

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

Un peuple - Un but - Une foi



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

**Université des Sciences, des Techniques et  
des Technologies de Bamako**



**Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie**

Année universitaire : 2020- 2021

N°...../

## **THESE**

# **PROBLEMATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO A PROPOS DE 199 CAS**

Présentée et soutenue publiquement le ..../..../2020 devant le jury de  
la Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie

**Par : M. Yamoussa dit Balla BOUARE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**(Diplôme d'état)**

**JURY**

**Président : Pr Tiéman COULIBALY**

**Membre : Dr Mamadou SIMA**

**Codirecteur : Dr Alassane TRAORE**

**Directeur : Pr Tioukani Augustin THERA**

# DEDICACES

## **Je dédie ce travail,**

### **➤ A ALLAH le Tout Puissant**

Mon Dieu, merci d'avoir veillé sur moi, de m'avoir protégé durant toutes ces années. Merci pour la sante, la persévérance dans l'effort. Tu es bonté et miséricorde, je ne saurais jamais assez te remercier pour tous tes bienfaits.

Gloire Te soit rendue aujourd'hui et pour toujours.

### **A mon papa**

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais manqué.

Je te suis reconnaissant pour toute ta confiance que tu as placée en moi depuis le début de mon cycle. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Je resterais toujours un enfant digne de toi et je me souviendrais toujours de tes sages conseils. Que Dieu, le Tout Puissant te bénisse et t'accorde une longue vie.

### **➤ A ma maman chérie**

Femme dynamique, courageuse joviale, généreuse, loyale, sociable et attentionnée. Tu t'es toujours battue pour le bien-être de tes enfants. Tes encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Maman, je t'aime et merci pour ton amour merci pour tes prières, tes sacrifices, ton soutien moral, affectif, matériel et tes privations à notre égard. Puisse ce travail te donne toute satisfaction et le couronnement d'une mission accomplie. Que Dieu, le Tout Puissant te bénisse abondamment et te garde le plus longtemps possible à nos côtés.

## **A mes frères et sœur**

Bourama, Korotoumou, Abou ; Dramane et Zoumana Bouaré.

Vos attentions à mon égard étaient une lumière dans mon existence durant toutes ces années. Qu'Allah renforce encore ce lien qui nous uni.

### **➤ A ma très chère épouse :**

Je voudrais ici t'exprimer toute mon affection et mon admiration. Tu as été pour moi une conseillère et un soutien durant ces dures épreuves traversées. Fidèle et reconnaissante. Que le long chemin qui nous reste à parcourir ensemble soit balisé de rose.

# REMERCIEMENTS

**Je remercie,**

- Le corps professoral et administratif de la FMOS.
- Toute la famille à Bamako particulièrement à kafara bouaré et Bintou Dumbia

Votre soutien indéfectible, votre affection tout le long de mon parcours m'ont été d'un grand réconfort et d'un grand secours. Que Dieu le Tout Puissant vous rendent au centuple tout ce que vous avez fait pour moi. Ce travail est également le vôtre et je ne vous remercierai jamais assez.

- La famille Dembélé
- La famille Coulibaly

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. J'ai connu des jours heureux grâce à vous. Qu'ALLAH guide vos pas dans vos entreprises quotidiennes.

- Mes amis : Amara Coulibaly ; Tiémoko ; amadou ; Bourama ; Dr souley idriss ; Dr Kéita Alfousseyni.

Je ne saurais comment vous remercier pour votre présence et votre soutien durant toutes ces années de longue amitié.

- Mes maîtres du CsRef CI : Dr Soumaré M, Dr Dicko M, Dr Sylla Y.
- Mes aînés : Dr Maiga, feu Dr Tall, Dr Diarra Ablo, Dr Traoré I, Dr Karamoko Coulibaly
- A tout le personnel du cabinet médical FANA

Merci infiniment pour la connaissance que j'ai reçue de vous.

# **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

## **A notre maitre et président du jury**

### **Professeur Tiéman COULIBALY**

- **Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique ;**
- **Ancien chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel TOURE ;**
- **Maître de conférences à la FMOS ;**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOMACOT).**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

Votre spontanéité, votre courtoisie, votre simplicité et votre amour du travail bien fait nous ont énormément marqué.

Il nous sera difficile de trouver les mots pour vous exprimer notre reconnaissance et notre gratitude.

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profond respect et de nos remerciements les plus sincères.

## **À NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Docteur Mamadou SIMA**

- **Gynécologue obstétricien**
- **Maitre-assistant à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU point**

Cher maître,

Nous vous sommes infiniment reconnaissants d'avoir accepté aimablement de juger ce travail.

Votre disponibilité et votre modestie nous ont beaucoup marqué ainsi que votre sens du travail bien fait.

**A notre Maître et Co-Directeur de Thèse :**

**Docteur Alassane TRAORE**

- **Gynécologue –obstétricien**
- **Chef de service du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital du Mali**
- **Maître-assistant à la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie**
- **Praticien hospitalier à l'hôpital du Mali**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**

**Cher Maître**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de co-diriger ce travail.

Homme ouvert et pragmatique, votre compétence, votre rigueur scientifique et votre humilité font de vous un maître respectable et admiré de tous.

En plus de vos connaissances scientifiques, votre sens social élevé de la vie humaine mérite le respect.

Nous gardons de vous l'image d'un homme de science et un enseignant soucieux de la bonne formation de ses élèves.

Nous sommes fières d'être compté parmi vos disciples.

Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

**À notre Maître et Directeur de thèse**

**Professeur THERA Tioukani Augustin**

- **Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G**
- **Maitre de conférence agrégé en gynécologie obstétrique**
- **Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (France)**
- **Titulaire d'une Attestation de Formation Spécialisée en Gynécologie Obstétrique : Université de Claude Bernard 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 d'Etude Universitaire en Colposcopie et pathologies cervico-vaginales Angers (France)**
- **Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire d'Echographie gynécologique et obstétricale : Université Paris Descartes**
- **Titulaire d'un Certificat d'Etudes Spécialisées Gynécologie Obstétrique : Université Nationale du Bénin**
- **Doctorat d'Etat en Médecine : Université d'Etat de Médecine Pirogov : Vinnitsa (Ukraine)**
- **Membre du Comité Politique du Programme de la Reproduction Humaine (HRP) à l'OMS : Genève (Suisse)**

**Cher Maître,**

Tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme directeur de thèse.

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté sans réserve de diriger ce travail.

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie-obstétrique, vos compétences professionnelles et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

Cher Maître, Soyez rassuré de notre sincère reconnaissance.

# **SIGLES ET ABREVIATIONS**

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

**AMUPI** : Association malienne pour l'unité et le progrès de l'islam

**APF**: Association de Planification Familiale

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

**CRDI**: Centre de Recherche pour le Développement International

**COC**: Contraceptifs Oraux Combinés

**COP**: Contraceptifs Oraux Progestatifs

**CIP**: Contraceptifs Injectable Progestatifs

**CIC**: Contraceptifs Injectables Combinés

**CI**: Commune I

**CSREF**: Centre de Santé de Référence

**DSFC**: Division Santé Familiale et Communautaire

**DSF**: Division Santé Familiale

**DIU**: Dispositif Intra Utérin

**EDS**: Enquête Démographique et de Santé

**FIPF**: Fédération Internationale pour la Planification Familiale

**LRT** : ligature résection des trompes

**MJF**: Méthode des Jours Fixes

**MAMA**: Méthode d'Allaitement Maternelle et d'Aménorrhée

**OMS**: Organisation Mondiale de la Santé

**PF**: Planification Familiale

**PFN**: Planification Familiale Naturelle

**PMI**: Protection Maternelle et Infantile

**SR**: Santé de la Reproduction

**UNFPA**: United Nation Fund for Population

**VIH/SIDA** : Virus d'Immunodéficience Humaine/ Syndrome

D'Immunodéficience Acquise

# SOMMAIRE

I. INTRODUCTION .....	16
OBJECTIFS .....	20
II.GENERALITES .....	23
III. METHODOLOGIE .....	52
IV. RESULTATS .....	64
V. COMMENTAIRES ET RESUME .....	86
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	94
VII. REFERENCES .....	97
VIII. ANNEXES.....	104

# I. INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION

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

Ces avortements à risque sont effectués par des personnes hors du milieu médical et dans de mauvaises conditions d'hygiène [2].

En Afrique, le taux de mortalité maternelle est de 239 pour 100 000 naissances vivantes.

Le taux de mortalité infanto -juvénile est de 90 pour 1 000 et le taux de mortalité infantile est de 64 pour 1 000 en 2012 [2].

La mortalité maternelle et infantile reste encore très élevée dans notre pays, le Mali, en dépit des efforts techniques organisationnels et financiers faits par le Ministère de la santé et ses partenaires durant ces dix dernières années. Les données fournies par trois EDS ont montré une baisse à cet égard: la mortalité infantile qui était de 582 pour 1000 (EDSIII 2001) est passée à 465 pour mille (EDSIV 2006) et 368 pour mille (EDSV 2012-2013) [3].

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

L'indice synthétique de fécondité est resté le même pendant les cinq dernières années: 6,8 enfants par femme ; par ailleurs l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives modernes, de l'ordre de 9,9%, est faible. Les projections montrent que sur la base d'un taux de croissance annuelle de 2,7%, la population actuelle du Mali estimée à 18 millions d'habitants devrait atteindre 23 millions en 2025 [3].

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

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

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

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

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

Le taux de mortalité et morbidité maternelle baisse lorsque les femmes ont moins de grossesse; mais la PF n’a aucun effet sur les risques liés à la grossesse; pour ce faire, nous devrions nous concentrer sur l’amélioration de l’accès aux services obstétricaux de bonne qualité.

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

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

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

Les femmes actuellement en union, non utilisatrices de la contraception, et qui ont déclaré ne plus vouloir avoir d'enfant ou vouloir attendre deux ans ou plus avant la naissance de l'enfant suivant, sont considérées comme étant des besoins non satisfait en matière de la contraception. Selon EDSM3 l'analyse différentielle des besoins en matière de PF met en évidence des légères variations des besoins selon l'âge des femmes. C'est de 15 à 19 ans et de 40 à 44 ans que les besoins non satisfait sont plus élevé 32% entre 20 et 44 ans, âge auquel la fécondité et la prévalence contraceptive sont plus élevées [3].

La prévalence contraceptive est de 25% en Afrique mais un peu plus élevée dans certains pays d'Afrique tels que la Tunisie 75%, le Kenya, le Botswana 30% et au Zimbabwe 43% [4].

