

Ministère de l'Éducation Nationale  
Direction Nationale de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche

République du Mali  
Un Peuple - Un But - Une Foi

N° 20

# Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

## Titre

*Année 1992*

*Contribution à l'étude des causes de sous-utilisation  
du dispositif intra-utérin (DIU) dans le District de Bamako*

# THESE

**Présenté et soutenu Publiquement**

Le ..... 1992

**Devant**

# Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

**par OUSMANE BOUBACAR DEMBÉLÉ**

*Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine*

## Diplôme D'Etat

### Jury

**Président** *Professeur Sidi Yaya Simaga*

**Membres** *Professeur Amadou Dolo*

*Docteur Moussa Adama MAIGA*

**Directeur de Thèse** *Docteur Madame Sy AIDA Sow*

**LISTE DES PROFESSEURS DE L'E.N.M.P.  
ANNEE UNIVERSITAIRE 1991 - 1992**

---

---

**DIRECTION**

Professeur Issa TRAORE	Doyen
Professeur Boubacar CISSE	Premier Assesseur
Professeur Amadou DOLO	Deuxième Assesseur
Docteur Chanfreau	Conseiller Technique
M. Bakary M. CISSE	Sécrétaire Général

**D.E.R DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. Professeurs agrégés**

Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chef de D.E.R Chirurgie
Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chirurgie Générale
Professeur Aliou BA	Ophthalmologie
Professeur Bocar SALL	Ortho. traumatol. Secourisme
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Professeur Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-traumatologie
Professeur Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique

**2. Assistants chefs de clinique**

Docteur Madame SY Aïda SOW	Gnéco-Obstétrique
Docteur Kallilou OUATTARA	Urologie
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie Soins infirmiers
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Docteur Alhousseïni AG MOHAMED	O.R.L
Docteur Madame DIANE F.S. DIABATE	Gynécologie-obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Anesthésie Réanimation
Docteur Sidi Yaya TOURE	Anesthésie Réanimation
Docteur Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Docteur A.K. TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

## D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

### 1. Professeurs agrégés

Professeur Bréhimo KOUMARE	Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomo-Pathologie
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Professeur Yaya FOFANA	Hématologie

### 2. Docteurs D'Etat

Professeur Amadou DIALLO	Chef de D.E.R Sciences Fond.
Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie

### 3. Docteurs 3ème cycle

Professeur Moussa ARAMA	Chimie Organique
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale
Professeur Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Professeur Mamadou CISSE	Biologie
Professeur N'yenigue S. KOITA	Chimie organique

### 4. Assistants chefs de clinique

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA	Parasitologie
Docteur Anatole TOUNKARA	Immunologie
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie

### 5. Maîtres Assistants

Docteur Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Docteur Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie

## D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

### 1. Professeurs agrégés

Professeur Sidi Yaya SIMAGA  
Docteur Hubert BALIQUE

Santé Publique - Chef de D.E.R  
Maître de conf. Santé Publique

### 2. Assistants chefs de clinique

Docteur Moussa A. MAIGA  
Docteur Bernard CHANFREAU  
Docteur Pascal FABRE  
Docteur Bocar Garba TOURE

Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique

### CHARGES DE COURS

Docteur Madame CISSE A. GAKOU  
Professeur N'Golo DIARRA  
Professeur Bouba DIARRA  
Professeur Souleymane TRAORE  
Professeur Salikou SANOGO  
Professeur Daoude DIALLO  
Professeur Bakary I. SACKO  
Professeur Yoro DIAKITE  
Professeur Sidiki DIABATE  
Docteur Aliou KEITA  
Docteur Boubacar KANTE  
Docteur Souleymane GUINDO  
Docteur Madame Sira DEMBELE  
Monsieur Modibo DIARRA  
Madame MAIGA Fatoumata SOKONA

Galénique  
Botanique  
Bactériologie  
Physiologie Générale  
Physique  
Chimie Générale et Minérale  
Biochimie  
Maths  
Bibliographie  
Galénique  
Galénique  
Gestion  
Maths  
Nutrition  
Hygiène du milieu

## D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

### 1. Professeurs agrégés

Professeur Abdoulaye AG RHALY	Chef de D.E.R Médecine
Professeur Souleymane SANGARE	Pneumo-Phtisio
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Koreïssi TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Professeur Eric PICHARD	Médecine interne
Professeur Toumani SIDIBE	Pédiatrie

### 2. Assistants chefs de clinique

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hématologie - Médecine Interne
Docteur Sominta M. KEITA	Dermato-Léprologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

## D.E.R DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1. Professeurs agrégés

Professeur Boubacar CISSE	Toxicologie
---------------------------	-------------

### 2. Maîtres Assistants

Docteur Boukassoum HAIDARA	Législation et Gestion Pharma.
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Arouna KEITA	Matières Médicales
Docteur Ousmane DOUMBIA	Chef de D.E.R Sciences Pharm.

## ASSISTANTS

Docteur Moussa Y. MAIGA  
Docteur Abdel Kader TRAORE  
Docteur Drissa DIALLO  
Docteur Nouhoum ONGOIBA  
Docteur Sahari FONGORO  
Docteur Bakoroba COULIBALY  
Docteur Benoît KOUMARE

Gastro-Entérologie  
Médecine Interne  
Matières Médicales  
Chirurgie Générale  
Néphrologie  
Psychiatrie  
Chimie Analytique

## C.E.S

Docteur Filifing SISSOKO  
Docteur Daba SOGODOGO  
Docteur Georges YAYA (Centrafrique)  
Docteur Abdou ISSA (Niger)  
Docteur Amadou NDéné DIALLO (Sénégal)  
Docteur Askia Mohamed (Niger)  
Docteur Oumar BORE  
Docteur N'DJIKAM Jonas (Cameroun)  
Docteur DEZOMBE Djoro (Tchad)  
Docteur Aboubacrine A. MAIGA  
Docteur Dababou SIMPARA  
Docteur Mahamane TRAORE  
Docteur Mohamed AG BENDECH  
Docteur Mamadou MAIGA

Chirurgie générale  
Chirurgie générale  
Ophtalmologie  
Santé Publique  
Chirurgie  
Chirurgie  
Santé Publique  
Dermatologie

## PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur J. P. BISSET  
Professeur F. ROUX  
Professeur G. FARNARIER  
Professeur G. GRAS  
Professeur E. A. YAPPO  
Professeur Ababacar FAYE  
Professeur Mamadou BADIANE  
Professeur Issa LO

Biophysique  
Biophysique  
Physiologie  
Hydrologie  
Biochimie  
Pharmacodynamie  
Pharmacie Chimique  
Législation

## PERSONNELS RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I. MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompéré KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Adama S. SANOGO	I.N.R.S.P.
Docteur Ba Marie P. DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I. Sogoniko
Docteur Mohamed TRAORE	Kati
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I. Centrale
Docteur Reznikoff	I.O.T.A.
Docteur TRAORE J. THOMAS	I.O.T.A.
Docteur Pierre BOBIN	MARCHOUX
Docteur Alain DELAYE	H.P.G.

## DEDICACES

**Je dédie ce travail :**

- **A mon père :** pour l'éducation de qualité que j'ai reçu de toi. Et surtout pour ton sens de responsabilité que tu as su m'inculquer. Trouves ici une partie de la récompense à tes qualités de bon chef de famille.

- **A ma mère in Mémorium :** toi dont les circonstances de décès ont guidé mon option, pour la médecine. Toi qui aimait te réjouir des résultats scolaires de tes enfants, certes cette réjouissance t'est impossible parmi nous , mais reçoit mes bénédictions les plus sincères. Puisse les biens faits de ma pratique médicale contribuer au repos de ton âme. Amen.

- **A ma soeur in Mémorium :** soeur chérie, tu as tant souhaité vivre cette période. Mais la volonté du bon Dieu s'y est opposée. Trouves ici le message de bénédiction d'un grand frère que tu as tant aimée.

# REMERCIEMENTS

- **A toute la famille DEMBELE :**

frères et soeurs, tantes et oncles  
pour votre soutien moral et financier.

- **A Mme TRAORE Djénéba DEMBELE**

pour son soutien moral et matériel nécessaire à la réalisation de cette thèse.

- **A la famille HAIDARA - à Tata HAIDARA**

pour l'amour qu'elle a su accorder à mes frères, à mes sœurs et à moi.

- **A la famille SISSOKO**

- **A Mr Tiéman DIARRA**

dont la démarche scientifique dans le raisonnement et les connaissances de qualité en sociologie ont permis la réalisation de ce travail.

- **A Mme BOCOUM Eddie** au bureau sous régional de l'OMS.

Ce travail est le fruit de votre persévérance, de vos conseils et de votre soutien matériel

- **A Nouhoum KEITA**

mon cousin et mon premier maître à l'école primaire. Toi qui a guidé mes premiers pas à l'école reçoit ici le fruit de tes années d'encadrement à Kouniana, Kignan et N'Kourala.

- **A la famille SACKO**

- **A Mme SACKO Hawa DIAKITE et famille à Niaréla**

- **A Abdel Kader N'DIAYE**, économiste ; mon petit frère.

- **A mes cousins et cousines : KEITA, SACKO, SANGARE, SIDIBE, TRAORE**
- **A Mr Hamala SACKO mon cousin et ami**  
Ce travail est la récompense de nos efforts
- **A Mme NASSOKO Ata SACKO et feu son mari Ibrahima NASSOKO**  
pour votre soutien et vos conseils.
- **A mes Amis et Amies : Emmanuel KEITA dit SAMA, Boubacar DIALLO, Cheikné Hamala SACKO, Samba DIALLO, Mamadou SANGARE, Boya SISSOKO, Almamy NAPO, Dr Samba SOW, Dr Moussa DOUMBIA, Dr Lamine TRAORE, Modibo TOUNKARA, Sory SANGARE, Moussa Oumar MAIGA, Moctar DIALLO, Dr Hawa SISSOKO, Farima DIABY dite Mima, Madina KONATE**
- **A la famille SOW à Djikoronl et Mme SOW Niagalé ma mère.**
- **A toute la promotion 84-90 de l'école de Médecine**
- **A la librairie SACKO distribution**
- **A Mr Siaka SANGARE AMPPF**  
pour son soutien moral et financier
- **A feu Adjudant Mamadou DIALLO**  
pour ses conseils
- **A tout le personnel la Division Santé Communautaire de l'INRSP notamment aux Dr Sidi TRAORE, Djigui, Ousmane TOURE**
- **A Mme COULIBALY Fatou SALL Secrétaire à l'INRSP**  
pour la réalisation de ce document.

## **AUX MEMBRES DU JURY**

**Au Président du Jury**

**Professeur Agrégé Sidi Yaya SIMAGA**

Professeur agrégé de Santé Publique

Chef du DER de Santé Publique à l'Ecole Nationale  
de Médecine et de Pharmacie du Mali

**Cher Maître,**

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre aimabilité et votre simplicité alliées à votre compétence indéniable ont forcé l'admiration et l'estime de vos étudiants.

Veillez recevoir ici le témoignage de notre reconnaissance.

**Au Professeur Amadou DOLO**

**Professeur Agrégé en Gynéco-obstétrique**

Chef du Service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital National du  
Point "G"

**Cher Maître,**

Vos connaissances en gynéco-obstétrique et votre sympathie en dispensant les cours ont attiré l'estime de vos étudiants.

Veillez recevoir le témoignage de notre reconnaissance.

**Au Docteur Moussa Adama MAIGA**

**Assistant Chef de Clinique**

Chef de la Division de la Santé Communautaire à l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP).

Votre esprit de chercheur en Santé Publique et votre expérience dans la recherche m'ont été d'un grand apport tout le long de ce travail

Veillez trouver notre sincère reconnaissance

**Au Docteur Madame SY Aïda SOW**

**Docteur en Gynéco-obstétrique**

**Assistante Chef de Clinique**

Vos talents de clinicienne compétents, votre esprit critique et votre courage m'ont toujours guidé dans ce travail.

Puisse ce travail combler nos espoirs.

## SOMMAIRE

	<b>PAGES</b>
<b>CHAPITRE I :</b>	
<b>Introduction</b> .....	1
<b>Méthodologie</b> .....	5
<b>Historiques</b> .....	9
<b>CHAPITRE II :</b>	
<b>Rappels physiologique du cycle menstruel</b> .....	11
<b>Rappel sur les méthodes de contraception</b> .....	13
<b>CHAPITRE III :</b>	
<b>Contraception actuelle au Mali</b> .....	24
<b>CHAPITRE IV :</b>	
<b>Etude pilote sur le DIU</b>	
1. Femmes ayant une contraception par DIU depuis moins de 5 ans ..	30
2. Femmes ayant une contraception par DIU depuis plus de 5 ans .	40
3. Femmes utilisant autres méthodes que le DIU .....	42
<b>CHAPITRE V :</b>	
<b>Discussion</b> .....	48
<b>CHAPITRE VI :</b>	
<b>Conclusion</b> .....	53
<b>Recommandations</b> .....	55
<b>CHAPITRE VII :</b>	
<b>Résumé</b> .....	57
<b>CHAPITRE VIII :</b>	
<b>Bibliographie</b> .....	59
<b>Annexes</b>	

## ABREVIATIONS

**SMI:** santé maternelle et infantile

**PF:** planification familiale

**MST:** maladie sexuellement transmissibles

**MIP:** maladie inflammatoire du pelvis

**DIU** Dispositif intra-utérin

**CIU** Contraception intra-utérine

## **CHAPITRE I :**

- I- Introduction,**
- II- objectifs,**
- III- méthodologie,**
- IV- historique**

## INTRODUCTION

La contraception ou régulation des naissances s'entend par l'utilisation de tout procédé destiné à empêcher la conception, cela de façon temporaire et réversible :

- soit en évitant la rencontre du spermatozoïde et de l'ovulation
- soit en s'opposant à la maturation de ce dernier.

Les procédés actuellement disponibles doivent avoir les qualités suivantes:

- la contraception obtenue doit laisser espoir à la femme d'obtenir quand elle le voudra une autre grossesse.
- la contraception obtenue doit donner des garanties d'innocuité pour la santé de la femme dans le présent et dans l'avenir.
- le procédé contraceptif doit être accepté par le couple. Un certain nombre de méthodes peuvent en effet rencontrer des barrières psychologiques, religieuses, morales.
- enfin le procédé contraceptif doit avoir un prix de revient suffisamment faible pour pouvoir être à la portée de toutes les bourses.

La planification familiale qui se définit, comme une régulation des naissances, décidée d'une manière consciente, libre volontaire et responsable du nombre d'enfant qu'un couple aura et de l'écart entre les enfants, a un impact sur la santé de la mère et de l'enfant. L'avenir d'un pays et de toute l'humanité dépend de ses enfants. Pour devenir un adulte capable et en bonne santé, l'enfant a besoin d'une bonne nourriture, d'eau propre, d'une formation scolaire et de soins médicaux. Un enfant doit naître sain pour avoir une chance de survie les premiers mois après sa naissances ainsi que les premières années pendant lesquelles il est particulièrement vulnérable. La population du tiers monde est composée aux 2/3 d'enfants de moins de 15 ans et des femmes en âge de procréation. Par conséquent la santé de la femme et de l'enfant représente une partie importante de la santé nationale.

La planification familiale contribue à l'amélioration de l'état de santé de la femme. Les complications pendant la grossesse et pendant l'accouchement représentent encore la cause majeure de mortalité chez les femmes dans les pays en voie de développement.

Ces complications surviennent :

- surtout si elle a 3 enfants ou plus
- si elle a moins de 20 ans ou plus de 30 ans

Ces complications sont :

- hémorragies (fréquentes à partir de la 4e grossesse)
- toxémie gravidique (fréquente pour la première et la 4e grossesse).

Il existe d'autres complications dont la fréquence augmente avec l'ordre des naissances. Ce sont :

- le placenta prævia
- rupture utérine
- présentation transversale
- anémie

Pour toutes ces complications le risque s'accroît brusquement après la 3<sup>e</sup> grossesse.

La planification familiale évite aux femmes le recours à l'avortement, illégal qui est souvent dangereux. Chacun sait également que dans les pays en voie de développement, les femmes pauvres passent la plus grande partie de leurs années de fécondité à être enceinte ou à allaiter. Ce qui les empêche de reconstituer leurs réserves en éléments nutritifs, et les conséquences pour sa santé en sont aggravées.

