

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

République du MALI

**Un Peuple-Un But-Une Foi**



**U.S.T.T.B**

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES  
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



**Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

**(FMOS)**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

**THEME**

**CONNAISSANCES ET ATTITUDES PRATIQUES DES FEMMES  
AGEES DE 16 A 35 ANS EN MATIERE DE CONTRACEPTION  
DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU  
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V  
(CSREF CV) DU DISTRICT DE BAMAKO.**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 21/09/2023

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**Par : M. MOUSSA NIMAGA**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

**(Diplôme d'Etat)**

**JURY**

**Président du Jury : Pr MAÏGA Boubacar**

**Membres du Jury : Dr BENGALY Ben Inhissa**

**Co-directeur de Thèse : Dr GOITA Issa Souleymane**

**Directeur de Thèse : Pr THERA. Tioukani. A**

# DEDICACES ET REMERCIEMENTS

## **DEDICACES :**

Je dédie ce travail

**A Mes pères : Chieckna NIMAGA, Youssouf NIMAGA, Malamine NIMAGA**

Vous êtes l'artisan de ce chemin parcouru, vos courages, vos rigueurs dans notre éducation ont fait de votre fils ce qu'il est aujourd'hui. Que ce travail soit le témoignage de ma fidèle reconnaissance.

**A Mes mères : Alimatou SANANKOUA, Awa NIMAGA, Fati MAIGA, feu Balakissa MAHAMANE**

Chères mères, les mots ne suffisent pas pour exprimer ma reconnaissance et mon admiration. Sans vous c'est sûr je n'y serais jamais arrivée. Merci pour votre amour et les valeurs que vous m'avez transmises. Nous espérons être à la hauteur et ne jamais vous décevoir. Puisse DIEU vous garder longtemps à nos côtés, Amen !

**Feu Balakissa MAHAMANE**

Je ne t'oublierais jamais, Maman, tu as consentis des sacrifices pour que j'arrive à bon port. Que la terre te soit légère ! Amina.

**A Mes Frères : Amadou Sékou, Baidy, Samba, Mamadou, Mahamoudou, Issa, Mohamed Cherif, Seydina Oumar, Bouba, Youssouf, Ibrahim, Demba, Wa ka Baidy, Bourama**

J'ai toujours bénéficié de votre soutien moral et surtout de votre compréhension, vous avez su privilégier en toute circonstance l'esprit de famille et vous avez été d'un secours infailible. Vous m'avez toujours montré ce qu'est une famille unie ! Je dédie ce travail à la solide de la famille que nous formons.

**Seydina Oumar :** C'est grâce à tes conseils et suggestions et surtout à ton assistance que j'ai pu atteindre ce jour ; je ne saurais jamais te remercier assez, qu'ALLAH t'accorder du bonheur ; longue vie.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

**A Mes sœurs : Assan, Sadio, Mamou, Fatoumata, Sadio, Koudeidia, Hawa, Saratou, Balakissa, Badiallo, Mamou**

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Chère famille rien ne me prédestinait à devenir médecin. Vous avez pensé que ce serait difficile et long, mais vous m'avez soutenu. Voici le résultat !

**A mes belles-sœurs : Badiallo, Hawa Baidy, Dougo, Kadidiatou, N'Baye, Fatim, Bingui, Hanta, Mariam, Badiallo**

Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté tout au long de ce cycle.

**A mes cousins, cousines et neveux, nièces :**

Merci pour vos encouragements et conseils.

**A Mlle Bathily Badiallo :**

Tu as su me reconforter durant des moments difficiles ; je ne pourrai jamais t'oublier. Cette thèse est le fruit de tes encouragements merci.

## **REMERCIEMENTS**

### **A Allah**

Louange à ALLAH le souverain du monde que nous adorons et dont nous implorons la très haute bénédiction. Louange à ALLAH et à son PROPHETE MOHAMAD (PSL) qui a fait que je sois de ce monde et qui m'a apporté un soutien sans faille et le courage nécessaire pour venir à bout de ce travail. Que sa bénédiction et sa protection soient sur nous tous.

### **A mes amis : Siriman Diabaté, Fatoumata Cissé, Moussa Samaké, Aissata Traoré**

Rien n'est plus important que l'amitié ; recevez donc à travers ce modeste travail l'expression de mes vifs sentiments d'amitié.

### **A tous mes camarades de la FMOS : Hawa Nimaga, Bakary Nimaga, Ibrahim Nimaga, Djibril Diakite, Abdoulaye Toure, Nono Kalifa Keita, Ibrahima Koné, Mohamed Keita, Abdoulaye Konaté**

Vous avez été pendant tous ces moments difficiles du parcours mes compagnons de galère. Ensemble nous avons enduré toutes les souffrances jusqu'à ce jour.

### **A tout le personnel du service de Gynécologie Obstétrique du CSRef CV de Bamako : Médecins, Sage Femmes**

Merci pour votre encadrement, que Dieu vous récompense pour votre bonté. Ce travail est aussi le vôtre.

### **A tous mes collègues internes du CSRef CV : Tahirou Bah, Mamadou Kourekama, Mathieu Doumbo, Kalilou Sidibe, Aboubacar Thienta, Siné Diallo, Issa Coulibaly, Mamadou Traore, Moumoumi Traore, Barakissa Coulibaly, Affoussatou Daniogo**

Vous êtes bien placés pour comprendre toutes les difficultés que j'ai traversé tout au long de l'élaboration de ce document. Nous avons traversé ensemble de bons et mauvais moments. Merci pour vos conseils, écoutes, soutiens et surtout votre bonne collaboration.

**A Dr Sidibé Abdoulaye :**

Pour votre constante disponibilité, votre soutien et vos précieux conseils. Je ne saurais par de simples mots vous remercier pour tous les services rendus.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

**A Dr SINAYOKO Adama, Dr OULALE Oussen**

Les mots me manquent pour vous remercier de votre disponibilité indéfectible.

**A mes maitres formateurs : Dr Traoré Oumar Moussokoro, Dr Saoudatou Tall, Dr Niagalé Sylla, Dr Saleck Doumbia, Dr Nouhoum Diakité**

Vous êtes des encadreurs exemplaires semblables à un océan du savoir dans votre service. Pour m`avoir toujours fait profiter de votre expérience, vous êtes et resterez des modèles pour moi.

**Pr Soumana Oumar Traoré :**

La rigueur et la qualité scientifique de votre enseignement dans le service, votre disponibilité constante ainsi que les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé mon admiration.

Si nous soutenons aujourd`hui, c`est grâce à vos efforts inlassables et sans faille. Merci pour la qualité des différentes formations acquises. Votre générosité et sympathie me serviront de fil conducteur. Que Dieu vous fasse grâce et miséricorde cher maitre.

**A tous les professeurs de la maternelle à la faculté de médecine et d`odontostomatologie**

Pour leur amour de la transmission du savoir

**Au Mali :** Pour les efforts consentis : éducation, formation, nous te servons avec amour, loyauté et patriotisme.

**A tous ceux de près ou de loin qui m`ont apporté soutien et amour dans l`élaboration de ce travail si modeste soit-il.**

# HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY À NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY :**

**Professeur MAÏGA Boubacar**

**-Maître de conférences à la FMOS**

**-Chef adjoint de DER des sciences fondamentales à la FMOS**

**-Enseignant chercheur au Malaria Research and Training Center**

**(MRTC) et au département des affections parasitaires (DEAP)**

**-PhD en immunologie à l'université de Stockholm en Suède**

**-Responsable de cours d'immunologie à la FMOS.**

Honorable Maître, La spontanéité et l'amour de la profession avec lesquels vous avez accepté de présider ce jury de thèse nous ont beaucoup marqué. Votre sagesse, votre facilité de transmettre vos qualités d'homme de science qui n'ont d'égale que votre personnalité font de vous l'idole de tous. C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme Président du jury malgré vos multiples sollicitations. Cher Maître, nous vous souhaitons encore du temps pour que nous puissions encore bénéficier de vos expériences. Que l'Eternel vous donne longue et heureuse vie !

## **À NOTRE MAITRE ET JURY :**

**Docteur BENGALY Ben Inhissa**

**-Spécialiste en médecine de famille, médecine communautaire**

**-Médecin Directeur Technique au Centre de Santé communautaire universitaire (CSCOM U) de Koniakary**

**-Médecin de la fédération de taekwondo du Mali**

**-Ancien président du Comité Universitaire pour la Coordination des Arts Martiaux (CUCAM) du Mali.**

**-Président de l'association lumière pour la jeunesse.**

**-Maître enseignant et praticien du taekwondo dont lui-même détenteur d'une ceinture noire 4<sup>ème</sup> dan**

Cher Maître, merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury malgré vos nombreuses occupations.

Vos grandes qualités pédagogiques et scientifiques et votre humeur constamment joviale font de vous un maître admirable.

Trouvez ici, cher maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

## **À NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :**

**Docteur GOÏTA Issa Souleymane**

**-Maitre-assistant à la FMOS/ USTTB**

**-Spécialiste en Médecine de famille/médecine communautaire**

**-Titulaire d'un Diplôme Universitaire de drépanocytose à la FMOS de l'USTTB ;**

**- Titulaire d'un Diplôme Universitaire en gestion et analyse des données de santé à L'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Education (IFRISSE) d'Ouaga (Burkina Faso)**

Cher Maître, votre souci constant du travail bien fait, votre art de transmettre le savoir et votre attachement à la formation correcte de vos élèves font de vous un maître de référence. Votre caractère sociable fait de vous un homme exceptionnel toujours à l'écoute des autres. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, et surtout de votre savoir-faire. Recevez ici l'expression de toute notre profonde gratitude et notre haute considération.

## **À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :**

**Professeur THERA Tioukani Augustin.**

- Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU du Point G ;**
- Maitre de conférences agrégé de gynécologie obstétrique ;**
- Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (France) ;**
- Titulaire d'un Diplôme d'Etude universitaire en thérapeutique de la Stérilité-Université Paris IX (France) ;**
- Titulaire d'un Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie : Université d'Auvergne, Clermont Ferrant (France) ;**
- Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire d'Echographie gynécologique et obstétricale : Université Paris Descartes ;**
- Membre de société africaine et française de gynécologie obstétrique**
- Président de la commission médicale au CHU du point G**

Honorable Maître, Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Vos admirables qualités scientifiques, sociales et morales et votre simplicité font de vous un Maître respecté de tous. Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître exemplaire et témoigne aussi de l'importance que vous attachez à la formation. Vos nombreuses tâches ne vous ont pas empêché d'apporter votre contribution à ce travail. Recevez ici notre profonde reconnaissance, que Dieu vous prête une longue vie.

# GLOSSAIRE ET TABLE DES FIGURES

## **ABRÉVIATIONS**

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**COC** : Contraceptif Oraux Combiné

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire

**CSCOM U** : Centre de Santé communautaire universitaire

**CSRéf** : Centre de Santé de Référence

**CUCAM** : Comité Universitaire pour la Coordination des Arts Martiaux

**DIU** : Dispositif Intra -Utérin

**EDSM-VI** : Enquête Démographique et de Santé du Mali-VI

**FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie

**HRP** : Programme de la Reproduction Humaine

**IIG** : Intervalle Inter-Génésique

**IST** : Infection Sexuellement Transmissible

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

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PF** : Planification Familiale

**SIDA** : Syndrome d'Immuno-Déficienc e Acquis e

**USTTB** : Université des sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

## Liste des Tableaux

<b>Tableau I: Répartition des patientes selon la tranche d'âge .....</b>	<b>38</b>
<b>Tableau II: Répartition des patientes selon la profession .....</b>	<b>39</b>
<b>Tableau III: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.....</b>	<b>40</b>
<b>Tableau IV: Répartition des patientes selon le statut matrimonial .....</b>	<b>40</b>
<b>Tableau V: Répartition des patientes selon la gestité .....</b>	<b>41</b>
<b>Tableau VI: Répartition des patientes selon le nombre d'enfant vivant .....</b>	<b>42</b>
<b>Tableau VII: Répartition des patientes selon l'intervalle inter génésique ..</b>	<b>42</b>
<b>Tableau VIII: Répartition des patientes selon la signification de la contraception .....</b>	<b>43</b>
<b>Tableau IX: Répartition des patientes selon les sources d'informations sur la contraception .....</b>	<b>44</b>
<b>Tableau X: Répartition des patientes selon la connaissance des méthodes contraceptives .....</b>	<b>45</b>
<b>Tableau XI: Répartition des patientes selon les méthodes contraceptives qu'elles connaissent .....</b>	<b>46</b>
<b>Tableau XII: Répartition des patientes selon l'intervalle inter génésique normale.....</b>	<b>47</b>
<b>Tableau XIII: Répartition des patientes selon la connaissance de l'existence d'une unité de planification familiale au CSRef .....</b>	<b>47</b>
<b>Tableau XIV: Répartition des patientes selon la connaissance des risques encourus au non pratique de la contraception .....</b>	<b>48</b>
<b>Tableau XV: Répartition des patientes selon la méthode contraceptive préférée.....</b>	<b>48</b>
<b>Tableau XVI: Répartition des patientes selon les sources d'approvisionnement en contraception .....</b>	<b>49</b>
<b>Tableau XVII: Répartition des patientes selon l'utilisation de la contraception .....</b>	<b>49</b>
<b>Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la raison de l'utilisation de la contraception .....</b>	<b>50</b>
<b>Tableau XIX: Répartition des patientes selon la raison du non utilisation de la contraception .....</b>	<b>50</b>
<b>Tableau XX: Répartition des patientes selon le malaise lie à la contraception .....</b>	<b>51</b>
<b>Tableau XXI: Répartition des patientes selon la fréquentation de l'unité de planification familiale.....</b>	<b>52</b>
<b>Tableau XXII: Répartition des patientes selon l'utilisation de la contraception au moment de l'enquête .....</b>	<b>52</b>