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

La prévalence contraceptive du Mali, qui était de 6 % et celle de EDSMV est de 9,9% nous interpelle tous. A travers ce travail ; nous avons voulu apporter notre contribution en étudiant <<la problématique de la planification familiale en commune I du district de Bamako>>

Pour ce faire, nous nous assignons les objectifs suivants:

# OBJECTIFS

## **OBJECTIFS**

### **OBJECTIF GENERAL :**

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

### **OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- Déterminer la fréquence des femmes utilisatrices de la planification familiale.
- Déterminer le taux d'utilisation des différentes méthodes de contraception.
- Identifier les causes d'abandon des méthodes contraceptives
- Préciser la perception des utilisatrices sur l'organisation de la prestation de PF en CI du district de Bamako
- Décrire les attitudes et comportements des prestataires par rapport à l'offre de service de PF en CI du district de Bamako.

## **II. GENERALITES**

## **II.GENERALITES**

### **1- Rappel sur la planification familiale**

#### **a- Définition :**

Selon l'OMS la planification familiale est l'ensemble des moyens et méthodes qui concourent au contrôle des naissances, dans le but de permettre aux couples de choisir le moment d'avoir un enfant.

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

#### **b- La PF comporte diverses activités : qui sont**

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

#### **c- Les avantages :**

➤ **Les femmes :** Le planning familial permet à la femme de se protéger contre les grossesses non souhaitées. Depuis les années 1960 les programmes de planning familial ont aidé les femmes du monde entier à éviter 400 millions de grossesses à haut risque ou d'avortements pratiqués dans les mauvaises conditions. Si toutes les femmes pouvaient éviter les grossesses à hauts risques, le nombre de mortalité maternelle pourrait diminuer d'un quart, en outre beaucoup de méthodes hormonales aident à empêcher certains cancers et les préservatifs aident à empêcher les maladies sexuellement transmissibles dont le VIH / SIDA [5]

La PF permet aussi à l'organisme de la femme de se reposer de récupérer et de mieux supporter les aléas de la nature qui sont, la maladie le stress les efforts physiques [6]

La PF permet à la femme de limiter les abandons d'enfant ou des cas d'infanticide.

La PF contribue à la disponibilité de la mère pour son enfant, son mari et pour toute la famille [6]

➤ L'enfant : Le planning familial sauve les vies des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances. Entre les 13 et les 15 millions d'enfant âgés de moins de cinq ans meurent chaque année, si tous les enfants naissent à intervalle d'au moins de deux ans 3 à 4 millions de ses morts serraient éviter [5]

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

Tous ceux-ci contribueront au développement humanitaire de l'enfant pour faire face aux infections respiratoires, diarrhée et autres maladies infectieuse et virales [7]

➤ Les hommes : Le PF aide les hommes et les femmes à prendre soins de leur famille. Dans le monde entier, les hommes disent que la PF aide à leur assurer une meilleure existence [6]

➤ **La famille** : La PF améliore le bien être familiale. Les couples qui ont moins d'enfant sont mieux à mesure de leur donner suffisamment de nourriture, de leur assurer un logement et de les scolariser [5]

➤ **La nation** : La PF aide la nation à se développer. Dans les pays où les femmes ont moins d'enfants que leur propre mère, La population voit s'améliorer sa situation économique plus rapidement qu'ailleurs [8]

Les composantes de la PF retenues au mali sont :

- La contraception
- La prévention et le traitement de l'infertilité
- La prévention et le traitement des IST/VIH/SIDA

- L'éducation à la vie familiale, éducation en matière de la population (EVF/EMP)

- Les activités connexes : égalité entre les sexes et la promotion des femmes, diminution de la discrimination envers les fillettes, responsabilité et implication des hommes.

## **2- Activité de planification familiale**

### **a- Définition :**

L'évaluation est l'un des outils les plus importants dont dispose les responsables.

Le processus d'évaluation aide les responsables à prendre des décisions capitales sur la manière d'améliorer la mise en œuvre des programmes et ou la gestion des organisations. Elle aide les responsables :

- A voir si les résultats escomptés sont entrains d'être atteints et quelles sont les modifications qui devraient être faites pour améliorer l'effcience et ou l'efficacité des activités du programme

- Mesurer les progrès dans la réalisation des objectifs du programme et de l'impact du programme :

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

L'OMS aide les pays à développer un cadre stratégique d'intervention qui fédère les interventions de tous les acteurs impliqués dans le repositionnement de la planification familiale, déclare Isseu Diop Touré, chargée du programme santé de la reproduction et survie de l'enfant au Bureau de l'Oms/Sénégal [9].

L'organisation onusienne, ajoute Touré, contribuera au renforcement des compétences du personnel de santé, aux échanges d'expériences, à la

documentation, au suivi et à l'évaluation des activités ainsi qu'au plaidoyer pour mobiliser des ressources pour la PF [9].

#### Droit des clients

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

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

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

- \_ Les salles de Consultation isolées et l'utilisation des paravents pour préserver la confidentialité et la dignité
- \_ L'utilisation des supports visuels en langue locale en image pour faciliter l'accès à l'information.
- \_ La référence à une boîte à image pour donner toute l'information complète
- \_ La tenue et le classement correct des dossiers des clients pour assurer la continuité des services
- \_ Une salle d'attente avec place d'assise pour un minimum de confort
- \_ Des toilettes accessibles aux besoins pour des droits d'hygiènes.
- \_ Une salle de tri pour éviter de très longue attente
- \_ Des prestataires qui parlent la langue du milieu pour faciliter la communication avec la cliente

\_ Une gamme complète des produits pour faciliter le choix et satisfaire la cliente

### **c- Besoins des prestataires :**

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

- Formation portant sur les compétences techniques et de communication
- Infrastructures, notamment les locaux physiques appropriés et une organisation efficace
- Disponibilité des produits contraceptifs ;
- Directives des services, listes aide-mémoire ;
- Soutien de la part d'autres prestataires et autre niveau de soin
- Respect et reconnaissance des collègues, des responsables, des clients et de la communauté
- Motivation/encouragement pour fournir une bonne qualité des soins
- Feed-back des responsables, des supervisions, d'autres prestataires de services et des clients.
- Auto expression pour que les responsables tiennent compte de leur avis et prennent des décisions.

### **3- HISTORIQUE :**

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

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

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

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

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

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

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

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

- Tampons constitués de cire d'abeille par les paysannes hongroises ;
- D'éponges imprégnées de cognac dans les milieux libertins de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle ;
- De sulfate de quinine dont l'emploi s'est répandu au milieu du Xylène de même que des solutions astringentes (-thé vert, alun, etc..).

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

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

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

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

Pour fécondation de l'ovule.

La contraception dont la paternité est souvent associée à Malthus T. Robert a donc évolué depuis l'antiquité Romaine avec des méthodes pouvant paraître fantaisiste telle la pharmacopée excrémentielle pour offrir aujourd'hui aux couples qui le désire des moyens dont la rigueur scientifique est clairement établi et ce, dans le but de leur permettre de contrôler leur descendance.

#### **4- MOYENS DE REGULATION DES NAISSANCES**

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

- La contraception qui est l'ensemble des méthodes visant à éviter de façon réversible et temporaire la fécondation ou s'il y a fécondation, la nidation. OMS
- La contraception post-coïtale utilisable après un rapport non protégé entre le temps de l'ovulation et l'implantation ;
- La stérilisation, la méthode irréversible ;
- L'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Il convient toutefois de remarquer que cette dernière n'est pas reconnue par la législation Malienne comme étant un moyen légal de régulation des naissances [8].

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



**Figure 1 : méthodes de contraceptions**

## **4.1- LES METHODES DE BARRIERES**

### **4.1.1-Le condom masculin (Préservatif)**

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

- Efficacité

Le taux d'échec associé à une utilisation parfaite des condoms est estimé à 3% [9].

- Mécanisme d'action

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

- Contre-indication

- Allergie ou sensibilité au latex pour les condoms de latex

- A la lanoline dans le cas des condoms en membranes d'agneau.

- Effets indésirables

Il interfère avec l'acte sexuel.

#### **4.1.2- Le condom féminin :**

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

- Efficacité

Le taux de grossesse à 12 mois pour une utilisation parfaite (correcte et systématique) du condom féminin est de 5% [9].

- Mécanisme d'action

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

- Contre-indications

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

- Effets indésirables

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

Parmi les autres inconvénients du condom féminin on trouve :

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

#### **4.1.3 Le diaphragme :**

Le diaphragme est une méthode de contraception intra vaginal utilisée conjointement avec un spermicide. C'est un dôme de latex dont le pourtour

contient un anneau d'acier flexible. Il s'insère dans le vagin afin de recouvrir le col de l'utérus.

Il existe trois types de diaphragme :

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

- Efficacité

Les taux d'échec selon OMS au cours des 12 premiers mois d'utilisation sont de 6% malgré une utilisation parfaite. [9]

- Mécanisme d'action

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

- Contres indications

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

- Effets indésirables

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

#### **4.1.4-La cape cervicale :**

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

- Efficacité

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

- Mécanisme d'action

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

- Contre-indications

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

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

- Effets indésirables

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

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

**4.1.5- L'éponge contraceptive :**

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

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

- Efficacité

Les éponges contraceptives présentent des taux d'échec variant entre 18 et 20% pour les nullipares et de 36 à 40% pour les multipares [10].

- Mécanisme d'action

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

- Contre-indications

L'éponge cervicale ne devrait pas être utilisée en cas :

- D'allergie au spermicide utilisé ;
- D'anomalies de l'anatomie vaginale pouvant nuire à la mise en place satisfaisante ou stable du dispositif ;
- D'incapacité d'apprendre la bonne technique d'insertion ;
- D'antécédents de syndrome de choc toxique ;
- D'une grossesse à terme dans les six dernières semaines ;
- D'avortement spontané ou provoqué, ou des saignements vaginaux anormaux.

- Effets indésirables

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

#### **4.1.6- Les spermicides :**

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

- Efficacité

Le taux d'échec au cours de la première année d'utilisation est de 6% malgré une utilisation parfaite. [9]

- Mécanisme d'action

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

- Contre-indications

Le spermicide est contre-indiqué en cas de :

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

- Effets indésirables

L'irritation génitale qui pourrait faciliter la transmission du VIH [11].

L'utilisation de spermicides a également été associée à un accroissement du risque d'infection des voies urinaires [12].

## **4.2- La contraception hormonale combinée**

Elle désigne les moyens de contraception qui contiennent à la fois de l'œstrogène et de progestatif. Il existe quatre types :

### **4.2.1-Les contraceptifs oraux combinés (coc)**

Ils peuvent être :

- Monophasique, contenant une quantité fixe d'œstrogène et de progestatif;
- Bi phasiques, la quantité d'œstrogène est fixe, alors que celle de progestatif augmente au cours de la seconde moitié du cycle :
- Tri phasique dont la quantité d'œstrogène fixe ou variable, tandis que la quantité de progestatif augmente en trois phases égales.