Au Mali la mortalité infantile est de 108 décès pour 1000 naissances, le risque de mortalité Juvénile est de 159 pour 1000 et le risque de mortalité infanto-Juvénile est de 249 pour 1000. C'est à dire qu'au Mali, un enfant sur quatre meurt avant l'âge de 5 ans (1). En Afrique, l'expérience de vie moyenne à la naissance est de 49 ans et la mortalité infantile est de 149 pour 1000 naissances vivantes en moyenne.

On estime que la mortalité maternelle se situe entre 110 et 647 décès pour 100.000 naissances vivantes (4).

Un enfant aura moins de chance de naître en bonne santé, de survivre aux 1<sup>eres</sup> années après sa naissance et de bien grandir si:

- les naissances dans cette famille sont rapprochées
- la famille compte déjà 3 enfants ou plusieurs
- la mère est âgée de moins de 20 ans ou plus de 35 ans lors de sa naissance.

Lorsque les grossesses sont très rapprochées il y a une possibilité accrue pour que la grossesse se termine en fausse couche, ou que l'enfant né vivant meurt peu de temps après sa naissance. La mortalité est plus élevée chez les nourrissons nés moins d'un an après la fin d'une grossesse précédente que chez des nourrisson nés après un intervalle plus long. Ceci est du au syndrome de déplétion maternelle. C'est à dire que la mère n'a pas eu le temps de se remettre physiquement.; et aussi à cause du fait qu'une mère ne peut pas prendre soins à la foi de plusieurs enfants en bas âge. Le taux de mortalité foetale augmente avec l'ordre de naissance. Une des explications possibles entre la corrélation forte et constante entre l'ordre de naissance et la santé de l'enfant tient au poids de l'enfant à la naissance.

A partir du 4<sup>e</sup> accouchement il y a une augmentation constante du taux des naissances d'enfants de petit poids. Dans les pays en voie de développement il faut ajouter la malnutrition, le sevrage précoce du fait que l'intervalle entre les grossesses est court.

Il existe une corrélation entre le taux de mortalité infantile et l'âge de la mère (Elle est moins fréquente lorsque l'âge de la mère se situe entre 20 et 30 ans et élevée si l'âge est inférieur à 20 ans (incapable de prendre soins de son enfant) et si l'âge est supérieur à 40 ans (risque de mal formation surtout malformation cardiaques, bec de lièvre, mongolisme).

La population résidente du Mali a été évaluée en Avril 1987 à 7620225 habitants. Elle est caractérisée par une proportion élevée de jeunes 48 % sont âgés de 15 ans les femmes en âge de procréer (15 - 49 ans) représentent 21 % de la population résidente totale.

Ces différents indicateurs démographiques associés à un âge médian à la première union d'environ 16 ans et la quasi universalité du mariage produisent un niveau de fécondité relativement élevé estimé par un indice synthétique de 6,7 enfants par femme pour la période 1982-1987 (1). L'effet de cette fécondité élevée sur la démographie ne peut être amoindri que par une politique de planification familiale efficace. Dans ce cadre, le Mali à l'instar de tous les autres pays du monde a adopté en 1974 le plan d'action mondiale sur la population. La conférence internationale sur la population tenue en Août 1984 à Mexico à laquelle le Mali a participé a permis de réaffirmer la politique malienne en matière de planification familiale. Au delà des problèmes socio-économiques qui résultent d'une croissance démographique importante, la nécessité d'intervenir dans ce domaine tient à la relation étroite entre l'état de santé des femmes, de leurs enfants et la fécondité. Aussi l'axe majeur de la politique sanitaire repose sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Cette dernière vise essentiellement à réduire les mortalités infanto-Juvenile et maternelle (3).

L'espacement des naissances doit être renforcé au niveau de notre pays dans lequel les femmes sont soumises quotidiennement à des lourdes tâches domestiques. Les Journées des femmes sont extrêmement chargées. Quelle que soit la raison une femme rurale travaille de 4 à 5 heures du matin jusqu'à 20 ou 21 heures du soir : soit 17 heures d'activités productives ou domestiques par jour. En saison des pluies (6), les travaux agricoles lui prennent jusqu'à 17 heures par jour.

En saison sèche, la femme laisse ses champs pour exercer diverses activités de transformation artisanale des produits. A toutes ces contraintes, il faut

ajouter le nombre élevé de grossesse qu'une femme en âge de procréer peut atteindre (Jusqu'à 10 à 12 grossesses).

On comprend alors l'épuisement physique et le risque de mortalité élevé de ces femmes.

Au fur et à mesure que des moyens modernes de contraception deviennent accessibles dans le tiers monde des millions de femmes adoptent familiale. Mais les besoins sont encore grands. En dépit des multiples actions conjointes du ministère de la santé, des différents partenaires( UNICEF,OMS,USAID):

- Beaucoup de femmes ont encore des grossesses trop rapprochées.
- Beaucoup de femmes meurent encore au cours de grossesse et d'accouchement.
- Beaucoup d'enfants meurent encore entre 0 et 6 ans
- Beaucoup de femmes désireuses d'utiliser la contraception n'utilisent pas de contraceptifs efficace
- Beaucoup de femme ne savent pas où obtenir des conseils ou des contraceptifs.

Au Mali l'utilisation actuelle de la contraception est très faible environs moins de 5 % des femmes en union sont utilisatrices de méthodes contraceptives dont 3,4 % utilisent les méthodes traditionnelles et seulement 1,2 % utilisent les méthodes modernes principalement pilule (1). Eu égard à ce faible pourcentage la DSF, dans le cadre de la mise en oeuvre du programme national de SMI-PF, programme qui se voulait surtout opérationnel; a sollicité l'aide de l'Ecole Nationale de Médecine et Pharmacie pour l'étude de certains thèmes dont les causes de sous utilisation du DIU. Ce travail certes très modeste présente les objectifs suivants.

#### **Objectifs généraux :**

de l'enfant

- Identifier les problèmes qui entravent l'utilisation de la méthode de contraception par dispositif intra-utérin
- déterminer les voies et moyens pour promouvoir cette méthode

#### **Objectifs spécifiques :**

- Identifier les raisons sociales, culturelles et personnelles (âge, incommodité) de l'acceptabilité de la méthode par DIU
- Identifier les principaux canaux d'accès à l'information concernant la méthode de DIU et plus spécifiquement les communications interpersonnelles (entre femmes), l'information donnée au niveau des centres de PMI. PF, les médias ou lors d'une formation scolaire .

- Identifier les raisons sociales, culturelles, médicales et personnelles du rejet de la méthode de contraception par DIU.
- Evaluer l'attitude et le comportement des agents chargés de l'IEC en matière de pose de DIU.
- Identifier les principaux facteurs qui motivent le choix du DIU

### **III. - METHODOLOGIE**

#### **1- Echantillonnage**

Il s'agit d'une enquête épidémiologique et sociale, transversale à passage unique . Cette étude concerne l'ensemble des centres SMI et PF du District de Bamako.

En réalité les 6 centres des communes du District et le centre de l'AMPPF sont prestataires d'activités de PF. Ils drainent depuis plusieurs années une clientèle de femmes en âge de procréer dont les motifs de consultation sont directement en rapport avec la santé de la mère, de l'enfant et la contraception. Ces centres constituent l'échantillon au premier degré.

Sont éligibles pour cette enquête toutes les femmes en âge de procréer de (15-49 ans) désireuses d'une méthode contraceptive et ayant consulté dans un de ces centres de PF.

Selon les résultats des études antérieures (EDS-1987, INRSP-1987) le taux d'utilisation des pratiques contraceptives atteint 47,66% des femmes en âge de procréer à Bamako.

Pour avoir un échantillonnage représentatif de femmes en âge de procréer conformément au taux précédent, en tenant compte d'un risque alpha de première espèce, de 5% et une précision désirée sur les résultats de 2%; il faut interroger 2395 femmes âgées de 15-49 ans désireuses d'obtenir une méthode contraceptive. Cette taille d'échantillon est globale et concerne toutes les méthodes en l'absence de statistiques fiables sur la méthode de contraception par DIU. Il est à noter qu'il existe un résultat partiel de 6 % comme taux d'utilisation de DIU au niveau du centre pilote de l'AMPPF (AMPPF 1989). Il faut enquêter seulement 541 femmes porteuses de DIU dans les mêmes conditions de précision et de risque de première espèce. Car il persiste toujours un doute sur le moment où la femme opte pour la méthode par DIU. Certaines femmes préfèrent les contraceptifs oraux dans un premier temps, mais reviennent ensuite au DIU par la suite parce-que la première est, soit contraignante, soit mal tolérée.

D'autres femmes choisissent d'emblée le DIU et restent sans changement de méthode pendant plusieurs années. En somme l'échec d'une méthode à un

moment donné peut toujours conduire au choix du DIU. En conséquence un nombre suffisant de femmes acceptantes toute méthode confondue doit être interrogées.

Notre étude pilote ne sera pas menée sur un échantillon aussi important. Nous avons choisi, pour des raisons de temps et de moyens de réaliser une première enquête sur un échantillon-test de 322 femmes se répartissant comme suit :

- 100 femmes porteuses de dispositif intra-utérin pour la première fois, mais dont les connaissances et attitudes sur le stérilet avant de l'accepter nous paraissent pertinentes dans cette étude.

- 102 femmes porteuses de dispositif intra-utérin , ayant plus de trois ans d'expériences par rapport au stérilet et suivies régulièrement au plan médical à l'AMPPF pour les effets secondaires et les complications.

- 120 femmes utilisant une autre méthode que le dispositif intra-utérin., pour servir de témoins par rapport uniquement à la méthode de contraception.

## **2 - VARIABLES**

### **A) Identification :**

- Age
- Type d'activité professionnelle
- Niveau d'éducation
- Situation matrimoniale

### **B) Variables de Fécondité :**

- Nombre de grossesses
- Nombre d'enfant né vivant
- Nombre d'avortement

### **C) Antécédents gynéco-obstétrique :**

- pertes vaginales
- métrorragie
- ménorragie
- dysménorrhée

**D) Connaissance des méthodes :**

- pilule
- DIU
- Diaphragmes ou tampons
- Injectables
- condoms

**E) Utilisation des méthodes :**

- pilule
- DIU
- Diaphragme ou tampons
- Injectables
- condoms

**F) Source d'information :**

- par personne interposée
- par les médias
- personnel sanitaire

**G) Incidents Accidents Complication du DIU :**

1e symptomatologie après la pose

2e complication après la pose

3e traitement des complication

- médical
- chirurgical
- traditionnel

**H) Pratique de la méthode DIU**

- acceptabilité

**I) Attitude du personnel chargé de la pose****J) personnel de santé pour la pose :**

- Médecin
- Sage femme
- Infirmier

### **3 - Instrument de collecte ( voir annexe ).**

#### **IV Déroulement de l'enquête :**

L'enquête se déroulera dans les centres de PF du district de Bamako. Elle durera 14 mois de Janvier 1991 Mars 1992.

Les centres d'enquête sont sensibilisés et préparés pour appliquer le protocole. Avant le démarrage de l'étude, l'enquêteur principal a sensibilisé les médecins responsables des activités au niveau des centre PF. Lors de cette visite les objectifs, la préparation matérielle et les difficultés de l'enquête ont été évoquées avec les responsables. Aucun centre n'a été contraint à participer à l'enquête si toutes les conditions ne sont pas réunies à savoir :

- activités régulières de PF
- participation du personnel

Dans chaque centre, une enquêtrice a été formée. Elle a eu la tâche d'interroger toutes les femmes éligibles dans l'échantillon. Les conditions de déroulement de l'étude doivent être aussi proches que possible de la consultation de PF où les femmes bénéficient de :

- préparation psychologique qui sera surtout axée sur les messages d'Information, d'éducation et de Communication (IEC)
- préparation matérielle par démonstration des méthodes.

L'avis motivé des femmes à participer à l'enquête est requis toutes les fois qu'une femme devient éligible . Celles qui acceptent ont leurs dossiers dans les mêmes conditions de confidentialité qu'un dossier médical du centre d'enquête . Les informations sont personnelles et ne doivent être communiquées à autrui. Les entretiens doivent être individuels et non en groupe.

Tous les centres sont supervisés une fois par semaine par l'investigateur principal avec les tâches :

- de vérifier le respect scrupuleux des prescriptions sus-indiquées.
- la collecte des fiches déjà remplies et leur acheminement au centre informatique.

#### **V. Chronogramme de l'étude :**

De Janvier 1991-Mars 1992 collecte des données au niveau des centres PF et traitement informatique.

De Mars-Mai 1992 : analyses et rédaction des résultats

## Historique de la CIU

Aussi loin que l'on remonte dans l'histoire, on retrouve des procédés destinés à éviter une grossesse.

Différents objets ou produits ont été placés dans le vagin, au niveau du col et plus tard dans la cavité utérine pour la grossesse.

- 1 Papyrus, datant de 2.000 ans avant notre ère, prescrivant l'introduction dans le vagin d'un mélange de miel, de natron, d'excréments de crocodile et d'une substance gommeuse.

- 500 ans avant notre ère, en Grèce, on conseillait aux femmes d'enduire le col utérin de miel, de ceruse, d'huile de cèdre pour empêcher la semence de l'homme de pénétrer dans la cavité utérine.

- Puis dans l'antiquité, les arabes eurent les premiers l'idée d'introduire, au moyen d'un tube creux, une petite pierre lisse et ronde dans l'utérus de leurs chamelles la veille de longs voyages.

- Au XVIIIe siècle, les Indigènes des Indes Néerlandaises plaçaient temporairement dans la cavité utérine de leurs femmes 1 filament élastique pour les empêcher de concevoir.

Au début du XXe siècle et à la fin du 19e siècle, ce fut l'époque des Premiers "stems et springs pessaries" qui furent accusés de provoquer des avortements.

- Et c'est en 1928, grâce à Grafenberg, que débuta l'ère de la contraception intra-utérine moderne avec l'anneau qui porta son nom. Il se heurta à une vive opposition de la part du corps médical.

- En 1959, Oppenheimer, utilisant un anneau formé d'une faisceau de crins sertis par du fil d'argent, publia les résultats de son étude qui portait sur 866 femmes en Israël : le taux d'échec était de 2,5 pour 100 années d'exposition. ISHAMA au Japon, avec son "anneau d'OTA" rapportait un taux d'échec variant de 1,4 à 1,5 pour 100 années d'exposition et pour 2.000 femmes.

- En 1960, La contraception prit alors un nouvel essor et Margulies introduisit le premier dispositif intra-utérin en polyéthylène. Dès lors se développa la fabrication de différents types de dispositifs contraceptifs intra-utérins.

- En 1962, Se tient la Première Conférence à New-York, réunissant des chercheurs intéressés par les D.I.U. Japon, Angleterre, Egypte, U S A - Chili - Israël etc...

- En 1968, Christophe TIETZE publia des études statistiques concernant 27.600 femmes utilisatrices de dispositifs intra-utérins avec 477.000 mois - femmes d'expérience. Cette étude atteste la sécurité et l'efficacité de la contraception intra-utérine et montre qu'elle n'est plus contestable (104).

- Depuis dans différents pays et en même temps que l'utilisation des contraceptifs, des recherches sur le mode d'action des dispositifs intra-utérins étaient entrepris.

## **1 .Le cycle menstruel**

On peut diviser le cycle menstruel en 3 parties :

- le cycle utérin ;
- le cycle ovarien
- et les fonctions de certains organes du cerveau.

Pour plus de simplicité, nous baserons notre description du cycle menstruel dans ce chapitre sur un cycle de 28 jours, bien qu'un cycle normal puisse durer de 21 à 35 jours.

### **a) Le cycle utérin**

Le début et la fin du cycle utérin sont marqués par les règles provenant de la desquamation de la muqueuse de l'utérus. Lorsque l'écoulement de sang s'arrête au bout de 3 ou 5 jours, il reste environ un tiers de la muqueuse dans l'utérus où cette dernière commencera à se régénérer sous l'influence de l'œstrogène et de la progestérone. On appelle cette période de reconstitution de la muqueuse la phase folliculaire (ou phase de prolifération). La phase folliculaire se prolonge jusqu'au milieu du cycle, c'est-à-dire jusqu'au moment où les hormones du corps, en raison de la stimulation accrue de la progestérone, apportent à la muqueuse une grande quantité d'éléments nutritifs.

