2 – 4	7	12	5	47	8	1	2	1	83	41.7
5 – 7	2	1	4	16	6	0	2	0	31	15.6
8 ≥	1	0	4	1	2	0	0	0	8	4
Total	27	21	16	98	28	4	4	1	199	100

5.4.6 Disponibilité des méthodes

Tableau XXII : Répartition selon la disponibilité des méthodes contraceptive au sein de l'unité de PF

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

5.4.7 Accessibilité du centre

Tableau XXIII : Répartition des clientes selon le moyen de transport

Moyens de transport	Effectif	Pourcentage
A pied	15	7.5
Motocycliste	45	22.6
Transport en commun	129	64.8
Voiture personnelle	10	5
Total	199	100

5.4.8 Le temps d'attente

Tableau XXIV : Répartition des clientes selon le temps d'attente

Temps d'attente	Effectif	Pourcentage
Long (plus de 30mn)	165	82.9
Acceptable (moins de 30 mn)	34	17.1
Total	199	100

5.4.9 Indication du lieu d'approvisionnement

Tableau XXV : Répartition des clientes selon l'indication du lieu d'approvisionnement des produits contraceptifs

Indication	Effectif	Pourcentage
CSREF CV	194	97.5
En dehors du centre	5	2.5
Total	199	100

5.4.10 Pancarte

Tableau XXVI : Répartition des clientes en fonction de l'existence d'une pancarte d'orientation de l'unité de PF

Pancarte	Effectif	Pourcentage
Oui	181	91
Non	18	9
Total	199	100

5.4.11 Satisfaction des clientes

Tableau XXVII : Répartition des clientes selon la satisfaction des clientes

Satisfaction des clientes	Effectif	Pourcentage
Oui	180	90.45
Non	9	4.5
Total	199	100

5.4.12 Coût

Tableau XXVIII : Répartition selon le coût des produits contraceptifs

Méthodes	Unité	Montant
Pilule	1 plaquette	100Fcfa
DIU	1	1500Fcfa
Injectable	1	300Fcfa
Norplant	1	2500Fcfa
Collier du cycle	1	200Fcfa
Préservatif	1	25Fcfa

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

Coût des produits	Effectifs	Pourcentage
Abordable	193	96.98
Non abordable	6	3.02
Total	199	100

5.4.13 Disponibilité des sièges pour les clientes

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

Disponibilité des sièges	Effectif	Pourcentage
Oui	51	25.6
Non	148	74.4
Total	199	100

5.4.14 Avis des utilisatrices

Tableau XXXI : Répartition des clientes selon leur avis sur les horaires de fonctionnement de l'unité de PF

Avis des utilisatrices sur les horaires	Effectif	Pourcentage
8heures	129	64.8
14heures	40	20.1
Week end	30	15.1
Total	199	100

5.4.15 Méthodes contraceptives et raison d'abandon

Tableau XXXII : Répartition des utilisatrices de méthode contraceptive en fonction des raisons d'abandon d'une méthode

Raison d'abandon		
	Effectif	Pourcentage
Retard des règles	3	1.5
Opposition du mari	11	5.5
Sans cause	15	7.5
Désir de grossesse	2	1
Total	31	15.5

5.4.16 Accord du partenaire

Tableau XXXIII : Répartition des clientes selon l'accord du partenaire

Partenaire	Effectif	Pourcentage
Oui	168	84.4
Non	31	15.6
Total	199	100

5.5 : Observation du prestataire

5.5.1 Qualification du prestataire

Tableau XXXIV : Répartition des prestataires selon leur qualification

Prestataire	Effectif	Pourcentage
Sage femme	8	72.7
Infirmière	3	27.3
Total	11	100

5.5.2 Heure d'arrivée

Tableau XXXV : Répartition des prestataires selon l'heure d'arrivée

Prestataires	Effectif	Pourcentage
Avant 8 heures	189	95
A 8 heures	7	3.5
Après 8 heures	3	1.5
Total	199	100

5.5.3 Accueil du prestataire

Tableau XXXVI : Répartition des clientes selon l'accueil du prestataire

Prestataire	Effectif	Pourcentage
Chaleureux et cordial	193	97
Non chaleureux désagréable	6	3
Total	199	100