Le type d'estrogène utilisé est : l'éthinylestradiol.

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

- Les estrans (noréthindrone, diacétate d'éthinodiol)
- Les gonanes (levonorgestrel, désogestrel, norgestimate) qui semblent être plus puissants [13].

- Efficacité

Les COC constituent un mode de contraception réversible très efficace.

En utilisation parfaite, ils sont efficaces à 99,9% [9].

- Mécanisme d'action

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

Parmi les autres mécanismes d'action, on trouve :

- L'accentuation de l'atrophie endométriale ;
- La production de glaire cervicale visqueuse ;
- Des effets sur la sécrétion et le péristaltisme au sein des trompes de Fallope

- Contre-indications

L'OMS, a établi des contres indications absolues et relatives à l'utilisation des COC. [14]

Contre –indications absolues

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

Contres indications relatives

- Fumeuses de plus de 35 ans (Moins de 15 bâtons/jour) ;
- HTA maîtrisée ;
- Hypertension (systolique : 140-159mmHg, diastolique : 90-99 mmHg) ;
- Migraine (chez les femmes de plus de 35 ans) ;
- Maladie vésiculaire en phase symptomatique ;

- Antécédents de cholestase associée à l'utilisation de COC ;
  - Utilisatrices de médicaments pouvant entraver le métabolisme des COC.
- Effets indésirables

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

#### **4.3-Le timbre contraceptif transdermique :**

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

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

- Efficacité

L'indice de Pearl du timbre contraceptif transdermique (taux des échecs en fonction du nombre de grossesses pour 100 années femme) est de 0,7 (IC 0,31-1,10), dans le cas d'une utilisation parfaite. [15].

- Mécanisme d'action

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

- Contre-indications

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

- Effets indésirables

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

#### **4.4- L'anneau vaginal contraceptif**

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

##### **- Efficacité**

L'indice de Pearl global de l'anneau, se situe entre 0,65 et 1,18 [16].

##### **- Mécanisme d'action**

L'anneau empêche le développement folliculaire et inhibe l'ovulation.

Parmi les autres mécanismes d'action possible, on trouve l'accentuation de l'atrophie endométriale et l'altération de la glaire cervicale.

##### **- Indications**

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

##### **- Contre-indications**

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

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

- Effets indésirables

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

- Des saignements irréguliers au premier cycle d'utilisation ;
- Des effets indésirables de nature hormonale : céphalée, nausée, et sensibilité des seins.
- Des symptômes vaginaux : vaginite et leucorrhée.

#### **4.5 -La contraception injectable combinée :**

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

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

Dans le cadre d'une étude portant sur 782 américaines suivies pendant un an, aucune grossesse n'a été constatée [17]. Son principal mécanisme d'action est l'inhibition de l'ovulation.

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

#### **4.6- Contraception hormonale à base de progestatif [18]**

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

- Les progestatifs injectables

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

- Efficacité

L'AMPR est une forme grandement efficace de contraception dont le taux d'échec est estimé à moins de 0,3% par an [19].

➤ Mécanisme d'action

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

➤ Indications

Puisqu'il ne nécessite pas d'attention quotidienne, il peut être mieux adapté aux besoins des femmes qui ont de la difficulté à respecter la posologie des autres moyens de contraception.

Il peut également convenir aux femmes allaitantes ou ayant :

- Une sensibilité ou des contre-indications connues aux œstrogènes ;
- Plus de 35 ans et qui fument ;
- Des migraines ;
- Une endométriose ;
- La drépanocytose ;
- Sous anticonvulsivants.

➤ Contres indications

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

➤ Effets indésirables

Les effets indésirables associés à l'AMPR sont :

- la perturbation du cycle menstruel (le plus courant) ;
- La prise de poids ;
- Les manifestations indésirables de nature hormonale (céphalée, acné, baisse de la libido, la nausée et la sensibilité des seins) ;
- Des variations de l'humeur.

- Retour tardif de la fécondité (neuf mois en moyenne) ;
- Baisse de la densité minérale osseuse sans ostéoporose notamment au niveau de la colonne lombaire.

➤ Progestatif oral : Pilule de progestatif seul

Utilisées selon les indications, les pilules de progestatif seul (PPS) sont très sûres et grandement efficaces. En utilisation parfaite, elles présentent un taux d'échec de 0,5% [19].

➤ Mécanisme d'action

L'altération de la glaire cervicale (portant sur le volume, la viscosité et la structure moléculaire) constitue le principal mécanisme d'action des PPS. Ceci entrave ou empêche la pénétration des spermatozoïdes.

L'ovulation peut être supprimée et des modifications de l'endomètre peuvent se produire.

➤ Indications

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

➤ Contres indications

- Contres indications absolues : grossesse et diagnostic courant de cancer du sein
- Contres indications relatives : Hépatite virale évolutive et les tumeurs hépatiques.

➤ Effets indésirables

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

#### **4.6- Les implants de progestatif**

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

➤ Efficacité

Le taux d'échec associé aux implants se situe autour de 0,1% par année [9].

➤ Mécanisme d'action

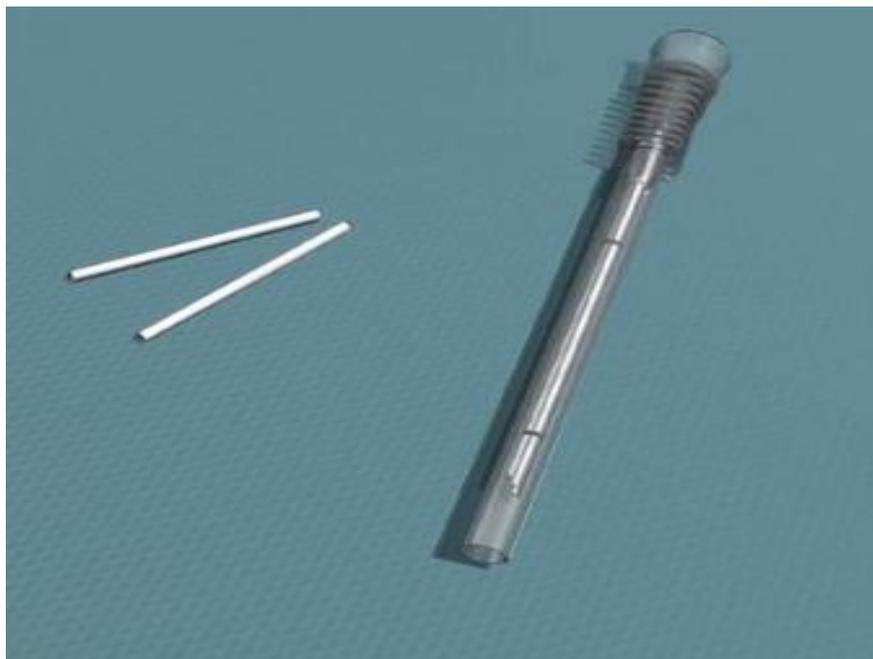
Le levonorgestrel libéré par les bâtonnets qui la constitue supprime l'ovulation, provoque une atrophie endométriale et rend la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes.

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

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

➤ Effets indésirables

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



**Figure 2 :** jadelle

#### **4.7- Les dispositifs intra-utérins (Stérilet) [20]**

Il existe deux types de DIU :

- Le DIU libérant du Lévonorgestrel ou « système intra-utérin à libération de Lévonorgestrel » (SIU-LNG) ;
- Deux DIU de cuivre (NOVA6T et flexi-T300).

➤ Efficacité

Le taux d'échec du DIU de cuivre est estimé à 1,26 par 100 femmes années, celui du DIU à libération de Lévonorgestrel est estimé à 0,09 par 100 femmes années [21]

➤ Mécanisme d'action

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

Les DIU de cuivre consistent en une tige verticale sur laquelle s'enroule un fil de cuivre à âme d'argent. La présence de cuivre dans la cavité endométriale

entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre qui nuisent au transport des spermatozoïdes.

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

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

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

L'ovulation peut même s'en trouver inhibée.

Les DIU restent actifs 10 ans en moyenne.

#### ➤ Indications

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

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

#### ➤ Contre-indications

Contre indications absolues

- La grossesse
- Infection pelvienne ou ITS (au cours des trois derniers mois)
- Sepsis puerpérale

- A la suite d'un avortement septique
- Cavité utérine gravement déformée
- Saignements vaginaux inexpliqués
- Cancer du col utérin ou de l'endomètre
- Maladie trophoblastique maligne
- Allergie au cuivre (dans le cas des DIU de cuivre)
- Cancer du sein (dans le cas du SIU-LNG)
  - Contre-indications relatives
- Facteurs de risque en ce qui a trait aux ITS ou au virus du VIH-SIDA
- Immunodépression infectieuse ou médicamenteuse (corticothérapie) ;
- De 48 heures à quatre semaines à la suite d'un accouchement ;
- Cancer de l'ovaire ;
- Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne.
  - Effets indésirables

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

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



**Figure 3** : dispositif intra utérin

#### **4.7 La contraception d'urgence [22]**

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

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

Il existe deux types de COU dont l'un consiste à prendre deux doses de 750 $\mu$ g de Lévonorgestrel par voie orale à 12 heures d'intervalle.

Le second connu sous le nom de méthode Yuzpe, consiste en deux doses contenant 100 $\mu$ g d'éthinylestradiol et 500 $\mu$ g de Lévonorgestrel, administrées par voie orale, à 12 heures d'intervalle.

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

La mise en place d'un stérilet au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est également un moyen efficace de prévention de la

grossesse. Ce DIU reste dans les 7 jours qui suivent une relation sexuelle non protégée.

➤ Mécanisme d'action

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

➤ Efficacité

L'OMS rapporte un taux de grossesse de 1,1% pour le traitement au Lévonorgestrel seul, comparativement 3,2% pour la méthode Yuzpe.

La mifépristone est six fois plus efficace que la méthode Yuzpe. A très faible dose (10mg), elle est aussi efficace que le lévonogestrel seul [23]. On estime que l'insertion post coïtal d'un stérilet au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est efficace à 98,7% [21].

➤ Indications

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

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

➤ Contre-indications

La seule allergie aux COU porte sur les composantes du produit. Dans le cas d'un stérilet au cuivre post coïtal, il faut exclure la possibilité d'une grossesse préexistante, surtout si la femme a eu des rapports sexuels en début de cycle, il ne doit y avoir ni signe d'infection vaginale ou cervicale ni antécédents récents d'infection pelvienne ; de plus, le risque d'infection transmise sexuellement doit être faible.

### ➤ Effets indésirables

Les effets indésirables associés sont : des nausées, des vomissements, d'étourdissement et de fatigue.