Cette nouvelle phase appelée lutéale (ou sécrétoire) commence en milieu du cycle. La muqueuse de l'endomètre s'épaissit et ses glandes utérines et vaisseaux sanguins se ramifient et se multiplient.

Si une fécondation se produit, la progestérone et par la suite la gonadotrophine chorionique (GCH), continuent de permettre à la muqueuse de se préparer à une grossesse éventuelle.

S'il n'y a pas de fécondation, les hormones cessent de préparer la muqueuse à la nidation et les vaisseaux sanguins se resserrent. Sans l'apport hormonal, la muqueuse de l'utérus se desquame, ce qui provoque l'écoulement de sang et signale le début du nouveau cycle menstruel.

## **CHAPITRE II**

**I- Rappel physiologique du cycle menstruel**

**II- Rappel sur les méthodes de contraception**

## **b) Le cycle ovarien**

Les mécanismes d'épaississement et de desquamation utérine de la muqueuse de l'endomètre peuvent paraître assez simples.

Cependant, il ne faut pas oublier que cette action est contrôlée par le jeu complexe des hormones. Les événements clefs qui déterminent si le cycle utérin se fait régulièrement (ou si une grossesse se produit) dépendent de l'ovulation ; la libération par l'ovaire d'un ovule arrivé à maturité.

Chacun des deux ovaires contient entre 300.000 et 400.000 follicules. Les follicules sont constitués de groupement de cellules en forme de balle qui contiennent des ovules encore loin du stade de la maturité. Dans la vie d'une femme, 300 à 500 ovules arriveront à maturité. Au cours d'un cycle, entre 10 et 20 follicules commencent à croître sous l'influence des hormones. Dans la plupart des cas, un seul follicule arrivera à pleine maturité. On verra les autres dégénérer. Au cours de sa maturation, le follicule sécrète de l'œstrogène et la progestérone ce qui amène les changements de la muqueuse de l'endomètre décrits ci-dessus.

Au cours de la phase folliculaire, l'ovule mûrit à l'intérieur du follicule en développement et arrive à la surface de l'ovaire où il reste jusqu'à ce qu'il ait atteint la maturité du follicule en développement et arrive à la surface de l'ovaire où il reste jusqu'à ce qu'il ait atteint la maturité qui lui permettra d'être libre et fécondé. La libération d'un ovule est appelée ovulation. L'ovulation peut, chez certaines, causer des crampes ou une légère perte de sang. De nombreuses femmes pourront constater que leur glaire cervicale devient plus abondante, plus glissante et plus élastique.

L'ovule libéré commence alors à s'acheminer dans la trompe de Fallope, processus qui durera 6 jours et demi. Un jour après l'ovulation, l'ovule peut être fécondé par un spermatozoïde, ce qui se produit généralement au tiers externe de la trompe de Fallope. Après le départ de l'ovule, le follicule maintenant appelé corps jaune, augmente sa sécrétion de progestérone et diminue sa sécrétion d'œstrogène. La muqueuse endométriale entre alors dans la phase lutéale (sécrétoire) sous l'influence accrue de la progestérone.

S'il y a fécondation, le corps jaune continue à libérer de la progestérone jusqu'à ce que le placenta en développement commence à sécréter sa propre hormone (GCH) afin de pouvoir continuer à nourrir la muqueuse endométriale.

S'il n'y a pas de fécondation, le corps jaune se désagrège pour devenir un tissu cicatriciel blanc nommé corpus albicans et arrête de sécréter des hormones. Au fur et à mesure que les niveaux d'hormones diminuent, la muqueuse de l'endomètre s'élimine et c'est le début des règles.

### C) Fonction du cerveau

L'interaction complexe des hormones est contrôlée par des organes du cerveau : l'hypothalamus et la glande pituitaire ou hypophyse.

L'hypothalamus est sensible aux changements de niveaux d'œstrogène et de progestérone. Lorsque ces niveaux arrivent à un certain point, l'hypothalamus envoie un signal à son messenger l'hypophyse. L'hypophyse reçoit le signal et passe le message à l'ovaire qui répond comme décrit ci-dessous.

Lorsque les niveaux d'œstrogène diminuent, comme au cours de l'écoulement menstruel, l'hypothalamus envoie son signal - la substance libératrice de l'hormone folliculo-stimulante (FSH-RF) à l'hypophyse. Le facteur libérant stimule l'hypophyse pour que celle-ci libère l'hormone folliculo-stimulante (FSH). C'est sous l'influence de cette hormone que les follicules placés dans l'ovaire commencent à croître. Lorsque l'un des follicules arrive à maturité, on observe une montée d'œstrogène subite et de progestérone. Une fois encore, l'hypothalamus interpelle les niveaux combinés d'œstrogène et de progestérone et les signale à l'hypophyse en libérant un second signal nommé l'hormone de libération de la lutéinostimuline (LH-RF) en plus d'une augmentation de FSH-RF. C'est en réponse à tous ces signaux que l'hypophyse libère à la fois le FSH et le LH pour stimuler les ovaires. Les niveaux maxima de FSH et de LH stimulent le follicule en vue d'une libération de l'ovule arrivé à maturité. C'est alors que se produit l'ovulation ; après l'ovulation, le FSH revient aux niveaux de départ. Mais le LH continue, à des niveaux plus bas, à stimuler le follicule vide (corps jaune). Au fur et à mesure que le corps jaune commence à sécréter de plus grandes quantités de progestérone et de moins en d'œstrogène, le LH baisse lentement. En cas de fécondation, le placenta du fœtus en développement secrète les G.C.H pour continuer à maintenir le cours de la grossesse. S'il n'y a pas de fécondation, tous les niveaux d'hormones baissent. En réponse aux faibles niveaux d'œstrogène et de progestérone, l'hypothalamus libère la FSH-RH dans le but de donner un signal à l'hypophyse et le cycle recommence.

Fécondation ou conception est la pénétration d'un spermatozoïde dans un ovule mûr. Le résultat de l'union des deux gamètes donne un œuf, cellule unique qui contient toutes les caractéristiques fonctionnelles et morphologiques de l'être humain.

Après la fécondité, l'œuf est poussé vers l'utérus par les contractions de la trompe et par le battement des cils dont l'épithélium de la trompe est pourvu. Trois jours après l'ovulation, l'œuf nage librement dans la sécrétion muqueuse

de la paroi utérine. C'est donc le sixième jour que l'œuf prend contact avec la muqueuse utérine et s'y enfonce par une véritable effraction.

Le lieu normal de la nidation est le fond utérin ou son voisinage immédiat : ces rappels sur l'anatomie et la physiologie des organes génitaux permettent de bien comprendre le mode d'action des produits contraceptifs.

## **2.1 . LA CONTRACEPTION MODERNE**

### **2.1.1 Contraceptifs oraux combinés : la pilule**

Ces contraceptifs sont utilisés il y a environ 20 ans. Ils sont constitués :

- des agents œstrogéniques qui influent sur le mécanisme de l'ovulation, sur le transport de l'ovule, sur la nidation ou, sur la fixation placentaire
- des agents progestatifs dont une diminution entraîne une muqueuse à l'état de repos et atrophique.

A l'heure actuelle, entre 50 et 100 millions de femmes dans le monde entier prennent des contraceptifs oraux.

Dans de nombreux pays d'Afrique, la pilule constitue la méthode de contraception la plus populaire. Son efficacité et son innocuité relative en font non seulement une méthode de contraception acceptée, mais souvent préférée par beaucoup de femmes. (4)

Bien que la pilule soit une méthode de contraception sans danger, elle n'est pas faite pour toutes les femmes sans exception car elle a des effets secondaire et des contre indications.

#### **Contres indications absolues :**

- Troubles thrombo-emboliques (ou antécédents)
- Accidents cérébraux vasculaires (ou antécédents)
- Maladie coronarienne (ou antécédents)
- Fonction du foie pathologique connue au moment de la visite
- Tumeur maligne des seins ou de l'appareil génital (ou antécédent)
- grossesse établie.

#### **Contres indications relatives**

- Céphalées violentes en particulier d'origine vasculaire ou migraines
- HTA {avec diastolique au repos à 90 mmHg lus au cours de trois visites espacées au plus ou bien diabète}
- état prédiabétique ou forts antécédents familiaux au diabète
- Maladie de la vésicule biliaire
- Drépanocytose

- Femmes de plus de 40 ans
- Antécédents d'abus de tabac et au dessus de 35 ans.
- Obésité

### **2.1.2 La micropilule ou pilule progestative**

C'est depuis le début des années soixante que la micropilule a fait son apparition sur le marché. Ces pilules contiennent de faibles doses des mêmes progestatifs que ceux que l'on trouve dans les contraceptifs oraux à association œstro-progestative.

Le taux théorique d'efficacité de la micropilule est légèrement moindre que celui des contraceptifs combinés.

Les taux de grossesse sont plus élevés au cours des 6 premiers mois d'utilisation de la micropilule.

#### **Contres indications**

- Les contres indications absolues des pilules combinées
- Saignement génitaux
- Diabète
- Mononucléose aiguë
- Règles irrégulières
- grossesse extra-utérine

### **2.1.3 Contraceptifs injectables**

A l'heure actuelle, on utilise les contraceptifs injectables composés de progestatifs retardés dans au moins 80 pays du monde y compris plusieurs pays d'Afrique.

- Les progestatifs injectables les plus fréquemment utilisés sont : l'acétate de médroxyprogestérone (Dépo-provera ou DMPA) et l'émmanthate de noréthindrone (Noristérat).

Tout comme le font les progestatifs des pilules combinées, une grossesse en supprimant l'ovulation ce qui entraîne un endomètre mince et atrophique et cause une glaine cervicale épaisse que les spermatozoïdes ne peuvent pas facilement pénétrer.

### - Le système norplant

Le système norplant, un implant contraceptif sous-cutané, est une méthode à longue action réversible, à faible dose et ne contenant que des progestatifs.

Le lévonorgestrel est libéré par six capsules de caoutchouc silicone (silactic), placées sous la peau. Les capsules insérées sous l'épiderme doivent être retirées après cinq ans d'utilisation.

### - R.U. 486

#### Contre Indications

- femme n'ayant jamais été enceinte ou adolescente
- antécédent de cancer de sein ou de lourds antécédents familiaux de cette maladie.
- antécédents de masses dans les seins
- diabète, antécédent familiaux de diabète de l'adulte.

#### 2.1.4 DIU dispositifs intra-utérins (stérilets)

C'est en 1890 que débuta le développement du DIU moderne, lorsque Richter (R) et Græfenberg inventèrent des dispositifs intra utérins en boyau de ver à soie (4).

Depuis cette date, on a vu apparaître les DIU sous des formes différentes y compris en forme d'anneaux, de spirales, de T, de 7, etc. La boucle de lippes (R) reste le DIU le plus largement utilisé en Afrique et dans le reste du monde . A l'heure actuelle, on peut compter environ 60 millions de femmes utilisant le DIU dans le Monde (4).

Les matériaux utilisés pour fabriquer les dispositifs ont aussi changé. On peut compter parmi eux l'argent, le cuivre et la matière plastique ;

certaines dispositifs contiennent de la progestérone mais ils ne constituent pas une majorité.

#### Mécanisme d'action

On a suggéré que les DIU avaient plusieurs mécanismes d'action :

1. Immobilisation du sperme
2. Accélération du transport de l'ovule dans la trompe de Fallope
3. Réponses inflammatoires locales au corps étranger causant la lyse du blastocyste et /ou l'empêchement de la nidation.
4. Détachement mécanique du blastocyste ayant déjà opéré sa nidation dans l'endomètre

5. **Blocage de la nidation** par le DIU diffusant des progestatifs qui perturbent le processus de maturation proliférative/secrétoire
6. Augmentation de la production locale de prostaglandines qui inhibent la nidation.
7. Concurrence du cuivre avec le zinc causant une inhibition de l'anhydrase carbonique et peut être aussi de l'activité des phosphatases alcalines.

Le cuivre peut aussi empêcher la fixation de l'œstrogène et affecter ses effets intracellulaires sur l'endomètre

### **Efficacité :**

l'efficacité de la méthode des DIU se situe entre 97 % et 99 %.

Selon le DIU, on peut attribuer les différences d'efficacité à leurs différentes caractéristiques telle que la taille, la forme, la présence de cuivre ou de progestérone, et à un certain nombre d'autres variables comme l'âge et la parité et la durée d'utilisation du DIU. L'un des avantages majeurs du DIU est que son efficacité clinique est de 90 - 96 %

L'efficacité clinique du DIU dépend d'un certain nombre de variables liées à la pose de DIU, à la patiente, aux conditions médicales, y compris à la facilité d'insertion, à l'expérience clinique, à la possibilité pour la patiente de déceler un changement de position ou une expulsion de DIU et à l'accès facile de l'utilisatrice aux services médicaux de contrôle.

### **Contre indications absolues**

1. Infection pelvienne en évolution, récente ou récurrente (aiguë ou sous-aiguë) comprenant une gonorrhée établie ou soupçonnée.
2. Grossesse (connue ou soupçonnée).

### **Contre Indications relatives**

3. Tumeur maligne du col ou de l'utérus (établie ou soupçonnée) y compris résultats douteux d'un frottis vaginal
4. Facteur de risque de MIP : (Maladie Inflammatoire Pelvienne)
  - endométrite post partum
  - infection suivant une fausse couche ayant eu lieu au cours des 3 mois précédents
  - cervicite purulente
  - terrain propice aux infections (diabète traitement aux cortico stéroïdes, etc...) antécédents répétés de gonorrhée.

5. Saignement utérin anormal
6. Antécédents de grosse extra-utérine
7. Coagulopathies (purpura thrombocytopénie essentielle, thérapie anti-coagulante, etc...)
8. Valvulopathie cardiaque, dans ce cas, certains médecins recommandent des antibiotiques comme mesure prophylactique).
9. **Forme anormale de l'utérus (léiomyomes, polypes de l'endomètre, utérus bicorne)**
10. Rétrécissement du col
11. Utérus de petite taille
12. Dysménorrhée
13. Ménorragie
14. Anémie
15. Antécédents de forte réactivité Vaso-vagale ou évanouissements
16. Endométriose
17. Allergie au cuivre établie ou soupçonnée (pour les DIU en cuivre seulement).

### **Types de DIU**

- Les boucles de lippes<sup>®</sup> A (petit), B, C, D (grand) faits de polyéthylène imprégné de baryum fil de nylon qui sont les DIU les plus fréquemment utilisés en Afrique

- Les Saf . T . coil<sup>R</sup>: faits de polyéthylène imprégné de
  - baryum fil de nylon.
  - multipares, nullipares

- Le T. au cuivre (Tatum . TR) taille unique fait de polyéthylène cuivre fin de nylon

- Le T. au cuivre (Gravigarde<sup>®</sup>) taille unique fait de polyéthylène<sup>200</sup> cuivre fin fil de nylon.

- Le progestasert - T<sup>®</sup> taille unique . T en polyéthylène avec membrane polymérique ; fil de nylon + progestérone.

Il existe des DIU très récent tels: le Copper Safe 300 ou Cu Safe, le Copper Fix ou FlexiGard 330, le DIU libérant le levonorgestrel ou LNG-DIU.

### **Insertion du DIU**

A quel moment du cycle menstruel doit-on insérer un DIU ?

A peu près n'importe quel moment du cycle menstruel est propice à l'insertion du DIU à moins qu'il y ait la possibilité d'une grossesse. Dans ce cas, l'insertion du DIU doit être différée jusqu'aux règles suivantes,

Une femme peut se faire insérer un DIU en période post partum dans les situations suivantes :

- si elle n'a eu de retour de couches ni de rapports sexuels depuis son accouchement.
- si elle a eu des rapports sexuels protégés
- si une femme a utilisé des contraceptifs oraux ou une autre méthode régulièrement et sérieusement, on peut insérer le DIU n'importe quel jour du cycle.