<b>Tableau XXIII: Répartition des patientes selon la méthode contraceptive utilisée au moment de l'enquête .....</b>	<b>53</b>
<b>Tableau XXIV: Répartition des patientes selon la source de motivation pour la pratique de la contraception .....</b>	<b>55</b>
<b>Tableau XXV: Répartition des patientes selon le lieu de pratique de la contraception .....</b>	<b>55</b>
<b>Tableau XXVI: Répartition des patientes selon la cause du choix du lieu..</b>	<b>56</b>
<b>Tableau XXVII: Répartition des patientes selon l'appréciation de la contraception .....</b>	<b>56</b>
<b>Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon la non appréciation de la contraception .....</b>	<b>57</b>

## Liste des figures

<b>Figure 1: Les contraceptifs oraux ou pilules.....</b>	<b>9</b>
<b>Figure 2: Le contraceptif injectable progestatif (Dépo-Provera) .....</b>	<b>11</b>
<b>Figure 3: Le préservatif masculin.....</b>	<b>12</b>
<b>Figure 4: Le préservatif féminin .....</b>	<b>13</b>
<b>Figure 5: la cape cervicale .....</b>	<b>14</b>
<b>Figure 6: Le dispositif intra-utérin (stérilet) .....</b>	<b>16</b>
<b>Figure 7: L'implant "Implanon" .....</b>	<b>17</b>
<b>Figure 8: Le patch "EVRA" .....</b>	<b>18</b>
<b>Figure 9: L'anneau vaginal "Nuvaring" .....</b>	<b>20</b>
<b>Figure 10: La contraception d'urgence (Norlevo).....</b>	<b>21</b>
<b>Figure 11: Les spermicides .....</b>	<b>22</b>
<b>Figure 12: Ligature ou obturation des trompes .....</b>	<b>23</b>
<b>Figure 13: la vasectomie .....</b>	<b>24</b>
<b>Figure 14: La méthode du calendrier ou Ogino .....</b>	<b>25</b>
<b>Figure 15: La courbe des températures .....</b>	<b>26</b>
<b>Figure 16: La méthode de la glaire ou Billings.....</b>	<b>26</b>
<b>Figure 17: Les tests d'ovulation : Persona .....</b>	<b>27</b>
<b>Figure 18: Allaitement maternel.....</b>	<b>28</b>
<b>Figure 19: Le « Tafo ».....</b>	<b>28</b>
<b>Figure 20: « Nasi ».....</b>	<b>29</b>
<b>Figure 21: Carte sanitaire de la commune v.....</b>	<b>34</b>
<b>Figure 22: Répartition des patientes selon la résidence.....</b>	<b>39</b>
<b>Figure 23: Répartition des patientes selon le fait d'entendre parler de la contraception .....</b>	<b>43</b>
<b>Figure 24: Répartition des patientes selon la personne qui doit utiliser la contraception .....</b>	<b>45</b>

**Figure 25: Répartition des patientes selon la survenue du malaise sous contraception ..... 51**

**Figure 26: Répartition des patientes selon la cause de non utilisation de la contraception au moment de l'enquête ..... 54**

## **Table des matières**

<b>DEDICACES :</b> .....	<b>II</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>IV</b>
<b>HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY</b> .....	<b>VII</b>
<b>ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>XII</b>
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>II. OBJECTIFS</b> .....	<b>4</b>
<b>Objectif général :</b> .....	<b>4</b>
<b>Objectifs spécifiques :</b> .....	<b>4</b>
<b>III. Généralité</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Définitions</b> .....	<b>6</b>
<b>IV. METHODOLOGIE</b> .....	<b>33</b>
<b>1) Cadre d'étude :</b> .....	<b>33</b>
<b>V. RESULTATS :</b> .....	<b>38</b>
<b>VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> .....	<b>59</b>
<b>VII. CONCLUSION</b> .....	<b>67</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>68</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>69</b>
<b>Fiche d'enquête</b> .....	<b>76</b>

# INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION

C'est lors de la conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, que le recours à la planification familiale a été consacré en langage de droit au niveau international. Pour l'OMS, la planification familiale permet aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement de naissances. Elle consiste à utiliser des méthodes contraceptives et à traiter l'infécondité [1].

La planification familiale est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter ». Elle concerne tant les filles que les garçons. De façon générale, les méthodes de contraception visent à empêcher : soit l'ovulation (c'est le cas de la pilule), soit la fécondation (c'est le cas du préservatif), soit l'implantation de l'œuf (c'est le cas du stérilet) [2].

En Afrique, la contraception occupe une place importante dans les politiques de santé publique. La planification familiale est l'un des quatre piliers de l'initiative en faveur d'une maternité sans risques qui vise à réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile dans les pays en développement [10]. Les taux élevés de mortalité maternelle et infantile justifient l'attention accordée à ce sujet et soulignent l'ampleur des défis [11]. L'utilisation de la contraception permet d'éviter les grossesses non désirées ou non planifiées et prévient des grossesses à risque. Plusieurs études ont montré que les multipares, les grandes multipares ainsi que les femmes dont les intervalles inter-génésiques sont inférieurs à deux ans sont plus exposées aux décès maternels [12].

Au Mali, la faible utilisation des services de santé de la reproduction en général et de la planification familiale (PF) en particulier contribue fortement aux maladies ou aux décès des femmes pendant et/ou après l'accouchement et des enfants de moins d'un an. L'Enquête Démographique et de Santé, EDS V 2012-2013 réalisée au Mali indique d'importants besoins non satisfaits de PF de 26%.

Ceci contraste avec une utilisation actuelle des méthodes de contraception moderne très faible de 9,9% [6].

Au Mali, le concept de Planification Familiale (PF) comprend un ensemble de mesures et de moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles et juvéniles notamment celles liées aux IST-VIH/SIDA, aux grossesses non désirées, aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel [12].

Cette étude s'inscrit dans le cadre de la recherche des problèmes des connaissances et pratiques des femmes sur la contraception afin de contribuer à une meilleure compréhension du thème pour pouvoir aider les instances compétentes à apporter des solutions adéquates.

# OBJECTIFS

## **II. OBJECTIFS**

### **Objectif général :**

Etudier les connaissances et attitudes pratiques des femmes âgées de 16 à 35 ans en matière de contraception dans le service de gynécologie obstétrique du centre de Santé de Référence de la Commune V (CSRef CV) du district de Bamako.

### **Objectifs spécifiques :**

- Déterminer les caractéristiques socio- démographique.
- Préciser le niveau de connaissance des femmes sur la contraception.
- Déterminer la prévalence de la contraception chez les femmes cours de l'enquête.
- Déterminer les attitudes pratiques des femmes en matière de contraception.
- Identifier les facteurs limitant l'adhésion des femmes à la contraception.

# GENERALITES

### III. GENERALITE

#### 1. Définitions

##### **Définition de la planification familiale (PF)**

Selon l’OMS, la planification familiale est l’ensemble des mesures et méthodes que les hommes et les femmes prennent ou utilisent pour éviter des grossesses non désirées et organiser la venue des enfants quand ils le désirent. Elle leur permet d’avoir des enfants au moment où ils le décident, d’avoir juste le nombre d’enfant qu’ils désirent et dont ils peuvent prendre soins, d’espacer convenablement la naissance de leurs enfants [13].

Au Mali, les normes définissent la planification familiale comme l’ensemble des moyens et techniques médicaux ou non, mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d’assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d’enfant désiré au moment voulu [14].

**La contraception** : La contraception est l’utilisation de procédés temporaires et réversibles destinés à empêcher la conception, sont donc exclus de cette définition les procédés chirurgicaux irréversibles (vasectomie, ligatures des trompes) qui restent dans le cadre d’une stérilisation [13]. Elle permet aux couples et individus d’avoir des enfants au moment où ils le décident, d’avoir juste le nombre d’enfant qu’ils désirent et dont ils peuvent prendre soins, d’espacer convenablement la naissance de leurs enfants.

#### 1. Histoire de la contraception

##### **Dans le monde**

Selon Serfaty [15], la limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances. La contraception était pratiquée dans l’antiquité, elle fut ensuite et l’est encore de nos jours dans des proportions extrêmement variables

selon les lieux et les époques. Ceci nous montre la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle [15] Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix. C'est le propre de la pensée religieuse [15]. L'histoire de la contraception n'est en dehors des moyens employés, qu'une illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée toujours présents dans la société ou chez l'individu lui-même : le conservatisme ou le changement ; la tradition ou le progrès ; la foi ou la raison [15]. Autrement, si l'homme tend en général à vouloir modifier son être, non pas pour le sens d'un artifice destructeur, mais pour son bien actuel et futur, le contrôle de sa reproduction fait partie de ce souci d'une vision large de son avenir.

### **Au Mali**

Les sociétés traditionnelles ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique culturel, économique et spirituel. Une nombreuse progéniture est source à la fois de richesse (maximum de bras valides pour augmenter la production) et de bénédiction divine [16]. La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme [16].

Une femme doit avoir des enfants, mais il demeure également vrai que la survenue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement serait sujette à de moqueries, appelée en langue Bambara « serrées ». Aussi, avoir des enfants « hors-mariage » ou adultérins en Bambara « Gnamoko den » renvoie à un signe de mauvaise éducation et d'immoralité et la femme y paie plus que l'homme [16].

Malgré le comportement pro-nataliste, les Maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances : c'est ainsi qu'après un accouchement, il est de

coutume de séparer le couple pendant un certain temps. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement [16].

On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs comme le « tafo ». La fréquence de ces pratiques serait en diminution notamment dans le milieu urbain [16].

La société malienne contemporaine est prise en porte-à-faux entre les valeurs séculaires (culturelles, morales et religieuses) et les logiques postcoloniales d'une culture de la raison et de la liberté de l'individu selon le modèle d'humanisme progressiste hérité à la fois du colonialisme et de la révolution sociale des années 1962 [16].

## **2. Les méthodes contraceptives**

### **Les méthodes de contraception modernes**

#### **Les contraceptifs oraux ou pilules**

Il existe deux grands groupes : les contraceptifs oraux combinés (œstrogène plus progestérone) et les contraceptifs oraux progestatifs.

#### **Mode d'action :**

La pilule œstro-progestative agit principalement en bloquant l'ovulation, en modifiant l'endomètre qui devient inflammatoire de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf et en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col.

La micropilule (micro dose de progestatif) agit uniquement en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col sauf la micropilule Cerazette qui supprime aussi l'ovulation.

### **Les avantages des pilules :**

C'est une méthode contraceptive très efficace, très bien tolérée, efficace dès le 1<sup>er</sup> comprimé.

Elle permet d'avoir des cycles réguliers et les règles sont moins abondantes, moins longues et moins douloureuses. Le retour à la fécondité est d'environ 3 à 7 mois.

### **Les inconvénients :**

Il peut y avoir des petits saignements (spotting) en dehors des règles surtout lors des premières plaquettes, de nausées, douleurs et des gonflements des seins.

La prise de poids, exceptionnelle, est toujours modérée.

### **Les contre – indications :**

Les contres indications sont : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, les antécédents d'accident thromboembolique, les femmes diabétiques, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [17].



**Figure 1: Les contraceptifs oraux ou pilules**

### **Les contraceptifs injectables**

Les contraceptifs injectables sont des méthodes populaires parce que leurs utilisatrices n'auront besoin de consulter un prestataire qu'à certains intervalles, mais aussi parce qu'ils sont très efficaces. De plus, ils peuvent être utilisés à l'insu du partenaire et qu'ils ne gênent pas les relations sexuelles.

Les contraceptifs injectables combinés contiennent deux hormones, l'œstrogène et un progestatif. Ils sont administrés par voie intramusculaire une fois par mois.

Les contraceptifs injectables progestatifs (tels le Dépo-Provera et le Noristérat) ne contiennent pas d'œstrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite toutes les 8 à 12 semaines, selon le type de contraceptif injectable choisi [17].

### **Les avantages :**

Ils sont faciles à utiliser. Ils nécessitent que peu de consultation médicale et ils sont très efficaces.

### **Les inconvénients :**

Comme les pilules les patientes sous contraceptifs injectables peuvent présenter des saignements en dehors des règles « spotting » et parfois des règles prolongées ou même des ménometrorragies, la prise de poids et le long retour à la fécondité.

### **Les contres indications :**

- Insuffisance hépatique ;
- Hépatite ou antécédents,
- Cancer du sein ou de l'endomètre ;
- Les maladies thromboemboliques ;
- Les fibromes utérins ;
- Le Diabète ;
- Obésité ;
- Hypertension artérielle ;
- Grossesse ou suspicion de grossesse.



**Figure 2: Le contraceptif injectable progestatif (Dépo-Provera)**

La contraception mécanique :

Les préservatifs : la meilleure des protections contre les IST / VIH/ SIDA.

### ***Le préservatif masculin***

C'est un étui en latex avec ou sans réservoir. Au moment de l'éjaculation le sperme est recueilli dans le préservatif et n'est pas répandu dans le vagin.

### **Mode d'emploi :**

Si le préservatif ne possède pas de réservoir il faut laisser 1 à 2 cm en haut afin de créer un réservoir, pincer le haut du préservatif entre les doigts pour en chasser l'air, dérouler le sur le pénis en érection avant la pénétration, aussi loin que possible ; le petit bourrelet de l'anneau doit être tourné vers l'extérieur. Il faut se retirer avant la fin de l'érection en le retenant à la base.

### **L'efficacité :**

Le taux d'échec est inférieur à 5 % s'il est bien utilisé, son efficacité est renforcée s'il est associé à des spermicides.

### **Les avantages :**

C'est la meilleure protection contre les IST et le VIH/ SIDA. C'est une méthode simple, facile à se procurer. Il permet la prise en charge de la contraception par l'homme et la protection contre le cancer du col. Il est en vente libre et disponible.

### **Les inconvénients :**

Il peut diminuer la qualité et la spontanéité de l'acte sexuel. Il doit être mis sur le pénis en érection et être retiré avant la fin de l'érection sinon le préservatif n'est plus maintenu et peut laisser passer le sperme dans le vagin. Il peut se

Déchirer, le taux de grossesse non-désirée est plus important qu'avec la pilule ou le stérilet.



**Figure 3: Le préservatif masculin**

### **Le préservatif féminin : Femidon**

C'est une gaine cylindrique pré-lubrifiée en polyuréthane. IL comprend un anneau interne facilite l'introduction dans le vagin et son maintien pendant le rapport et un anneau externe repose sur la vulve pour permettre de retenir le préservatif pendant le rapport.