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

## **4.8- Les méthodes de planification familiale naturelle [24]**

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

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

### **4.8.1- Connaissance du cycle de fertilité**

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

Les trois principaux signes de fertilité sont les modifications de la glaire cervicale, de la température basale et de la position du col utérin.

D'autres méthodes se fondent sur des calculs à l'aide d'un calendrier.

#### **4.8.1.1- Efficacité**

Le taux d'échec estimés par l'OMS est de 1 à 9%, malgré une utilisation parfaite. [9]

#### **4.8.1.2 Mécanisme d'action**

- Connaissance du cycle de fertilité et méthode sympto-thermique

Cette méthode fait appel aux trois signes de fertilité :

#### - Les modifications de la glaire cervicale

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

#### - Température basale

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

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

#### - Position du col utérin

Le col peut être senti près de l'ostium vaginale à la suite des menstruations ; sa position s'élève considérablement au sein du vagin au cours de la phase folliculaire.

Il atteint sa position la plus élevée au moment de l'ovulation. Sa consistance devient alors souple et le diamètre de son orifice s'élargie. Au cours de la phase lutéale, le col descend dans le vagin et se raffermi, se referme et se rapproche de l'ostium vaginale.

#### • La méthode « Billings »

Elle repose uniquement sur les modifications de la glaire cervicale. Pour plus de certitude, il est conseillé de ne se fier qu'à la deuxième période d'infertilité (post ovulation). [25]

#### • Algorithme de deux jours

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

- La « Standard dayMethod »

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

- La méthode du calendrier

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

Le couple doit donc éviter de pratiquer le coït ou utiliser une méthode de contraception d'appoint pendant une période de 8 à 10 jours au cours de chaque cycle. L'utilisatrice doit remplir un calendrier menstruel pendant au moins six mois. Sa période de fertilité est déterminée par la soustraction de 20 jours à la durée de son cycle le plus court (afin d'établir le début de la période de fertilité) et par la soustraction de 10 jour à la durée de son cycle le plus long (afin d'établir la fin de la période de fertilité).

- Trousse de prédiction de l'ovulation

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

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

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

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

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

L'intervalle entre les périodes d'allaitement ne devrait pas dépasser quatre heures le jour, et six heures, la nuit. [26]

#### **4.8.1.3- Indications**

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

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

#### **4.8.1.4 Contre-indications**

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

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

## **III. METHODOLOGIE**

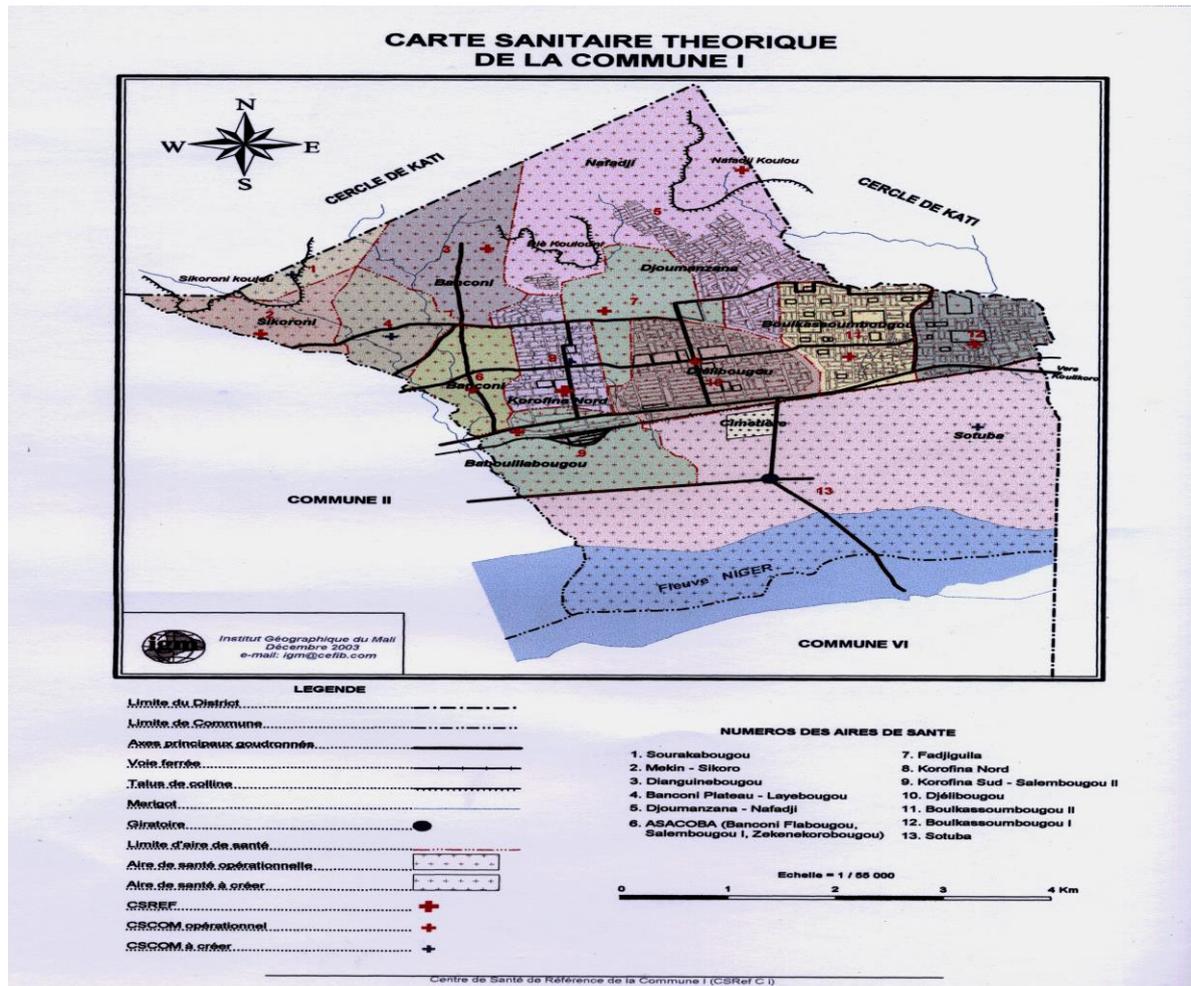
### III. METHODOLOGIE

#### 1-Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la Commune I (CS Réf CI) du district de Bamako au niveau du service de gynécologie-obstétrique.

#### 1.1- La commune I du district de Bamako :

##### -Situation de la commune :



**Figure 4 :** Carte sanitaire de la Commune I

**Source:** SIS CS Réf. CI

La commune I est située à l'Est du District de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger. Elle est limitée :

- Au Nord et à l'Est par le cercle de Kati ;
- Au Sud par le fleuve Niger ;

- A l'Ouest par la commune II (le marigot de Korofina limitant les 2 collectivités).

Elle comprend (9) quartiers qui sont :

Korofina (Nord et Sud) ; Djélibougou ; Boukassoumbougou ; Doumanzana ; Fadjiguila ; Banconi ; Sikoro ; Sotuba.

La surface est de 34,26km<sup>2</sup> soit 12,83% de la superficie totale de Bamako, pour une population totale de 376917 habitants (2013) soit une densité moyenne de 11002 habitants/km<sup>2</sup> (DNSI-Mairie CI).

Le relief de la commune I est caractérisé par des plateaux et des collines de type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures d'assainissement tandis que sa végétation est de type Soudano-sahélien dominée par les grands arbres comme le Caïlcédrat, le Karitier, le Manguier, etc.

Le climat de type tropical est caractérisé par :

- Une saison sèche ;
- Une saison froide : de Novembre à Janvier ;
- Une saison chaude : de Février à Mai ;
- Une saison des pluies : de Juin à Octobre.

**- Les infrastructures routières :**

- La route régionale (RR) N°14 ou Route de Koulikoro avec éclairage public ;
- La route pavée qui relie la RR 14 au marché de Fadjiguila ;
- La route 251 reliant la RR 14 au Lycée FilyDabo Sissoko avec éclairage public ;
- La desserte de Banconi allant de la RR 14 et traverse le Banconi ;
- Deux autres voies traversent toute la commune I d'Est en Ouest (du marché de Boukassoumbougou jusqu'au quartier de Hippodrome en

commune II) dans le cadre du réseau routier de la ceinture du District de Bamako avec éclairage public ;

- A l'intérieur des quartiers les routes sont petites, latéritiques et difficilement praticables en saison pluvieuse ;
- Une voie ferrée reliant Bamako à Koulikoro traverse la commune I sur une distance de cinq (5) km.

**-Les moyens de transports :**

Le transport collectif est assuré principalement par les minibus (SOTRAMA), les bus, et les taxis. Au total, vingt (20) lignes desservent la commune I en provenance des abords des rails, de la grande mosquée et du marché de Médine. Il existe quatre stations de taxis dans la commune, dont une à côté du Centre de Santé de Référence de la commune I.

**-Les moyens de télécommunications :** La commune possède un réseau téléphonique d'une capacité de 52 000 lignes avec une agence de la SOTELMA à Djélibougou, des cabines téléphoniques ORANGE et MALITEL.

Le CS Réf CI, l'ASACOBAMA, l'ASACOMSI, l'ASACODJE et l'ASACOBOUL II sont les seules structures sanitaires publiques de la commune I qui sont servies en lignes téléphoniques par la SOTELMA.

**-Les canaux de communication :**

• **Modernes :**

- L'ORTM : Office de Radiodiffusion Télévision du Mali
- Les radios privées du district de Bamako dont six sont en commune I (Djekafo 100.7, Kayira 104.4, Patriote 88.1, Ambiance 97.4, Dambé 102.8 et Energie 107.9 FM).
- La connexion internet occupe une place prépondérante tant sur le plan économique que communication.

• **Traditionnels :**

- Les crieurs publics ;
- Les leaders d'opinions ;

- Les griots ;
- Les troupes théâtrales de la commune I.

#### **-Les infrastructures sanitaires :**

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé du gouvernement :

- un premier plan de développement de la commune de 1995 à 1999 avait prévu la création de onze (11) aires de santé dont dix (10) sont fonctionnelles ;
- un deuxième plan a été élaboré pour la période 2002-2006 dans lequel il est prévu la création de six (06) nouveaux centres de santé communautaire (CSCOM) et le renforcement des capacités du Centre de Santé de Référence de la Commune I.