#### **Durée d'utilisation du DIU**

Les dispositifs inertes peuvent être utilisés jusqu'à la ménopause et n'ont pas à être retiré avant, sauf pour des indications spécifiques. Tous les dispositifs en cuivre maintiennent leur efficacité pendant au moins quatre ans et certains même plus longtemps. Le seul dispositif à libération d'hormones actuellement disponible doit être remplacé chaque année.

#### **Choix du DIU**

L'expérience acquise avec les DIU dans le monde montre que dans certaines limites, les facteurs cliniques et individuels ont plus d'effet sur la continuation de l'utilisation du DIU que la conception même du dispositif. L'habilité du personnel sanitaire, lorsque le médecin, la sage-femme, l'infirmière ou l'auxiliaire sont chargés de la pose du DIU, et les soins et le surveillance sont d'une importance capitale. Chacun des dispositifs disponibles actuellement a des avantages et des inconvénients qui doivent être pesés lorsqu'on les choisit pour chaque femme.

Il faut énoncé cependant quelques lignes générales :

- les dispositifs plus récents en cuivre sont, selon les recherches, fiables, efficaces et conviennent bien. Ils ont une durée d'utilisation plus longue. Par conséquent, on a tendance à les recommander en raison même de leur fiabilité et de leur efficacité supérieures.
- Les dispositifs en cuivre plus petits provoquent généralement des pertes menstruelles moins importantes que les dispositifs inertes plus gros. Les dispositifs libérant des hormones provoquent moins de saignements.

Pour ces raisons, l'IPPF a décidé le retrait progressif des approvisionnements en boucle de Lippes.

L'IPPF réitère sa déclaration de 1975 déconseillant l'emploi du Dalkon Shield. Il est fortement recommandé que toutes les femmes qui l'utilisent encore se le fassent retirer.

## **Pose du DIU**

### **- Importance d'une pose correcte**

La pose correcte d'un DIU est importante pour le succès de son utilisation, étant donné qu'il peut influencer sur tous les facteurs principaux qui déterminent la continuation de son utilisation : grossesse, expulsion, saignement, douleur, perforation utérine, retrait pour d'autres raisons médicales.

Les techniques d'insertion diffèrent selon les DIU. L'utilisation d'un seul type de DIU dans les cliniques peut contribuer à maintenir le haut niveau de compétence du personnel assurant la pose de ces dispositifs.

### **- Moment de la pose**

Le DIU peut être mis en place au moment qui convient à l'utilisatrice si on peut déterminer de façon raisonnable qu'elle n'est pas enceinte. La pose pendant les règles présente certains avantages : il y a moins de chance que la femme soit enceinte ; du fait que le col de l'utérus est plus ouvert, la pose est plus facile ; de plus les saignements qui se produisent généralement lors de la pose causent moins d'inquiétude.

## **Consultation**

Tout service clinique bien géré se doit de prévoir une consultation pour l'utilisatrice d'un DIU, au cours de laquelle lui sont donnés tous les conseils (et informations nécessaires, en particulier sur les autres méthodes de PF) et les renseignements sur le type de DIU qui va être posé, ainsi que le moment où il devra être remplacé. Elle doit revenir à la clinique pour un examen. Elle doit aussi reconnaître les signes d'infection, tels que : fièvre, douleurs ou sensibilité douloureuse de la région pelvienne, saignements et crampes. Elle doit comprendre qu'en présence de tel signe ou symptôme elle doit se faire examiner.

### **2.1.5 Diaphragmes et capes cervicales :**

Le diaphragme a été inventé par le Médecin allemand Dr Frederick Wilte . Mais il n' est devenu populaire que vers les années 1880.

L'efficacité de la méthode du diaphragme augmente si l'utilisation de ce dernier va de paire avec un programme d'instruction, un ajustage soigneux et des procédures directrices. Pour une efficacité maximale, il est recommandé d'utiliser un agent spermicide à l'intérieur du diaphragme.

#### **La cape cervicale**

Il existe à l'heure actuelle très peu de capes cervicales à usage contraceptif en Afrique.

### **2.1.6. Condons (préservatifs)**

Les barrières mécaniques du pénis ont existé depuis 1350 ans avant J.C. Mais il a fallu attendre le 18e siècle pour voir apparaître le nom de "condom" ou "préservatif" utilisés pour qualifier les dispositifs recouvrant la verge ou encore "capotes anglaises".

Les préservatifs sont des capuchons en caoutchouc ou en collagène traité qui s'adaptent sur le pénis en érection et constituent une barrière contre la transmission du sperme dans le vagin.

### **2.1.7 Spermicides Vaginaux et Mousses Spermicides :**

Voilà plus de 5.000 ans que les femmes combinent les méthodes de barrières aux agents spermicides dans le but de se protéger contre une grossesse.

## **2.2 Les pratiques naturelles et traditionnelles**

Les méthodes des continences périodiques, de calendrier, de planification familiale naturelle (PFN) et d'auto-observation sont des termes souvent employés pour décrire les méthodes de régulation de naissances basées sur les phases fécondes et infécondes du cycle menstruel.

### **2.2.1 La méthode de la glaire cervicale**

1. La méthodes de la glaire cervicale (MGC) est basé sur l'auto-observation d'une femme des changement cyclique de sa glaire cervicale. Sous l'influence des oestrogènes produits pendant la phase folliculaire du cycle menstruel les glandes endocervicales sont stimulées et sécrètent la glaire.

## **2. La méthode des température (température basale du corps TBC)**

La TBC reste la plus quantitative des techniques dont on peut se servir chez soi pour déterminer le moment de l'ovulation, mais elle n'a aucune valeur lorsqu'il s'agit de prévoir l'ovulation :

## **3. La méthode du calendrier**

La méthode du calendrier est la plus ancienne des techniques de PFN. Pendant les années trente, les Docteurs Ogino et Knaus ont indépendamment publié leurs conclusions prouvant que l'ovulation arrivait environ deux semaines avant la menstruation.

La méthode du calendrier sert à calculer à l'avance la période féconde en se basant sur la durée des cycles précédents.

## **4. La méthode sympto-thermique**

Les techniques visant à identifier la période féconde et qui se servent des prises de T.B.C pour détecter l'ovulation en combinaison avec l'observation des changements de la glaire cervicale et les calculs de la méthode du calendrier et/ou d'autres facteurs aidant à déterminer l'ovulation sont rassemblées sous le nom de méthode sympto-thermique (MST).

### **2.2.2 L'abstinence post partum et l'allaitement prolongé :**

L'abstinence post partum pratiquée en même temps que la lactation constitue la plus importante pratique anti-conceptionnelle en Afrique.

La période suivant l'accouchement se présente comme celle où la femme est mieux disposée à adopter une méthode d'espacement des naissances. Ainsi dans nombreuses de nos sociétés traditionnelles surtout rurales, on assiste à l'éloignement de la nouvelle accouchée du lit, de la chambre et souvent du foyer conjugal sous la surveillance constante des vieilles personnes. Pendant toute cette séparation la femme allaite au sein le nouveau-né.

Par l'abstinence post partum on pense espacer les naissances et permettre à chaque enfant d'avoir suffisamment de lait maternel pour sa survie. On pense aussi à tort que le sperme altère, le lait maternel.(12).

### **2.2.3 Le coït interrompu, le coït interfémoral (entre les cuisses)**

sont des méthodes qui pratiquées correctement, amène une libération de la tension sexuelle tout en réduisant les risques de grossesse.

le coït interrompu consiste au retrait du pénis du vagin avant l'éjaculation.

Le coït interfémoral est surtout utilisé par les jeunes qui n'ont pas encore une activité sexuelle permise car les jeunes filles doivent garder leur virginité et aussi chez certains couples pendant la période supposée fertile .

### **2.2.4 . abstinence périodique**

Bon nombre d'hommes et de femmes ne connaissent pas les périodes exactes de fécondité

Elle consiste à s'abstenir durant les trois ou quatre jours qui suivent la fin de la menstruation.

Traditionnellement, les vieilles accoucheuses ou les belles mères observent de petits signes chez les jeunes femmes à une période du cycle qui semble être la période fertile : les jeunes femmes doivent s'abstenir jusqu'à la disparition des dits signes

### **2.2.5 Les pratiques magico-incantatoires**

Les gris-gris, les "tafo" et incantations magiques toujours en usage ont des effets psychologiques non négligeable

Les gris- gris sont des préparations de nature différentes (versets de coran sur une feuille, poudre de plante, morceau de plante, perle et autres produits d'origine minérale ou animale...). Ces différentes choses sont protégées par un tissu, un morceau de peau ou autre.

Ces gris-gris sont destinés à être porter par la femme qui désire une contraception , au cou, sur la tête , au bras ou comme ceinture .

Le "tafo" est un remède traditionnel confectionné avec du fil de coton. On obtient une cordelette qui porte des noeuds (dix sept noeuds, neuf noeuds, quatre noeuds, trois noeuds etc...) dont le nombre varie selon le guérisseur. Chaque noeuds est confectionné en récitant des incantations.

Le "tafo" est attaché comme ceinture par la femme :

L'effet des gris-gris et du "tafo" persiste aussi longtemps que la femme les porte.

Les gris-gris et les "tafo" restent des méthodes traditionnelles les plus utilisées dans nos sociétés.

Les produits utilisés comme contraceptifs locaux (les méthodes mécaniques)

Les méthodes mécaniques comprennent l'emploi de peau de poisson, vessies ou intestin d'autres animaux, de tampons obstructifs et de capes placés sur le col qui peuvent se composer de plante, de gomme arabique, de miel, de sel minéral, de graisse d'oiseaux ou d'autres substances absorbantes ou imperméable et que l'on introduit dans le vagin (19)

Il y a aussi les injections précoïtales et post coïtales d'eau salée, de jus de citron, de vinaigre, de jus de tamarin. Le miel introduit dans le vagin avant l'acte sexuel est supposé immobiliser les spermatozoïdes.

Il est souvent mélangé au lait frais ou caillé sous forme de tampon de Kapok (21)

Comme méthode, traditionnelle il faut citer aussi la toile d'araignée . Cette toile est introduite dans le vagin peu avant le rapport sexuel. Elle est censée barrer le passage aux spermatozoïdes. Cette méthode s'apparente aux techniques modernes de diaphragme : C'est une pratique bien peu courante (22).

### **CHAPITRE III:**

#### **La contraception actuelle au Mali**

## 1 La demande de prestations de planification familiale

La contraception moderne au Mali a connu ses débuts avec la création de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) en 1972 . Elle s'adressait au couple pour un espacement des naissances. D'après l'enquête EDS en 1987 les méthodes modernes ont des taux d'utilisation variables (1) :

- la pilule , utilisée au Mali avec un taux de 22 % par les femmes ;
- la méthode injectable avec un taux d'utilisation de 17 % ;
- le stérilet ou DIU avec 15 % des femmes porteuses.

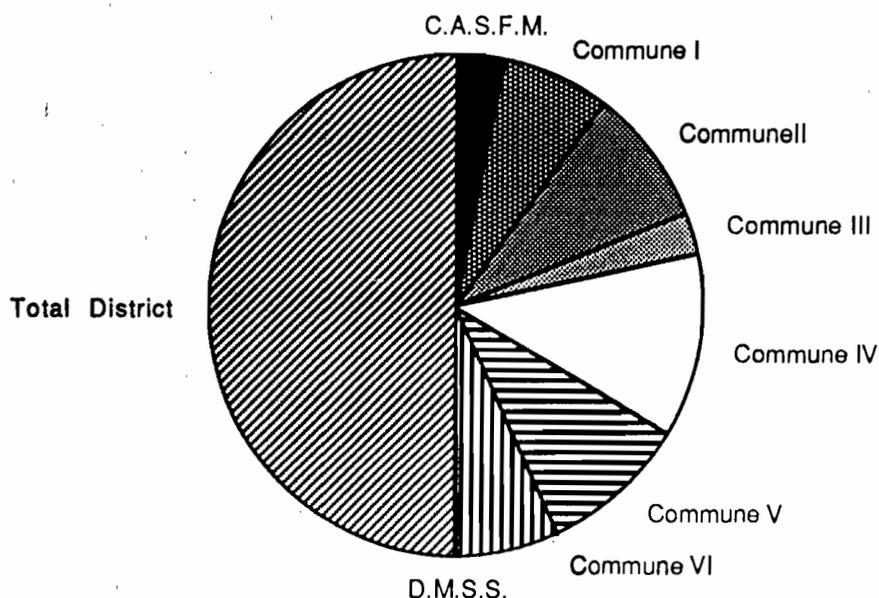
Or on constate que la demande a des formes multiples selon , le statut des femmes , leur état de santé et leur niveau d'information en matière de contraception. Les femmes très jeunes qui risquent de se retrouver inévitablement avec une famille nombreuse ont un besoin plus fort d'espacement de naissance.

La place qu'occupe la femme dans nos sociétés actuelles (scolarité, professionnalisme, activité féminine) dans les villes, repousse l'âge de mariage et accroît les besoins de contraception. Ceci concerne aussi bien les femmes mariées que célibataires. En plus, l'habitude de contraception existe chez de nombreuses femmes. Les moyens traditionnels (gris-gris, "tafo" allaitement prolongé etc...) diminuent d'importance dans la plupart des villes qui ont des centres de planning familial. L'organisation des services se modifie avec la libéralisation de l'accès à la contraception au Mali (lettres circulaires N°004 et n°005 du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales du 25/1/91). Levée de l'obligation pour une femme mariée ou une fille de présenter l'autorisation maritale ou parentale.

Tenant compte de tous ces éléments, le problème d'offre de prestations de planification familiale aux femmes par les services de santé va se poser avec acuité

Cependant pour le centre d'étude et de recherche sur la population (CERPOD), le taux de contraception pour les femmes en union âgées de 15- 49 ans est de 3% au Mali. Le milieu rural reste en retrait par rapport aux méthodes modernes, puisque seulement 0,4 % de femmes sont contraceptées contre 12 % pour le milieu rural (15).

En se référant au rapport d'activités de 1989 relatif à la planification de nouvelles consultantes dans le district de Bamako, la fréquentation des centres de santé de commune est très inégale.



En 1988, sur 4.049 nouvelles contraceptantes sur l'étendue du district de Bamako, plus de la moitié des femmes se planifient à la clinique pilote de l'AMPPF. à cause de son accessibilité géographique au centre de la ville, et certainement de la qualité des prestations. L'autre moitié des femmes consulte dans les centres de santé périphériques comme Lafiabougou, Korofina etc.

Par ailleurs si on considère la fréquentation par région d'une part et celle du centre pilote de l'AMPPF à Bamako d'autre part, les résultats des rapports d'activités montrent qu'il y a 15423 nouvelles consultantes ayant obtenu une méthode.

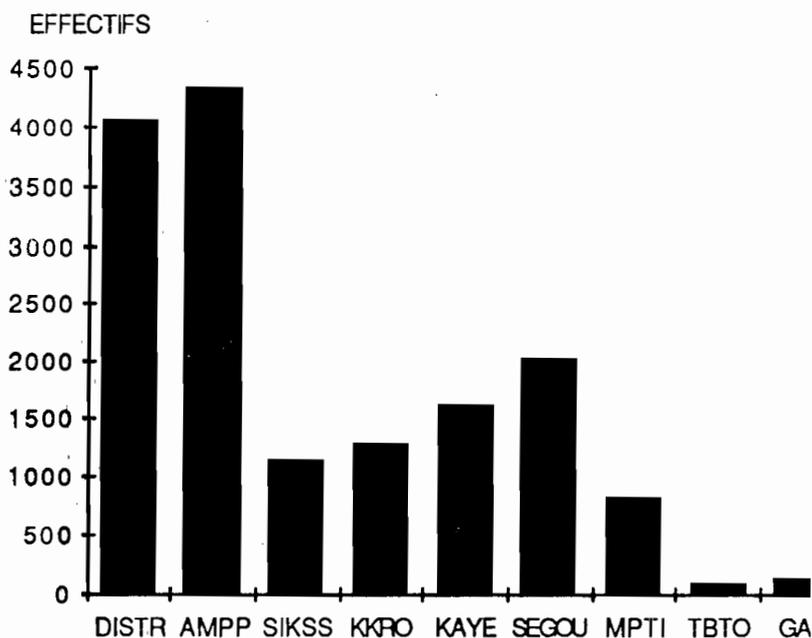


Figure N° II: répartition des activités de contraception durant 1988 selon les régions.