5.5.4 Counseling

Tableau XXXVII : Répartition des prestataires selon les normes, leur attitude en fonction de l'exécution du bercer Counseling

Counseling	Oui	Non
Bienvenue	199	0
Entretien avec la cliente	199	0
Renseignement sur les méthodes	199	0
Choix de la méthode appropriée	199	0
Explication sur la méthode choisie et suivie	199	0
Rendez vous et suivi	199	0
Total	199	0

5.5.5 Obstacles rencontrés

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

Prestataire	Effectif	Pourcentage
Manque d'information	9	81.8
Religion	2	18.2
Total	11	100

5.5.6 Attitude des prestataires

Tableau XXXIX : Répartition des prestataires selon leurs attitudes au cours des consultations

Attitude des prestataires	Oui	Non
Prise T A	199	0
Prise de T°	0	199
Auscultation	0	199
Lavage des mains avant et après chaque examen	199	0
Examen gynécologique	26	173
Prise du poids	199	0
Utilisation de gants stériles	100	99
Dates des dernières règles	199	0
TV+ Examen sous spéculum		
Appréciation des conjonctives		

5.5.7 Formation des prestataires

Tableau XXXX : Répartition des prestataires selon le type de formation

Formation	Oui	Non
PF	11	0
IST	10	1
Prévention des infections	11	0
Counseling	11	0

6 Le nombre de consultation mensuelle/annuelle

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

	Mois	Année
ASACODA	30	360
ADASCO	30	360
ASACOSAB1	30	360
ASACOSAB2	30	360
ASACOKAL	50	600
ASACOSAB3	30	360
ASACOBADJI	30	360
PMI BADALABOUGOU	20	240
ASACOTOGUA	30	360
ASACOGA	30	360
CSREF CV	280	3360
Total :	590	6720

La commune V du district de BAMAKO a comme nouvelle consultation mensuelle : 590

La commune V du district de BAMAKO a comme nouvelle consultation annuelle : 6720

Au niveau des différentes unités de PF

7. Les matériels dans l'unité de PF

Tableau XXXXIV : Répartition des matériels selon leur existence dans l'unité de PF

Matériels	Bon état	Mauvais état	Nombre
Poubelles	+		1
Boite à tranchant	+		1
Stérilisateur	+		1
Tensiomètre	+		1
pèse personne	+		1
Tambour	+		1
Boite de DIU	+		1
Boite de norplant	+		1
table gynécologique	+		1
Source d'eau	+		1
Source lumineuse	+		1
Seau d'eau de décontamination	+		1
Chaise	+		1
Table de bureau	+		1
Armoire	+		1
Registre	+		1
Boite à image	+		1
Réchaud à gaz	-		
Thermomètre	+		1

VI. COMMENTAIRES

6.1. Aspect méthodologique :

Nous avons mené une étude transversale descriptive portant sur 199 clientes et 11 prestataires du centre de santé de Référence de la CV + neuf (9) CSCOM + PMI de Badalabougou.

6.2. Caractères sociodémographiques

6.2.1. Age

Nous avons pris la tranche d'âge de 13 à 45 ans comme étant celles des femmes en âge de procréer.

La plupart des clientes avaient au moins 30 ans, (38,2%). La plus jeune cliente avait 13 ans, l'âge moyen était de 28,05 ans avec un écart type à 7,53. La plus âgée avait 45 ans.

Kodjobé N et collaborateurs ont trouvé que 74,8 % des femmes sont âgées de plus de 30 ans en 2001 au Bénin.

Sango S trouve que la majorité des femmes en âge de procréer est inférieur à 30 ans (68,3%) en 1996 à Bamako en Commune IV.

6.2.2. SITUATION MATRIMONIALE :

71,3% des clientes étaient des femmes mariées, les célibataires ont représenté 28,7%.

C'est bien de voir une femme mariée se planifier que de voir une célibataire le faire. Les célibataires ont honte de discuter de la sexualité avec les prestataires qui sont plus âgées qu'elle. Elles préfèrent se planifier avec la forme injectable ou la forme orale, disponibles dans les officines plutôt, que de venir aux unités de PF. La situation matrimoniale a une grande influence sur la fréquentation des services de PF.