Il existe en commune I : un CS Réf, 12 CSCOM, des Cabinets médicaux, des Cliniques privées et des centres confessionnels (AMuPi, Catholique et Cherifla). Le Centre de Santé de Référence de la Commune I comprend actuellement plusieurs services et unités qui sont :

- L'administration ;
- Le service de gynécologie obstétrique ;
- Le service de chirurgie générale ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le service d'ophtalmologie ;
- Le service d'odontostomatologie ;
- Le service d'otorhinolaryngologie ;
- Le service de médecine générale ;
- Le service de développement social et de l'économie solidaire;
- L'unité d'imagerie médicale ;
- Le Système d'information sanitaire ;
- L'unité de laboratoire ;

- L'Unité de soins d'accompagnement de la commune I ;
- Le bloc opératoire ;
- La pharmacie ;
- La brigade d'hygiène ;
- La morgue.

**Le personnel est composé de :**

- 19 médecins dont un médecin chef, trois gynécologues-obstétriciens, un pédiatre, un ophtalmologue, deux chirurgiens, un médecin de santé publique, neuf médecins généralistes, deux pharmaciens
- 29 sages-femmes ;
- 16 assistants médicaux (quatre Anesthésistes, trois agents de la santé publique, deux odontostomatologistes, deux ORL, trois ophtalmologues, un biologie médical, un agent de gestion des hôpitaux) ;
- 06 techniciens supérieurs spécialistes (un agent d'hygiène d'assainissement, quatre (04) agents de laboratoire, un agent de technicien supérieur des affaires sociales) ;
- 06 techniciens supérieurs
- 15 techniciens de santé (10 agents de santé publique et cinq infirmières obstétricienne) ;
- 03 Ingénieurs sanitaires (un agent d'hygiène d'assainissement, deux agents de biologie médical)
- 03 infirmiers du bloc opératoire ;
- 03 vendeurs de pharmaciens ;
- 1 matrone ;
- 29 aides-soignantes ;
- 02 infirmières auxiliaires :
- 08 comptables ;
- 03 chauffeurs ;

- 07 manœuvres ;
- 08 secrétaires;
- 01 informaticien
- 1 gardien ;

**Les activités comprennent :**

- Les consultations prénatales ;
- Les accouchements et les urgences gynécologiques et obstétricales ;
- Les consultations de planification familiale et post-natales ;
- Le suivi des malades hospitalisés ;
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Les interventions chirurgicales ;
- Les analyses biologiques ;
- L'Echographie;
- Les consultations médicales externes ;
- Les consultations ORL ;
- Les consultations ophtalmologiques ;
- Les consultations odontostomatologues.
- Le dépistage des malades suspects de tuberculose
- Le dépistage du VIH.

**Présentation du service de gynécologie et d'obstétrique :**

Le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I fait partie des services les plus fréquentés du centre.

**Le service comprend :**

- Trois salles de consultation externe ;
- Une salle pour les urgences gynécologie-obstétrique;
- Une salle d'accouchement à trois lits ;
- Une salle d'attente qui sert également de salle pour les suites de couches et la surveillance post-partum ;
- Une unité de consultation prénatale ;

- Une unité de planification familiale (PF) et post-natale ;
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;
- Un bloc d'hospitalisation comprenant :
  - ❖ Trois grandes salles avec une capacité de six (06) lits ;
  - ❖ Deux salles à deux (02) lits ;
  - ❖ Une salle pour les thésards (faisant fonction d'internes) ;
  - ❖ Une salle pour le major du bloc d'hospitalisation ;
  - ❖ Une salle de soins.
- Un bloc opératoire comprenant :
  - ❖ Deux salles d'interventions pour les interventions gynécologiques obstétricales, chirurgicales et ophtalmologiques ;
  - ❖ Une salle de stérilisation des instruments ;
  - ❖ Une salle contenant l'autoclave pour la stérilisation des champs et des blouses opératoires ;
  - ❖ Une salle de réveil ;
  - ❖ Une salle de préparation des patients ;
  - ❖ Une salle de préparation des opérateurs (chirurgiens ; gynécologues-obstétriciens) ;
  - ❖ Un bureau pour les anesthésistes ;
  - ❖ Un bureau pour les aides de bloc.

### **La maternité :**

Elle est située vers le côté Sud du CS Réf entre le bloc d'hospitalisation à l'Ouest, la pharmacie à l'Est et le bloc opératoire au Nord.

Elle reçoit les gestantes et parturientes issues de toutes les couches sociales. Les parturientes venant y accoucher sont suivies soit dans notre service, soit dans les autres services de gynécologie et obstétrique publics ou privés, soit dans les centres de santé communautaire.

### **Le personnel de la maternité est composé de :**

- Un gynécologue-obstétricien, chef de service qui coordonne et supervise toutes les activités du service ;
- Deux autres gynécologues-obstétriciens ;
- Un médecin DES de gynéco-obstétrique troisième année, en formation ;
- Douze médecins généralistes (ancien thésard et personnel d'appui) ;
- Vingt-neuf sages-femmes réparties entre les différentes unités de la maternité ;
- Neuf thésards (faisant fonction d'internes) ;
- Des matrones et aides-soignantes.

### **Les activités sont programmées comme suit :**

- Les consultations sont assurées par les médecins gynécologues obstétriciens, ainsi que par les médecins généralistes, principalement lors des gardes ;
- L'échographie est réalisée tous les jours ouvrables ;
- Deux journées consacrées aux activités chirurgicales des malades programmées ;
- La garde est assurée par un gynécologue d'astreinte, un médecin généraliste, de thésards (ou faisant fonction d'internes), d'une sage-femme, d'une aide-soignante et de deux manœuvres ;
- La formation continue du personnel est pérennisée par un staff quotidien sur les dossiers journaliers et principalement ceux de la garde, ainsi que par un exposé hebdomadaire sur les pathologies gynécologiques et obstétricales fréquemment rencontrées dans le service ;
- La visite aux malades hospitalisés, visite au cours de laquelle le gynécologue obstétricien donne les instructions et enseignements nécessaires à la formation continue des étudiants (thésards).

## **1.2- Type d'étude**

Il s'agit d'une étude prospective, transversale et descriptive.

## **1.3-Lieu d'étude**

Notre étude a été réalisée dans le centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako.

**1.4- Période de l'étude :** L'étude a duré 18 mois allant du 1<sup>er</sup> Juillet 2017 au 31 Décembre 2018

## **1.5-Population d'étude**

La population d'étude était composée de deux groupes :

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

## **1.6-Echantillonnage :**

Nous avons choisi la commune I du district de Bamako par ce qu'elle constitue une structure de 2<sup>ème</sup> référence et sa position dans le district sanitaire.

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

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

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

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

## **1.7-Procédure d'échantillonnage**

Le centre de santé de référence de la commune I comporte une unité de PF, les activités sont assurées par les gynécologues, des sages-femmes et des infirmières.

L'observation a porté sur des personnes chargées de prestation de PF depuis l'accueil de la cliente jusqu'à la fin de la consultation.

Pour les clientes ; nous avons choisi de manière aléatoire 199 clientes dans l'unité de PF de la commune I du district de Bamako.

Les 199 clientes correspondent aux utilisatrices de PF

## **1.8- Outils et techniques de collecte des données**

### **1.8. a- Support**

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

### **1.8. b- Technique de collecte des données**

Les techniques qui ont été utilisées dans cette étude sont :

- l'entretien individuel à travers un questionnaire préétabli.
- L'observation non participante a porté sur les relations entre les clientes de la PF et les prestataires.
- l'entretien individuel a permis d'administrer des questionnaires aux participantes venues en consultation PF.

## **1.9- Critères d'inclusion**

-Toute femme en âge de procréer (13-45 ans) reçue en consultation PF dans le Centre de santé de référence de la commune I et ayant accepté de participer à l'étude :

- les femmes en post partum
- les femmes ayant reçues des soins post abortum
- les jeunes dames
- Les prestataires de service de PF.

## **1.10- Critères de non inclusion**

-Celles qui ont refusé de répondre à nos questionnaires

## **1.11- Considération éthique**

- Le consentement éclairé de chaque personne interrogée a été obtenu
- La confidentialité et l'anonymat ont été garantis.

## **1.12- Traitement des données**

L'analyse et la saisie des données ont été effectuées sur SPSS 23

La saisie des textes est faite sur Microsoft Word 2007

## **1.13- Les variables :**

### **a- Les variables liées aux facteurs prédisposant**

- Caractéristiques du personnel
- Catégorie professionnelle
- Expérience des agents

### **b- Les variables liées aux facteurs facilitants**

- Formation des agents ; Disponibilité des contraceptifs
- Condition d'utilisation des contraceptifs.

## **IV. RESULTATS**

## IV. RESULTATS

Notre enquête a porté sur 199 clientes et 11 prestataires du Centre de santé de référence de la commune I du 01/07/2017 au 31/12/2018.

Le nombre de consultation pendant la période de l'enquête est de 5040.

La fréquence est de 3,94% pour l'unité PF.

### 5.1 Différentes méthodes contraceptives utilisées

**Tableau I :** Le taux d'utilisation de chaque méthode

Méthodes	Effectif	Pourcentage
Pilule	54	27.13
Injectable	93	46,73
DIU	13	6.53
Implant	31	15.6
Préservatif	6	3,01
Collier du cycle	2	1
Total	199	100

La méthode injectable a été le plus utilisée (46,7%) suivie de la pilule (27,13%)

### 5.2 Caractère socio démographique

#### 5.2.1 L'âge :

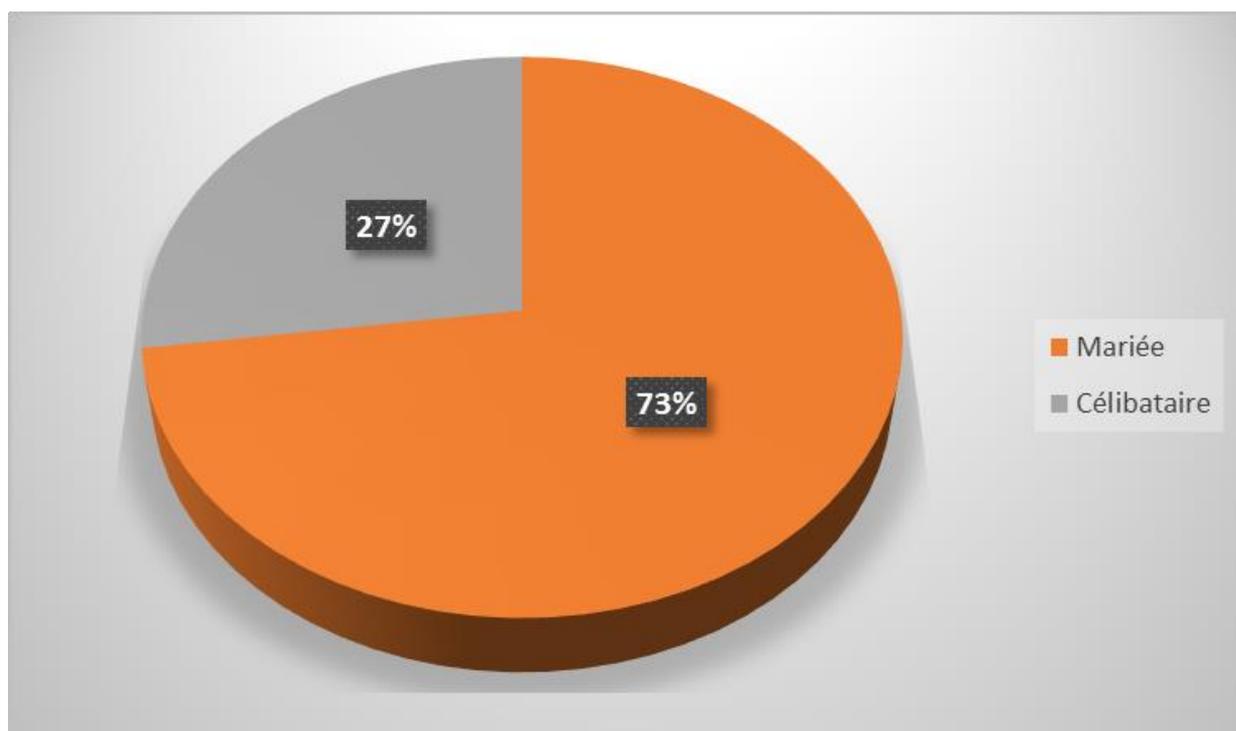
**Tableau II:** Répartition des clientes selon l'âge