Le centre pilote de l'AMPPF a drainé près de 4.339 contraceptantes

L'ensemble des consultantes du District totalisent 4.049 femmes. Ainsi plus de la moitié des femmes planifiées au Mali (54,38 % en 1988), l'ont été à Bamako. Ceci démontre un énorme problème d'accessibilité et d'information des femmes en dehors de Bamako

## 2.2 L' utilisation de la méthode de contraception par DIU

La plupart des femmes préfèrent la pilule aux autres méthodes. Le dispositif intra-utérin ne fait pas l'unanimité des femmes.

La méthode par DIU paraît plus pratique. Le stérilet apparaît comme une méthode plus naturelle par rapport à la pilule et aux injections, car ne comportant aucun effet systémique. En plus, le stérilet une fois placé dure 3 ans.

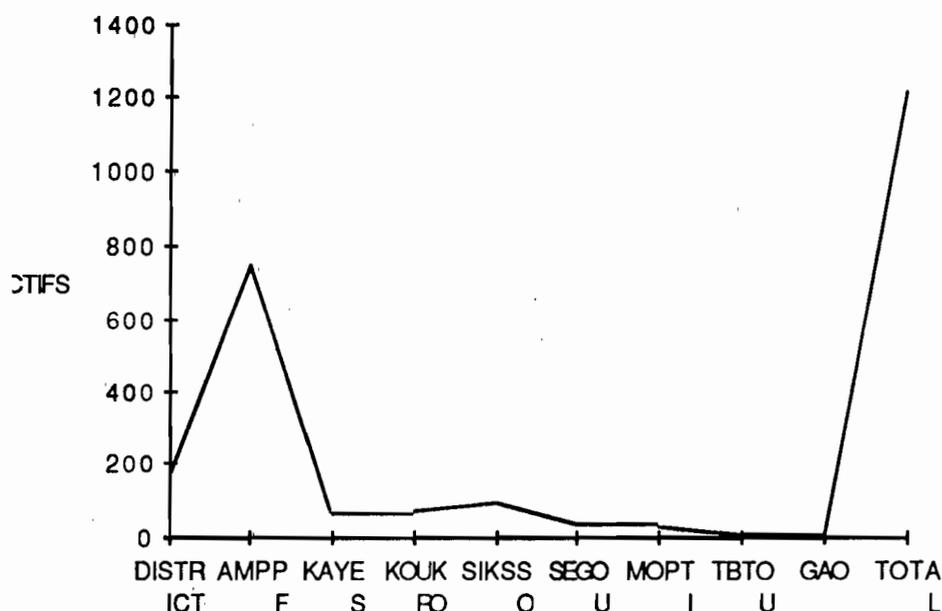


Figure N° III: répartition des activités de DIU durant 1988 au Mali.

En analysant la fréquentation des centres de planning familial, on constate :

- à **kayes**, l'utilisation du stérilet vient en quatrième position dans le choix des femmes après la pilule, le condom et les spermicides (tabl : Région de Kayes en 1988)

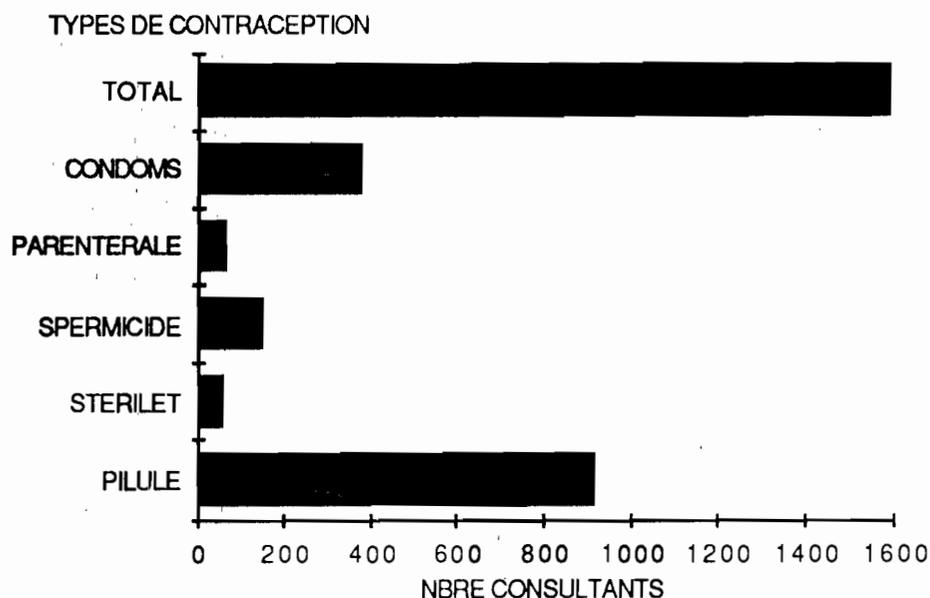


Figure N° IV: Utilisation des moyens contraceptifs durant 1988 pour 1595 consultantes de Kayes.

**Pour la région de Koulikoro:** le même ordre de préférence d'utilisation du stérilet constatée à Kayes se retrouve à Koulikoro. En effet sur 1263 nouvelles participantes au programme de PF, seules 70 femmes ont choisi la contraception intra-utérine en 1988 ( fig n° V) après la pilule (768), le condom (231) et les spermicides (105) .

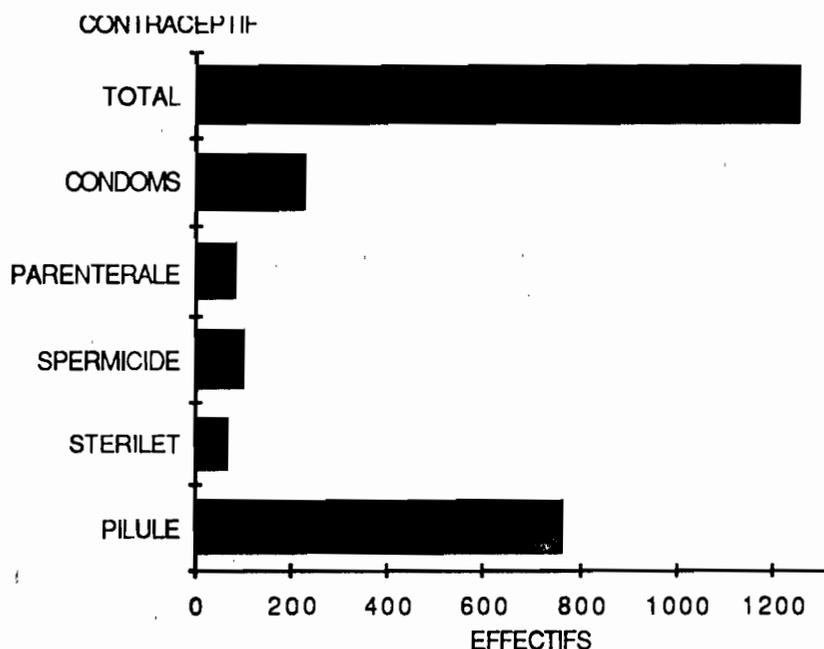


Figure N° V : Utilisation des moyens contraceptifs durant 1988

consultantes à Koulikoro

pour 1263

A Sikasso, sur 1128 femmes planifiées en 1988, seules 93 utilisent la contraception intra-utérine.

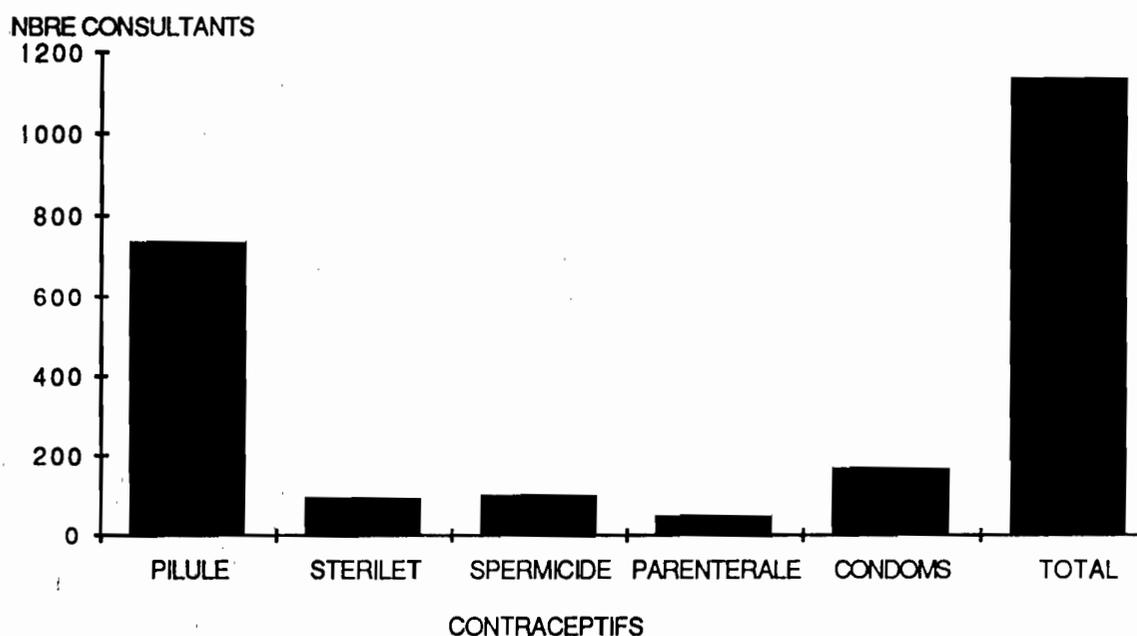


Figure N° VI : Utilisation des moyens contraceptifs durant 1988 pour 1128 consultantes de Sikasso.

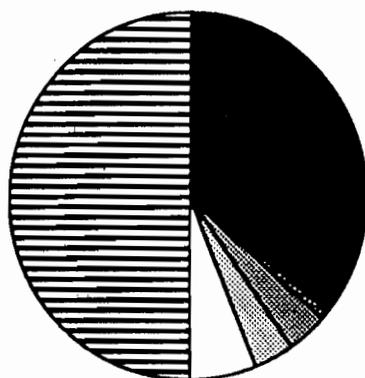


Figure N° VII : répartition des moyens contraceptifs durant 1988 pour 2018 consultantes de Ségou.

**A Ségou** : le constat n'a pas varié par rapport aux régions précédentes.

**Constats :**

a) **la contraception est surtout urbaine.**( toute méthode confondue)

b) **les méthodes mises à la disposition des femmes ne sont pas acceptées de la même façon.** On constate un fort taux d'utilisation de la pilule par rapport aux autres méthodes et ceci aussi bien en zone rurale qu'urbaine.

Pour essayer de comprendre les raisons de cette sous utilisation du DIU, nous avons proposé d'étudier cette méthode dans quelques centres de la ville de Bamako.

## **CHAPITRE IV : Etude pilote sur le DIU**

La population étudiée est composée essentiellement de consultantes des centres de Planning Familial à Bamako. Au nombre de 322 femmes, l'échantillon interrogé se répartit entre les porteuses de dispositif intra utérin (DIU) et les acceptantes des autres méthodes de contraception (pilule, condom etc...) .

## I. Femmes ayant une contraception par DIU

### A. Profil socio-démographique de la clientèle ayant une expérience de moins de cinq ans de suivi

#### A1 Caractéristiques socio-démographiques

Les candidates à la contraception par stérilet, interrogées dans ce cadre lors de l'étude sont au nombre de 100. Elles sont âgées de 15 à 45 ans. La moitié des femmes utilisant le stérilet a un âge compris entre 25-34 ans ( tableau n° 1) et fig n°1.

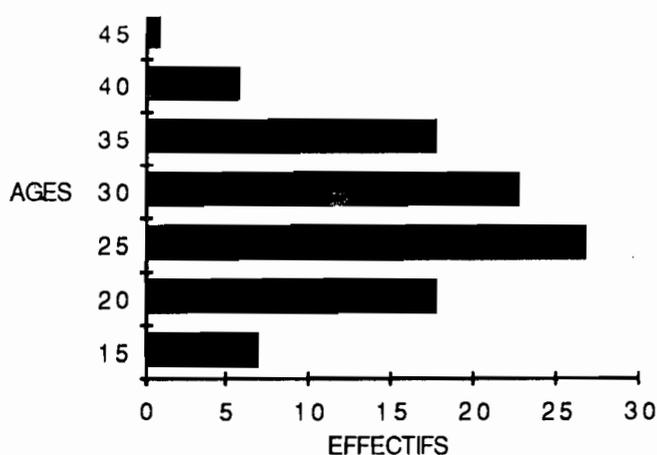


FIG N°1 :

Il s'agit d'une clientèle jeune . L'âge moyen est de 26 ans.. Plus de la moitié des femmes sont mariées ( 65%) Les jeunes femmes célibataires constituent 27 % des consultantes Toutes les femmes interrogées résident à Bamako et consultent les centres de PF de leur choix.

Le niveau d'éducation est hétérogène 30 % des femmes sont non scolarisées dans un enseignement formel, contre 48 % de femmes ayant atteint le niveau primaire. Les autres niveaux sont faiblement représentés.

Les femmes ménagères représentent 58 %. Et le reste est représenté par 15 % des femmes commerçantes et 20 % de femmes fonctionnaires. Les étudiantes et élèves totalisent 7 % de la clientèle interrogée.

Quant au partenaire, la profession de 37 % n'a pas été précisée.

2 % sont sans profession.

34 % sont des fonctionnaires.

27 % sont commerçants

**Tabl n°1: caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon de femmes porteuses de dispositif Intra-utérin.**

Age	Femmes avec DIU depuis 1 an (n=100)		femme avec DIU de plus de 5 ans. (n= 102)	
	Nombre	%	Nombre	%
< 20 ans	7	7	10	9,8
20-24	18	18	22	21,6
25-29	27	27	22	21,6
30-34	23	23	23	22,5
35 et +	25	25	25	24,5
<b>Situation matrimoniale</b>				
Divorcée	3	3	3	2,9
Mariée	65	65	57	55,9
Veuve	5	5	3	2,9
Célibataire	27	27	39	38,2
<b>Niveau D'Education</b>				
Non scolarisé	30	30	31	30,4
Primaire	48	48	52	51
Secondaire	19	19	12	11,8
Supérieure	3	3	7	6,9
<b>Profession</b>				
Ménagère	58	58	68	66,7
Petit commerce	15	15	1	1
Elève	7	7	10	9,8
Fonctionnaire	20	20	23	22,5
<b>Profession Parten.</b>				
Aucune	2	2	4	3,9
Fonctionnaire	34	34	34	33,3
Commerce	27	27	19	18,6
Non préciser	37	37	45	38,2
<b>Naissance vivante</b>				
0	8	8	12	11,8
1-3	59	59	47	46,1
4-6	25	25	31	30,4
7 et +	8	8	12	11,8

**Tabl n°2: caractéristiques socio-démographiques des échantillons de femmes porteuses de dispositif Intra-utérin et de femmes ayant une autre méthode**

Age	Femmes ayant DIU (n = 202)		femme ayant autre méthode (n = 120)	
	Nombre	%	Nombre	%
< 20 ans	17	8,4	8	6,7
20-24	40	19,8	25	20,5
25-29	49	24,2	28	23,6
30-34	46	22,7	36	29,7
35 et +	50	24,7	23	19,5
<b>Situation matrimoniale</b>				
Divorcée	6	2,9	2	1,7
Mariée	122	60,3	55	45,8
Veuve	8	3,9	2	1,7
Célibataire	66	32,6	61	50,8
<b>Niveau D'Education</b>				
Non scolarisé	61	30	29	24,2
Primaire	100	49,5	75	62,5
Secondaire	31	15,3	12	10
Supérieure	10	4,9	4	3,3
<b>Profession</b>				
Ménagère	126	62,3	59	49
Petit commerce	16	7,9	29	24,1
Elève	17	8,4	12	10
Fonctionnaire	43	21,2	20	16,7
<b>Profession parten.</b>				
Aucune	6	2,9		
Fonctionnaire	68	33,6		
Commerce	46	22,7		
Non préciser	82	40,5		
<b>Naissance vivante</b>				
0	20	9,9		
1-3	106	52		
4-6	56	27		
7 et +	20	9,9		

Tabl n°3 : Répartition des complications après la pose de DIU

Types de complications.	Femmes ayant DIU (n= 202 )		Femmes ayant DIU ( n=120 )	
	Nbre	%	Nbre	%
Douleur pelvienne	43	43	2	2
Saignement	0	0	3	2,9
Metrorragie	-	-	-	-
Maladie inflammatoire	-	-	-	-
leucorrhées	18	18	70	68,6
cervicites	-	-	17	16,7

## A2 Leur vie féconde

### \* Nombre de grossesse.

Parmi les femmes interrogées 90% sont multipares

Elles ont eu entre 1 et 8 grossesses au moins Les grandes multipares ayant eu 9 à 12 grossesses. totalisaient 3% de l'échantillon

Il est à noter que 7% des femmes sont nulligestes

TABLEAU n°4 Répartition du nombre de grossesses pour les femmes avec DIU

NBRE GROS.	FREQ.	%
0	7	7%
1	25	25%
2	15	15%
3	13	13%
4	17	17%
5	9	9%
6	2	2%
7	3	3%
8	6	6%
9	1	1%
10	1	1%
12	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

### \* Nombre de naissances vivantes

92 % des consultantes avaient entre 1 à 9 naissances vivantes, contre 8 % de femmes ayant déclaré n'avoir aucune naissance vivante. La proportion de nullipares déclarées, mais porteuse de DIU était auparavant estimée à 7% , d'après les résultats du tableau 6 : Cette donnée ne semble pas en contradiction avec les déclarations des femmes sur les naissances vivantes.