### **Le mode d'emploi :**

Peut être mis à n'importe quel moment avant le rapport sexuel.

### **L'efficacité :**

Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

## Les avantages :

C'est une excellente protection contre les IST et le SIDA. Il est utilisable par la femme en cas de refus ou d'impossibilité d'utilisation du préservatif masculin.



**Figure 4: Le préservatif féminin**

## Le diaphragme et la cape cervicale

### Mode d'action :

Le diaphragme est une membrane en latex ronde et concave tendue sur un ressort circulaire. Il est placé dans le vagin avant les rapports sexuels pour recouvrir le col de l'utérus. La cape cervicale est une cupule en silicone, elle est placée au fond du vagin avant les rapports sexuels pour couvrir le col de l'utérus, comme un dé à coudre.

### Le mode d'emploi :

Ils sont à utiliser avec des spermicides. Ils empêchent le sperme de pénétrer dans le col de l'utérus. Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape.

L'utilisation des capes cervicales est à rapprocher de celle du diaphragme. Le choix de la taille est évalué par le médecin qui aide la femme à savoir placer le diaphragme ou la cape cervicale.

### L'efficacité :

S'ils sont correctement utilisés et à tous les rapports sexuels, leur efficacité est supérieure à celle des spermicides seuls et équivalente à celle des préservatifs.

### **Les Avantages :**

C'est la méthode vaginale de contraception la plus fiable, peu onéreuse, pas de contre-indication médicale, pas de risque pour la santé. Il peut être placé discrètement à l'avance, il diminue le risque du cancer du col de l'utérus, elle est immédiatement réversible.

### **Les inconvénients :**

Le taux d'échec est élevé si mal utilisé. La mise en place nécessite un apprentissage avec un médecin entraîné. Le spermicide peut couler de façon excessive. Ils sont un peu encombrants [17].



**Figure 5: la cape cervicale**

### **Les dispositifs intra-utérins (stérilet)**

#### **Mode d'action :**

Plusieurs modes d'action sont avancées : une altération des spermatozoïdes par l'action du cuivre qui empêche la fécondation, une modification de l'endomètre qui empêche la nidation de l'œuf, une modification de la glaire cervicale pour les stérilets au progestatif ce qui empêche les spermatozoïdes de franchir le col.

Il existe différentes formes, différentes tailles. Le médecin choisira le stérilet le mieux approprié à chaque femme soit en cuivre ou en progestatif.

### **Le mode d'emploi :**

Il est posé par le médecin ou la sage-femme formée, en principe à la fin des règles ou n'importe quel jour du cycle. Sans anesthésie, il est introduit par le col, placé au fond de l'utérus, les fils du stérilet dépassant le col pour permettre le contrôle du stérilet (par le médecin et par la sage-femme) et aussi le retrait.

En cas de contraception d'urgence il doit être posé dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé éventuellement.

La durée est de 3 à 12 ans selon les stérilets. La surveillance médicale régulière est de 1 à 2 fois par an. Le retrait se fait pendant ou après les règles de façon indolore et simple.

### **L'efficacité :**

Il est efficace dès la pose.

### **Les avantages :**

C'est une méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée, réversible dès le retrait.

### **Les inconvénients :**

Les règles peuvent être abondantes et longues avec certains stérilets. Il y a la possibilité de douleurs et saignements en dehors des règles, les risques d'infection en cas de partenaires multiples. Dans certains cas, il est peu conseillé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants à cause du risque de stérilité en cas d'infection. Il faut noter qu'il y a moins de risque d'infection avec le stérilet au progestatif. Avec les stérilets il y a un risque d'expulsion de grossesse.

### **Les contre – indications :**

- Les infections récentes de l'utérus ou des trompes ;
- Antécédent de grossesse extra-utérine (dans certains cas) ;

- Les malformations utérines importantes ;
- Les maladies hémorragiques pour le stérilet en cuivre ;
- Certains fibromes ;
- Les femmes n'ayant jamais eu d'enfant [17].



**Figure 6: Le dispositif intra-utérin (stérilet)**

## **Les autres méthodes modernes**

### **L'implant "Implanon"**

C'est un implant sous-cutané en forme de bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large, qui délivre en continu de faibles doses d'hormone (progestérone). Au Mali, on dispose surtout du Norplant qui est de 6 capsules pour 5 à 7 ans et le jadelle qui est de 2 capsules.

### **Mode d'action :**

Il agit en empêchant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

### **Le mode d'emploi :**

L'implant se met sous la peau de la face interne du bras, à l'aide d'un applicateur stérile à usage unique après une anesthésie locale.

Il se retire aussi après une anesthésie locale, à l'aide d'une petite incision de 2 mm, avec une pince. La pose et le retrait sont simples et rapides, environ 1 minute 30 pour la pose et 3 minutes 30 pour le retrait. Il est mis en place pour 3 ans par le médecin ou la sage-femme pendant une consultation.

**L'efficacité :**

Elle est très efficace dès la pose.

**Les avantages :**

Il n'y a pas de problème d'observance, il est bien toléré et réversible.

**Les inconvénients :**

Il peut y avoir des troubles du cycle, pouvant être un motif de retrait. Il laisse une petite cicatrice de 2 mm au niveau de la zone d'insertion.

**Les contre- indications :**

- Thrombose évolutive ;
- Affection hépatique sévère.



**Figure 7: L'implant "Implanon"**

**Le patch "EVRA" :**

C'est un patch de 20 cm<sup>2</sup> qui délivre une association œstro-progestative, comme une pilule à 20 microgrammes.

**Mode d'action :**

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

### **Le mode d'emploi :**

On doit utiliser un (01) patch par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch). Les 4 sites d'application possibles sont : le bras, l'abdomen, le tronc, les fesses.

### **L'efficacité :**

Il est très efficace à condition d'être bien utilisé.

### **Les avantages :**

Il y a une meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oubli, très bien toléré et réversible dès l'arrêt. Il permet d'avoir des cycles réguliers, des règles moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

### **Les inconvénients :**

Il est visible et peut se décoller dans 2 à 3% des cas. Comme pour toute contraception hormonale on peut observer des céphalées, des nausées, une prise de poids et une tension mammaire.

### **Les contre- indications :**

Les contre- indications sont les mêmes comme pour la pilule œstro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans.



**Figure 8: Le patch "EVRA"**

### **L'anneau vaginal "Nuvaring" :**

L'anneau NUVARING (diamètre = 54 mm et section = 4 mm) délivre une association œstro-progestative, comme une pilule à 15 microgrammes.

#### **Mode d'action :**

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

#### **Le mode d'emploi :**

On doit utiliser un anneau par cycle pendant 3 semaines et une (01) semaine sans anneau. Les règles auront lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule. L'insertion et le retrait sont simples.

**L'efficacité :** Comme la pilule œstro-progestative, il est efficace à condition d'être bien utilisé. C'est efficace dès la pose du 1er anneau et aussi pendant la semaine d'arrêt.

#### **Les avantages :**

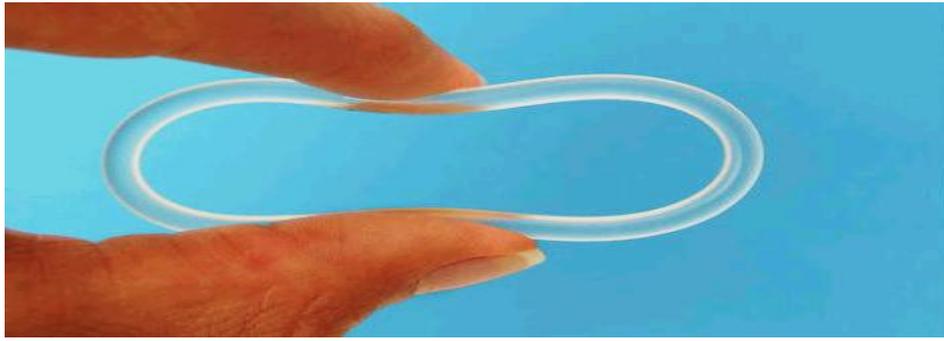
- Mise en place et retrait facile ;
- Meilleure observance qu'avec la pilule ;
- Moins de risques d'oublis ;
- Mêmes avantages que la pilule.

#### **Les inconvénients :**

Comme pour toute contraception hormonale, on peut observer des nausées, des céphalées, une prise de poids, de la tension mammaire.

#### **Les contre – indications :**

Les contre-indications sont comme celles de la pilule œstro-progestative.



**Figure 9: L'anneau vaginal "Nuvaring"**

### **La contraception d'urgence**

C'est une contraception d'exception à utiliser en cas de rapport sexuel non ou mal protégé et quel que soit le moment du cycle.

A prendre si possible dans les 12h et au plus tard jusqu'à 5 jours pour le stérilet.

D'une part, elle agirait en retardant l'ovulation ou en la perturbant lorsqu'elle est sur le point de se produire, d'autre part, elle modifierait l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf.

Les différents types de contraception d'urgence

La Pilule (le plus connu est le Norlevo) et le Stérilet (dispositif intra-utérin).

### **Le mode d'emploi :**

Le Norlevo est à prendre le plus tôt possible pendant le repas pour éviter les nausées, dans les 12 heures après le rapport mal ou non protégé, au plus tard dans les 72 heures après le rapport sexuel.

### **L'efficacité :**

Elle varie avec la méthode.

### **Les inconvénients :**

En général, elle est bien tolérée ; il y a la possibilité de vomissements ou de nausées.



**Figure 10: La contraception d'urgence (Norlevo)**

### **Les spermicides**

#### **Mode d'action :**

Il doit être introduit au fond du vagin avant le rapport sexuel, le spermicide se dissout et se disperse dans le vagin et immobilise les spermatozoïdes. Ils sont essentiellement composés de Chlorure de Benzalkonium. Ils se présentent sous forme d'ovules, de crèmes, de gel ou d'éponges.

## Les avantages :

Ils sont simples à utiliser, facilement disponibles, sans contre-indications médicales ni de risque pour la santé ; ils peuvent jouer un rôle de lubrifiant.

## Les inconvénients :

- L'efficacité est insuffisante ;
- Coûteux ;
- Leur emploi est contraignant (un délai à respecter, mise en place difficile) ;
- Certains peuvent couler de façon excessive ;
- Possibilité d'intolérance locale.

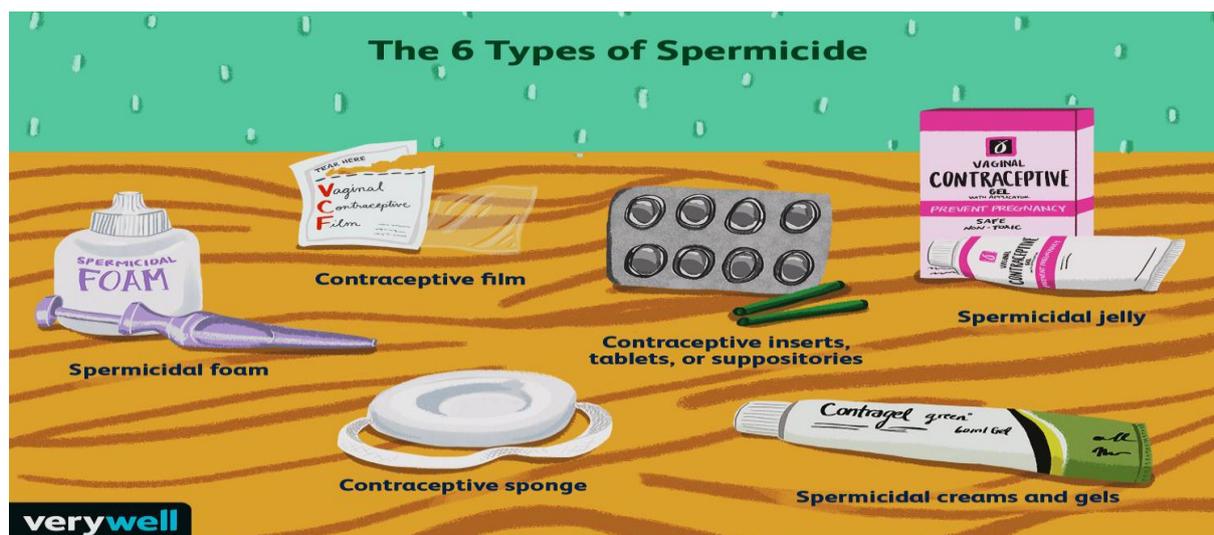


Figure 11: Les spermicides

## La stérilisation à visée contraceptive

Elle est régie par des Lois dans plusieurs pays [17].

La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes

Méthode par cœlioscopie et laparotomie : Elle se pratique sous anesthésie générale (avec hospitalisation), elle consiste soit à sectionner et électro-coaguler

les trompes, soit à poser des anneaux de Yoon sur les trompes. Cette méthode est en principe irréversible.

### **Méthode par les voies naturelles**

C'est une nouvelle méthode : le dispositif Essure se pratique par hystérocopie sans anesthésie générale et sans hospitalisation. On accède aux trompes pour y placer un micro-implant souple dans chacune des trompes pour les obstruer.

C'est une méthode simple et rapide (environ 30 minutes) ne laissant pas de cicatrice.

Il faut attendre 3 mois (et continuer sa méthode de contraception habituelle) avant que la méthode soit efficace. Elle est irréversible.



**Figure 12: Ligature ou obturation des trompes**

### **La stérilisation masculine : la vasectomie**

C'est la section des canaux déférents (canaux transportant les spermatozoïdes).

C'est une intervention chirurgicale simple, sous anesthésie locale, sans grands risques opératoires, en principe irréversible ; il existe la possibilité d'autoconservation du sperme au préalable dans des banques de sperme.

Au Mali, les services de prestation du planning familial (PF) mettent la plupart de ces méthodes modernes ci-dessus à la disposition de la population.



**Figure 13: la vasectomie**

### **Les méthodes naturelles :**

Ce sont les moins efficaces des contraceptions. Historiquement, ce sont les plus utilisées et pourtant ce sont les moins fiables. Elles peuvent être utilisées par des femmes voulant espacer les grossesses et qui accepteraient l'échec de ces méthodes.