Age	Effectifs	Pourcentage (%)
13 – 23	28	14.1
24 – 34	155	77.9
35 – 45	16	8
Total	199	100

Âges extrêmes (13 – 45 ans),

Age moyen :  $28,05 \pm 7,53$

#### 5.2.2 Situation matrimoniale



**Figure 5 :** Répartition des clientes selon la situation matrimoniale

Les mariés ont représenté 73% contre les célibataires 27 %

**Tableau III :** Répartition des clientes selon le régime matrimonial

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

### 5.2.3 Niveau d'instruction

**Tableau IV** : Répartition des clientes selon le niveau d'instruction

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

Les analphabètes ont représenté la majorité avec 29,6% et le niveau école coranique était de plus faible (2.5%).

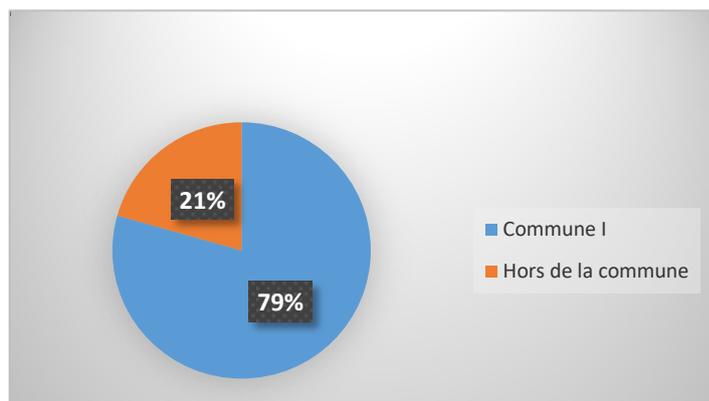
### 5.2.4 Profession

**Tableau V** : répartition des clientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Femme au foyer	99	49.7
Médecin	2	1
Etudiante et Elève	63	31.6
Commerçante ou vendeuse	25	12.6
Sage-femme	4	2
Secrétaires de Direction	6	3
Total	199	100

(49.7%) des clientes étaient sans profession contre (6%) qui ont de profession.

## 5.2.5 Résidence



**Figure 6** : Répartition des clientes selon la commune de résidence

79% des participants étaient de la commune I

## 5.2.6 Source d'information

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

Source d'information	Effectif	Pourcentage
Personnel médical	84	42.2
Media	46	23.1
Voisins ou amis	51	25.6
Mari	18	9,1
Total	199	100

La majorité a été informée par le personnel médical avec (42.2%) suivi du media (23.1%).

### 5.3 Antécédents gynécologiques et obstétricaux

#### 5.3.1 Cycle menstruel

**Tableau VII** : Répartition des clientes selon le caractère du cycle menstruel

Cycle menstruel	Effectif	Pourcentage
Régulier	188	94.4
Irrégulier	11	5,5
Total	199	100

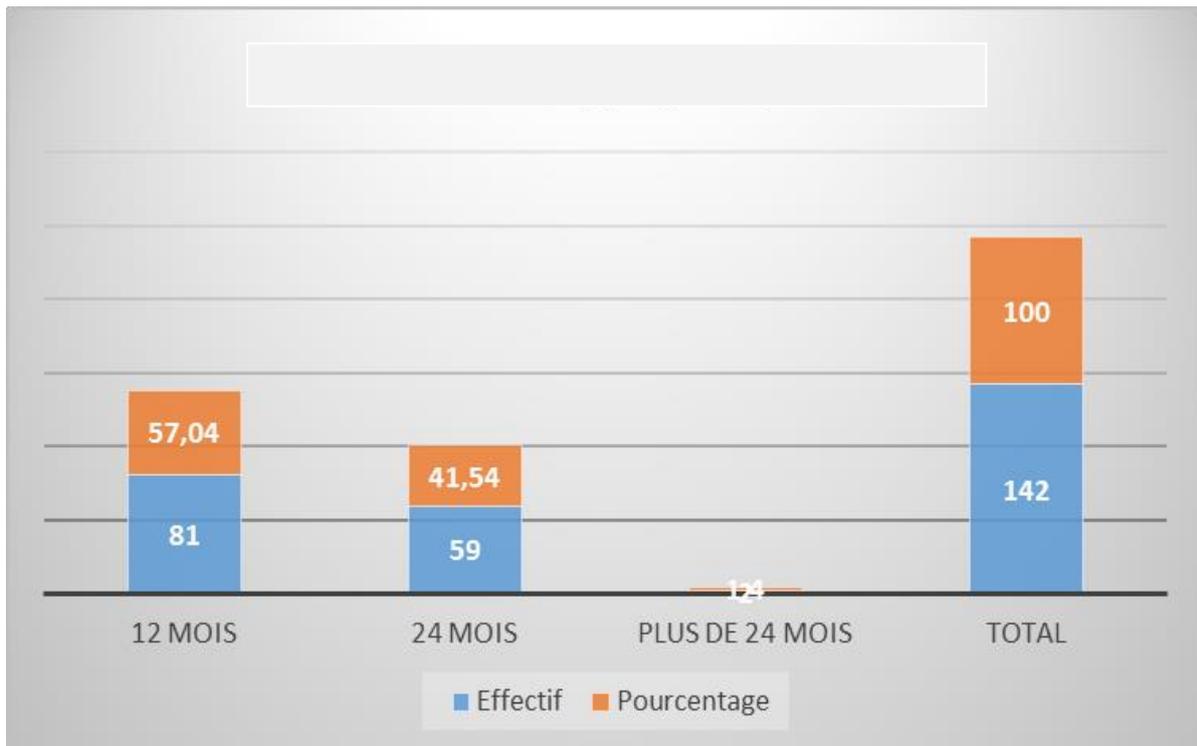
94,4% des clientes avaient un cycle menstruel régulier

#### 5.3.2 Le nombre d'enfant vivant

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

Nombre d'enfant vivant	Effectif	Pourcentage
0	46	23.1
1	29	14.6
2 – 4	90	45.2
5 – 7	26	13.1
8>	8	4
Total	199	100

### 5.3.5 Intervalle inter génésique



**Figure 7** : Répartition des clientes selon l'intervalle inter génésique.

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

**Tableau IX : Répartition des clientes sous contraceptions ayant présenté une grossesse**

Méthode	Nombre de cliente ayant eu une grossesse	Pourcentage	Nombre de cliente sous contraceptifs	pourcentage
Pilule	6	46	54	27
DIU	1	8	12	6
Injectable	3	23	93	47
Norplant	0	0	31	16
Collier du cycle	1	8	3	1,51
Préservatif	2	15	6	3,01
Total	13	100	199	100

La majorité des clientes ayant présenté une grossesse étaient sous pilule

### 5.3.6 Connaissance sur les méthodes

**Tableau X : Répartition des clientes selon leur connaissance sur les différentes méthodes contraceptives.**

Méthodes	Effectif	Pourcentage
Une méthode	19	9.5
Deux méthodes	61	30.7
Plus de deux méthodes	119	59.8
Total	199	100

90,4% connaissaient plusieurs méthodes contre 9,5% qui ne connaissaient qu'une méthode

### 5.3.7 Perception

**Tableau XI : Répartition des clientes selon leur motif de la PF**

Motif	Effectif	Pourcentage
Espacement des naissances	135	67.8
Eviter une grossesse	64	32.2
Total	199	100

L'espacement des naissances a représenté 67,8% de motif de PF

## 5.4 La pratique de la planification

### 5.4.1 Utilisation antérieure de la PF

**Tableau XII : Répartition des clientes selon l'utilisation antérieure de PF en année**

Méthode antérieure	pilule	Inj* 1	Norp	DIU* 2	Collier	Préser	Effect	Pour. (%)
Utilisation Antérieure	<1	10	20	7	3	1	2	43
En année	>1	18	32	18	7	0	0	75
Total		28	52	25	10	1	2	118

63,6% était des anciennes utilisatrices contre 36,4% de nouvelle

\*1 : injectable

\*2 : Dispositif intra utérin

### 5.4.2 Méthode et âge

**Tableau XIII** : Répartition des Méthodes contraceptives selon l'âge

Age	Méthodes								
	COC* <sup>1</sup>	COP	DIU	Inj	Norp	Préser	Colli er	Effect	Pour. (%)
13-23	5	8	0	16	1	2	0	32	16.1
24-34	30	10	3	74	26	3	2	148	74.4
35-45	1	0	9	3	6	0	0	19	9.5
Total	36	18	12	93	33	5	2	199	100

\*1 : contraceptifs oraux combinés

La tranche d'âge de 24-34 a représenté 74.4%

### 5.4.3 Méthode et situation matrimoniale

**Tableau XIV** : Répartition des utilisatrices en fonction de la situation matrimoniale.

Situation matrimoniale	Méthodes								
	COC	COP* <sup>1</sup>	DIU	Inj	Norp	Préser	Collier	Effect	Pour. (%)
Mariées	23	11	12	73	23	1	2	145	73
Célibataires	18	6	2	15	9	4	0	54	27
Total	41	10	14	88	32	5	1	199	100

\*<sup>1</sup> : contraceptifs oraux progestatifs

Les femmes mariées utilisent plus la méthode injectable et les célibataires ont opté plus la méthode coc.