**TABLEAU n° 5 : Répartition du nombre de naissances vivantes des femmes porteuses de DIU**

NBRE NAIS.	FREQ	POURCENTAGE
0	8	8
1	25	25
2	17	17
3	17	17
4	12	12
5	11	11
6	2	2
7	5	5
8	2	2
9	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

### Les avortements

Ils n'étaient pas nombreux d'après les réponses des femmes. Les avortements spontanés ne sont pas connus chez 68% des femmes interrogées contre 32% des répondantes ayant signalé entre 1 et 4 avortements spontanés dans leur vie féconde ( Tabl. n°8) .

**TABLEAU n°6: Répartition des avortements spontanés**

AVORT.SPONT.	FREQUENCE	POURCENTAGE
0	68	68
1	23	23
2	6	6
3	2	2
4	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Les avortements provoqués n'existent pas. Sur 100 femmes interrogées, aucune n'a confirmé avoir effectué volontairement une interruption de grossesse, même si la raison est d'ordre contraceptif. Cette question relative à l'avortement provoqué rencontre une réticence de la part des consultantes, en raison de la qualité de notre clientèle avec 65 % de mariées d'une part et surtout de la délicatesse du sujet par rapport au milieu social d'autre part.

#### \* Résultats de la dernière grossesse

78 % des femmes porteuses de DIU de l'échantillon avait le dernier enfant vivant, résultat de la toute dernière grossesse. L'âge de l'enfant n'avait pas été précisé lors de l'étude. Toutefois, 8 % des femmes enquêtées ont eu un avortement ou un mort-né comme résultat de la dernière grossesse. Ce résultat bien faisant partie des facteurs négatifs influant sur la demande de contraception en général dans le milieu malien, n'en constituent pas plus un problème pour la demande de DIU. En effet, 89 % des consultantes pour DIU du sous échantillon avaient des naissances vivantes. Par rapport au milieu, c'est à dire la famille, les parentés et l'entourage, la présence de l'enfant met la femme à l'abris des commentaires à contre courant de la planification familiale.

TABLEAU n°7 : Répartition des résultats de la dernière grossesse.

Dernière grossesse	FREQUENCE	POURCENTAGE
AUC.GRO	14	14
ENF.VIV	78	78
MORT NE	6	6
AVORT.	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

#### \* Allaitement

Seule 13 % des consultantes pour DIU allaitaient contre 87 % qui n'allaitaient pas. au moment de l'enquête. Nous n'avons pas approfondi les raisons du faible taux des femmes allaitantes...

La faible proportion de femmes allaitantes et porteuses de DIU ne peut être interprétée négativement en l'absence de données Elle signifie seulement que l'allaitement est possible et souhaitable et doit être poursuivi lors de la contraception intra-utérine.

Tabl n°8 : Répartition des femmes allaitantes ou non.

ALLAIT.	FREQ.	%
NON	87	87
OUI	13	13
TOTAL	100	100

Tableau.n° 9 : Répartition des affections déclarées par la femme avant la pose de DIU

AFFECTIONS	FREQUENCE	%
AUCUNE	54	54
DYSMENOR	18	18
DLEURS PELVIENNE	10	10
PERTES VAGINALES	18	18
TOTAL	100	100

Parmi les femmes porteuses de DIU 54% affirment n'avoir aucune affection gynécologique avant la pose

18 % de ces même femmes ont présenté des dysmenorrhées

10 % ont eu des douleurs pelviennes

18 % ont eu des pertes vaginales

Tableau n°10 Répartition des antécédents d'épisodes inflammatoires pelviennes

AFFECT.PELVIS	FREQUCE	%
AUCUNE	68	68
UNE EPISODE	25	25
PLUSIEURS EPISODES	7	7
TOTAL	100	100

25 % des femmes porteuses de DIU ont eu un épisode d' affection pelviennes contre 7 % ayant eu plusieurs épisodes.

**Tableau n°11 Répartition des antécédents de maladies transmises sexuellement**

M.S.T.	FREQUENCE	%
NON	99	99
OUI	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Sur la survenue de MST avant la pose 99 % des femmes ne se prononcent pas

**Tableau n°12 Répartition du traitement médical entrepris**

TRAITEM	FREQUENCE	%
Aucun Traite.	23	23
Traitement.	77	77
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Parmi les femmes interrogées 77 % affirment avoir reçu un traitement médical après la pose du DIU

**Tableau n°13 Principales difficultés associées à la pose**

DIFFICULTE POSE	FREQUENCE	%
AUCUNE	96	96
INSERTION MANQUEE	4	4
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Lors de la pose 99 % des femmes n' ont pas eu de difficulté à la pose

**Tableau n°14 Répartition de douleur pelvienne à la pose**

DOULEUR. PELVIS	FREQUENCE	%
AUCUNE	57	57
LEGERE	41	41
INTENSE	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Lors de la pose 41 % des femmes ont eu une légère douleur contre 2 % ayant eu une douleur intense

**Tableau n°15 : Répartition de l'attitude du mari ou du partenaire vis à vis du DIU**

<b>ATTITUDE.MARI</b>	<b>FREQUENCE</b>	<b>POURCENTAG E</b>
FAVORABL.	77	77
INDIFFER.	13	13
OPPOSE	1	1
PAS REPON	9	9
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Les maris des femmes porteuses de DIU sont à 77 % favorables à ce port. 13 % des maris sont indifférents. contre 1 % d'opposition

**Tableau n°16: Répartition de l'opinion du mari ou du partenaire vis à vis du DIU**

OPINION MARI	FREQUEN	%
FAVORABL.	59	59
INDIFFER.	24	24
DEFAVORA.	1	1
SANS AVIS	16	16
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Pour ce qui est de l'opinion du mari 59 % sont favorables 24 % restent indifférent contre 1 % d'opinion défavorable

**Tableau n°17: Répartition du profil de l'agent effectuant la pose**

PROFIL AGENT	FREQ	%
SAGE FEMME	76	76
INFIRMIERE	23	23
AUTRE	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Les DIU portés par les femmes ont été à 76 % posés par les sages-femmes Les infirmiers en ont posé 23 %.

**Tableau n°18 Répartition de la durée de la pose**

DUREE POSE	FREQ	%
< 1 AN	44	44
2 ANS	25	25
3 ANS	14	14
> 3 ANS	17	17
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

44 % des femmes interrogées le portent depuis moins d'une année

## **B. Profil des patientes ayant eu une contraception par D.I.U depuis plus de cinq ans**

La partition de l'échantillon de femmes porteuses de DIU, en sous groupe ayant eu 5 ans d'utilisation du dispositif intra-utérin a pour but de mieux cerner les complications médicales dues au DIU.

Une proportion de 102 femmes régulièrement suivies pendant 5 ans au centre pilote de l' AMPPF, pour contraception intra-utérine, nous a permis de cerner les incidents ,accidents ,complications sur le port du stérilet. Ces femmes sont répertoriées dans un fichier bien tenu au centre. Elles semblent avoir compris l'importance de l'examen médical régulier devant les aider à pallier aux incidents éventuels

Il s'agit de femmes jeunes pour la plupart dont plus de cinquante pour cent ont moins de 30 ans (52 %) . Les résultats de la distribution des âges sont rapportés dans le tabl. n°1 des principales caractéristiques. La moyenne d'âge des femmes participantes est de 29 ans (tableau.âge)

La distribution des âges entre les parturientes ayant un an d'expérience et celles de plus de cinq ans ne diffère pas statistiquement.

Le sous échantillon est constitué de femmes mariées à 55,9 %

Le niveau d'éducation est varié ; puisque 51 % des femmes ont le niveau d'éducation primaire contre 11,8% de scolarisées au secondaire. Les femmes non scolarisées dans un système formel s'élève à 30,4 % des femmes porteuses du DIU depuis plus de 5 ans.

La répartition socio-professionnelle des femmes est très inégale. En effet, 66,7 % des femmes porteuses de DIU sont déclarées ménagères ou exerçant une activité à domicile.

La profession du partenaire a aussi retenu l'attention. Car globalement le niveau socio-professionnel du couple a une importance certaine dans la prise en charge des problèmes liés à la contraception y compris à son accès.

Dans la plupart des cas, les femmes sont restées discrètes sur la profession du partenaire. En effet, 48 % des participantes interrogées

n'indiquent pas de manière précise l'activité professionnelle du partenaire. Toutefois, 33,3 % et 18,6 % des femmes déclarent respectivement que leurs conjoint sont fonctionnaires ou commerçant.

## B1. Incidents, Accidents, Complications liés à l'utilisation de la méthode DIU depuis cinq ans

Tableau n°19 Répartition des complications observées avec le port du D.I.U. chez les femmes.

Complications à la pose et aux contrôles	Fréquence n = 102	%
Saignement	3	2,9
Leucorrhées	70	68,6
Expulsion	5	4,9
Dx lombaires	2	2
cervicites	17	16,7
<b>Aucune</b>	<b>5</b>	<b>4,9</b>

A partir des résultats consignés dans les dossiers médicaux des femmes et rapportés dans le tableau n° 18, on constate que:

- la leucorrhée est la manifestation la plus fréquente . Elle représente près de 68,6 % des motifs de consultation médicale en milieu surveillé à l'AMPPF.
- les cervicites occupent le deuxième rang , de la pathologie recensée avec 16,7 % .
- 4,9 % ont fait une expulsion du dispositif intra-utérin ; 2,9 % des femmes sont venues en consultation pour saignement et 2 % ont des douleurs lombaires.

Au bout de cinq, on constate une forte proportion de femmes qui gardent encore le stérilet, soit 73,5 % (75/ 102) des patientes. Cependant des raisons personnelle pour un désir de grossesse chez 11,8 % (12/ 102) et médicales pour 7,8 % (8/102) ont fait l'objet de retrait du dispositif sous contrôle médical.

## B2. Sources d'information

Tabl n° 20: Répartition des sources d'information des clientes pour le DIU.

Sources d'information	Fréquence n = 102	%
Centre de Santé	32	31,4
Radio	4	3,9
Télé	3	2,9
Parents	55	53,9
Non précise	8	7,8

Les sources d'information inventoriées sont diverses . L'information personnalisées est la première source par le biais de la parenté et des relations proches. En effet , 53,9 % des femmes précisent que les parents ont joué un rôle dans leur décision ; contre 31,4 % dont la sensibilisation s'est faite au centre de santé . Les médias bien qu'étant de bons moyens de diffusion dans les familles ne sont cités qu'à 3,9 % pour la radio et 2,9 % pour la télévision.

### **C. Femmes utilisant autres méthodes que le Dispositif Intra-Utérin**

En même temps que les consultantes pour DIU, nous avons pris dans les mêmes conditions, surtout l'âge et de centre de consultation, des femmes utilisant une contraception autre que le dispositif intra-utérin; toutes méthodes confondues.

Les utilisatrices de la pilule sont les plus nombreuses.

Cependant, les femmes sans DIU présentent les caractéristiques suivantes

#### **C1. Profil social**

62,5 % de l'échantillon de femmes interrogées avaient au moins le niveau primaire de l'école fondamentale. 16 femmes sur 120 étaient scolarisées dans le secondaire et le supérieur. Les femmes non scolarisées ne totalisent que 24,2 %. Il s'agit d'une population lettrée en majorité.

Cependant, les femmes déclarées au foyer ou les ménagères étaient plus nombreuses, parce que 49 % se déclarent comme telles contre 23,3 % exerçant le petit commerce dans leurs activités quotidiennes. Les élèves et les femmes fonctionnaires de l'administration publique étaient respectivement de 10 % et de 16,7 %.

La moitié des femmes utilisant les autres méthodes ne déclarent pas la profession du partenaire (54,2 %). L'autre moitié des femmes, soit 45,8 % indiquent certaines professions du partenaire comme fonctionnaire, commerçant ou même artisan.

Sur le plan matrimonial 50,8 % de femmes enquêtées étaient célibataires contre 45 % des consultantes en union.(cf tableau n°2)

## C2. Connaissance et utilisation des autres méthodes

Elles connaissent dans une forte proportion de 76,7% la pilule. La contraception intra-utérine est connue par 7% de l'échantillon. Cependant, cette frange de notre population de l'utilise guère actuellement. Peut-être qu'elle a fait l'expérience d'une pose de DIU auparavant, avant de l'abandonner.

Tabl n°21 : Répartition des méthodes connues par les femmes non porteuses de DIU

MET.CON	FREQ.	%
AUCUNE.	1	0,8
PILULE	92	76,8
DIU	9	7,5
CONDOM.	8	6,7
INJECT	9	7,5
AUTRES	1	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

La pilule a 76,7 % d'utilisatrice. Elle est la plus préférée par rapport au condom 8,4%, aux injections 0,8 % et aux autres méthodes.

TABLEAU n° 22: Répartition des méthodes utilisées par les femmes non porteuses de DIU

MET.UT.	FREQ.	%
AUCUNE.	1	0,8
PILULE	100	83,3
CONDOM	6	5
INJECT	10	8,3
AUTRES	3	2,5
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

En fait toute la clientèle enquêtée soit 98,3 % (118/120) était contraceptée. Seule 1,6 % de cet échantillon ne l'avait pas été lors de l'entrevu. 83,3 % des femmes sont planifiées à la pilule. C'est le moyen contraceptif le plus demandé puisque les autres méthodes sont acceptées dans les proportions faibles: 8,3 % pour les injections, 5 % pour les condoms

**Tableau n°23 Répartition des raisons de non utilisation d'une méthode autre que celle choisie**

RAIS.NON UTILIS	FREQ	%
SANS OPIN.	96	80
NECONNAIS. PAS	20	16
EFFETS SEC	4	3
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Les femmes ne se prononcent pas à 80 % sur les raisons de non utilisation d'une méthode autre que celle choisie

**Tableau n°24 Répartition du changement de méthode et les raisons**

CHANGEMEN T	FREQ	%
SANS OPIN.	13	10
OUI	13	10
NON	94	78
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Les femmes utilisant autre méthode que le DIU, 78 % affirment n'avoir pas changer de méthode.et 10 % ont changé de méthode.

**Tableau n°25 : Répartition des raisons du changement**

RAISONS	FREQ	%
SANS OPIN.	112	93
CONSEIL DU PERSONNEL	4	3
AUTRES	4	3
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Les femmes sont sans opinion à 93 % quant aux raisons qui ont fait qu'elles ont changé de méthode.