### **Le retrait ou coït interrompu**

L'homme retire son pénis juste avant l'éjaculation pour qu'elle se produise à l'extérieur du vagin. Si le retrait n'est pas effectué à temps, il y a un risque de grossesse, de même qu'il arrive très souvent qu'avant l'éjaculation qu'un peu de liquide contenant des spermatozoïdes s'écoule du pénis.

C'est une méthode qui rompt l'harmonie du rapport sexuel.

### **L'abstinence périodique**

Il s'agit de détecter la phase fertile du cycle menstruel et de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels ou d'utiliser des contraceptions locales pendant cette période. Cette méthode est fondée sur le fait que les spermatozoïdes et les ovules ont une durée de vie de quelques jours. La fécondation ne peut se réaliser que si les rapports sexuels ont lieu quelques jours avant, pendant ou après l'ovulation. Cette méthode nécessite un apprentissage. Le moment de l'ovulation est évalué de plusieurs façons.

## La méthode du calendrier ou Ogino

C'est la plus largement connue et pourtant la moins efficace.

Elle est basée sur le calcul de la période fertile (ovulation), considérant les autres périodes du cycle comme non à risque de grossesse.

Cette méthode est peu fiable car la date de l'ovulation n'est jamais prévisible, elle peut être décalée même si les cycles sont réguliers et de nombreux facteurs peuvent perturber le cycle.

Tout rapport sexuel présente un risque de grossesse, quel que soit le jour du cycle (même pendant les règles).

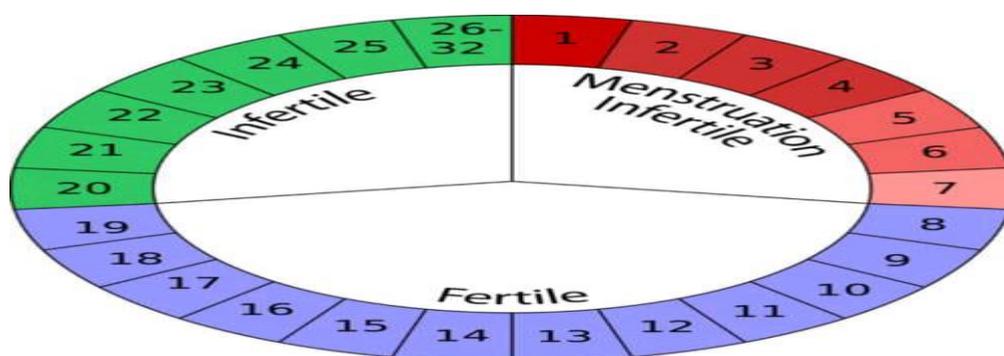
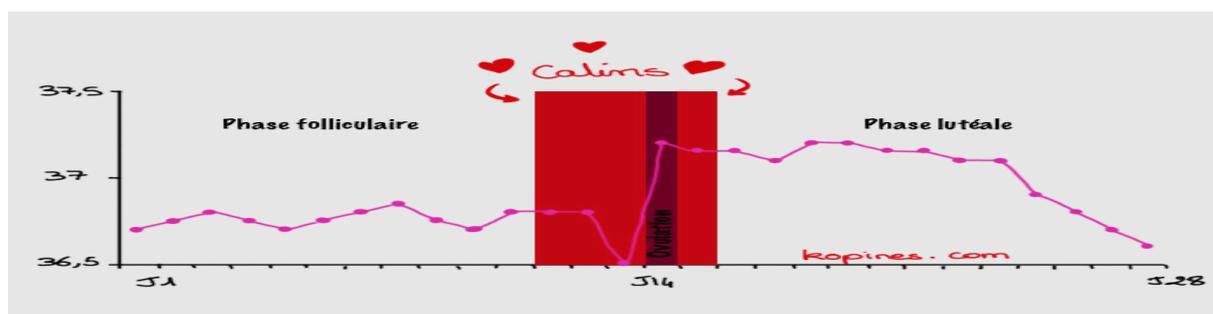


Figure 14: La méthode du calendrier ou Ogino

## La méthode des températures

Lors de l'ovulation la température basale du corps monte de 1 à 4 degrés et reste la même (en plateau) jusqu'aux règles suivantes. Cette méthode consiste à détecter l'ovulation en prenant sa température rectale tous les matins au réveil avant de se lever.

L'abstinence est longue. Elle doit se faire du début des règles jusqu'au 2ème jour après la montée de température. De nombreux facteurs peuvent perturber la température basale (infections, nuits courtes, heure du réveil) et induire en erreur l'utilisatrice. Cette méthode est contraignante.



**Figure 15: La courbe des températures**

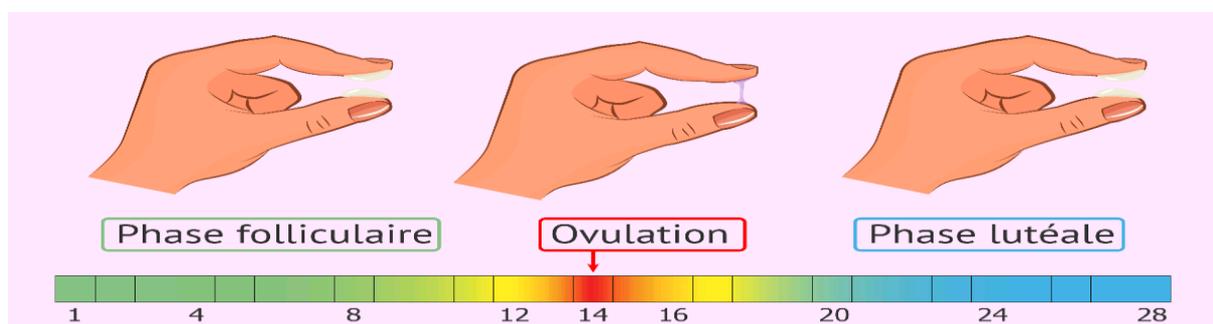
### **La méthode de la glaire ou Billings**

La glaire cervicale change de consistance au moment de l'ovulation.

Cette méthode consiste à détecter la modification de la consistance de la glaire cervicale observée à l'entrée du col tous les jours : il faut pour cela imbiber le pouce de glaire et apprécier la longueur du "fil" obtenu (5 à 10 cm) et la transparence de la glaire.

Au moment de l'ovulation et juste avant, la glaire cervicale est plus abondante et a une consistance comparable à celle du blanc d'œuf. L'abstinence doit se faire à partir de cette modification et jusqu'à 3 jours après qu'elle ait disparu.

Cette méthode demande un apprentissage et est réservée aux initiées motivées, elle est source de nombreuses erreurs.

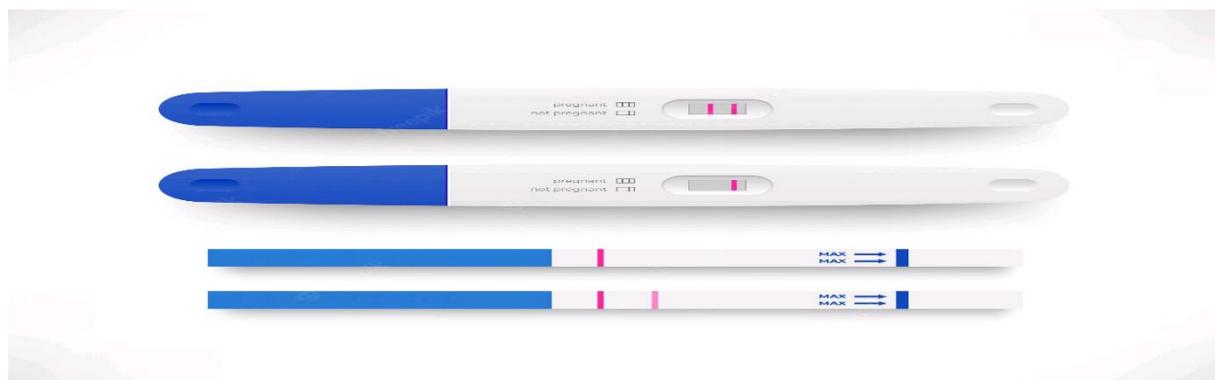


**Figure 16: La méthode de la glaire ou Billings**

## Les tests d'ovulation : Persona

Ce sont des tests qui permettent de détecter le début et la fin de l'ovulation par la mesure des variations hormonales dans les urines, si les cycles sont réguliers.

Ils ont une efficacité légèrement supérieure aux méthodes précédentes toutefois leur coût reste très élevé [17].



**Figure 17: Les tests d'ovulation : Persona**

## L'allaitement maternel

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est le recours à l'allaitement comme méthode temporaire de planification familiale. La MAMA est efficace à 98% environ contre la grossesse si les critères suivants sont remplis : la mère n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement ; elle nourrit son enfant au sein, exclusivement ou presque exclusivement ; le bébé a moins de 6 mois.

Outre son effet contraceptif temporaire, l'allaitement protège le nourrisson contre les maladies infectieuses, lesquelles peuvent être mortelles. Toutefois, dans le cas des femmes séropositives pour le VIH, il convient de peser soigneusement le risque de transmission de ce virus de la mère à l'enfant contre les avantages bien connus de l'allaitement.



**Figure 18: Allaitement maternel**

### **Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali**

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples [18]. On peut citer:

#### **Le « Tafo »**

Cordelette avec des nœuds imprégnée d'incantations et attachée autour du bassin de la femme. Son pouvoir reposerait sur la psychologie mais également sur le vécu ou les valeurs socioculturelles (par exemple perd son efficacité en cas de rapport avec un autre homme que son mari).



**Figure 19: Le « Tafo »**

#### **La Toile d'araignée**

Elle se place dans le vagin de façon à obstruer l'orifice externe du col, empêchant donc la montée des spermatozoïdes, donc c'est une méthode de barrière.

## **Le miel et le jus de citron**

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

## **Les solutions à boire**

Il peut s'agir : d'écorces d'arbres ou de plantes, des graines à avaler ou de « Nasi » solution préparée par les marabouts ou des charlatans.



**Figure 20: « Nasi »**

## **La séparation du couple après accouchement**

Après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant un certain temps ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement.

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

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

## **Morale et éthique de la contraception**

### **Dans l'antiquité**

L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables

selon les régions et le milieu. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle ou collective, institutionnelle ou non, mais ne trouvant une opposition ou une annihilation que dans une structure morale d'essence religieuse, philosophique ou politique [15].

### **Aspects religieux et philosophiques**

#### **Le christianisme et la contraception :**

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larckhet [19], mais l'expansion et la banalisation de cette pratique dans les sociétés modernes par la mise à disposition des moyens plus nombreux et plus sûrs, a suscité des réactions aiguës et accentué le débat du côté des confessions chrétiennes traditionnellement réservées vis à vis de la contraception.

On notera que certaines pratiques et prescriptions communément admises au sein de l'église ancienne (et toujours en vigueur de l'église orthodoxe) ont eu pour effet objectif, une limitation des naissances.

L'abstention de rapports sexuels durant la menstruation, durant la grossesse, mais également lors des jours et des périodes de carême (qui totalisent la moitié des jours d'une année), ainsi que les jours précédant la communion et la pratique de l'allaitement maternel. Le nombre de jours fertiles se trouvait ainsi considérablement réduit [19].

#### **L'islam et la contraception :**

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 [20] est la suivante : « la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux,

économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture ».

La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'Islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas [20]. Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, alors les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite, ce qui n'est pas le cas.

Le mariage est une association de deux libertés ; la femme n'est ni un objet sexuel, ni une machine à reproduire, c'est la volonté du couple librement qui décide de la progéniture comme de harmonie sexuelle et la contraception reste libre s'il le souhaite.

Aucun texte de l'Islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement [15].

# METHODOLOGIE

## **IV. METHODOLOGIE**

### **1) Cadre d'étude :**

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSRéf CV) du district de Bamako.

### **Description du Centre de Santé de Référence de la Commune V :**

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V et VI. C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (service socio-sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio-sanitaire de la commune (P.D.S.C), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de santé (10 CSCom). Sur les 10 aires, 9 centres de santé communautaires sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré. A la faveur de l'essor du centre par ses bonnes prestations, il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisée. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre fut un succès ce qui a fait de lui un centre de santé de référence de la commune V, partant de ce succès, le système de référence a été instauré dans les autres communes du district.

En 1997, le Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu le prix de « CIWARA D'EXCELLENCE » décerné par l'Institut Malien de Conseil en Management (IMCM) pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales. En 1999, le Médecin Chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille de chevalier de l'ordre national du Mali.



#### **4.2) Critères de non-inclusion :**

- Femme n'ayant pas atteint l'âge de 16 ans ou ayant dépassé l'âge de 35 ans.
- Femme ayant décidé d'interrompre sa participation à l'étude.
- Les questionnaires très mal remplis.

#### **4.3) Echantillonnage :**

La méthode probabiliste et la technique de sondage aléatoire simple ont été utilisées pour identifier les enquêtées de l'étude.

La formule de Schwartz a été utilisée pour calculer la taille de l'échantillon.

$$n = Z\alpha^2 pq / i^2$$

Où  $Z\alpha = 1,96$  : écart réduit correspondant au risque  $\alpha$  consenti (avec un seuil de signification = 0,05)

P = Prévalence de l'utilisation de la contraception d'après une étude au Mali est de 47,13% [27].

$$q = 1 - p = 1 - 0,4713 = 0,5287.$$

n étant la taille de l'échantillon.

i = précision ( $\alpha = 5\%$ ).

La taille de l'échantillon calculée  $n = 382,8942$ . Ainsi nous avons décidé de partir avec 383 femmes comme taille minimale de l'échantillon.

#### **5) Collecte/Recueil des données :**

Le support utilisé était un questionnaire structuré (voir annexe) avec des questions portant sur les caractéristiques sociodémographique, les connaissances et les attitudes pratiques en matière de contraception.

La technique de la collecte était l'interview directe entre la personne enquêtée et l'enquêteur.

#### **6) Analyse et Saisie des données :**

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-info version 7.

## **7) Ethique :**

L'étude s'est déroulée en respectant les règles d'éthiques et les consentements éclairés liées à la recherche sur les sujets humains en vigueur. Il ne s'agissait pas d'une étude expérimentale sur l'Homme.

Un consentement individuel écrit a été obtenu de chaque sujet à l'étude. Les noms et prénoms des sujets n'ont pas été utilisés. Seul un numéro d'identification codé a servi à identifier le sujet. Les données ont été gardées de façon confidentielle.

# RESULTATS

## V. RESULTATS :

L'étude a portée sur 447 femmes sur les 4850 des femmes admis au service de Gyneco-Obstetrique du Centre de Sante de Référence de la Commune V (CSREF CV) du District de Bamako, soit 9,22% d'admission sur une période de 6 mois.

### CARACTERES SOCIAUX DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTES

**Tableau I: Répartition des patientes selon la tranche d'âge.**

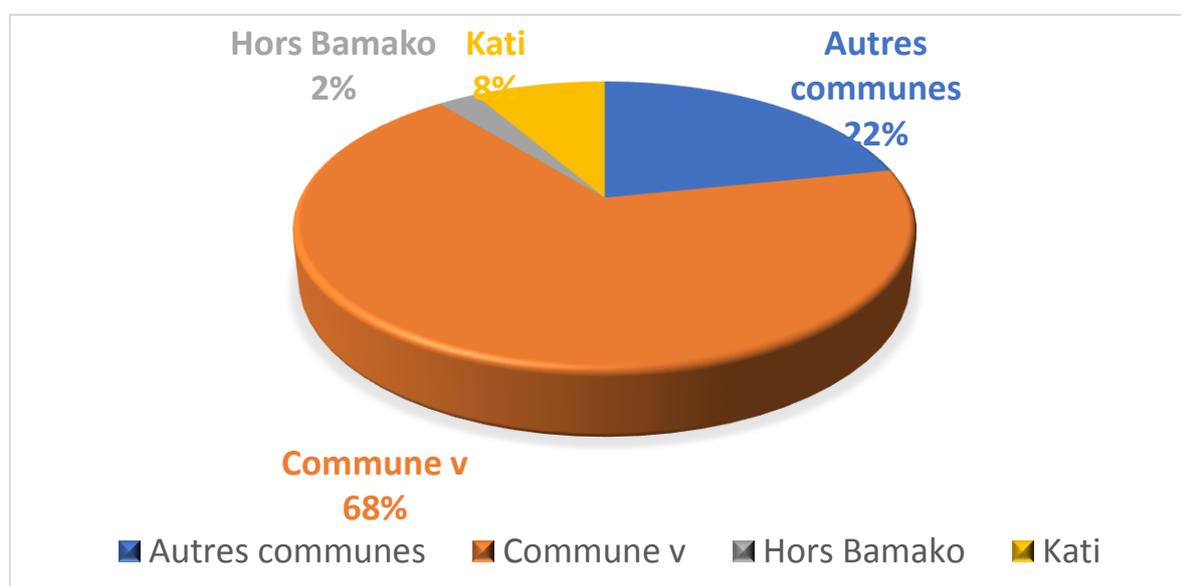
Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
16 - 18 ans	63	14,09%
<b>19 - 25 ans</b>	<b>203</b>	<b>45,41%</b>
26 - 30 ans	104	23,27%
31 - 35 ans	77	17,23%
Total	447	100,00%

La tranche d'âge de 19 à 25 ans était la plus représentée avec 45,41%, avec des extrêmes de 16 et 35 ans, l'âge moyen était de 25,50 ans avec un écart type de 5,11.

**Tableau II: Répartition des patientes selon la profession**

Profession	Effectif	Pourcentage
Agent de santé	28	6,31%
Autres	2	0,45%
Commerçante	42	9,46%
Couturière	21	4,73%
Cultivateur	4	0,90%
Elève/ Etudiante	120	27,03%
Enseignante	12	2,70%
<b>Ménagère</b>	<b>198</b>	<b>43,92%</b>
Secrétaire	9	2,03%
Teinturière	11	2,48%
Total	447	100,00%

La profession ménagère était la plus représentée avec 43,92%.



**Figure 22: Répartition des patientes selon la résidence**

La majeure partie des patientes résidaient en Commune V avec 67,19% des cas.

**Tableau III: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction**

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non instruite	112	24,49%
Primaire	65	14,74%
<b>Secondaire</b>	<b>140</b>	<b>31,29%</b>
Supérieur	130	29,48%
Total	447	100,00%

Le niveau secondaire était le plus représenté avec 31,29%.

**Tableau IV: Répartition des patientes selon le statut matrimonial**

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Célibataire	75	16,85%
Divorcée	5	1,12%
Fiancée	40	8,99%
<b>Mariée</b>	<b>326</b>	<b>72,81%</b>
Veuve	1	0,22%
Total	447	100,00%

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec 72,81%.

**Tableau V: Répartition des patientes selon la gestité.**

<b>Gestité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>0</b>	<b>105</b>	<b>23,54%</b>
1	72	16,14%
2	83	18,39%
3	69	15,47%
4	50	11,21%
5	33	7,40%
6	16	3,59%
7	5	1,12%
8	9	2,02%
9	4	0,90%
10	1	0,22%
Total	447	100,00%

La majeure partie des patientes étaient nulligestes avec **23,54%**.

**Tableau VI: Répartition des patientes selon le nombre d'enfant vivant.**

Nombre d'enfant vivant	Effectif	Pourcentage
<b>0</b>	<b>131</b>	<b>29,31%</b>
1	91	20,36%
2	77	17,23%
3	64	14,32%
4	42	9,40%
5	22	4,92%
6	11	2,46%
7	5	1,12%
8	2	0,45%
9	2	0,45%
Total	447	100,00%

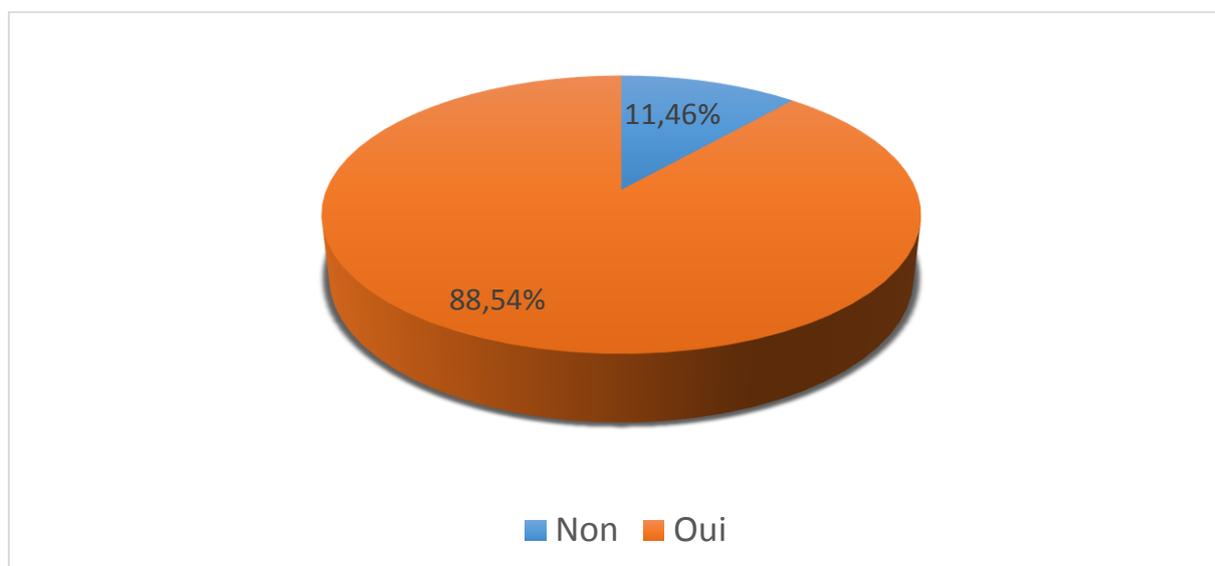
La majeure partie des patientes n'avaient d'enfant soit **29,31%**.

**Tableau VII: Répartition des patientes selon l'intervalle inter génésique.**

Le nombre de mois entre les 2 dernières grossesses	Effectif	Pourcentage
12 - 18 mois	77	16,67%
19 - 24 mois	12	2,70%
Moins de 12 mois	89	20,05%
<b>Plus de 24 mois</b>	<b>93</b>	<b>20,95%</b>
une seule ou pas de grossesse	176	39,64%
Total	447	100,00%

L'intervalle inter génésique était de plus de 24 mois dans **20,95%**.

## CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION



**Figure 23: Répartition des patientes selon le fait d'entendre parler de la contraception.**

Les patientes qui ont déjà entendu parler de la contraception étaient les plus représentées avec 88,54%.

**Tableau VIII: Répartition des patientes selon la signification de la contraception.**

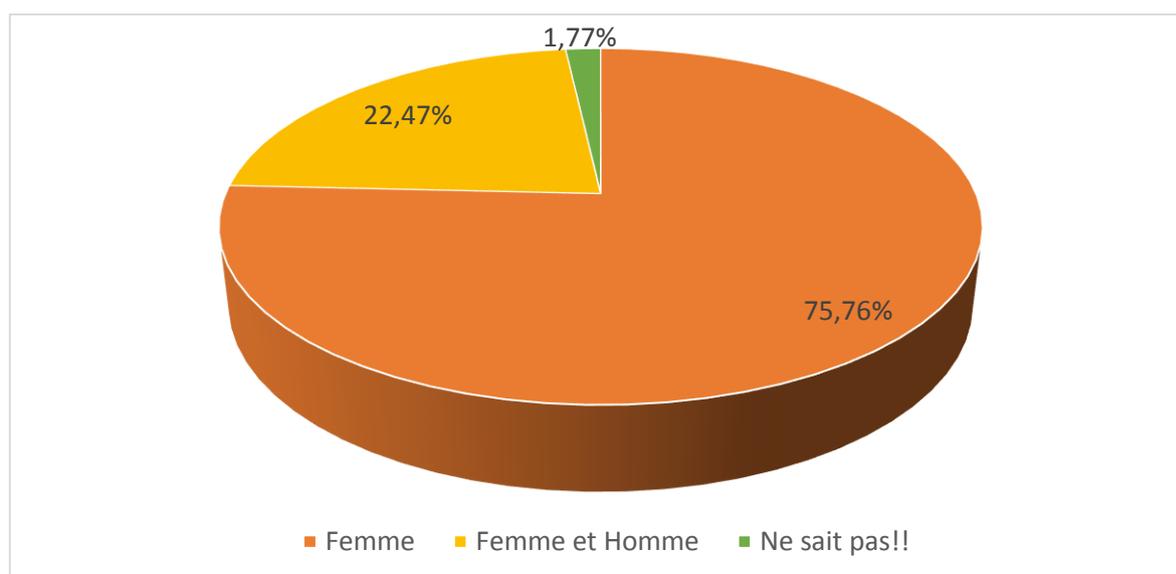
Signification la contraception	Effectif	Pourcentage
Espacement des naissances	271	68,43%
Eviter la grossesse	51	12,88%
Moins de naissance	29	7,32%
Ne sait pas	10	2,53%
Sante de la mère et de l'enfant	35	8,84%
Total	396	100,00%

Selon 68,43% des patientes, la contraception signifie l'espacement des naissances.

**Tableau IX: Répartition des patientes selon la source d'informations sur la contraception.**

<b>Sources d'informations sur la contraception</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Amie/amis	29	7,38%
Autres	1	0,25%
<b>Centre de sante</b>	<b>171</b>	<b>43,51%</b>
Conférence	3	0,76%
Ecole	86	21,88%
Famille	26	6,62%
Medias	80	19,59%
Total	396	100,00%

Le centre de santé était le plus représenté comme source d'information sur la contraception avec 43,51%.



**Figure 24: Répartition des patientes selon la personne qui doit utiliser la contraception.**

La majeure partie des patientes soit 75,76% pensent que ce sont les femmes uniquement qui doivent utiliser la contraception.

**Tableau X: Répartition des patientes selon la connaissance des méthodes contraceptives**

Connaissance des méthodes contraceptives	Effectif	Pourcentage
Non	32	8,08%
<b>Oui</b>	<b>364</b>	<b>91,92%</b>
Total	396	100,00%

Les femmes connaissant des méthodes contraceptives étaient les plus représentées avec 91,92%.

**Tableau XI: Répartition des patientes selon les méthodes contraceptives qu'elles connaissent.**

Méthodes contraceptives	Effectif	Pourcentage
DIU	7	1,96%
Injectable	18	5,03%
L'implant Jadelle	125	34,92%
Méthode traditionnelle	2	0,56%
Naturelle	8	2,23%
Pilule	36	10,06%
Pilule de lendemain	5	1,40%
Préservatif	8	2,23%
<b>Toutes méthodes modernes</b>	<b>155</b>	<b>41,62%</b>
Total	364	100,00%

Les femmes qui connaissaient toutes les méthodes contraceptives modernes ont représenté 41,62%.

**Tableau XII: Répartition des patientes selon la connaissance de l'intervalle inter génésique normale.**

Intervalle inter génésique normale	Effectif	Pourcentage
1 an	42	9,42%
<b>2 ans</b>	<b>205</b>	<b>45,96%</b>
3 ans	136	30,27%
4 ans	28	6,28%
5 ans	36	8,07%
Total	447	100,00%

Selon 45,96% des patientes l'intervalle entre 2 grossesses est de 2 ans.

**Tableau XIII: Répartition des patientes selon la connaissance de l'existence d'une unité de planification familiale au CSRef.**

Connaissance de l'unité de PF au CSRef	Effectif	Pourcentage
Non	<b>230</b>	<b>57,79%</b>
Oui	166	42,21%
Total	396	100,00%

Les patientes qui ne savaient pas l'existence d'une unité de PF au CSRef étaient les plus représentées avec 57,79%.

**Tableau XIV: Répartition des patientes selon la connaissance des risques encourus par la non pratique de la contraception.**

Connaissance des risques encourus par les femmes qui ne pratiquent pas la contraception	Effectif	Pourcentage
Non	171	43,18%
<b>Oui</b>	<b>225</b>	<b>56,82%</b>
Total	396	100,00%

Les femmes qui connaissent le risque lié à la non pratique de la contraception étaient les plus représentées avec 56,82%.