Sango. S trouve que 71% des femmes étaient mariées en 1993 à Bamako en Commune IV.

Zalha Sani.M trouve que 66,4% des femmes étaient mariées en 2004 au Burkina Faso.

6.2.3. Niveau d'instruction

28,1% des clientes avaient au moins un niveau d'étude fondamentale contre 28,6% d'analphabètes. Le niveau d'école coranique était de plus faible prévalence (2,5%) suivi du niveau supérieur (16%).

La fréquentation des services de PF par les femmes instruites témoigne de leurs occupations autres que celles de faire des enfants.

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

L'EDSM III trouve que 59,1% des femmes sont instruites en 2001.

6.2.4. PROFESSION

(49,7%) des clientes étaient sans profession contre (6%) qui ont de profession. Les étudiantes et les commerçantes représentaient (31,6%).

Les fonctionnaires fréquentent moins le centre de PF pour des raisons d'horaires; elles préfèrent venir dans l'après-midi ou juste à la descente ou le Week-end.

Sango.S. trouve que 74% des femmes étaient des ménagères en 1996 à Bamako en Commune III.

Zalha Sani M. trouve que 16,1% des femmes étaient des ménagères au Burkina Faso en 2004.

6.2.5. Résidence :

(79,4%) des clientes résidaient dans la Commune V contre (20,6%) qui résidaient hors de la commune V. L'accessibilité du centre est facile.

6.2.6. Service d'information : Les médias (1,5%), amis et voisins (25,6%), réflexion personnelle (21,6%)

La majorité a été informée par le personnel médical avec (42,2%)

6.2.7. Cycle menstruel :

(94,4%) des clientes avaient un cycle régulier contre (5,6%) des clientes qui avaient un cycle irrégulier. Certaines méthodes nécessitent la régularité du cycle pour son utilisation ; le collier du cycle.

6.2.8. Nombre d'enfants vivants :

Le taux de prévalence est faible pour les femmes sans enfants (23,1%) contre (76,9%) des clientes ayant au moins un enfant vivant.

L'âge du dernier enfant influence beaucoup l'utilisation des méthodes contraceptives. Nous avons constaté que la prévalence contraceptive diminue en fonction de l'âge du dernier enfant.

Les femmes qui ont accouché depuis 45j à 12 mois et (50,2%) pour les femmes qui ont accouché il y a plus de 24 mois.

Nous pouvons dire qu'a une influence significative dans le choix de la méthode. La preuve en est que les grandes multipares ont opté de plus pour la méthode de stérilisation définitive (9,5%) tableau { 19 }

Sango.S. trouve que 83,1% des femmes avaient au moins un enfant vivant contre 16,1% qui n'avaient pas d'enfants vivants en 1996 à Bamako en commune IV.

KODJOBE N. trouve que 60,4% des femmes avaient au moins un enfant contre 39,6% qui n'avaient pas d'enfants.

Sango S. A trouver que 72,6% des femmes ont commencé la PF à 45j de leur accouchement en 1996 à Bamako en commune IV.

6.2.9. Accouchement :

La voie d'accouchement a une influence significative dans l'utilisation des méthodes contraceptives. (66,3%) des clientes ont été césarisées lors de leur dernier accouchement. Ces femmes nous ont été adressées par les Médecins Gynécologues de la consultation externe. Cette prévalence peut s'expliquer par le suivi post

césarienne instauré dans le service.

(80,4%) des clientes ont attendu 24 mois au moins pour concevoir une grossesse contre (19,6%) qui ont eu une grossesse avant 24 mois.

Sango S. a trouvé 72,6% en 1996 à Bamako en commune IV.

6.2.10. Allaitement :

La femme qui allaite a plus besoin d'espacer les naissances que de concevoir une grossesse. (57,04%) des clientes allaitaient leurs enfants.

L'allaitement a également une influence significative dans le choix de la méthode.

La pilule progestative a été plus utilisée au cours du premier allaitement.

6.3. Connaissance en PF :

Toutes les femmes pouvaient citer au moins une méthode contraceptive moderne. (59,8%) des clientes pouvaient citer plusieurs méthodes, la méthode la moins connue étant la stérilisation masculine (100%).