Tableau n° 26 Répartition des femmes selon les méthodes abandonnées

METHODES ABANDO	FREQ	%
SANS OPINION	110	91
PILULE	3	2
D.I.U.	4	3
INJECTION	1	0,8
AUTRES	2	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Les femmes utilisant autre méthode que le DIU n'ont pas changé de méthode à 91 %. et 3 % ont abandonné la pilule.

2 % de ces femmes ont abandonné le DIU au profit des autres méthodes

### C3. Efficacité des méthodes

Tableau n° 27 Répartition selon la méthode la plus efficace

METHODE EFFICACE	FREQ	%
SANS OPINION	110	91
PILULE	6	5
D.I.U.	1	0,8
INJECTION	1	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Les femmes ne se prononcent pas sur l'efficacité des méthodes à 91%

5 % pensent que la pilule est la méthode la plus efficace

Seulement 0,8 % des femmes utilisant autre méthode croit à l'efficacité du

DIU

### C.4 Opinion, crainte et efficacité du DIU

Tableau n° 28 Répartition des femmes selon l'opinion

EFFETS D.I.U	FREQ	%
Sans opinion	116	96
oui	3	2
non	1	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Les femmes à 96 % ne se prononcent sur l'efficacité du DIU. 2 % de ces femmes croit à l'efficacité du DIU

0,8 % de ces femmes ne croit pas à l'efficacité du DIU.

Tableau n°29 Répartition des femmes selon la peur du DIU

PEUR DU D.I.U	FREQ	%
SANS OPINION	111	92,5
OUI	11	9,1
NON	8	6,6
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

9 % des femmes utilisant autre méthode ont peur de l'utilisation du DIU  
 6 % de ces femmes n'ont pas peur de l'utilisation du DIU  
 et 92 % de ces femmes ne se prononce pas sur une éventuelle peur du DIU

### L'information sur les méthodes utilisées

#### C.5. Sources d'information

L'ensemble des femmes semblaient déjà informées sur les méthodes qu'elles utilisaient et n'étaient pas venue à la consultation pour acquérir de l'information. Dans ce cas les motifs de consultation étaient soit un approvisionnement en contraceptifs oraux, soit l'obtention d'une méthode intermédiaire (mousse, condom) en attendant la période propice pour obtenir la méthode souhaitée.

Cependant nous avons voulu en savoir plus sur la nature de la première information qui a motivé la première consultante.

\* **Il semble que la fréquentation du centre pilote AMPPF soit à l'origine de l'information sur les différentes méthodes à : 46,7 % services.**

- 31 % des femmes enquêtées viennent consulter parce qu'elles ont eu l'information par des parents ou des amies. La consultation ne vient que concrétiser le souhait d'obtenir une méthode de planification ou de contraception.

\* **Les médias publics comme la radio, la télévision :**

La télévision sert de source d'information dans 10 % des cas. La radio représente 7,5

\* **Les centres de santé**

ont servi de lieu d'information pour seulement 7 % des femmes

**Tableau n° 31: Répartition des femmes selon la source d'information**

INFORMATION	FREQ.	%
RADIO	9	7,5
TELE	12	10
PARENT	31	25
CENTRE DE SANTE	7	5,8
AMPPF	56	46
AUTRES	5	4,2
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

Concernant les sources d'information 46 % des femmes ont eu l'information à l'AMPPF 25 % ont eu l'information par l'intermédiaire des parents 10 % à la télé, 7,5 % à la radio et 5,8 % au centre de santé.

### **C6. L'impact des moyens d'information**

#### **\*Les conseils du personnel de santé**

Ils interviennent faiblement 3,3 % (4/120) dans le changement pour une deuxième méthode. Sinon 90 % des femmes sont sans opinion ou avec des arguments vagues sur les vraies raisons de l'abandon des méthodes.

**TABLEAU n°32 :Répartition des femmes selon les raisons du changement de méthodes**

RAISON CHANGEMENT	FREQ.	%
SANS OPINION	112	93,3
CONSEIL PERSON.	4	3,3
AUTRES	4	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>

Sur les raisons de changement de méthode 93,3 % des femmes sont sans opinion. Seul 3,3 % des femmes ont changé de méthode sur conseil du personnel chargé de PF

**CHAPITRE V DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE  
PILOTE**

L'étude pilote sur la contraception intra-utérine a été menée sur un échantillon de 220 femmes consultant urbaines des centres de planning familial.

Un groupe de 120 femmes utilisant d'autres méthodes de contraception, telles que la pilule, les injections d'hormone, les préservatifs etc., a servi de groupe contrôle pour certains aspects de la contraception en général.

### **1. Caractéristiques des deux groupes de femmes (porteuse de DIU non porteuse de DIU)**

L'étude portant sur la clientèle urbaine a montré :

- au plan de l'âge et du niveau d'éducation il n'y a pas de différence statistique entre les femmes désireuses de pratiquer une contraception par dispositif intra-utérin et celles ayant opté pour la pilule ou les hormones injectables. ( $\text{Chi}^2/\text{âge} = 2,94$  avec  $p = 0,5673$  ;  $\text{Chi}^2/\text{niv. éducation} = 5,38$  avec  $p = 0,1458$ ).

- malgré une meilleure accessibilité géographique des centres de planning familial , qui favorise l'obtention d'une méthode de contraception rapide pour les femmes urbaines, elles apparaissent statistiquement différentes pour accepter le stérilet ou la pilule ( $\text{Chi}^2 = 17,53$  avec  $p = 0,0005$ ). En effet, on a constaté que seulement 7,9 % des femmes s'occupant de petit commerce et d'activités libérales acceptent le DIU contre 24,1 % dont la préférence est la pilule. Ces femmes sont constituées de vendeuses et de femmes d'affaires , pour qui le suivi régulier du stérilet constitue une contrainte.

En outre, les étudiantes et les élèves acceptent à 10 % la pilule contre 8,4 % pour le stérilet.

Il y a plus de femmes ménagères et fonctionnaires pratiquant la contraception par DIU que par autre méthode.

- la situation matrimoniale de la femme , en particulier les femmes mariées et célibataires n'apprécient pas de la même manière le stérilet et la pilule . La différence est significative ( $\text{Chi}^2 / \text{matrimoniale} = 10,99$  avec  $p = 0,011$ ) . Les patientes mariées à 60,3 % préfèrent le DIU contre 45,8 % pour les hormones. Les femmes célibataires optent volontiers pour la pilule à 50,8 % . Elles sont en majorité nullipares.

## **2. Pour les femmes ayant opté pour le DIU (depuis moins de 5 ans et plus de 5 ans)**

### **Selon la durée d'utilisation**

- Selon la durée d'utilisation du dispositif intra-utérin (un an ou cinq ans), on constate qu'aucune différence significative n'existe pour le recrutement des femmes par rapport à l'âge, la situation matrimoniale , le niveau d'éducation ou la profession du partenaire de la patiente.

### **Selon le suivi régulier**

- Cependant le suivi régulier dans le temps pose des problèmes . En effet, selon la profession déclarée de la patiente, les femmes ménagères sont plus nombreuses dans le suivi à cinq dans une proportion de 66,7%. Les femmes travaillant dans le commerce et les affaires sont plus motivées au début (15 %) mais seulement 1 % se retrouvent pour les séances de contrôle. ( $\text{Chi}^2/\text{profession} = 13,76$  et  $p = 0,0032$ )

### **Selon les complications**

- Les complications souvent redoutées par les femmes surviennent selon la durée d'utilisation du stérilet. En effet, les leucorrhées et les cervicites apparaissent au bout de cinq ans dans les proportions de 68,6 % et 16,7 %. Par contre les signes de saignements sont importants au début de la pose (43 %) et diminuent ensuite. Le test de  $\text{Chi}^2$  de tendance linéaire pour trois complications majeures comme les douleurs pelviennes, les leucorrhées et les cervicites montre une signification avec un  $p = 10^{-6}$  ( $\text{Chi}^2$  linéaire = 46,94) . La leucorrhée semble être le facteur prédominant, en raison de la prédominance des maladies transmises sexuellement .

Pour les autres complications des patientes comme les saignements de type métrorragie ou ménorragie, habituellement rencontrées chez les femmes ayant une contraception au stérilet, notre étude n'a pas permis de les mettre en évidence à cause d'un traitement médical qui est rapidement instauré dès leur apparition.

### **Selon la parité**

Notre étude révèle que plus de 50% (50,8%) des femmes sont célibataires et utilisent la pilule, elles sont en général nullipares. Ce qui n'a rien d'étonnant quand on sait que la nulliparité fait partie des contre indications relatives du stérilet (une infection utéro-annexielle peut à tout moment entraîner une stérilité définitive)

### **Selon l'abandon**

L'abandon ou les raisons du retrait du stérilet chez les femmes de notre échantillon montre qu'en général le dispositif est bien toléré dans 73,5 % des cas. Les raisons personnelles pour désir de grossesse et pour causes médicales ne sont pas absentes.

## **3. Efficacité des méthodes**

D'une manière générale les femmes ne se prononcent de façon formelle sur l'efficacité d'une méthode . Nous avons passer en revue avec elles les méthodes comme la pilule, le DIU, les condoms et les injections. Toutes les méthodes obtiennent des scores faibles suivant l'appréciation des femmes.

Elles ne se déterminent pas à 91,7 % des cas (110/120) Cela traduit peut être la volonté d'être discrète sur leur choix mais aussi de se laisser une liberté pour un autre choix éventuel, ou une indifférence ou un manque d'information

Le niveau d'information sur les méthodes reste toutefois liée au niveau d'instruction.

Nous avons remarqué que les femmes lettrées pouvant s'enquérir d'informations avant d'arriver dans les centres demeurent plus à l'aise pour s'exprimer sur les méthodes. Celles dont les informations sont par personnes interposées réagissent lentement dans le souci de ne pas se tromper ou de ne pas décevoir leurs informateurs (personnel de santé) dans le sens qu'elles n'ont pas compris

Dans notre étude, réalisée auprès des sages-femmes (personnel chargé de P F dans les 6 communes du district de Bamako et du centre pilote de l'AMPPF), les sages-femmes se prononcent à 100% sur l'efficacité de la pilule. Quand au DIU leur attitude est mitigée Dans notre étude 83,3 % des femmes enquêtées approuvent l'efficacité de la pilule, leur avis sur le DIU est très mitigé . Dans la plupart des cas elles affirment n'avoir pas suffisamment d'information sur la méthode par la DIU (61 %) On retiendra surtout que les femmes ne se prononcent pas ni sur l'efficacité du DIU (93 %) ni sur les raisons de la non utilisation du DIU (25 %) Partant de ces constats l'unanimité étant réunie au tour de l'efficacité de la pilule, les sages- femmes ont donc tendance à guider le choix des femmes. L'attitude personnel des sages-femmes en faveur de la pilule (enquête CAP, FHI : devant une femme n'ayant aucune contre indication pour la pilule, la tendance observée chez ces sages-femmes est de prescrire la pilule systématiquement car la pose de DIU demande un geste médical plus spécialisé et requiert une certaine expérience de la part du prestataire

#### **4. Les moyens d'information**

##### **- L'attitude du personnel de santé :**

à vouloir recommander une méthode et non une autre influence les femmes. Cette attitude semble liée à une maîtrise imparfaite. de la technique du DIU.

##### **- Les centres de santé :**

7 % des femmes affirment avoir comme source d'information sur le DIU les centres de santé.

##### **- Les parents :**

ce facteur est très important comme source d'information sur le DIU : 31 % des femmes apprécient le DIU à partir de l'information des parents; contre 10 % pour l'information télévisée et 7,5 % pour l'information radiophonique.

Dans cette étude nous avons tenté de dresser un parallèle entre les résultats (femmes porteuses de DIU) et les résultats d'une thèse réalisée à Dakar sur le DIU. Il ressort que :

- dans notre étude les femmes mariées sont les plus nombreuses avec 60,3%. Ce qui cadre avec les résultats de la thèse de Dakar dans laquelle il y a 67% de femmes mariées. Ceci démontre que pour les femmes mariées la contraception est ressentie comme un moyen de limiter la famille dans des proportions compatible avec les possibilités socio- économiques.

## **CHAPITRE VI : conclusions, recommandations**

La contraception aussi bien traditionnelle que moderne est une pratique qui a été peu évaluée au Mali. Cependant nous constatons qu'il y a une natalité qui ne cesse d'augmenter malgré l'existence des différentes méthodes de P.F (qui sont d'ailleurs insuffisamment utilisées), et aussi l'existence d'un centre pilote de planification familial. Cette étude a pour but d'approfondir les études sur la contraception en général et plus particulièrement sur le DIU. Cela afin d'identifier les obstacles qui entrave l'utilisation du DIU dans le but d'améliorer la prestation et l'acceptabilité du DIU.

Cette étude a concerné l'ensemble des centres de SMI et PF du district de Bamako c'est à dire les 6 centres des communes du district et le centre pilote de l'A.M.P.P.F. Notre étude pilote n'a pas été menée sur un échantillon très important. Nous avons choisi, pour des raisons de temps et de moyens de réalisation une enquête sur un échantillon test de 322 femmes se répartissant comme suite :

- 100 femmes porteuses de dispositif intra-utérin récemment placé
- 102 femmes porteuses de dispositif intra-utérin depuis plus de 5 ans.
- 120 femmes utilisant une méthode autre que le DIU pour servir de

témoins.

Cette étude s'est déroulée de Janvier 1991 à Mars 1992 soit sur 14 mois. De cette étude il ressort que: 60 % des femmes mariées utilisent le DIU contre 45,8 % de patientes mariées pour la pilule. Les femmes célibataires optent volontier pour la pilule à 50,8 %. Elles sont en général nullipares. Ce qui n'a rien d'étonnant car la nulliparité fait partie des contes-indications relatives du stérilet.

Pour ce qui est du suivi régulier dans le temps, les femmes menagères sont plus nombreuses dans le suivi à cinq ans dans une proportion de 66,7 %. Les femmes travaillant dans le commerce et les affaires sont plus motivées au début 15 % contre seulement 1 % à la fin.

Les complications souvent redoutées par les femmes surviennent selon la durée d'utilisation du stérilet en effet les leucorrhées et les cervicites apparaissent respectivement au bout de cinq ans dans les proportions de 68,6 % et 16,7 %.

La leucorrhée vient en tête de liste des complications. Les manifestations sont tardives et le dispositif intra-utérin pourrait créer des conditions favorables à leur aggravation sous la forme de maladies inflammatoires du pelvis (MIP) concernant l'efficacité des méthodes, selon l'avis des femmes interrogées, toutes les méthodes (pilule, DIU, condoms, injections) obtiennent des scores faibles. En effet 31,7 % des femmes de moins de 5 ans d'utilisation n'ont aucune opinion quant à l'efficacité des méthodes. Cela se comprend aisément car ces femmes n'ont pas eu le temps nécessaire pour juger de l'efficacité de la méthode

Le facteur qui détermine le choix de la pilule dans notre étude, relève du personnel chargé de P. F dans les 6 communes du district de Bamako et du centre pilote de l'A.M.P.P.F l'unanimité étant réunie autour de cette méthode, les sages femmes ont donc tendance à guider le choix des femmes.

83,3 % des femmes témoins de notre étude approuvent l'efficacité de la pilule. Leur avis sur le DIU est très mitigé. Dans la plupart des cas elles affirment n'avoir pas suffisamment d'information sur la méthode DIU (61,6 %) et ne se sont pas non plus prononcées sur l'efficacité du DIU (93,3 %). Concernant la source d'information, 7 % des femmes témoins affirment avoir comme source d'information sur le DIU les centres de santé tant que 31 % des femmes ont reçu l'information par l'intermédiaire des parents. Ceci a une incidence négative sur la diffusion de message sur le DIU étant donné tous les préjugés existants autour de l'utilisation du DIU/Cancer, perforation, migration du stérilet au niveau de la tête.

De cette étude il apparaît que 61% des femmes affirment n'avoir pas utilisé le DIU par manque d'information. Ce qui dénote l'existence d'un problème d'information, d'éducation et de communication vis à vis du stérilet

De cette étude, il ressort que pour une bonne vulgarisation du DIU qui apparaît comme la méthode de contraception la mieux adaptée aux conditions des femmes au Mali : Ne s'achetant pas à la pharmacie, n'ayant aucune incidence sur la natation, nécessitant seulement une visite trimestrielle ou semestrielle et n'ayant aucun effet systémique hormonal sur l'organisme et pouvant rester en place dans l'utérus pendant 6 à 8 ans.