## ATTITUDES PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION

**Tableau XV: Répartition des patientes selon la méthode contraceptive préférée.**

La méthode préférée	Effectif	Pourcentage
Traditionnelle	5	1,37%
DIU	16	4,40%
<b>Implant Jadelle</b>	<b>131</b>	<b>35,99%</b>
Injectable	22	6,04%
Naturelle	24	6,59%
Pilule	47	12,91%
Pilule de lendemain	15	4,12%
Préservatif	32	8,79%
Aucune	72	19,78%
Total	364	100,00%

L'implant Jadelle était la méthode la plus préférée avec 35,99%.

**Tableau XVI: Répartition des patientes selon la source d'approvisionnement en contraception**

La source d'approvisionnement en contraception?	Effectif	Pourcentage
Autres	4	0,52%
<b>Centre de sante</b>	<b>300</b>	<b>77,32%</b>
Dans la rue	12	1,55%
Pharmacie	80	20,62%
Total	396	100,00%

Autres : Marché ++++

Les patientes avaient comme source d'approvisionnement le centre de santé avec 77,32% des cas.

**Tableau XVII: Répartition des patientes selon l'utilisation de la contraception**

L'utilisation antérieure une contraception	Effectif	Pourcentage
Non	152	38,38%
<b>Oui</b>	<b>244</b>	<b>61,62%</b>
Total	396	100,00%

Une méthode contraception avait déjà été utilisée par 61,62% des enquêtées.

**Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la raison de l'utilisation de la contraception.**

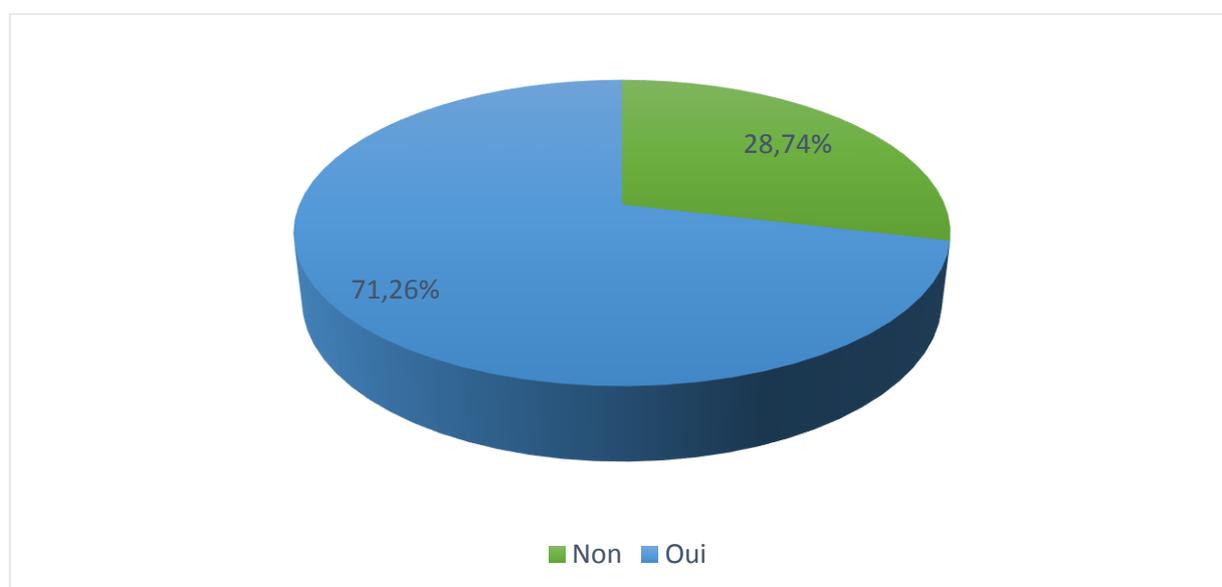
Raison de l'utilisation de la contraception	Effectif	Pourcentage
Espacement des naissances	106	43,62%
Eviter la grossesse	106	43,62%
Limitation de naissance	19	7,41%
<b>lutte contre les IST/Sida</b>	<b>13</b>	<b>5,35%</b>
Total	244	100,00%

La contraception était utilisée par 43,62% des femmes pour espacer les naissances.

**Tableau XIX: Répartition des patientes selon la raison du non utilisation de la contraception.**

Raison du non utilisation de la contraception	Effectif	Pourcentage
N'aime pas	13	7,95%
<b>Pas besoin</b>	<b>137</b>	<b>90,73%</b>
Pas confiance	2	1,32%
Total	152	100,00%

Parmi les femmes qui n'utilisent pas la contraception, 90,73% ont estimé ne pas avoir besoin de la contraception.



**Figure 25: Répartition des patientes selon la survenue du malaise sous contraception.**

Les femmes qui ont eu des malaises liés aux méthodes contraceptives étaient les plus représentées avec 71,26%.

**Tableau XX: Répartition des patientes selon les malaises liés à la contraception.**

Le malaise lie aux méthodes contraceptives	Effectif	Pourcentage
<b>Aménorrhée</b>	<b>44</b>	<b>24,86%</b>
Douleur pelvienne	36	20,34%
grossesse non désirée	2	1,13%
Hyperménorrhée	20	11,30%
Menométrorragie	30	16,95%
prise de poids	30	16,95%
Vertiges	13	7,34%
Vomissements	2	1,13%
Total	177	100,00%

L'aménorrhée était le malaise la plus fréquente avec 24,86%.

**Tableau XXI: Répartition des patientes selon la fréquentation de l'unité de planification familiale.**

La fréquentation de l'unité PF	Effectif	Pourcentage
Non	77	46,06%
<b>Oui</b>	<b>89</b>	<b>53,94%</b>
Total	166	100,00%

Les patientes qui avaient déjà fréquenté l'unité de planification familiale du CSRef étaient les plus représentées avec 53,94%.

**Tableau XXII: Répartition des patientes selon l'utilisation de la contraception au moment de l'enquête.**

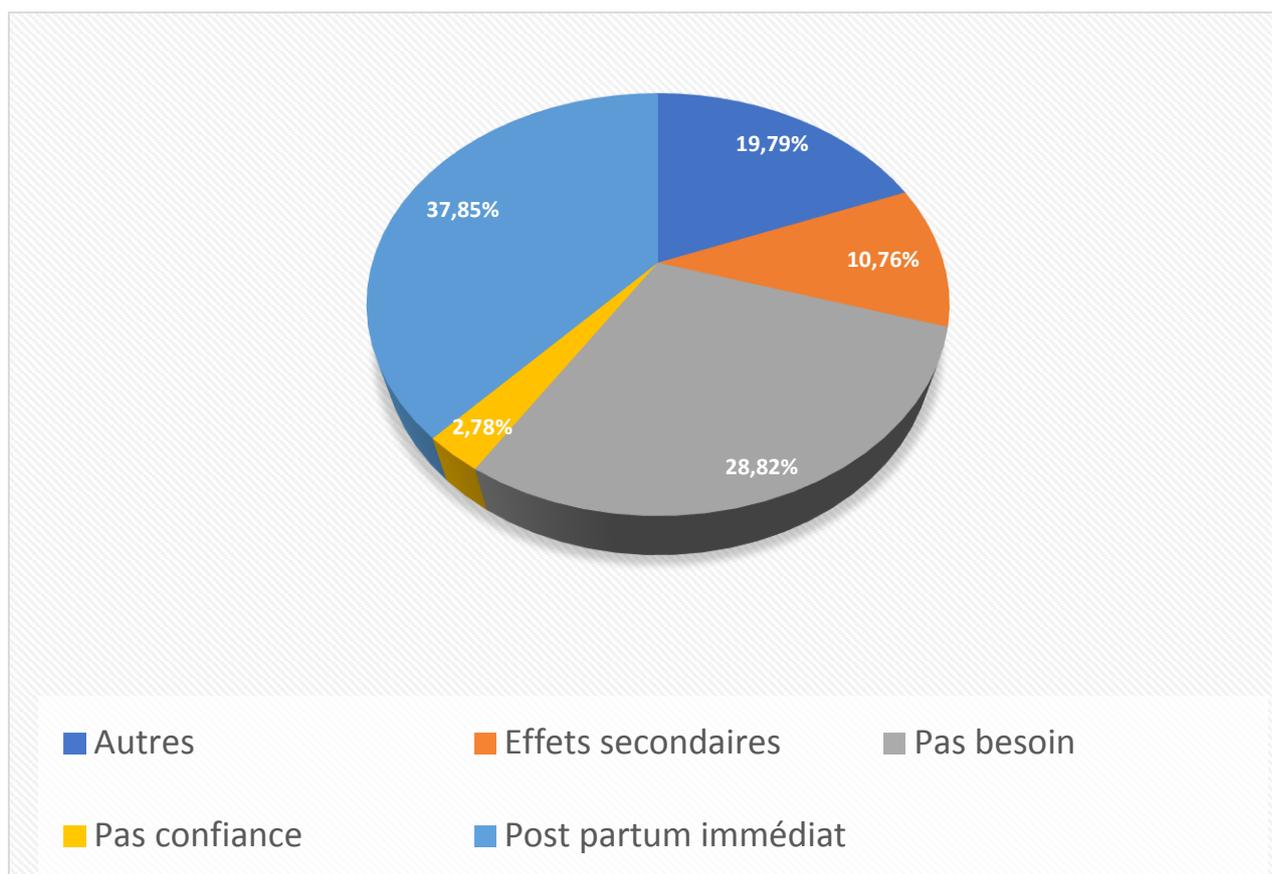
Utilisation actuellement une méthode contraceptive au moment de l'enquête	Effectif	Pourcentage
Non	285	72,15%
<b>Oui</b>	<b>111</b>	<b>27,85%</b>
Total	396	100,00%

Seulement 27,85% des femmes utilisaient la contraception au moment de l'enquête.

**Tableau XXIII: Répartition des patientes selon la méthode contraceptive utilisée au moment de l'enquête.**

La méthode contraceptive utilisée au moment de l'enquête	Effectif	Pourcentage
DIU	3	2,83%
<b>Implant Jadelle</b>	<b>52</b>	<b>44,34%</b>
Injectable	7	6,60%
Méthode traditionnelle	3	2,83%
Naturelle	10	9,43%
Pilule	13	12,26%
pilule de lendemain	6	5,66%
Préservatif	17	16,04%
Total	111	100,00%

L'Implant Jadelle était la méthode contraceptive la plus utilisée au moment de l'enquête avec 44,34% des cas.



**Figure 26: Répartition des patientes selon la cause de non utilisation de la contraception au moment de l'enquête.**

Le Post partum immédiat était la cause pour laquelle les patientes n'ont pas utilisé de contraception dans 37,85% des cas.

Autres : Grossesse, désir d'enfant.

**Tableau XXIV: Répartition des patientes selon la source de motivation pour la pratique de la contraception.**

Source de motivation pour la pratiquer la contraception	Effectif	Pourcentage
Agent de sante	61	25,00%
Ami/amie	29	11,89%
<b>Après réflexion personnelle</b>	<b>99</b>	<b>40,57%</b>
Autres	10	4,10%
Mari	37	15,16%
Media	1	0,41%
Parent	7	2,87%
Total	244	100,00%

Selon 40,57% des patientes la prise de contraception était une décision personnelle.

**Tableau XXV: Répartition des patientes selon le lieu de pratique de la contraception.**

Lieu de pratique de la contraception	Effectif	Pourcentage
Centre prive	49	20,08%
CS Com	73	29,92%
<b>CSRef</b>	<b>76</b>	<b>31,15%</b>
Domicile	46	18,85%
Total	244	100,00%

Le CSRef était le lieu le plus fréquenté dans la pratique de la contraception avec 31,15%.

**Tableau XXVI: Répartition des patientes selon la cause du choix du lieu.**

La cause du choisi du lieu ?	Effectif	Pourcentage
Accessibilité financière	1	0,41%
<b>Accessibilité géographique</b>	<b>93</b>	<b>38,11%</b>
Bonne qualité	86	35,25%
Plus grande discrétion	64	26,23%
Total	244	100,00%

Plus de 38% des patientes avaient choisi le CSRef à cause de l'accessibilité géographique.

**Tableau XXVII: Répartition des patientes selon l'appréciation de la contraception.**

Appréciation de la contraception	Effectif	Pourcentage
Non	185	46,72%
<b>Oui</b>	<b>211</b>	<b>53,28%</b>
Total	396	100,00%

53,28% des patientes n'appréciaient la contraception.

**Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon la non appréciation de la contraception.**

<b>Cause de la non appréciation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Coutume	42	22,70%
<b>Effets secondaires</b>	<b>96</b>	<b>51,89%</b>
Religion	47	25,41%
Total	185	100,00%

Dans 51,89% des cas les patientes n'appréciaient pas la contraception à cause des effets secondaires.

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **Approche méthodologique :**

Il s'agissait d'une étude descriptive et transversale consistant à recueillir simultanément des informations sur les connaissances et attitudes pratiques des femmes âgées de 16 à 35 ans en matière de contraception dans le service de gynécologie obstétricale du Centre de Sante de Référence de la Commune V (CSREF CV) du District de Bamako pendant une période de six mois allant du 1er juillet 2022 au 31 Décembre 2022. La population concernée était les femmes âgées de 16 à 35 ans ayant donné leurs consentements libres et éclairés de participer à l'étude.

Les difficultés rencontrées sur le terrain étaient liées à notre technique d'enquête (enquête par interview). Certaines personnes se gênaient de répondre directement à nos questions, certaines femmes refusaient de participer, d'autres étaient pressées d'aller à leurs préoccupations, d'autres demandaient l'argent. Malgré ces difficultés, cette étude a pu apporter un éclairage à la problématique posée.

Pendant la période d'étude nous avons pu enquêter 447 femmes.

### **Caractéristiques sociodémographiques :**

#### **Age**

La tranche d'âge 19 à 25 ans était la plus représentée avec des extrêmes de 16 à 35 ans et un âge moyen de 25,50 ans avec un écart type de 5,11. La tranche d'âge de 26-35 ans était la plus représentée chez SISSOKO M. [21] cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la contraception est généralement pratiquée par les femmes âgées et multipares dans les zones reculées.