#### 5.4.4 Méthode et niveau d'instruction

**Tableau XV** : Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Méthodes								Pour(%)
	COC	COP	DIU	Inj	Norp* <sup>1</sup>	Préser	Collier	Effect	
Non instruites	2	1	4	40	8	2	2	57	28.6
Fondamental	9	5	3	29	8	0	0	56	28.1
Secondaire	13	5	5	15	11	0	0	49	24.6
Supérieur	10	4	3	9	6	0	0	32	16
Ecole coranique	0	0	1	4	0	0	0	5	2.5
Total	34	15	16	97	33	2	2	199	100

\*<sup>1</sup> : Norplant

Les analphabètes ont représenté 28,6% contre le plus faible 2 ,5% de niveau école coranique

### 5.4.5 Méthodes et nombre d'enfants

**Tableau XVI** : Répartition des utilisatrices en fonction du nombre d'enfant vivant

Nombre d'enfant	Méthodes								
	COC	COP	DIU	Inj	Norp	Préser	Collier	Effect	Pour. (%)
0	11	5	2	23	5	2	0	48	24.1
1	6	3	1	11	7	1	0	29	14.6
2 – 4	7	12	5	47	10	1	1	83	41.7
5 – 7	2	1	4	16	8	0	0	31	15.6
8 >	1	0	4	1	2	0	0	8	4
Total	27	21	16	98	32	4	1	199	100

41,7% des clientes avaient 2 à 4 enfants vivants suivis des clientes sans enfants

#### 5.4.6 Disponibilité des méthodes

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

Les produits contraceptifs	OUI	NON
Pilule	+	
Norplant	+	
Injectable	+	
DIU	+	
Condom	+	
Collier du cycle	+	
Diaphragme		-
spermicide		-
Cape cervicale		-
Préservatif féminin		-

Les Quatre dernières méthodes étaient non disponibles

#### 5.4.7 Accessibilité du centre

**Tableau XVIII** : Répartition des clientes selon le moyen de transport utilisé.

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

64,8% des clientes ont emprunté un transport en commun

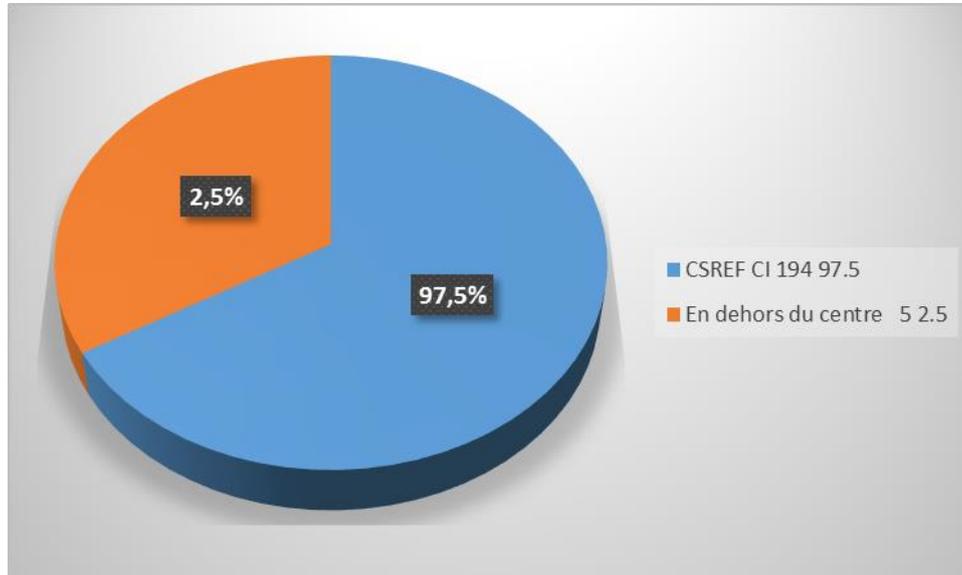
#### 5.4.8 Le temps d'attente

**Tableau XIX :** Répartition des clientes selon le temps d'attente

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

82,9% des clientes ont trouvé que le temps d'attente était long contre 17,1% qui ont trouvé acceptable

#### 5.4.9 Indication du lieu d'approvisionnement



**Figure 8 :** Répartition des clientes selon le lieu d'approvisionnement des produits contraceptifs.

97,5% des produits contraceptifs était disponible au sein du CSREF CI

#### 5.4.10 Pancarte

**Tableau XX** : Répartition des clientes en fonction de leur opinion sur la plaque de signalisation de l'unité de PF.

Pancarte	Effectif	Pourcentage
Satisfait	181	91
Non satisfait	18	9
Total	199	100

91% des clientes étaient satisfaites de la plaque de signalisation contre 9% non satisfaites

#### 5.4.11 Satisfaction des clientes

**Tableau XXI** : Répartition des clientes selon la satisfaction des clientes

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

Les clientes satisfaites ont représenté 90,45% contre 4,5% non satisfaites

### 5.4.12 Coût

**Tableau XXII** : Répartition selon le coût des produits contraceptifs

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

Le plus cher des produits a été le norplant, le plus bas prix a été le préservatif

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

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

Le cout des produits était abordable pour 96,98% des clientes contre 3,02 qui ont trouvé non abordable

### 5.4.13 Disponibilité des sièges pour les clientes

**Tableau XXIV** : Répartition des clientes selon la disponibilité des chaises dans l'unité PF

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

74,4% ont trouvé que les chaises étaient insuffisantes

### 5.4.14 Avis des utilisatrices

**Tableau XXV** : Répartition des clientes selon leur avis sur les horaires souhaitées pour les prestations PF.

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

Les clientes qui ont opté pour 08heures représentaient 64,8%

#### 5.4.15 Méthodes contraceptives et raison d'abandon

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

Raison d'abandon	Effectif	Pourcentage
Retard des règles	19	9.7
Opposition du mari	71	35.5
Sans cause	96	48.4
Désir de grossesse	13	6.4
Total	199	100

#### 5.4.16 Accord du partenaire

**Tableau XXVII** : Répartition des clientes selon l'accord du partenaire

Partenaire	Effectif	Pourcentage
Oui	128	64.3
Non	71	35.7
Total	199	100

Le partenaire des clientes était d'accord dans 63,4% contre 35,7%

## 5.5 : Observation du prestataire

### 5.5.1 Qualification du prestataire

**Tableau XXVIII :** Répartition des prestataires selon leur qualification

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

72,7% des prestataires était des sage-femmes et 27,3% des infirmières

### 5.5.2 Heure d'arrivée

**Tableau XXIX:** Répartition des prestataires selon l'heure d'arrivée au service

Prestataires	Effectif	Pourcentage
Avant 8 heures	7	3,5
A 8 heures	189	95
Après 8 heures	3	1.5
Total	199	100

95% des prestataires venaient à 08heures contre 1,5% après 08heures

### 5.5.3 Accueil du prestataire

**Tableau XXX** : Répartition des clientes selon l'avis des clientes sur l'accueil du prestataire

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

97% des clientes étaient satisfaites de l'accueil du prestataire

### 5.5.4 Counseling

**Tableau XXXI** : Répartition des prestataires selon leur attitude dans l'exécution du bercer Counseling

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

La totalité des prestataires ont observé l'exécution du bercer conseling

### 5.5.5 Obstacles rencontrés

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

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

La principale barrière a été le manque d'information.

### 5.5.6 Attitude des prestataires

**Tableau XXXIII** : Répartition des prestataires selon leurs attitudes au cours des consultations

Attitude des prestataires	Oui	Non
Prise T A	199	0
Prise de T°	0	199
Prise du poids	199	0
Auscultation	0	199
Lavage des mains avant et après chaque examen	199	0
Examen gynécologique	26	173
Utilisation de gants stériles	100	99
Dates des dernières règles	199	0
TV+ Examen sous spéculum	12	187
Appréciation des conjonctives	199	0

Toutes les prestataires prenaient la tension artérielle et le poids avant la prescription d'une méthode de contraception.

### 5.5.7 Formation des prestataires

**Tableau XXXIV** : Répartition des prestataires selon le type de formation

Formation	Oui	Non	pourcentage
PF	11	0	100%
IST	10	1	91%
Prévention des infections	11	0	100%
Counseling	11	0	100%

**PF** : planification familiale

**IST** : infection sexuellement transmissible

# **V. COMMENTAIRES ET RESUME**

## **A) COMMENTAIRES**

### **6.1. Aspect méthodologique :**

Nous avons mené une étude prospective, transversale et descriptive portant sur 199 clientes et les prestataires du centre de santé de Référence de la CI.

### **6.2. Caractères sociodémographiques**

#### **6.2.1. Age :**

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

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

Kodjogbé N [27] et collaborateurs ont trouvé que 74,8 % des femmes sont âgées de plus de 30 ans en 2001 au Bénin.

Sango S [28] trouve que la majorité des femmes en âge de procréer avait un âge inférieur à 30 ans (68,3%) en 1996 à Bamako en Commune IV.

#### **6.2.2. Situation matrimoniale :**

Les femmes mariées représentaient 72,86% des clientes, les célibataires étaient 27,13%.

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

Sango. S [28] trouve que 71% des femmes étaient mariées en 1993 à Bamako en Commune IV.

Zalha Sani M [29] trouve que 66,4% des femmes étaient mariées en 2004 au Burkina Faso

### **6.2.3. Niveau d'instruction**

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

Sango S [28] trouve que 69,5% des femmes ont au moins un niveau d'étude fondamental en 1996 en Commune IV.

L'EDSM III [4] trouve que 59,1% des femmes étaient instruites en 2001.

### **6.2.4. Profession**

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

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

Sango S [28] trouve que 74% des femmes étaient des ménagères en 1996 à Bamako en Commune III.

Zalha Sani M [29] trouve que 16,1% des femmes étaient des ménagères au Burkina Faso en 2004.

### **6.2.5. Résidence :**

La majorité des clientes résidaient en Commune I avec (79,4%) contre (20,6%) qui résidaient hors de la commune I. L'accessibilité du centre est facile.

### **6.2.6. Service d'information :**

L'information était donnée par : les médias (23,1%), les amis et les voisins (25,6%).

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

### **6.2.7. Cycle menstruel :**

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

### **6.2.8. Nombre d'enfants vivants :**

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

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

Les femmes qui ont accouché depuis 45j à 12 mois (50,2%) et pour les femmes qui ont accouché il y a plus de 24 mois (1,4%).

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

Sango S [28] trouve que 83,1% des femmes avaient au moins un enfant vivant contre 16,1% qui n'avaient pas d'enfants vivants en 1996 à Bamako en commune IV.