(9,5%) des clientes connaissaient une seule méthode alors que (59,8%) en connaissaient plus de deux.

Sango S. a trouvé que 99,7% des femmes connaissaient au moins une méthode contraceptive en 1996 à Bamako en commune III.

Zalha Sani M. a trouvé que 94,2% des femmes connaissaient au moins une méthode contraceptive moderne en 2004 au Burkina Faso.

Kodjogbé N. et collaborateurs ont trouvé que 91% des femmes connaissaient une méthode contraceptive moderne en 2001 au Bénin.

Connaissance en Afrique

Auteurs	Pays	Niveau de connaissance
Nicaisse KODJOGBE	Bénin	91%
Zalha	Burkina Faso	94,2%
Sango	Mali	99,6%
EDSM III	Mali	78%

6.4. Utilisation de PF :

Le résultat de notre enquête révèle que (59,3%) étaient des anciennes clientes de la PF contre (40,7%) qui étaient des nouvelles.

L'entretien avec les clientes a été fait dans un lieu discret sous forme de Counseling avec les méthodes à l'appui.

La méthode la plus utilisée au moment de notre enquête est l'injectable (51,3%) suivie de la pilule (24,1%), le Norplant (16,1%), le DIU (8%).

Les femmes mariées utilisent plus la méthode injectable. Le statut matrimonial à une grande influence sur le choix de la méthode, ainsi que le niveau d'instruction.

La parité a une grande influence sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, plus les femmes ont d'enfants, plus elles pensent à espacer les naissances.

Sango S. a trouvé que 78,6% des femmes ont choisi la pilule contre 21,4% ayant choisi d'autres méthodes en 1996 à Bamako en Commune III ;

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

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

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

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

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

Certains produits, tels que le diaphragme, le cap cervical, le préservatif féminin, ne sont pas disponibles dans les différentes unités de PF. Le moyen de transport n'est pas un obstacle si remarquable dans la fréquentation des services de PF.

Seulement, (7,5%) des clientes sont venues à pied, les autres soient à moto ou en transport commun ; (82,9%) des femmes affirment que le temps d'attente est long contre (17,1%) qui le trouvent acceptable ; (9,7%) ont abandonné la PF à cause des retards des règles ; 28,9 par opposition du mari 35,5% ; sans cause 48,4% ; grossesse 6,4%.

Zalha et collaborateurs ont trouvé en 2004 au Burkina Faso que 64,4% des femmes pensent que le temps d'attente est long, (97,3%) sont parties avec un carnet de suivi contre (2,7%) qui ont oublié leur carnet.

(85,1% des clientes ont été consultées tôt le matin contre (14,9%) dans l'après-midi, cela surtout concerne surtout les femmes fonctionnaires profitant d'une pause ou de la descente.

La disponibilité de place pour les clientes est très inquiétante, un seul banc par Unité de PF pour les clientes.

80% des clientes se plaignent contre 20%.

(95,9%) des clientes sont satisfaites de la prestation de service contre (4,1%).

(96,9%) des clientes pensent que le coût des produits contraceptifs est abordable contre (3,1%).

6.6. Observation du prestataire :

Toutes les prestataires étaient de sexe féminin, elles ont seulement recourt aux

Médecins en cas de ligature et rejection des trompes.

La préférence du prestataire de sexe féminin s'expliquait par : la religion : « Pour les musulmans, il est préférable d'en avoir un prestataire ».

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

A l'interrogatoire beaucoup de prestataires se penchaient sur les ATCD gynéco Obstétrique ainsi que médicaux s'intéressant à des maladies telles que l'épilepsie, à la prise de certains médicaments par exemple : des anti-hypertenseurs sont contre-indiqués à certaines méthodes contraceptives (hormonale).

La prévention des infections est acceptable (préparation de l'eau de contamination, utilisation de la boîte à tranchant et de la poubelle faite selon les normes).

Toutes les clientes ont bénéficiées d'une prise de la TA et du poids, seulement les clientes qui ont accepté le DIU ont bénéficiées d'un examen gynéco.

(9,1%) des prestataires pensent que le manque d'information et la qualité des informations empêchent aux femmes de pratiquer la PF.

72,7% des prestataires attribuent cette lacune à l'ignorance des femmes, 18,3% d'entre eux l'attribuent plutôt à la religion.

Au cours de notre enquête les prestataires ont bénéficié de formations sur la PF, l'IST, prévention des infections.

VII.CONCLUSION.

La tranche d'âge 13 – 45 ans représente la majorité de notre échantillon.

6,4% ont abandonné la contraception au cours de notre enquête due au désir de grossesse.

(68,8%) de ces enquêtes ont été au moins un niveau d'étude fondamentale. Il faut signaler que parmi les 31 abandons ; 9,6% étaient dues au retard des règles contre 6,4% due à la grossesse.

La méthode la plus utilisée au cours de notre enquête est l'injectable (49%).

Le temps d'attente est long, affirmé par 82,9% des clientes.

La majorité des enquêtes étaient des femmes césarisées, cela est dû au système de suivi post césarienne. La majorité de ces femmes a été adressée par mes Médecins spécialistes en gynéco obstétrique.

Les prestataires étaient de sexe féminin, seulement elles ont recours au Médecin en cas de LDT.

Les prestataires ont bénéficié d'une formation sur la PF.

Les limites étaient le manque de place pour les clientes, le manque de matériel qui ne fait qu'augmenter le temps d'attente et le manque de certaines méthodes :

- Tous les (9) CSCOM disposent les pilules et l'injection. Consultation mensuelle est de 50 pour l'ASACOKAL, 280 pour CSREF CV et 30 pour les autres CSCOM
- PMI Badalabougou dispose de la pilule, l'injection et collier du cycle.
- CSRéf Commune V, manque de certaines méthodes telle que : Le diaphragme, le cap cervical, préservatif féminin.

VII. RECOMMANDATIONS

Au Ministère de la Santé

Mettre les prestataires dans les conditions optimales.

- Renforcer les capacités en matière de PF des agents quelle qu'en soit la catégorie ;
- Associer les agents livreurs des pharmacies à ces sessions de formations ;
- Mettre à la disposition des prestataires les infrastructures adéquates afin de leur permettre un suivi plus adéquat des clientes ;
- Assurer la disponibilité effective de toutes les méthodes contraceptives disponibles au Mali au sein des CSRéf au moins du District sanitaires afin d'accroître le choix des clientes ;
- Maintenir les campagnes IEC sur la contraception sur la durée.

Au Ministère de l'éducation :

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

AUX PRESTATAIRES.

- Nous les invitons à plus de rigueur dans le respect des mesures individuelles de prévention des infections ;
- A plus de collaboration entre les différents services afin de permettre aux clientes de pouvoir en bénéficier pleinement ;
- A accepter de recevoir les couples qui le souhaitent en même temps lors des entretiens ;
- A accorder la priorité aux clientes de la PF au sein des Unités et non plus à

celle venant pour la CPN.

TRAORE Seydou Moussa et collaborateurs ont trouvé que (.....%) des femmes mariées ou sexuellement actives connaissant au moins une méthode contraceptive moderne EDSM III en 2001.

VIII. REFERENCES

- 1 AMPPF : Situation de la planification familiale au Mali, 2004.**
- 2 Centre français sur la population et le développement (CFPD) : Groupement d'intérêt scientifique EHESS-INED-INSEE-ORSTOM-PARIS 6 20 ans de planification familiale en Afrique Subsaharienne/Thérèse LOCOH, 1992-27 P n° 19.**
- 3 CERPOD, Impacte de la planification familiale sur la vie des femmes : Résultats d'une étude réalisée dans le District de Bamako, Mali, Mai 1999**
- 4 Comportements contraceptifs des familles en milieu rural. Tunis Office national de famille et de la population, 1995.**
- 5 EDSM III : Enquête démographique et de santé au Mali en 2001**
- 6 ZALHA SANI M. Les obstacles à l'utilisation des services de planification familiale à OUAGADOUGOU au Burkina Faso, Thèse de médecine, Bamako 2004, n° 4-M-25.**
- 7 KODJOGBE N. Enquête démographique sur la santé au Bénin 2^{ème} édition, 2003.**
- 8 Sango SANOUSSI, Contribution à l'étude de la Planification familiale dans la commune IV du district de Bamako, Thèse de médecine, Bamako 1996, n° 96-M-32.**
- 9 World Health Organization Division of family and reproductive health: Improving access to quality care in family planning, Algidity criteria for initiating use of selected methods of contraception, WHO/FRH/FPP/96-9.**
- 10 Cahier d'étude et de recherche francophone/Santé volume 10.6,407-12 Novembre -Décembre 2000, Etude original**
- 11 TRAORE S.M., BALLO M. B.,**
Planification familiale Cellule de planification et de statistique du Ministère de la

Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI et ORC Macro. 2002. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001. Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, DNSI et ORC Macro. 63, 64, 70, 72, 98, 103p

12 A. CAMPANA

Cours pour les étudiants de médecine-Family planning-Guidelines, reviews
Document électronique consulté le 26 janvier 05

http://www.gfmer.ch/Cours/Index_cours_4e_annee.html,

13 PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE,

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

14 D.FRANCOEUR, L. HANVEY, R. MILLER, H. PYMAR

Consensus Canadien sur la Contraception Chapitre 8, N°143, Troisième partie de trois, Avril 2003

15 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use, 2^e éd. Genève, OMS, 2001.

16 HOFFMAN T, MARTINSON F.

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

17 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.

18 A. BLACK-N. FLEMING-H. PYMAR, T. BROWN, -T. SMOTH,

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

19 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.

20 IEBEN 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.

21 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.

22 A. BLACK, T. O'GRADY , H. PYMAR,

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

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

24 .BLACK

Consensus Canadien sur la contraception- Chapitre 7 N° 143, deuxième partie de trios, Mars 2004

25 ANDERSON 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.

26 S. DUNN, E. GUILBERT

Consensus Canadien sur la contraception-N° 143, première partie de trois, Février 2004

27 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.

28 R. MILLER- L. HANVEY

Consensus Canadien sur la contraception- Chapitre 9 – N° 143, troisième partie de trois, Avril 2004

29 GUILLEBAUD J.

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

30 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.

31 C.A. FORTIN, E.GUILBERT,

Consensus Canadien sur la contraception- Chapitre 10 N° 143, troisième partie de trois, Avril 2004

32 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL

Document électronique- consulté le 14 juin 2004

<http://www.fhi.org/docs/site/fr/fpfaqf/fpfqr11.html>

33 POPULATION INFORMATION PROGRAM.

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

34 T.ROWE,

Consensus Canadien sur la contraception – Chapitre 12 N° 143, troisième partie de trois, Avril 2004

35 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

36 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

37 BARNEA ER.

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

38 MINISTERE DE LA SANTE (MALI)

Politiques et Normes des services de santé de la reproduction, Mars 2000

39 Bé Sao Ousmane

Evaluation de la qualité de soins dans l'unit² de planification familiale du centre de santé de référence de la commune V.

FICHE D'ENQUETE POUR LES UTILISATRICES

I IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

- | | | | | |
|----|---------|----------------------|---------------|----------------------|
| 1- | n° | <input type="text"/> | 4- Profession | <input type="text"/> |
| 2- | Age | <input type="text"/> | 5- Religion | <input type="text"/> |
| 3- | Adresse | <input type="text"/> | | |
| | | | 6- Ethnies | <input type="text"/> |

II LES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES

1 Niveau d'instruction

- | | | |
|----|---------------------------------|----------------------|
| a- | Primaire..... | <input type="text"/> |
| b- | Secondaire..... | <input type="text"/> |
| c- | Supérieur..... | <input type="text"/> |
| d- | Ecole Coranique ou Medersa..... | <input type="text"/> |
| e- | Non instruite..... | <input type="text"/> |

2 Etat matrimonial

- | | | | | | | |
|----|-------------|----------------------|-----------------|----------------------|----------------|----------------------|
| a- | Mariée | <input type="text"/> | f- Polygamie | <input type="text"/> | h- Monogamie | <input type="text"/> |
| b- | Célibataire | <input type="text"/> | g- Sans enfants | <input type="text"/> | i- Avec enfant | <input type="text"/> |