#### **SITUATION MATRIMONIALE :**

La majorité d'entre elles étaient mariées ; 72,81% contre 16,85% pour les célibataires. Ces résultats sont similaires à ceux de SISSOKO M. [21] dans la commune de Bougouni qui avait trouvé dans son étude 68.8% de mariées ; 27.3% pour les célibataires.

## **Ethnie**

Les bambaras étaient les plus représentées avec 28,38% ; suivies des peuhles avec 15,32%. Cela reflète en réalité la prédominance de l'ethnie Bambara dans notre pays qui est de 32,0% [22]. Cependant, il faut signaler que les autres ethnies (malinké, soninké, sonrhäï, senoufo, bozo, minianka) étaient représentées, mettant en évidence la diversité ethnique des femmes qui fréquentent le centre. Ces résultats sont similaires à ceux de SISSOKO M. [21] dont Les bambara étaient les plus représentées suivies des peuhles.

## **Niveau d'instruction**

La plupart des femmes étaient scolarisées niveau secondaire (31,29%) ou supérieur (29,48%). Ces résultats diffèrent à ceux de SISSOKO M. [21] La plupart des femmes étaient scolarisées niveau primaire (40.0%) ou secondaire (23%) cela pourrait s'expliquer par le fait que plus d'importance est donnée à la scolarisation dans le centre-ville.

## **PROFESSION**

Une prédominance des ménagères (43,92%) a été observée, suivies des élèves /étudiantes (27,03%) et Commerçantes (9,46%).

## **CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION**

Durant notre enquête 88,54% des femmes ont affirmé avoir entendu parler de la contraception. Ce résultat ne diffère pas de ceux de LENGLENGUE O au Burkina où 86,50% des adolescentes de la commune rurale de Niaogho avaient entendu parler de planification familiale [23]. Par contre il est inférieur à celui de SISSOKO M. [21] dans la commune urbaine de Bougouni où 98.5% des femmes ont affirmé avoir entendu parler de planification familiale . Cette différence statistique pourrait s'expliquer par le lieu d'étude : la population urbaine bénéficie généralement plus de campagnes de sensibilisation sur la planification familiale (médias, conférence, école...).

## **Les sens donnés à la contraception**

Dans notre enquête, les sens donnés à la planification étaient espacement des naissances avec 68,43%, Eviter la grossesse avec 12,88%, sante de la mère et de l'enfant avec 8,84%, Mois de naissance avec 7,32% .Ce résultat était différent de celui de Sidibé I qui avait 94,5% pour l'espacement de naissance, 58,5% pour la santé de la mère, 40,0% pour moins de dépense, 38,5% pour la santé de l'enfant [7] cela pourrait s'expliquer par le fait que la cible de Sidibé I était les ménages et les questions étaient destinées aux hommes et femmes contrairement aux nôtres ou la cible était uniquement les femmes venant pour soins au CSREF.

Notre résultat était également différent d'une étude menée au Cameroun avec 26,9% pour éviter les grossesses non désirées, 26,8% pour limiter les naissances, 24,9% pour espacer les naissances [24].

### **Source d'information :**

Dans notre étude, les sources d'information les plus citées étaient le centre de sante avec 43,51%, l'école avec 21,88%, les médias avec 19,59%. Ce qui justifie que les médias et les écoles pourraient constituer un canal de choix pour faire passer des messages sur la planification familiale. Les sources les moins citées étaient amie/amis avec 7,38%, la famille avec 6,62%. Notre résultat diffère à celui de SIDIBE I qui avait trouvé 74,5% pour les médias, 48,5% pour amis, 39,0% pour centre de sante [7].

### **Utilisation du contraceptif :**

La majorité 75,76% des enquêtées ont trouvé que ce sont seulement les femmes qui doivent utiliser la contraception et 22,47% des enquêtées pensaient que les femmes et les hommes doivent utiliser les méthodes de contraception. Ce résultat est significativement supérieur à celui de DOUMBIA. T [2] qui avait trouvé 50% pour les femmes uniquement contre 47,57% pour les femmes/hommes.

### **Méthodes de contraception :**

Dans notre étude, la majorité des femmes connaissaient toutes les méthodes modernes (41,62%) suivies des implants (34,92%), les pilules (10,06%), et ont été les moins connues : les injectables (5,03%), les préservatifs (2,23%), et les méthodes naturelles (2,23%).

Notre résultat diffère ceux de SIDIBE I [7] qui a trouvé les Pilules (94%) et les Injectables (84%) dans une étude à Yanfolila et ceux de SIDIBE R [25] en commune II du district de Bamako chez qui les implants (33,5%) et les injectables (21,4%) sont les plus connus. Cela s'explique par la non disponibilité des implants et l'absence de personnels qualifiés pour la mise en place.

### **Le temps entre deux naissances :**

L'intervalle inter génésique le plus cités était 2 ans soit 45,96% ; 30,27% pour 3 ans. Ce résultat diffère de celui de SIDIBE. I [7] dans son étude, les intervalles les plus cités étaient 1-2 ans soit 66,3% ; 26,5% pour 3-4 an.

### **Connaissance de l'unité de la planification familiale**

Quant à la connaissance de l'existence d'une unité de prestation de la planification familiale ; 42,21% des femmes avaient affirmé avoir connu contre 57,79% qui avaient confirmé ne pas avoir connu. Ce résultat diffère de celui SIDIBE I [7] 96,5% des ménages avaient affirmé avoir connu contre 3,5% qui avaient confirmé ne pas avoir connu.

M. KOUMA avait trouvé 91,81% qui ont affirmé connaître le service contre 8,18% de ne pas connaître [29].

### **La connaissance des risques liés au non utilisation d'une méthode contraceptive :**

Dans notre étude 56,82% des femmes connaissaient au moins un risque encouru par une femme qui ne pratique la contraception contre 43,18%. Certains se sont permis de citer des conséquences à la non pratique de la contraception telles que : Grossesses rapprochées (51,58%), Grossesse non désirée (30,77%),

Complication au cours de la Grossesse et /ou l'accouchement (14,48%), maladies sexuellement transmissibles (3,17%).

## **ATTITUDES PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION**

### **Méthodes de contraception préférée :**

Dans notre étude, la majorité des femmes préféraient les implants (35,99%) et les pilules (12,91%). Notre résultat était similaire à celui de DOUMBIA. T [2] qui avait trouvé que la majorité des enquêtées (28,11%.) préférait l'implant jadelle au moment de son enquête dans le district sanitaire de Kolondieba.

### **Source d'approvisionnement :**

Le centre de sante était la source d'approvisionnement en méthode contraceptive la plus connue dans 77,32% des cas contre 20,62% au niveau des pharmacies privées, ce résultat n'est pas comparable à celui de TOUNKARA B [26] qui avait trouvé dans son étude a Diéma un taux de 66,67% pour les pharmacies privées contre 33,33% pour les centres de santé .Cela pourrait être due aux nombres pléthoriques des centres de santé dans le district et la mentalité de la population qui pense normalement qu'il faut d'abord passer dans un centre de santé se faire consulter par un personnel de santé et voire quel est la méthode approprié pour son organisme.

### **Utilisation de la contraception**

Dans l'ensemble, 27,85% des femmes utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'enquête contre un taux national de 16% selon l'EDS VI [6].

Sur 111 femmes qui ont déclaré avoir utiliser une méthode de contraception, les implants étaient la méthode la plus utilisée avec 44,34%. Nos résultats sont comparables à ceux de l'EDS VI (31%). Cependant, nos résultats sont nettement inférieurs à ceux de Koné. M [27], avec une fréquence d'utilisation d'implant à 62,42%. Cela pourrait être expliquer par la taille de notre échantillonnage. L'utilisation majoritaire des implants est due au fait que plusieurs femmes les apprécient par rapport aux autres méthodes modernes de contraception, car de par

leur efficacité et leur discrétion, elles n'ont pas besoin de faire des examens gynécologiques avant leur pose (en dehors d'une grossesse), de se rappeler des heures de prise et n'interfère pas avec les rapports sexuels.

### **Raison d'utilisation de la contraception**

Dans notre étude, la majorité des femmes ont utilisé la contraception pour l'espacement des naissances (43,62%) et pour éviter la grossesse (43,62%), seulement 5,35% des femmes l'ont utilisé pour lutter contre les IST/Sida.

### **Raison du non utilisation de la contraception**

Notre étude a révélé que 38,38% des femmes n'ont jamais utilisé des méthodes contraceptives croyant qu'elles n'en ont pas besoin (90,73%).

### **Les effets secondaires ressentis**

Les femmes au cours de l'enquête évoquaient en majorité l'aménorrhée comme effet secondaire des contraceptifs dans 24,86%. Ce résultat est similaire à celui de DIANCOUMBA.A [28] qui dans son étude trouvait 43,9%. Cependant, certaines femmes ont fait part des rumeurs non justifiées par rapport aux méthodes contraceptives en affirmant qu'elles peuvent entraîner la stérilité et que les capsules de jabelle peuvent disparaître dans les muscles. Force est de constater que malgré les nombreuses campagnes sur la PF, des préjugés persistent et les différents concepts de la PF mériteraient d'être expliqués aux femmes.

### **Fréquentation de service :**

Parmi les femmes qui connaissaient l'existence de l'unité de la planification familiale 46,06% fréquentaient contre 53,94%, notre résultat est comparable à celui de SIDIBE I [7] qui a trouvé dans son étude 46,7% qui fréquentaient contre 53,3%. Dans l'étude de KANSSAYE.D [30] 49,0% fréquentaient contre 41,2% qui ne fréquentaient pas.

### **Pratiques de la contraception :**

Au moment de notre étude, seulement 27,85% des femmes utilisaient une contraception contre 72,15% qui n'utilisaient pas pour diverses raisons : 37,85% pour le post partum immédiat, 28,82% pour pas besoin ,79% pour Désir

d'enfant/Grossesse, 10,76% pour des effets secondaires. Notre résultat est similaire à celui de TOUNKARA. B [26] Durant la période de son enquête 18,0% des femmes pratiquaient la contraception.

### **Motivation :**

Parmi les femmes ; 40,57% avaient agi après réflexion ; 25,00% étaient motivées par un agent de sante et seulement 15,16% avaient agi avec l'accord de leur mari. La plupart de ces utilisatrices étaient des femmes mariées, elles ont agi clandestinement parce qu'elles n'ont pas eu l'accord de leur mari par rapport au planning familial. Notre résultat est peu comparable à celui de TOUNKARA. B [26] dans son étude 55,56% des utilisatrices avaient agi après réflexion.

### **Appréciation de la contraception**

Dans notre étude 53,28% des femmes étaient favorables à la planification familiale contre 46,72% qui n'étaient pas favorables pour des raisons citées : les coutumes, la religion, effets secondaires. Ce résultat est comparable à celui de KEITA.M [31] dans son étude 53,6% des élèves étaient favorables. Par contre, 46,4% n'étaient pas favorables et les raisons citées étaient : la religion, les coutumes, les effets secondaires, l'obésité.

Dans l'étude de SIDIBE.I [7] 87, 3% de nos effectifs étaient favorables à la planification ; 12,7% n'étaient pas favorables. Les raisons citées étaient : les coutumes, la religion, effets secondaires.

Dans l'étude de KANSSAYE.D [30] 99, 6% des femmes étaient favorables ; 0,4% était contre et les raisons citées étaient : la religion, les coutumes, effets secondaires.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## VII. CONCLUSION

Cette étude avait portée sur les Connaissances, et attitudes pratiques des femmes âgées de 16 à 35 ans en matière de contraception. Elle s'inscrit dans le cadre de l'identification des connaissances et des attitudes pratiques des femmes sur la contraception enfin de contribuer à une meilleure compréhension afin d'apporter des solutions adéquates.

L'étude a permis de tirer les conclusions suivantes :

Plus de la moitié des femmes, environ 88,54% connaissaient déjà la contraception ; le centre de sante était la principale source d'information ;L'implant Jadelle était la méthode préférée dans la majorité des cas ; Plus de la moitié des femmes 61,62% avaient déjà utilisé une contraception ;Au cours de l'utilisation de la contraception environ 71,26% des femmes avaient présente une malaise ;La majorité des femmes n'apprécient pas la contraception à cause des effets secondaires ; Le CSRef reste le principal lieu de la pratique contraceptive et cela à cause de l'accessibilité géographique.

## **RECOMMANDATIONS**

A la lumière de nos résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

### **Ministère de la santé :**

Accentuer les campagnes de sensibilisation au niveau communautaire enfin de bien élucidé les fausses idées qui constituent un obstacle à la prise de la contraception.

### **Aux leaders culturels et religieux :**

Promouvoir la pratique de la contraception en levant les incompréhensions sociales, culturelles et religieuses pour améliorer la prévalence de la contraception.

### **Aux hommes :**

S'informer sur les avantages de la contraception sur la femmes/enfants, pour le bien être d'une famille.

### **Aux personnels de l'unité PF :**

Faire des rotations dans autres unités de soins du service (suites des couches, consultation externe, urgences, salles d'hospitalisation) pour assurer un bon counseling et d'apporter des éclaircissements sur les fausses idées qui constituent un obstacle.

### **Aux personnels de l'unité CPN :**

Informer et sensibiliser toutes les femmes sur l'importance de contraception.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **M'Baye R** : Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques du comité de femmes utilisatrices des services du centre de santé communautaire de Doumanzana en matière de planification familiale. 2021. 14-21-22p
2. **Doumbia T** Connaissances, attitudes et pratiques en matière de la planification familiale dans le district sanitaire de Kolondieba. These méd, Bamako2020.20M88.62p
3. **Unesco** : L'éducation sexuelle en ballottage. Juillet/aout 2000 : 17-18
4. **Dembélé A** connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relatives à la contraception en milieu scolaire dans la commune v du district de Bamako. Thèse méd, Bamako2018.18M77.103p
5. **Trignol -Viguiet. N** : place de la contraception dans la sexualité. mémoire de sexologie, université Paris nord UFR santé médecine biologie humaine Léonard de Vinci.2010 :7
6. **Institut National de la Statistique (INSTAT)**, Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille, (CPS/SS-DS-PF), Bamako, Mali. Enquête Démographique et de Santé au Mali. Août 2019. 2018 ; EDS VI : 93-337-121p.
7. **Sidibé I** connaissances, attitudes et pratiques comportementales des ménages de la commune urbaine de Yanfolila en matière de la planification familiale. Thèse méd, Bamako2015.15M157.93p
8. **Ahmed S, Li O, Liu L, O Tsui A**: Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. Lancet 2012 ; 380 : 111-25
9. **Osoimehim B**: Family planning save lives, yet investments falter. Lancet Published on line 2012 : 380
10. **Equilibre et Population** : Les enjeux de planification familiale en Afrique de l'Ouest. 2016 ; 8p.