## RECOMMANDATIONS

La planification familiale a un impact réel sur le développement social et économique de notre pays. Une bonne politique de planification familiale passe par la recherche d'une méthode adoptée aux réalités du pays. Le DIU répond à ce critère Mais sa large diffusion passe par certains actions dont.:

- le dépistage systématique de toute maladie inflammatoire du pelvis chez les femmes devant recevoir un dispositif intra-utérin
- L'extension du DIU aux zones rurales qui ne connaissent que la pilule. Il faut également une formation du personnel sanitaire de ces zones aux techniques de dépistage et traitement des M.I.P et aux techniques d'insertion et de suivi du DIU.
- En diminuant au minimum la pose de DIU chez les femmes à partenaires multiples nous arriveront à diminuer.l'incidence des leucorrhées et des cervicites.
- Tout cela sera soutenu par une campagne d'information et d'explication dans le cadre de l'I.E.C à la télévision, à la radio et au niveau des centres de planification familiale.
- Un recyclage de tout le personnel chargé de planification familiale sur les méthodes contraceptives en général sur le DIU en particulier

### **Recommandations aux animatrices (sages-femmes) chargées des causeries et des prestations.**

Ces animatrices :

a) doivent et peuvent aider à éviter les réactions négatives vis à vis du DIU. Cela en apaisant l'angoisse des femmes en soulignant que le stérilet une fois bien placé dans l'utérus n'a aucun effet systémique (aucun risque cancérigène). et n'a pas de risque de migration dans les intestins comme bon nombre le pense.

b) doivent faire comprendre que certains type de DIU une fois placé peut rester 6 - 8 ans sans que l'on n'est besoin de le changer.(donc pratique).

c) doivent expliquer que le port de stérilet recommande une hygiène intime continue, mais ce port de stérilet proscrit les partenaires multiples pour ne pas favoriser la survenue de M.S.T et de M.I.P.

d) doivent faire comprendre que le DIU coûte moins cher que la pilule.

e) doivent faire des démonstrations d'insertion de stérilet aux femmes dans les centres de P.F afin qu'elles soient rassurée de la localisation bien intra-uterine et non intestinale ou intravaginale comme bon nombre le pense.

Certaines situation incitent à proposer le DIU, c'est par exemple le cas où il existe des contre-indications à la prise de pilule. Cette proposition doit alors être faite avec tact ; sans donner l'impression à la patiente que l'on veut intervenir directement dans sa vie privée

f) doivent expliquer avant la pose les petits incidents inhérents : légères douleurs, les métrorragie pendant les quelques semaines après que le dispositif ait été inséré, les règles abondantes les premiers mois.

g) doivent rassurer quant à l'éventualité d'un retour de la fertilité à l'arrêt de la méthode.

h) doivent respecter les contre-indication du DIU surtout afin d'éviter les risques de maladies inflammations du pelvis et exclure les femmes à risque de M.S.T.

i) Expliquer aux femmes l'absence d'incidence du DIU sur la lactation

On sait que dans le choix des méthodes, l'influence du prescripteur est déterminante chacun a son expérience personnelle préférence telle ou telle méthode. Il est impératif de recycler et de sensibiliser les sages femmes et les médecins quant à la pose de DIU.

## CHAPITRE VII résumé

Cette étude est une enquête épidémiologique et sociale, transversale à passage unique. Cette étude a concerné l'ensemble des centres SMI-PF du District de Bamako. L'enquête a porté sur toutes les femmes en âge de procréer de 15-49 ans désireuses d'une méthode contraceptive et ayant consulté dans un de ces centres de P.F. les informations recueillies auprès des femmes étaient portés sur un questionnaire. C'est ainsi que 322 femmes utilisant la contraception (toute méthodes confondues) ont été recensées. Ces femmes se répartissent comme suit:

- 100 femmes porteuses de DIU récemment placés
- 102 femmes porteuses de DIU depuis cinq ans
- 120 femmes utilisant une autre méthode

De cette enquête il ressort que :

60 % des femmes mariées préfèrent le DIU contre 45,8 % de femmes mariées pour la pilule.

Les femmes célibataires optent volontier pour la pilule à 50,8 %. Elles sont en général nullipares ce qui montre que les femmes mariées et célibataires n'apprécient pas de la même manière le stérilet et la pilule. Pour ce qui est du suivi régulier dans le temps, les femmes ménagères sont plus nombreuses dans le suivi à cinq ans dans une proposition de 66,7 %. Les femmes travaillant dans le commerce et les affaires, sont plus motivées 15 % contre seulement 1% à la fin.

Les complications surviennent selon la durée d'utilisation du stérilet. En effet les leucorrhées et les cervicites apparaissent respectivement au bout de cinq ans dans les propositions de 68,6 % et 16,7 %. la leucorrhée vient en tête de liste des complications favorables à l'aggravations de cette leucorrhée sous forme de maladie inflammatoire du pelvis. 91,7 % des femmes n'ont aucune opinion quant à l'efficacité des méthodes de contraceptions en général.

Dans notre étude le facteur qui détermine le choix important de la pilule (par rapport aux autres méthodes) relève de l'attitude du personnel chargé de PF. Car toutes les sages femmes enquêtées se prononcent sur l'efficacité de la pilule à 100 %. Mais quant au DIU leur réponse est très mitigées. Donc maîtrisant plus la pilule que le stérilet ces sages-femmes ont tendance à guider le choix des femmes.

De cette étude, il ressort que pour une bonne vulgarisation du DIU qui apparaît comme la méthode de contraception la mieux adaptée aux conditions des femmes au Mali (ne s'achetant pas à la pharmacie, nécessitant une visite trimestrielle, dépourvu d'effet systémique hormonale).

Il faut donc une large information sur la méthode de contraception en général et le DIU en particulier.

Il faut également lutter contre les MST avant la pose de DIU. Cela diminuera le risque survenu des maladies inflammatoires du pelvis (MIP) qui jettent un discrédit sur le DIU. Le rôle du personnel chargé de la pose de DIU doit consister à bien informer sur le DIU et ses contre indications afin d'apaiser l'angoisse des femmes pour cette méthodes qu'il faut reconnaître est entouré de beaucoup de préjugés : le DIU entraîne le cancer, le DIU se perd dans les intestins, le DIU entraîne la stérilité.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1• **Enquête E D S 1987**  
Résultats statistiques sur la contraception et la fécondité au Mali
- 2• **Rapport AMPPF 1989**
- 3• **Institut National de Recherche en Santé Publique**
- 4• **Planification Familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique**
- 5• **Leridon H. Sardon J.P.**  
La contraception en France en 1978.  
Une enquête INED-INSEE-I.  
La diffusion des diverses méthodes.  
Population 34, Déc. 1979, 1349, 1372.
- 6• **Collomb. P. Charlity**  
La contraception en France en 1978  
Une enquête INED-INSEE-II  
Différentielles démographiques, sociales et culturelles  
Population 34, Déc. 1979, 1373-1388.
- 7• **Collomb P.**  
La diffusion des méthodes contraceptives modernes en France de 1971 à 1978.  
Population 34, Nov. Déc. 1979, 1045-1066.
- 8• **Connaissances, Attitudes et Pratiques en matière de planification familiale des professionnels de la santé au Mali réalisé par :**  
L'AMPPF en collaboration avec Family Health International (FHI)  
Janvier 1991
- 9• **Bayoko Madani**  
La contraception et les contraceptifs.  
Mémoire Biologie E.N.S.U.P. Bamako - 1983-1984

- 10. Maïga Mariam Djibrilla**  
Contribution de Planification Familiale à l'amélioration de la santé  
de la mère et de l'enfant en milieu rurale au Mali  
Thèse Médecine Bamako, 1977 n° 7
- 11. Sabah Tarik**  
Contraception et planification familiale au Maroc  
Enquête à Fès, sur les problèmes liés à la contraception  
Thèse Pharmacie, Dakar, 1983 n° 120
- 12. Rokla Sanogo**  
Thèse 1989 E.N.M.P. n° 27
- 13. Enfant et femmes au Mali**  
(Une analyse de situation) - UNICEF
- 14. Lettres Circulaire n° 004 et 005**  
du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales 25/1/91
- 15. Fécondité et planification familiale au Mali**  
CERPOD - Janvier 1990
- 16. Annuaire statistique des service de santé année 1988**
- 17. Annuaire statistique des service de santé année 1989**
- 18. Annuaire statistique des service de santé année 1990**
- 19. Bannerman Robert H, Burton John, Ch'en Wenchier**  
(sous la direction de)
- 20. Magassa D. (présenté par)**  
Méthodes contraceptives AMPPF Bamako
- 21. Coulibaly Bakary**  
Planification familiale traditionnelle

**22. Famille et Développement Sexualité et Contraception**

Février 1988, n° 47/48

**23. Deborah M et Wray Joe**

Espacement des naissances

La situation des enfants dans le monde.

UNICEF 1984 - PP. 120-130

**24. Janud (A)**

Contribution à l'étude du mode d'action du DIU

Thèse Médecine, Paris VI, 130

**25. Renaud (M.)**

La contraception orale et le pharmacien.

Création Selbe - Paris - Août 1979

**26. Rochat (P.)**

Etude subjective et objective d'une contraception par DIU cuivre

Thèse Médecine, Paris - Lausanne, 1977

**27. Rquam (F.)**

Contribution à l'étude de la régulation de la conception

Thèse Médecine, Paris, 1970, 80

**28. Rozenbaum (H.)**

Que faire devant une demande de contraception

Edition Masson, Paris, New York, Barcelon 1976

**29. Serge Janau (J.)**

Contribution à l'étude du mode d'action des DIU

Thèse Médecine, Pitié-Salpêtrière, Paris VI, 1972, 130

**30. Koné Dabi (A.A.)**

Evaluation médico-sociale d'une action de planification à Dakar

Thèse Médecine, Dakar 1976, 39

**31• Audebert (A.)**

Principe de la contraception intrautérine.

Les dispositifs intrautérins.

Conférence, Ifres.

Edition Weth Bylla, Paris 1977, 63-64

**32• Verdoux (C.)**

La contraception

Le concours médical, 8 Novembre, 75, supplement du n° 39, 12-37.

## **A N N E X E S**

**ANNEXE 1 : FICHE D'ENQUETE : FEMME  
PORTEUSE DE DIU**

**ANNEXE 2 : FICHE D'ENQUETE : FEMME  
NON PORTEUSE DE DIU**

## QUESTIONNAIRE I : FEMMES PORTEUSES DE DIU

### Identification de la patiente

- 1 Age
- 2 type d'activité professionnelle
- 3 niveau d'éducation

- 1) primaire
- 2) secondaire
- 3) universitaire
- 4) aucun niveau

### Variables de fécondité

- 4 Nombre de grossesse ?
- 5 Nombre d'enfant vivant ?
- 6 Nombre d'avortement ?

### Antécédents gynécologiques

- 7 algie pelvienne
- 8 métrorragie
- 9 ménorragie
- 10 Dysménorrhée
- 11 Pertes vaginales
- 12 Aucun

### Connaissance des méthodes

- 13 connaissez-vous les méthodes contraceptives ?
  - oui
  - non
- 14 Si oui lesquelles ?
  - pilule
  - DIU
  - condom
  - diaphragme ou tampon
  - Injectable
  - Abstinence périodique
  - Plantes médicinales
  - méthodes traditionnelles
- 15 Comment avez-vous été informée sur cette méthode

## **Utilisation des méthodes contraceptives**

16 Utilisez-vous une de ces méthodes

- oui
- non
- Si oui laquelle
- Si non pourquoi

## **Changement de méthodes**

17 Avez-vous changé de méthode

- oui
- non

18 Pourquoi vous avez changé de méthode ?

19 Quelles sont les méthodes abandonnées ?

20 Raisons de cet abandon ?

## **Connaissance de la méthode de DIU**

21 Avez-vous jamais été informé sur le DIU comme méthode contraceptive ?

- oui
- non

22 Si oui comment

23 Pourquoi n'avez-vous jamais utilisé le DIU ?

- manque d'information
- mauvaise information
- refus du mari
- autres

24 Croyez-vous à l'efficacité du DIU ?

- oui
- non
- ne sait pas

25 Sinon pourquoi ?

26 Douleurs pelviennes à la pose

- aucune
- modérée
- intense

27 Complications associées à la pose

- aucune
- syncope
- vomissement
- autre

**28 Traitement des complications**

- traitement médical
- traitement chirurgical
- traitement traditionnel

**29 Dispositif posé par :**

- gynécologue
- médecin généraliste
- sage-femme
- infirmier
- autres

## QUESTIONNAIRE II

- Femmes ayant des antécédents de D I U
- Femmes utilisant une méthode autre que le D I U

### IDENTIFICATION DE L'ENQUETE

- 1 N° du dossier d'hôpital
- 2 Date d'admission jour, mois année
- 3 Nom de l'enquêtée
- 4 Nom du partenaire
- 5 Niveau d'éducation de l'enquête
  - 1° Primaire .....
  - 2° Secondaire.....
  - 3° Universitaire .....
  - 4° Aucun niveau .....
- 6 Profession de l'enquêtée
- 7 Profession du partenaire
- 8 Adresse
- 9 Situation matrimoniale
  - 1° Divorcée .....
  - 2° Veuve .....
  - 3° Célibataire.....
  - 4° Mariée
    - a) Monogamie.....
    - b) Polygamie .....
- 10 Ethnie Dogon

## IDENTIFICATION DE L'ETUDE

11 Non du centre \_\_\_\_\_ numéro \_\_\_\_\_

### LES FEMMES UTILISANT UNE METHODE CONTRACEPTIVE AUTRE QUE LE D I U

Connaissez-vous les méthodes contraceptives ?

- Oui .....
- Non .....

12 Si oui lesquelles

- 1) Pilule .....
- 2) D I U .....
- 3) Condon .....
- 4) Mousse .....
- 5) Injection.....
- 6) Abstinence périodique .....
- 7) Plantes médicales .....
- 8) Stérilisation .....

14 Comment avez-vous été informé sur ces méthodes :

15 Utilisez-vous une de ces méthodes

- 1) Oui .....
- 2) Non .....

16 Oui laquelle.....

17 SI non pourquoi.....

18 Avez-vous changé de méthodes

- Oui.....
- Non .....

19 Pourquoi vous avez changé de méthode

20 Quelles sont les méthodes abandonnées

21 Raisons de ce abandon

22 Pourquoi n'avez-vous jamais changé de méthodes

23 Avez-vous jamais été informé sur le D I U comme méthode  
contraceptive

- 1) Oui.....
- 2) Non.....

24 Si oui comment

25 Pourquoi n'avez-vous jamais utilisé le D I U

- 1) Manque d'information.....
- 2) Mauvaise information.....
- 3) Refus du mari.....
- 4) Autres.....

26 Avez-vous peur de l'utilisation du D I U

- Oui.....

- Non.....

- Ne sait pas.....

27 Si oui pourquoi

28 Selon vous quelle est la méthode contraceptive la plus efficace

29 Pourquoi

30 Croyez-vous à l'efficacité du D I U

- Oui.....

- Non.....

- Ne sait pas.....

31 Sinon pourquoi

### FEMME AYANT DES ANTECEDENTS DE D I U

32 Pendant combien de temps avez-vous utilisé le D I U 3 ans

33 Pourquoi l'avez-vous abandonnée

- Non efficacité.....

- Saignement anarchique .....

- Douleurs.....

- Pertes.....

- Règle abondantes et / ou prolongées...

- Refus du mari.....

- Autre.....

34 les motifs de votre choix pour la nouvelle méthode contraceptive. Ne supporte pas le D I U.

## **ABREVIATIONS**

**SMI:** santé maternelle et infantile

**PF:** planification familiale

**MST:** maladie sexuellement transmissibles

**MIP:** maladie inflammatoire du pelvis

**DIU** Dispositif intra-utérin

**CIU** Contraception intra-utérine

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois Humaines respectueuses et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.