3 Antécédent obstétrical

- | | | |
|----|----------------------------|----------------------|
| a- | Gestité | <input type="text"/> |
| b- | Parité | <input type="text"/> |
| c- | Intervalle inter-génésique | <input type="text"/> |
| d- | Vivant | <input type="text"/> |
| e- | Décès | <input type="text"/> |
| f- | Avortement provoqué | <input type="text"/> |
| g- | Avortement | <input type="text"/> |
- spontané

Antécédent gynécologique

- a- Cycle régulier :
- b- Cycle irrégulier :
- b1- Cycle irrégulier abondant :
- b2- Cycle irrégulier non abondant :
- c- Durée du cycle :
- d- Dysménorrhée :
- e- Dysurie
- e- Prurit :
- f- Leucorrhée :
- g- Pollakiurie :
- Antécédent de contraception

5 Les autres antécédents

- a- Médicaux : Diabète... ; Asthme... ; Drépanocytose... ; HTA.....Autre...
- b- Chirurgicaux :

III- METHODE DE CONTRACEPTION**1 Méthode de contraception actuellement utilisée**

- a- Pilule
- b- Diaphragme
- c- Injectables
- d- D I U
- e- Spermicides
- f- Condom
- g- - Implant
- h- Autres
- i- Aucune

2 Pourquoi a-t-elle changé de méthode

- a- Vertiges
- b- Vomissement
- c- Prise de poids
- d- Sècheresse vaginale
- e- Aménorrhée
- f- Désir d'enfant
- g- Oubli
- h- Métrorragie
- i- Menometrorragie
- j- hyperménorrhée
- k- Autres à préciser

IV- POURQUOI PRATIQUÉZ-VOUS LE PLANNING FAMILIAL

- a- Eviter une grossesse
- b- Espacement des naissances
- c- Limitation des naissances
- d- Lutte contre la stérilité
- e- Lutte contre les IST /Sida
- f- Autres

V- QUI VOUS A CONSEILLE DE PRATIQUER LE PLANNING FAMILIAL

- a- Après réflexion personnelle e- Parents
 b- Ami(e) f- Voisins
 c- Mari g- Autres à préciser
 d- Agent de santé h- Médias

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

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

- Combien la prestation du PF vous a coûté

- Ce prix vous semble t-il raisonnable Oui Non

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

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

Oui Non

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

Oui Non

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

Oui Non

Estimez-vous avoir été traité dignement ?

Oui Non

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

Oui Non

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

Oui Non

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

Oui Non

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

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

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

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

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

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

OUI NON

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

OUI NON

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

OUI NON

9- Appui : En cas de surcharge de travail, recevez de soutien ou un appui de la part d'autres personnes d'unités ?

OUI NON

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

OUI NON

11- Quels sont vos difficultés ?.....

Fiche Signalétique

Nom : DEMBELE

Prénom : Moussa Sounkoutoun

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

Année : 2008-2009

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Santé publique/Santé de la reproduction.

Résumé : Nous avons effectué une étude transversale descriptive sur l'étude des activités de PF du 1^{er} novembre au 30 Avril 2008 dans le CSREF CV du district de Bamako, 9 CSCOM + PMI Badala bougou.

Il faut noter que malgré la disponibilité des méthodes contraceptives et l'implication de l'autorité en matière de PF, la prévalence contraceptive reste encore faible dans notre pays (6%). Au cours de notre enquête nous avons pris un échantillon de 199 femmes utilisatrices de méthodes contraceptives et 11 prestataires. Nous avons (27,13 %) qui ont utilisé la pilule, (15,6%) le norplant, (6,03%) DUI, (1%) LDT, (2,51%) le préservatif, (1%) collier du cycle.

Au cours de notre enquête nous avons enregistré pour des raisons de retard de règles (9,6%), opposition du mari (35,5%), sans cause(48,4%), désir de grossesse (6,4%).

Les activités de PF sont satisfaisantes sur le plan de la performance et passable sur le plan de véhiculer l'information. Le temps d'attente est long. Les prestataires plaignent de la rupture de certaine méthode telle que le norplant et son matériel d'insertion.

Mots clés : planification familiale, les activités, Bamako.