- 11. Coulibaly. A et al** : Pratiques contraceptives, émergence de nouveau rapport au corps et à la sexualité au Mali. Cahier d'étude africaine. 2014 ; 3(215) ; 665-684
- 12. Kané A et al** : Audit des décès maternels au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse med, Bamako 2018. 18M49.67p
- 13. Traore. JM** : Connaissance et Attitude de la Contraception au centre de S sante de référence de Commune II. These med, Bamako 2010.10M 62p.
- 14. Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique** : Plan d'action national budgétisé de planification familiale du Mali 2014-2018. 2p.
- 15. Serfaty D.** la contraception. Doin éditeurs, Paris. 1986 : 651
- 16. Boubacar M.** Etude épidémioclinique du planning familial : Enquête auprès de 206 utilisatrices au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako d'Avril à Juin 2003. Thèse méd, Bamako 2005.05M183.98p
- 17. Smallwood G, Meador M, Lenihan J, Shangold G, Fisher A, Creasy G. Ortho Evra/Evra 002 Study Group.** «Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system», ObstetGynecol, vol. 98, 2001, p. 799-805p.
- 18. Dr Galtier. B+** Larousse medical 00001 2ème edition Paris [10] 1996 ; 1203p
- 19. Jean Claude L.** Pour une éthique de la procréation. Paris, éditions du Cerf 1998 ; 2 : 31.
- 20. Fédération inteance** : utilisation de la contraception chez l'adolescente. IIIème Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006
- 21. Sissoko M.** Planification familiale dans la commune urbaine de Bougouni. Thèse méd, Bamako 2012.12M250.86p

- 22. Cellule de Planification et de Statistique, Ministère de la Santé,**  
Direction Nationale de Statistique et de l'information BAMAKO MALI.  
Enquête Démographique et de Santé (EDS-III). Juin 2002. 2001 ; 57- 450p.
- 23. Lengle O.** Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents en matière de planification familiale : cas de la commune rurale de Niaoghoau Burkina Faso. Maitrise de l'Université Internationale d'Andalousie /Université Cheik Anta Diop de Dakar ; 2010; 52p
- 24. Touko. A :** Planification familiale chez les adolescents Mère enfant dans un centre urbain de Cameroun. Forum Camerounais de psychologie ; Universite de Yaounde I, Yaoude, Cameroun. Africain Journal Reproductive Health 2002 ; 5(2)
- 25. Sidibé. R :** Perception, et pratiques communautaires liées à la contraception en commune II du district de Bamako. Thèse méd, Bamako2021.21M04.96
- 26. Tounkara. B :** Etude des connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma. Thèse méd, Bamako2011.11M200.77p
- 27. Kone. M :** Connaissances, attitudes et pratiques des femmes en âge de procréer face aux méthodes de contraception au CHU BSS de KATI. These med, Bamako 2023.23M128.116p
- 28. Diancoumba. A :** Connaissance du cycle menstruel et attitude pratique de la planification familiale des étudiantes de la Fmos. Thèse méd, Bamako2020.20M254.118p
- 29. Kouma. M :** connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée Mamadou Saar relatives à la planification familiale, IST/Sida. Thèse med, Bamako2008.08M544.92p
- 30. Kanssaye. D :** connaissances attitudes et pratiques comportementales des femmes Banguineda en matière de PF. Thèse med, Bamako2010.10M542.80p

**31. Keita. M** : connaissances, attitudes et pratique des adolescents du lycée  
Monseigneur Luc August Sangaré. Thèse méd, Bamako2009.09M8.105p

# ANNEXES

## Fiche signalétique

**Nom :** NIMAGA

**Prénom :** MOUSSA

**Titre de la thèse :** Connaissances et attitudes pratiques des femmes âgées de 16 à 35 ans en matière de contraception dans le service de gynécologie obstétricale du Centre de Sante de Référence de la Commune V (CSREF CV) du District de Bamako.

**Pays d'origine :** Mali

**Ville de soutenance :** Bamako

**Secteur d'intérêt :** Médecine communautaire-gynéco-obstétrique.

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et D'odontostomatologie.

**OBJET :** Etudier les Connaissances et attitudes pratiques des femmes âgées de 16 à 35 ans en matière de contraception dans le service de gynécologie obstétricale du Centre de Sante de Référence de la Commune V (CSREF CV) du District de Bamako.

**Numéro de téléphone :** 71504342 /64853684.

**Adresse Email :** mnimaga9@gmail.com

**Résumé :** Notre étude été une étude descriptive et transversale consistant à recueillir simultanément des informations sur les connaissances et attitudes pratiques des femmes âgées de 16 à 35 ans en matière de contraception dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Sante de Référence de la Commune V (CSREF CV) du District de Bamako pendant une période de six mois allant du 1er juillet 2022 au 31 Décembre 2022.

Nous avons interrogé 447 femmes âgées de 16 à 35 ans. 88,54% ont entendu parler de la contraception, la plupart des femmes 41,62% connaissaient toutes les méthodes contraceptives modernes.

La principale source d'information a été le centre de santé avec 43,51%.

Dans notre étude, la prévalence contraceptive était de 27,85%.

57,79% des femmes ne savaient pas l'existence d'une unité de PF dans le CSRef. 51,89% des femmes n'appréciaient pas la contraception à cause des effets secondaires

**Mots clés :** connaissance-attitude-pratique-contraception-PF

**Summary:** Our study was a descriptive and cross-sectional study consisting of simultaneously collecting information on the knowledge and attitudes practices of women aged 16 to 35 regarding contraception in the obstetrics and gynecology department of the Municipality's Reference Health Center. V (CSREF CV) of the District of Bamako for a period of six months from July 1, 2022 to December 31, 2022.

We interviewed 447 women aged 16 to 35. 88.54% have heard about contraception, most women 41.62% knew all modern contraceptive methods.

The main source of information was the health center with 43.51%.

In our study, the contraceptive prevalence was 27.85%.

57.79% of women did not know of the existence of a FP unit in the CSRef. 51.89% of women did not like contraception because of the side effects

**Keywords:** knowledge-attitude-practice-contraception-FP

## Fiche d'enquête

### I. Identité

Q1=N° de la fiche d'enquête : / ..... /

### II. Statut sociodémographique

Q2= Tranche d'âge : /..... /

1=16-18 ans ; 2=19 -25 ans ; 3=26-30 ans ; 4=31-35 ans

Q3- Ethnie : /..... /

1-Bambara ; 2- Malinké ; 3- Soninké ; 4- Sonrhäï ; 5- Minianka ; 6- peulh ; 7- Senoufo ; 8- Dogon ; 9- Bozo ; 10- Bobo ; 11- Kassonké ; 12- Mossi ; 13- Maure ; 14- Tamalchèq ;

Q4- Profession : /..... /

1=Elève/étudiante ; 2=Ménagère ; 3= Secrétaire ; 4= commerçante ; 5=Couturière ; 6=Teinturière ; 7=Agent de santé ; 8=Enseignante ; 9=Cultivateur ;

Q5- Résidence : /..... /

1=commune v, 2= autres communes, 3= Kati, 4= Hors Bamako

Q6=Niveau d'instruction: /..... /

1= primaire ; 2= Secondaire ; 3= supérieur ; 4=Non instruite

Q7- Statut matrimonial : /..... /

1= Célibataire ; 2= Fiancée ; 3=Mariée ; 4= Divorcé ; 4=Veuve.

Q7a: si mariée, à quel âge vous vous êtes mariée ? .....ans

### III. Antécédents gynéco-obstétricales

Q8= Menarche:/..... /

1=moins de 14 ans ; 2=14 à 18 ans ; 3= plus de 18 ans

Q9= Combien de grossesse avez-vous fait ?/..... /

1=0 ; 2=1 ; 3=2 ; 4= 3 ; 5=4 ; 6=5 ; 7=6 ; 8=7 ; 9=8 ; 10=9et plus.

Q10= Combien d'enfant avez-vous ? :/...../

1=0 ; 2=1 ; 3=2 ; 4= 3 ; 5=4 ; 6=5 ; 7=6 ; 8=7 ; 9=8 ; 10=9et plus.

Q11= Quel est le nombre de mois ou années qui séparent vos deux dernières grossesses ?/...../

1=Moins de 12 mois ; 2= 12 à 16 mois ; 3=16 à 24 mois ; 4= 24 à 36 mois ; 5=4 ans ; 6=5 ans ou plus ; 7= une seule ou pas de grossesse.

#### IV. Connaissances sur la contraception

Q12=Avez-vous déjà entendu parler de la contraception ? /...../

1=Oui ; 2=Non ;

Q12a=Si Oui que signifie la contraception selon vous ?/..... /

1- Espacement des naissances ; 2-Santé de la mère et de l'enfant ; 3- Moins de naissance ; 4- Eviter la grossesse ; 5- Ne sait pas

Q13= Quelles sont vos principales sources d'information sur la contraception ?/...../

1-Ecole ; 2- Centre de santé ; 3- Conférence ; 4- Médias (Internet, Radio, Télé) ; 5-Ami(es) ; 6-Famille ; 7- Autres (à préciser).....

Q14= Selon vous, quels sont les gens qui doivent utiliser la contraception ?/...../

1=Les femmes ; 2=Hommes ; 3=hommes et femmes ; 4=Ne sait pas

Q15=Connaissez-vous des méthodes contraceptives ?/...../

1= Non ; 2= Oui.

Q15a=Si oui, lesquelles : /..... /

1-Naturelles ; 2-Pilule ; 3-Préservatif ; 4- L'implant Jadelle (allumettini) ; 5- Dispositif intra utérin (mounounani) ; 6- Injectable ; 7- Pilule du lendemain ; 8- Méthode traditionnelle ; 9- Tout les méthodes modernes

Q16= Quelle méthode contraceptive préférez-vous ?/...../

1-Naturelles ; 2-Pilule ; 3-Préservatif ; 4- L'implant Jadelle (allumettini) ; 5- Dispositif intra utérin (mounounani) ; 6- Injectable; 7- Pilule du lendemain ; 8- Méthode traditionnelle ; 9-Aucune

Q17=Quelles sont les sources d'approvisionnement en méthode contraceptive que vous connaissez ?/...../

1-Centre de santé ; 2-Pharmacie ; 3- Dans la rue (Boutique, pharmacie par terre) ; 4- Autres (à préciser) :.....

#### V. Attitudes pratiques de la contraception

Q18=Avez-vous déjà utilisé un moyen de contraception ?/..... /

1=Non ; 2=Oui

Q18a-si non, pourquoi.....

Q18b- Si oui pourquoi avez-vous utilise la contraception ? /...../

1= Eviter une grossesse ; 2= Espacement des naissances ; 3= Limitation des naissances ; 4=Lutte contre les IST/Sida ; 5= Autre (à préciser) :.....

Q19= Aviez-vous eu des malaises liés aux méthodes contraceptives ?/..... /

1=oui ; 2= non

Q19a- si oui, les quelles ? /...../

1- Vertiges 2- Vomissement 3- Prise de poids 4- Douleur pelvienne, 5- Aménorrhée ; 6- Grossesse non désirée ; 7- Menométrorragie ; 8-hyperménorrhée ; 9- Autres

Q20=Savez-vous qu'il existe des services ou des unités de planification familiale ?/..... /

1=Non ; 2=Oui

Q20a=Si oui : avez-vous déjà fréquenté ces services ou unités ? /..... /

1=Oui ; 2=Non

Q20b=Si non pourquoi ? /..... /

1- Coutume ; 2- Religion ; 3- Peur de la réaction du partenaire

4- Pas besoin ; 5-Autres (à préciser).....

Q21= Utilisez-vous actuellement une méthode contraceptive ? /..... /

1=Oui ; 2=Non :

Q21a= si non, pourquoi ?.....

Q21b= Si oui, quelle méthode contraceptive utilisez-vous maintenant ? /..... /

1-Naturelle ; 2-Pilule ; 3-Préservatif ; 4- L'implant Jadelle (allumettini) ; 5- Norplant ; 6- Allaitement maternel ; 7- Pilule du lendemain ; 8- Méthode traditionnelle ; 9-Collier du cycle ; 10- Autres.....

Q22= Comment qualifiez-vous l'efficacité de cette méthode ? /..... /

1= Efficace 2= Inefficace

Q23=Qui vous a conseillé de pratiquer la contraception ? /..... /

1- Après réflexion personnelle ; 2- Ami(e) ; 3- Mari ; 4- Agent de santé

5- Parents ; 6-Médias ; 7- Autres (à préciser) :.....

Q24= Où avez-vous pratiqué cette méthode ? /..... /

1=Au CSRéf ; 2= Dans un CSCom ; 3= Domicile,

Q25=Pourquoi avez-vous choisi ce lieu ? /..... /

1-Bonne qualité ; 2- Plus grande discrétion ; 3- Accessibilité géographique ;

4- Accessibilité financière ; 5- Autres (à préciser) :.....

Q26= Selon vous quel est le temps qui doit exister entre deux maternités ?

1= Moins de 2 ans ; 2= 2 ans ; 3= 3 ans ; 4=4 ans ; 5=5 ans ; 6=6ans et plus

Q27= Appéciez-vous la contraception ?

1=Oui ; 2=Non

Q27a= si non ; pourquoi ? /..... /

1- Coutume, 2- Religion ,3- Effets secondaires, 4=Autres (à préciser) .....

Q28= Connaissez-vous les risques encourus par les femmes qui ne pratiquent pas la contraception ? / ...../

1= Non, 2= Oui

Q28a= si oui ; les quels.....

## SERMENT D'HIPPOCRATE

- ☉ En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
  
- ☉ Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.
  
- ☉ Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni 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 dès la conception.
  
- ☉ Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
  
- ☉ Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de 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.

**Je le jure**