KODJOBE N [27] trouve que 60,4% des femmes avaient au moins un enfant contre 39,6% qui n'avaient pas d'enfants.

Sango S [28] a trouvé que 72,6% des femmes ont commencé la PF à 45j de leur accouchement en 1996 à Bamako en commune IV.

### **6.2.9. Accouchement :**

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

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

Sango S [28] a trouvé 72,6% en 1996 à Bamako en commune IV.

### 6.2.10. Allaitement :

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

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

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

### 6.3. Connaissance en PF :

Toutes les femmes pouvaient citer au moins une méthode contraceptive moderne.

La méthode la moins connue étant la stérilisation masculine (100%).

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

Sango S [28] a trouvé que 99,7% des femmes connaissaient au moins une méthode contraceptive en 1996 à Bamako en commune III.

Zalha Sani M [29] a trouvé que 94,2% des femmes connaissaient au moins une méthode contraceptive moderne en 2004 au Burkina Faso.

Kodjogbé N [27] et collaborateurs ont trouvé que 91% des femmes connaissaient une méthode contraceptive moderne en 2001 au Bénin.

Connaissance en Afrique.

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

#### **6.4. Utilisation de PF :**

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

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

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

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

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

Sango S [28] a trouvé que 78,6% des femmes ont choisi la pilule contre 21,4% ayant choisi d'autres méthodes en 1996 à Bamako en Commune III ;

EDS III Mali [4] a trouvé que 80% des femmes ont utilisé la forme orale au moment de l'enquête démographique et de santé.

Zalha Sani M [29] a trouvé que 70% des femmes ont choisi la pilule contre 30% ayant d'autres méthodes en 2004 au Burkina Faso.

Kodjogbé N [27] a trouvé que 68% des femmes utilisaient au moins une méthode contraceptive moderne en 2001 au Bénin.

Population Information Program. [30] trouvait lors d'une enquête : en Afrique du sud que 98% des femmes en âge de procréer connaissaient au moins une méthode contraceptive moderne; 94% au Ghana ; 100% en Tunisie ; 100% en Egypte ; 86% au Sénégal ; 99% en Inde ; 100% aux Etats-Unis et en Ukraine.

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

Certains produits, tels que le diaphragme, la cape cervicale, le préservatif féminin, ne sont pas disponibles dans l'unité de PF. Le moyen de transport n'est pas un obstacle si remarquable dans la fréquentation de service de PF.

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

Zalha Sani M [29] et collaborateurs ont trouvé en 2004 au Burkina Faso que 64,4% des femmes pensent que le temps d'attente est long, (97,3%) sont parties avec un carnet de suivi contre (2,7%) qui ont oublié leur carnet.

Les consultations faites tôt le matin à concerner (85,1%) des clientes contre (14,9%) dans l'après midi, cela concerne surtout les femmes fonctionnaires profitant d'une pause ou de la descente.

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

Les clientes se plaignaient à (80%) contre (20%) qui n'avaient pas de plainte.

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

Le coût des produits contraceptifs était abordable pour (96,9%) des clientes contre (3,1%).

#### **6.6. Observation du prestataire :**

Les prestataires ont d'une manière générale une bonne attitude pendant les consultations de planification familiale.

Toutes les prestataires prenaient la tension artérielle et le poids avant la prescription d'une méthode de contraception.

Les prestataires proposaient à (100%) toutes les méthodes de contraception disponible avant de laisser les clientes faire un libre choix.

Dans 91% des cas les prestataires expliquaient correctement les effets indésirables des différentes méthodes aux clientes.

## **B) RESUME :**

Il s'agissait d'une étude prospective allant du 01<sup>er</sup> juillet 2017 au 31 décembre 2018, portant sur 199 clientes qui ont consulté à l'unité de planification familiale du centre de santé de référence de la commune I et 11 prestataires de planification familiale.

Dans notre étude la fréquence de consultation pour la planification familiale était de 3,94%.

L'âge moyen des clientes était de 28 ,05 ans.

Les clientes qui venaient de la commune I étaient à (39,4%).

Les personnels de santé étaient la source d'information de planification familiale chez 84 clientes (42,2%) et 46 clientes (23,1%) les media.

Durant la contraception orale (sous pilule), 6 clientes avaient eu une grossesse.

La majorité des clientes soit 74,4% avaient choisi la contraception injectable.

Parmi les prestataires, 8 étaient des sages-femmes et 3 étaient des infirmières obstétriciennes. Elles ont bénéficié des différentes formations sur la planification familiale notamment: la formation sur le counseling, les infections sexuellement transmissible et la prévention des infections.

# **VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **1) CONCLUSION**

L'unité de planification familiale accueille 3,94% des consultations.

Le manque d'information des clientes est retrouvé comme principale barrière à la planification familiale.

Certaines méthodes comme le préservatif féminin, le diaphragme et la cape cervicale ne sont pas disponibles.

La disponibilité de personnels qualifiés, des équipements/matériels des méthodes contraceptives modernes pourront améliorer la qualité des soins ; et une bonne campagne de sensibilisation de la population serait nécessaire pour augmenter le taux de la planification familiale.

## **2) RECOMMANDATIONS**

### **AU MINISTERE DE LA SANTE**

. Mettre les prestataires dans les conditions optimales.

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

### **AU MINISTERE DE L'EDUCATION :**

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

### **AUX PRESTATAIRES :**

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

## **VII. REFERENCES**

## **VII. REFERENCES**

### **1 AMPPF :**

Situation de la planification familiale au Mali, 2004.

### **2 COMPORTEMENTS CONTRACEPTIFS DES FAMILLES EN MILIEU RURAL.**

Tunis office national de famille et de la population, 1995.

### **3 TRAORE S.M., BALLO M. B.,**

Planification familiale Cellule de planification et de statistique du Ministère de la santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) et ORC Macro. 2002. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001.

Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, DNSI et ORC Macro. 63, 64, 70, 72, 98,103p

### **4 EDSM III :**

Enquête démographique et de santé au Mali en 2001

### **5 WORD HEALTH ORGANIZATION DIVISION OF FAMILY AND REPRODUCTIVE HEALTH:**

Improving access to quality care in family planning, Algidity criteria for initiating use of selected methods of contraception, WHO/FRH/FPP/96-9.

### **6 A. CAMPANA**

Cours pour les étudiants de médecine-Family planning-Guidelines, reviews

Document électronique consulté le 26 janvier 05

### **7 D.FRANCOEUR, L. HANVEY, R. MILLER, H. PYMAR**

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

### **8 PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE,**

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

## **9 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**

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

## **10 HOFFMAN T, MARTINSON F.**

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

## **11 T. ROWE,**

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

## **12 HOOTON TM, SCHOLES D, HUGHES JP, WINTER C, ROBERTS PL, STAPLETON AL ET COLL.**

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

## **13 A. BLACK-N. FLEMING-H. PYMAR, T. BROWN, -T. SMOTH,**

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

## **14 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL**

Document électronique- consulté le 14 juin 2004

## **15 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 », Obst et Gynecol, vol. 98, 2001, p. 799-805.

## **16 IEBEN TO, ROUMEN FJ, APTER D.**

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

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

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

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

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

**19 TCHER R, TRUSSELL. J, STEWART F, CATES W, STEWART G,  
GUEST F ET coll.**

*Contraceptive technology*, 17e éd. New York, Ardent Media Inc., 1998. 297p

**20 BLACK**

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

**21 ANDERSON K, ODLIND V, RYBO G.**

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

**22 S. DUNN, E. GUILBERT**

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

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

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

**24 R. MILLER- L. HANVEY**

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

**25 GUILLEBAUD J.**

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

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

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

**27 KODJOGBE N.**

Enquête démographique sur la santé au Bénin 2<sup>ème</sup> édition, 2003.

**28 SANGO SANOUSSI,**

Contribution à l'étude de la Planification familiale dans la commune IV du district de Bamako, Thèse de médecine, Bamako 1996, n° 96-M-32.

**29 ZALHA SANI M.**

Les obstacles à l'utilisation des services de planification familiale à OUAGADOUGOU au Burkina Faso, Thèse de médecine, Bamako 2004, n° 4-M-25.

**30 POPULATION INFORMATION PROGRAM.**

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

## VIII. ANNEXES

## **FICHE D'ENQUETE POUR LES UTILISATRICES :**

### **I IDENTIFICATION DE LA PERSONNE**

- 1- no
- 2- Age
- 3- Adresse
- 4- Profession
- 5- Religion
- 6- Ethnies

### **II LES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES**

#### **1 Niveau d'instruction**

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

#### **2 Etat matrimonial**

- a- Mariée f- Polygamie h- Monogamie
- b- Célibataire g- Sans enfants i- Avec enfant

#### **3 Antécédent obstétrical**

- a- Gestité
- b- Parité
- c- Intervalle inter-génésique
- d- Vivant
- e- Décès
- f- Avortement provoqué
- g- Avortement spontané

#### **4 Antécédent gynécologique**

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

## **5 Les autres antécédents**

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

b- Chirurgicaux :

## **III- METHODE DE CONTRACEPTION**

### **1 Méthode de contraception actuellement utilisée**

- |                            |            |
|----------------------------|------------|
| a- Pilule                  | f- Condom  |
| b- Diaphragme              | g- Implant |
| c- Injectables             | h- Autres  |
| d- Dispositif intra-utérin | i- Aucune  |
| e- Spermicides             |            |

### **2 Pourquoi a-t-elle changé de méthode**

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

## **IV- POURQUOI PRATIQUEZ-VOUS LE PLANNING FAMILIAL**

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

## **V- QUI VOUS A CONSEILLE DE PRATIQUER LE PLANNING FAMILIAL**

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



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

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

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

OUI NON

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

OUI NON

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

OUI NON

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

OUI NON

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

OUI NON

**11- Quels** sont vos difficultés ?.....

## **Fiche Signalétique**

**Nom :** BOUARE

**Prénom :** Yamoussa dit Balla

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

**Année :** 2017-2018

**Ville de Soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMOS

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

**Résumé :** Nous avons effectué une étude transversale descriptive sur l'étude des activités de PF du 1er Juillet 2017 au 31 Décembre 2018 dans le CSREF CI du district de Bamako.

Il faut noter que malgré la disponibilité des méthodes contraceptives et l'implication de l'autorité en matière de PF, la prévalence contraceptive reste encore faible dans notre pays (16%). Au cours de notre enquête nous avons pris un échantillon de 199 femmes utilisatrices de méthodes contraceptives. Nous avons (27,13 %) qui ont utilisé la pilule, (15,6%) le norplant, (6,03%) DUI, (1%) LDT, (2,51%) le préservatif, (1%) collier du cycle.

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

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

**Mots clés :** planification familiale, les activités, Bamako.

## **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'honoraire. 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 à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure !**